

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Евтихова Е.Ю., Шумаков Д.В., Гагуа А.К., Лебедева О.А.,  
Аль Бикай Рами Абдул Азиз, Евтихов Р.М.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра факультетской, госпитальной хирургии и стоматологии им. В.В. Кулемина  
ФГУ «НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава»

Одной из актуальных проблем хирургии остаются послеоперационные вентральные грыжи. I.L. Lichtenstein (1970) отметил, что около 10% лапаротомий осложняются послеоперационной грыжей. Согласно современным исследованиям, послеоперационные грыжи возникают у 5—14% пациентов после всех лапаротомий. Многие ведущие специалисты в области герниологии выделяют большую послеоперационную грыжу в виде самостоятельного комплексного заболевания. Прежде всего, это обуславливается тем, что патология всех слоев брюшной стенки оказывает значительное отрицательное воздействие не только на органы брюшной полости, но и на легкие и сердце.

Пластика собственными тканями при послеоперационной вентральной грыже (ПОВГ) может быть особенно опасной у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Возникающее при этом существенное повышение внутрибрюшного давления является значительным риском возможных осложнений со стороны легких и сердца. С позиций доказательной медицины установлено, что современная пластика без натяжения с применением полипропиленовых сетчатых протезов, особенно при больших послеоперационных грыжах, обладает многими преимуществами: надежно укрепляет брюшную стенку, не вызывает редукцию объема брюшной полости и не повышает внутрибрюшное давление, сопровождается минимальной болью в послеоперационном периоде, обеспечивает раннюю реабилитацию. Оперированные люди возвращаются к активной жизни. Следует унифицировать терминологию при использовании аллопластических материалов

в герниологии. Англоязычный термин *tension-free* в смысловом переводе обозначает «без натяжения». Поэтому термины «ненатяжная», «безнатяжная», «без напряжения» и некоторые другие считаются некорректными. Методика герниопластики без натяжения позволила успешно выполнять симультанные оперативные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта даже при больших ПОВГ. Синонимами термина «симультанный» (*simultaneous* от латинского *simul* «вместе») являются «одновременный» и «синхронный». В то же время термин «синхронный» (*synchronous* от латинского *chronos* «время») тождествен термину «одновременный», а также «возникающий в одно и то же время». Наиболее признанным считается, что симультанными необходимо обозначать оперативные вмешательства, выполняемые одновременно на двух и более органах по поводу разных заболеваний.

Тем не менее, несмотря на хорошо отработанную технику герниопластики без натяжения, в случаях сочетания особенно больших ПОВГ с выраженной хирургической сердечно-сосудистой патологией их оперативная коррекция чаще не проводится. В лучшем случае выполняются этапные хирургические вмешательства: первоначально — операция на сердце или герниопластика, а через определенный промежуток времени — коррекция второй патологии. Однако некорректированная патология передней брюшной стенки может осложнять течение раннего послеоперационного периода при вмешательствах на сердце. Грыжесечение, проведенное на фоне выраженной кардиохирургической патологии, чревато тяжелыми осложнениями со

Yevtikhova E.Yu., Shumakov D.V., Gagua A.K., Lebedeva O.A.,  
Al Bekai Rami Abdul Aziz, Yevtikhov R.M.

**SIMULTANEOUS OPERATIONS IN POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA**

стороны сердечно-сосудистой системы. Поэтому хирургическое лечение ПОВГ в сочетании с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими оперативного вмешательства, остается серьезной и во многом не решенной проблемой.

При ПОВГ, локализующейся в проекции средней линии, выполнение симультанных операций в кардиохирургии становится очевидным. Это объясняется возможностью прямого продления стернотомического доступа. В случаях ПОВГ, расположенной в зоне предполагаемого доступа к патологии органа брюшной полости, проведение симультанных операций становится необходимым. Целью данной работы стала оценка результатов симультанных оперативных вмешательств при кардиохирургической патологии и ПОВГ, а также заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта, сочетающихся с ПОВГ.

За период с 2000 по 2006 гг. в отделениях клиник ФГУ «НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава» выполнено 18 симультанных оперативных вмешательств по поводу заболеваний сердца и ПОВГ. Во время симультанных операций первым этапом проводилось вмешательство на сердце в условиях искусственного кровообращения, общей гипотермии и фармакоологической кардиоopleгии. Выполнялись следующие операции: маммарокоронарный анастомоз (МКА) и аортокоронарное шунтирование (АКШ) двух артерий — 5; МКА и АКШ трех артерий — 2; МКА, АКШ двух артерий и протезирование митрального клапана — 1; МКА, АКШ трех артерий и протезирование митрального клапана — 1; МКА, АКШ трех артерий и протезирование аортального клапана — 1; протезирование митрального клапана — 3; протезирование аортального клапана — 3; митрально-аортальное протезирование — 2.

