



ПРОГНАЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Рахманов Косим Эрданович - д.м.н.,
доцент
Арзиев Исмоил Алиевич – к.м.н.,
доцент
Муриддинов Темурбек Жахонгир
угли - магистр

Received 20th Nov 2023,
Accepted 25st Dec 2023,
Online 16th Jan 2024

Abstract: Система APACHE была раскритикована, так как неизмеренные величины по умолчанию принимались равными нулю, т.е. считались нормальными, а количество переменных было избыточным и могло привести к ошибкам ввиду того, что некоторые параметры могли в одиночку коррелировать с вероятностью летального исхода

Key words: APACHE, Парез кишечника, Лимфорея.

Самаркандский Государственный
Медицинский университет

INTRODUCTION

Актуальность исследования. Анестезиологу и хирургу важно знать, перенесет ли данный больной операцию вообще, какие осложнения ему наиболее угрожают и что надо сделать, чтобы уменьшить их вероятность [17].

Несмотря на разнообразие шкал, и классификаций операционно-анестезиологического риска и исходного состояния больного, вероятность развития периоперационных осложнений остается неизвестной [17–21].

Система APACHE была раскритикована, так как неизмеренные величины по умолчанию принимались равными нулю, т.е. считались нормальными, а количество переменных было

избыточным и могло привести к ошибкам ввиду того, что некоторые параметры могли в одиночку коррелировать с вероятностью летального исхода [22].

Анализ научно-медицинской и патентной документации свидетельствует о том, что в доступной нам литературе отсутствуют определения показаний к использованию того или иного способа операции с учетом различных факторов влияющих на результаты лечения.

Разработанные шкалы оценки факторов влияющих на выбор операции не всегда позволяют выбрать оптимальный способ операции с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

Целью исследования является улучшение качества лечения больных с вентральной грыжей, путем снижения частоты и тяжести осложнений после симультанных и реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости и брюшной стенке.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 197 больных симультанной патологией органов брюшной полости и брюшной стенки, поступивших в хирургическое отделение 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института.

Оценка степени операционно-анестезиологического риска у обследованных больных нами проводилась согласно классификации ASA (Американского общества анестезиологов).

Из числа обследованных больных 55 (27,9%) пациентов имели сопутствующие патологии и в ходе распределения, с учетом классификации ASA, относились ко II классу, из них 3 больных относились к III классу, остальные – 142 (72,1%) больные относились к I функциональному классу (табл. 1).

Таблица 1.

Степень операционно-анестезиологического риска

Класс ASA	Исследуемые группы				Всего	
	Основная группа		Группа сравнения			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	72	69,2	70	75,3	142	72,1
II	30	28,8	22	23,6	52	26,4
III	2	1,9	1	1,1	3	1,5
IV	-	-	-	-	-	-
V	-	-	-	-	-	-
ВСЕГО	104	100	93	100	197	100

Несмотря на оценивание физического статуса больных по классификации ASA у больных в группе сравнения встречались периоперационные осложнения со стороны сердечно-сосудистой (13,9%) и респираторной системы (5,4%).

В основной группе физический статус больных оценивался также по классификации ASA. В отличие от группы сравнения у больных в основной группе учитывали не только соматическую патологию, но и ее клинико-лабораторные признаки. Каждый признак оценивали как фактор риска развития периоперационных осложнений.

В связи с чем, на основании обзора литературы и собственного опыта нами разработана программа балльной оценки прогнозирования развития периоперационных осложнений у больных намеченных симультанных вмешательства на органах брюшной полости и брюшной стенки (табл. 2).

Таблица 2.

Балльная система прогнозирования развития периоперационных осложнений у больных намеченных симультанного вмешательства на органах брюшной полости и брюшной стенки

№	Факторы риска	Характеристика факторов	Баллы
1	Возраст	до 40 лет 41-60 лет 61-70 лет свыше 71 года	0 1 2 3
2	Вес (индекс массы тела)	Норма Ожирение I-II степени Ожирение III степени	0 1 2
3	Оценивание физического статуса больных по классификации ASA	I II III	0 1 2
4	Функциональное состояние дыхательной системы	Нарушений нет Злоупотребляет курением Периодическое затруднение дыхания Хроническая дыхательная недостаточность	0 1 2 3
5	Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы	ЭКГ в норме Артериальная гипертензия Гипоксия миокарда Аритмия ФВ левого желудочка ниже 55%	0 1 2 3 4
6	Сахарный диабет	Нет II тип I тип	0 1 2
7	Хроническая венозная недостаточность	Отсутствует I II III	0 1 2 3
8	Размеры грыжевых ворот	до 5 см 6-10 см 11-15 см	0 1 2

