



ЛИТЕРАТУРА

1. Балицкий, В. В. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода / В. В. Балицкий, Н. А. Янчук, В. В. Керничный // *Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы.* – Одесса, 2011. – С. 384-386.
2. Помазкин, В. И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции / В. И. Помазкин // *Уральский мед. журн.* – 2010. – № 4. – С. 36-39.
3. Опыт ранней профилактики избыточного рубцеобразования на стационарном этапе лечения / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, О. В. Владимирова [и др.] // *Материалы науч. конф. анестезиологов-реаниматологов и хирургов СКФО с международным участием.* – Беслан-Владикавказ, 2011. – С. 77-78.
4. A new technique in management of pilonidal sinus, a university teaching hospital experience / S. M. Aldaqal, A. A. Kensarah, M. Alhabboubi [et al.] // *Int. Surg.* – 2013. – Vol.98, № 4. – P. 304-306.
5. Soll, C. Sinusectomy for primary pilonidal sinus: less no more / C. Soll, D. Dindo, D. Steinmann // *Surgery.* – 2011. – Vol. 150, № 5. – P. 996-1001.
6. Хутов, А. Б. Прогнозирование избыточного коллагенообразования в области оперативного вмешательства / А. Б. Хутов, В. К. Гобеджишвили, А. Ш. Тотаркулов // *Актуал. проблемы клин. медицины.* – Ставрополь, 2006. – С. 129-133.

ПОСТУПИЛА 21.04.2014

УДК 616-007.47-089-08

**П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, О.В. Владимирова,
В.В. Гобеджишвили, Т.А. Юсупова**

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Кафедра общей хирургии.
Россия, 355017, Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: gobshah@mail.ru*

Цель: улучшить результаты лечения больных с ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции, изучить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: обследованы 288 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В зависимости от примененной лечебной тактики больные разделены на 2 группы. 1 группа – контрольная (n=144) – пациенты, у которых в большинстве случаев использовали традиционные натяжные виды пластик грыжевых ворот (Мейо, Сапезко, по Янову). 2 группа (n=144) – пациенты, которым применен дифференцированный подход к выбору хирургического пособия в зависимости от факторов риска развития послеоперационных вентральных грыж, включающий как натяжные так и ненапряжные методики герниопластики («onlay», «sublay», и «inlay»). Методы исследования: общеклинические, лабораторные, диагностика внешних фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани, мониторинг тканевого и внутрибрюшного давления в динамике. Изучены показатели качества жизни обеих групп больных.

Результаты и заключение: разработанный комплекс тактических и лечебных мероприятий позволил уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза, рецидивов заболевания в 8,5 раз, летальность – в 3 раза.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, хирургическое лечение, качество жизни.



P.M. Lavreshin, V.K. Gobedzhishvili, O.V. Vladimirova,
V.V. Gobedzhishvili, T.A. Usupova

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Stavropol State Medical University,
Department of General Surgery.

310 Mira st., Stavropol, 355017, Russia. E-mail: gobshah@mail.ru

Purpose: to improve results of treatment of patients with postoperative ventral hernias using of different methods of abdominal wall repair, to study patients' quality of life in postoperative period.

Materials and Methods: the study presented results of treatment of 288 patients with postoperative ventral hernias. Based on the treatment type all patients divided on 2 groups. 144 patients (50,0%) (first group) were operated on using traditional surgical methods of abdominal wall repair (Meyo, Sapejko, Yanov). In surgical treatment of another 144 (50,0%) patients (Second group) were used tension-free surgical technics of hernioplasty (by methods of «on lay», «sub lay», «in lay») as well as traditional methods of repair depending on individual features of patients. Basic clinical data, laboratory investigations, diagnostic of external phenotypical signs of the syndrome of connective tissue dysplasia, monitoring of intraabdominal pressure in dynamic were studied. Indicators of patients quality of life in both groups were searched.

Results and summary: created complex of tactical and treatment measures lead to decrease frequency of early postoperative complications in 2,4 times, recurrence of diseases in 8,5 times, mortality – in 3 times.

Key words: postoperative ventral hernia, surgical treatment, quality of life.

Введение

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной до настоящего времени. Частота их возникновения после лапаротомии достигает, по данным разных авторов, 4,0 - 18,1% [1, 2, 3, 4, 5]. Грыжесечения занимают лидирующие позиции среди плановых оперативных вмешательств и составляют от 10 до 25 % всех операций в абдоминальной хирургии как в России, так и за рубежом [6, 7].