После отключения аппарата искусственного кровообращения проводили оперативное вмешательство по поводу ПОВГ. Герниопластику в эпигастральной области выполняли с продлением стернального разреза, выделением апоневроза передней брюшной стенки, отступая на 3-5 см от края грыжевого дефекта без вскрытия грыжевого мешка. Выбор размеров и моделирование эндопротеза проводили интраоперационно в соответствии с размерами дефекта апоневроза. К апоневрозу устанавливали полипропиленовый эндо-

протез, по размерам превышающий площадь грыжевых ворот до 5 см, и фиксировали его непрерывным обвивным швом по краю грыжевых ворот и отдельными узловыми швами по всей площади искусственного материала.

Во всех случаях с учетом перенесенного искусственного кровообращения и, как следствие, возможных нарушений в свертывающей системе крови, выполняли тщательный гемостаз с использованием аргон-усиленной коагуляции. Операцию завершали дренированием зоны реконструкции по Редону. Послеоперационный период проводился по принятому протоколу. В одном наблюдении отмечалась выраженная гематома брюшной стенки, излеченная консервативными методами. Все прооперированные пациенты выписаны с выздоровлением.

Также проанализированы результаты 19 симультанных операций при ПОВГ и различной абдоминальной патологии, выполненных в клиниках хирургических болезней педиатрического факультета и факультетской, госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава». У 7 пациентов ПОВГ сочеталась с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у 1 — с раком желудка, у 5 — с осложненными формами хронического панкреатита, у 2 — с ятрогенной стриктурой общего печеночного протока, у 2 — с хроническим калькулезным холециститом, у 1 — с резидуальным холедохолитиазом и у 1 — с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Операцию начинали с иссечения послеоперационного рубца, выделения и вскрытия грыжевого мешка. После разделения спаечного процесса производили следующие оперативные вмешательства: резекцию желудка — 5, стволовую ваготомию с пилоропластикой — 2, гастрэктомию — 1, панкреатодуоденальную резекцию — 3, дистальную резекцию поджелудочной железы — 1, панкреатико-еюноанастомоз — 1, бигепатико-еюноанастомоз — 2, холедохолитотомию и холедохоеюноанастомоз — 1, холецистэктомию — 2, фундопликацию по Ниссену с крурорафией — 1. Реконструкцию брюшной стенки в области грыжевого дефекта осуществляли с применением синтетических полимеров (полипропиленовый эндопротез I типа) без натяжения тканей. Интраоперационно моделировали эндопротез, на 5 см превы-

шающий площадь грыжевых ворот. Затем с помощью непрерывного обвивного и отдельных узловых швов (Prolen 2,0) осуществляли фиксацию искусственного материала. Операция заканчивалась установкой двух аспирационных дренажей (обычно две трубки от одноразовых систем для инфузий) с целью удаления скапливающейся тканевой жидкости над фиксированным эндопротезом. В послеоперационном периоде было два осложнения. В одном случае отмечалось желчеистечение по дренажу после выполнения бигепатикоюноанастомоза, которое постепенно прекратилось. После герниопластики у одного пациента наблюдался выраженный инфильтрат брюшной стенки, излеченный консервативными методами.

При изучении результатов всех выполненных нами симультанных операций в сроки от 3 месяцев до 5 лет рецидивов ПОВГ не отмечено.

## **ВЫВОДЫ**

Герниопластика без натяжения, надежно укрепляя дефект передней брюшной стенки без редукации объема брюшной полости и повышения внутрибрюшного давления, дает возможность избежать отрицательных воздействий на оперированное сердце. Использование этой методики открывает перспективу симультанного хирургического лечения ПОВГ у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Данная методика может эффективно применяться в качестве симультанного вмешательства при больших ПОВГ, сочетающихся с различными заболеваниями органов брюшной полости. Тем не менее, проблема лечения ПОВГ у кардиохирургических больных требует дальнейшего изучения. Выполнение симультанных операций на сердце и ПОВГ возможно только в многопрофильных специализированных учреждениях.

Поступила 12.02.2007 г.