Результаты хирургического лечения ПОВГ остаются неудовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов, достигающих 10 - 45,5%, и даже 50-54%Ю по данным некоторых авторов [9, 10]. Вопросы индивидуального выбора метода пластики передней брюшной стенки у больных с ПОВГ и профилактики возникновения синдрома интраабдоминальной гипертензии остаются до конца не решенными.

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции, изучить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Материал и методы

С 2008 по 2013 годы проведено лечение 288 больных с ПОВГ и 106 пациентов, у которых ПОВГ не было (группа сравнения). (мужчин - (31,9%), женщин - 196 (68,1%)). Подавляющее большинство пациентов, находившихся на лечении, было в возрасте более 40 лет. В зависимости от примененной лечебной тактики все пациенты разделены на 2 равнозначные по количеству, полу, характеру патологии группы – контрольную и основную. Из 144 больных с ПОВГ контрольной группы было 46 мужчин (31,9%) и 98 женщин (68,1%). Работ-

никами физического труда были 83 (57,6%) больных, умственного - 61 (42,4%) пациент. В среднем, длительность заболевания составила $5,4 \pm 1,2$ лет. В выборе метода хирургического лечения у больных контрольной группы учитывали локализацию грыж, размеры и форму грыжевых ворот, степень натяжения тканей при пластике.

Больные основной группы были в возрасте от 19 до 85 лет. Среди оперированных больных женщины - 94 (63,3%) встречались почти в 1,9 раза чаще, чем мужчины - 50 (34,7%). Лица среднего, пожилого и старческого возраста составили 85,3% от общего числа больных. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 1,2$ года. У больных основной группы выбор метода пластики грыжевых ворот осуществляли с учетом факторов риска развития ПОВГ, контролировали на этапах оперативного лечения внутрибрюшное давление.

Для определения условной нормы общего уровня качества жизни сформирована группа из 48 человек той же возрастной категории, что и изучаемые больные, но не перенесшие каких-либо оперативных вмешательств. С целью выявления склонности к патологическому рубцеобразованию определяли тип ацетилирования хроматографическим способом с тест-препаратом изониазид. Для мониторинга внутрибрюшной гипертензии измеряли давление (ВД) в мочевом пузыре используя специальную закрытую систему UnometerAbdo-Pressure. У пациентов с грыжами для выявления синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ) и изучения распространенности ее признаков использована методика Калмыковой А.С. с соавт. (2008). Определение избыточной массы тела осуществляли расчетом индекса Кетле.

Регистрация материала, статистическая обработка данных произведены с использованием программы «Biostatic» и программ пакета «MicrosoftOffice»:



«MicrosoftExcel» и «MicrosoftWord». Для обоснования выбора необходимых критериев для прогнозирования возможности развития ПОВГ значимость факторов риска (достоверность различий у 144 больных с ПОВГ контрольной группы и 144 пациентов основной группы) оценена путем сравнения выборочных долей вариантов для числа степеней свободы $f = 144+144-2=286$. Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из 144 больных контрольной группы у 56 (38,9%) использовали мышечно-апоневротическую пластику грыжевых ворот по Сапежко, у 34 (23,6%) пациентов применена фасциально-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Мейо, в 6 (4,1%) случаях грыжевые ворота, в связи с угрозой развития абдоминального компартмент синдрома, ушиты «край-в-край». Аутопластика местными тканями применена при малых ПОВГ у 28 (19,4%) пациентов и у 44 (30,6%) оперированных – при средних ПОВГ. Закрытие грыжевых ворот с использованием только собственных тканей выполнено 16 (11,1%) больным с ПОВГ W3 и 8 (5,55%) пациентам с ПОВГ W4. Аутодермопластика по Янову выполнена 20 (13,9%) больным. 28 (19,5%) пациентам использовали открытую пластику с применением проленовой сетки фирмы «Этикон». Укрепление грыжевых ворот у 16 (11,1%) больных осуществляли подшиванием трансплантата поверх мышечно-апоневротического слоя. У 4 (2,8%) больных полипропиленовая сетка располагалась позади апоневроза. В тех случаях, когда свищи швами края грыжевого дефекта не представлялось возможным, или это было чревато резким повышением внутрибрюшного давления, к краям грыжевых ворот по всей их окружности в виде заплат пришивали аллотрансплантат. Данная операция выполнена 8 (5,6%)

пациентам с гигантскими ПОВГ и площадью грыжевых ворот более 250 см². У 39 пациентов (27,1%) контрольной группы зарегистрированы осложнения. Из интраабдоминальных осложнений у 3 (2,1%) больных был стойкий парез кишечника, еще в 2 (1,4%) случаях развилась клиника ранней спаечной тонкокишечной непроходимости. Среди раневых осложнений раннего послеоперационного периода после хирургического вмешательства по поводу ПОВГ имели место: нагноение раны у 11 (7,6%) пациентов, появление лигатурных свищей - у 9 (6,2%) больных, еще у 2 (1,4%) больных имелась подкожная гематома. Формирование в пределах подкожно-жировой клетчатки небольших размеров серомы отмечено у 2 (1,4%) пациентов после аллопластики по технологии «onlay». В раннем послеоперационном периоде у 4 (2,8%) больных возникла пневмония. У 2 (1,4%) оперированных с гигантскими невосприимчивыми ПОВГ, содержащими в грыжевом мешке пряди сальника и множество петель тонкой кишки, в связи с неправильно выбранным методом хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде развился абдоминальный компартмент синдром. Летальность составила 4,2%. Отдаленные результаты прослежены у 127 (88,2%) пациентов. Рецидив заболевания в сроки от 4 месяцев до 9 лет выявлен у 34 (26,8%) больных, из них у 31 (24,4%) после аутопластических операций, у 3 (2,4%) больных с пластикой с применением алломатериалов.

Лечебную тактику у больных с ПОВГ определяли индивидуально с учетом факторов риска их развития, которые обнаруживали в предоперационном периоде и интраоперационно.

В предоперационном периоде для выявления факторов риска развития ПОВГ после лапаротомии проанализирован ряд показателей у 144 больных контрольной и 144 пациентов основной групп. Результаты определения доверительного интервала, полученные для каждого диагностического теста, и достоверность различий между группами представлены в таблице 1.

Таблица 1

Доверительный интервал и достоверность различий факторов, способствующих образованию ПОВГ

| Признак | Группа больных, % | | t | p | Коэффициент информативности |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|------|---------|-----------------------------|
| | контрольная | сравнения | | | |
| Контролируемые факторы | | | | | |
| Ожирение | 40,9±4,5 | 26,3±4,1 | 2,39 | < 0,001 | 1,5 |
| Инфекция раны | 67,6±9,7 | 32,4±14,1 | 2,1 | < 0,001 | 2 |
| Неконтролируемые факторы | | | | | |
| Возраст больных более 50 лет | 60,3 ±6,1 | 39,7 ±7,5 | 2,21 | < 0,001 | 1,5 |
| Деформация брюшной стенки: | | | | | 1,8 |
| - дряблость живота | 85,8±3,7 | 62,3±5,9 | 3,57 | < 0,001 | |
| - куполообразный живот | 53,8±9,4 | 26,4±5,8 | 2,47 | < 0,001 | |
| - птоз живота | 37,8±7,5 | 19,8±8,6 | 1,57 | < 0,001 | |
| Послеоперационные пневмонии, бронхиты | 69,0±8,6 | 31,0±12,2 | 2,37 | < 0,001 | 2,2 |
| СДСТ | 52,8±5,3 | 16,9±8,8 | 3,49 | < 0,001 | 3,2 |
| Медленные ацетиляторы | 74,2±6,57 | 41,3±11,2 | 2,51 | < 0,001 | 1,8 |



Чаще всего регистрировали сочетание каких-либо трех (46 (43,4%) или четырех (27,4%) признаков, поэтому при выработке лечебной тактики мы ориентировались на наличие минимум трех факторов риска у больного. При этом минимальная сумма коэффициентов информативности составила 4,5 балла.

Всем пациентам с ПОВГ, у которых выявлен СДСТ, независимо от наличия или отсутствия других факторов риска, а также больным с рецидивными грыжами осуществлялась пластика грыжевого дефекта и использованием сетчатого полипропиленового эндопротеза по той или иной методике. Наличие у пациентов ПОВГW3 и W4, с учетом повышенных показателей внутрибрюшного давления при пробном сведении краев грыжевого дефекта, так же являлось показанием к пластике с применением алломатериалов. При ПОВГW1 и W2 осуществляли дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства. Если у пациентов с грыжами малых и средних размеров сумма баллов рейтинга факторов риска их развития была меньше 4,5, то это служило основанием для использования аутопластичных методик. Если сумма баллов была $\geq 4,5$, то это являлось основанием для применения сетчатых имплантов с целью укрепления зоны герниопластики и профилактики развития рецидивных грыж.

Из аутопластичных методов пластики грыжевых ворот применяли фасциально-апоневротическую по Мейо - 15 (10,4%) пациентам и мышечно-апоневротическую по Сапежко - 13 (9%) больным. Аутопластика местными тканями использовалась при грыжах W1 и W2: у 12 (19,4%) и у 10 (30,6%) пациентов соответственно. Закрывание грыжевых ворот с использованием только собственных тканей у пациентов с ПОВГW3 и W4 не осуществлялось.

У 116 (80,6%) пациентов выполнена пластика с применением алломатериалов. Укрепление грыжевых ворот у 48 (33,4%) больных выполнено по методике «onlay», у 34 (23,6%) больных по технологии «sublay». У 34 (23,6%) пациентов с ПОВГW3 и W4, если свести швами края грыжевого дефекта не представлялось возможным или если при пробном сведении краев грыжевых ворот внутрибрюшное давление резко повышалось, превышая 15 мм рт. ст., применяли технологию «inlay».

Осложнения (16 - 11,1%) в ближайшие сроки после операции возникли у 12 (8,3%) больных. Формирование в пределах подкожно-жировой клетчатки серомы наблюдали у 10 (6,9%) пациентов, частичное нагноение раны - 2 (1,4%) случаях, у 1 (0,7%) пациента регистрировали нагноение остаточной полости через 1,5 недели после операции. Еще у 2 (1,4%) больных имелась подкожная гематома. Летальность составила 1,4%.

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов основной группы. Рецидив заболевания в сроки от 4 месяцев до 7 лет выявлен у 4 (2,8%) больных.

Разработанный комплекс тактических и лечебных мероприятий позволил улучшить результаты лечения больных с ПОВГ: уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза, рецидивов заболевания в 8,5 раз, летальность - в 3 раза.

С целью оценки эффективности лечения ПОВГ нами проведено изучение КЖ у 178 больных обеих групп. Предложенную анкету заполнили 80 (44,9%) пациентов контрольной группы и 98 (55,1%) больных основной группы. В исследование также были включены 48 человек той же возрастной категории, что и изучаемые больные,

но не перенесшие каких-либо оперативных вмешательств (группа сравнения), что позволило определить условную норму общего уровня КЖ. Анкету заполняли дважды: в день выписки из стационара и спустя 15-18 месяцев после выписки, что в динамике позволяло проследить параметры КЖ.

Оценка параметров КЖ у больных контрольной и основной групп при выписке из стационара по всем шкалам оказалась достоверно ниже по сравнению с показателями КЖ группы сравнения: PF - на 38,5 балла, что свидетельствует о том, что физическая активность пациентов значительно ограничена состоянием здоровья; RP - на 39,3 балла, что также указывает на ограничение повседневной деятельности больных их здоровьем; BP - на 21,3 балла, что свидетельствует о том, что боль значительно ограничивала их физическую активность; GH - на 29,2 балла снижена оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; VT - на 18,6 балла, что говорит об утомлении, снижении жизненной активности в связи с болезнью; SF - на 39,7 балла, что предполагает значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния; RE - на 39,7 балла, т.е. ограничение в выполнении работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.); MH - на 28,1 балла, что демонстрирует наличие депрессивных, тревожных переживаний, психическое неблагополучие в связи с болезнью.

Интегральные показатели «РН общий - физический компонент здоровья» и «MH общий - психологический компонент здоровья» на момент выписки из стационара, когда лечение еще полностью не завершено, у пациентов контрольной и основной групп статистически достоверно существенно снижены с группой сравнения, соответственно на 34,3 и 38,4 балла.

Значительное ограничение повседневной деятельности больные связывали как со снижением физической активности, так и с нарушениями в психоэмоциональной сфере. Но наиболее существенный вклад в снижение КЖ у изучаемых пациентов по сравнению с группой сравнения получен при определении следующих показателей: физического функционирования (PF) - на 42,9%, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), - на 45,1%, социального функционирования (SF) - 45,4% и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), - на 45%.

Изучение через 15-18 месяцев после выписки из стационара показателей КЖ у пациентов контрольной и основной групп показало улучшение параметров по всем шкалам КЖ. Сравнительный анализ двух групп пациентов в отдаленном послеоперационном периоде показал улучшение их КЖ, но у больных группы основной группы положительная динамика показателей КЖ оказалась более выраженной. Наибольшие изменения выявлены по следующим параметрам: «физическое функционирование» (PF) в основной группе было выше по сравнению с показателем в контрольной группе на 12,9 балла; «ролевого функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), - на 11,5 балла; «интенсивность боли» (BP) - на 13,5 балла; «социальное функционирование» (SF) - 19,6 балла; «ролевого функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), - на 12,4 балла. Достоверно более высокие суммарные показатели КЖ в



основной группе, чем в контрольной, были по таким параметрам, как «общее состояние здоровья» (GH) - на 7,9 балла; «жизненная активность» (VT) - на 8,7 балла, «психическое здоровье» (MH) - на 10,5 балла. Меньшие темпы повышения регистрировались по шкалам психологического аспекта КЖ.

Выводы

Больным с послеоперационными вентральными грыжами W1,W2 при сумме баллов факторов риска возникновения рецидива заболевания менее 4,5, повышении ТД при пробном сведении краев апоневроза не более чем на 10% и ВБД до 15 мм рт. столба, показана аутопластика грыжевых ворот.

Пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W1,W2 при сумме баллов факторов риска возникновения рецидива заболевания более 4,5 независимо от результатов измерения ТД и ВД при сведении краев апоневроза, показана аллопластика грыжевых ворот.

Если при сведении краев апоневроза у больных с послеоперационными вентральными грыжами W3,W4 ВБД не превышает 15 мм рт. ст., то показана аллопластика по технологиям «onlay» или «sublay». При повышении ВБД более 15 мм рт. ст. или при невозможности свести края апоневроза показана аллопластика по технологии «inlay».

Более существенное улучшение параметров качества жизни наблюдается у пациентов, получающих в послеоперационном периоде комплексное лечение, обеспечивающее им психологический и эмоциональный комфорт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деметрашвили, З. М. Лечение послеоперационных вентральных грыж / З. М. Деметрашвили // Хирургия. - 2008. - № 11. - С. 44-46.
2. Натяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах / В. П. Сажин, Д. Е. Климов, И. В. Сажин [и др.] // Хирургия. - 2009. - № 7. - С. 4-6.
3. Пушкин, С. Ю. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов / С. Ю. Пушкин, В. И. Белоконев // Хирургия. - 2010. - № 6. - С. 43-45.
4. Incisional hernia - how do I do it? standard surgical approach / J. Conze, M. Binnebosel, K. Junge [et al.] // Chirurg. - 2010. - Vol. 3. - P. 192-200.
5. Nieuwenhuizen, J. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases / J. Nieuwenhuizen, G. H. van Ramshorst, J. G. ten Brinke // Hernia. - 2011. - Vol. 15. - P. 297-300.
6. Прогнозирование развития послеоперационных вентральных грыж / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, В. В. Гобеджишвили [и др.] // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - № 5. - С. 193.
7. Tollens, T. Introducing the proceed ventral patch as a new device in surgical management of umbilical and small ventral hernias: preliminary results / T. Tollens, D. Struyve, C. Aelvoet // Surg. Technol. Int. - 2010. - Vol. 19. - P. 99-103.
8. Суковатых, Б. В. Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза / Б. В. Суковатых, Н. М. Валуйская, А. А. Нетяга // Хирургия. - 2007. - № 9. - С. 46-50.
9. Jargon, D. Risk factors and prevention of incisional hernia-what is evidence-based? / D. Jargon, V.Friebe, U. T. Hopt// Zentralbl. Chir. - 2008. - Vol. 5. - P. 453-457.
10. Open onlay mesh repair for major abdominal wall hernias with selective use of components separation and fibrin sealant / A. N. Kingsnorth, M. S. Kamran, J. V. Aby [et al.] // World J. Surg. - 2008. - Vol. 32. - P. 26-30.

ПОСТУПИЛА 07.05.2014