		более 15 см	3
9	Показатели свертывающей системы крови	норма гиперкоагуляция крови	0 4

Таким образом, на основании комплексного обследования нами было выделено группы больных, которые требовали направленных мер по коррекции системной дисфункции. Учитывали, что симультанные вмешательства не выполняются у пациентов со стенокардией напряжения 3-4 ст., сердечной недостаточностью 3-4 ст. и такие пациенты не были включены в анализ.

На основании этого мы разработали алгоритм ведения пациентов с высоким риском развития периоперационных осложнений. К группе высокого риска отнесли пациентов с суммой баллов более 20, к группе среднего риска – от 11 до 19 баллов, к группе низкого риска – от 0 до 10 баллов.

Показанием к операции считали больных набравших до 10 баллов. Этим больным после стандартной предоперационной подготовки проводили симультанные операции. Больным набравшим баллы более 15 продолжали предоперационную подготовку до тех пор пока набранные баллы не снижались менее 15. 5 (4,8%) больным из основной группы набравшим более 15 баллов потребовалось продолжение предоперационной подготовки.

На предоперационном этапе тактику обследования и ведения хирургических больных можно считать успешной, если она позволяет не только выявить но и снизить периоперационный (ранний) риск развития сердечно-сосудистых и респираторных осложнений. Таким образом, информация, получаемая с помощью различных методов, согласно данному алгоритму, имеет как диагностическую, так и прогностическую ценность.

Результаты исследования. Совершенствование выбора тактики хирургического лечения вентральных грыж сопутствующей хирургической патологией органов брюшной полости, техники выполнения хирургического вмешательства и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. У 197 пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 4 больных (3 и 1 пациент в группах исследования) отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно.

Абдоминальные осложнения отмечены у 10 (5,1%) больных. В раннем послеоперационном периоде абдоминальные осложнения после симультанных операций можно разделить на два: осложнения со стороны основного этапа операции и осложнения со стороны симультанного этапа операции. Со стороны основного этапа операции у 5 (2,5%) больных (3 в группе сравнения и 2 в основной группе) после герниоаллопластики наблюдали парез кишечника и 1 (0,5%) больного из группы сравнения также после герниоаллопластики отмечено задержка мочи. У 2 (2,1%) больных из группы сравнения причиной пареза кишечника и задержки мочи было повышенное внутрибрюшное давление.

Со стороны симультанного этапа операции у 4 (2,0%) больных отмечены абдоминальные осложнения. Из них у 3 (2 и 1) после холецистэктомии отмечено наружное желчеистечение по

страховочному дренажу. Желчеистечение самостоятельно остановилось на 7-15 сутки после операции. У 1 (1,1%) больной из группы сравнения отмечено нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии из печени, которая проявилось повышением температуры тела и гнойными выделениями по страховочному дренажу, которая находится в остаточной полости.

В раннем послеоперационном периоде внеабдоминальные осложнения имелись у 13 (6,6%) больных в обеих исследуемых группах. Бронхолегочные осложнения отмечены в 3 (3,2%) случаях в группе сравнения и у 2 (1,9%) пациентов в основной группе. Сердечно-сосудистые осложнения наблюдались у 5 (5,4%) пациентов группы сравнения и 1 (0,96%) больного в основной группе. Развитие САК (компаратмент) произошло у 2 (2,1%) пациентов группы сравнения.

Среди раневых осложнений послеоперационные гематомы отмечены в 3 (3,2%) и 1 (0,96%) случаев соответственно, серомы у 8 (8,6%) и 3 (2,9%) больных, лимфоррея у 5 (5,4%) и 2 (1,9%), нагноение раны у 2 (2,1%) больных в группе сравнения и некроз края кожного лоскута в 3 (3,2%) и 1 (0,9%) случаях (табл. 5.1).

Таблица 4.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Группа сравнения (n=93)		Основная группа (n=104)		Итого (n=197)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абдоминальные осложнения						
Парез кишечника	3	3,2	2	1,9	5	2,5
Задержка мочи	1	1,1			1	0,5
Желчеистечение	2	2,1	1	0,9	3	1,5
Нагноение остаточной полости	1	1,1			1	0,5
Внеабдоминальные осложнения						
Бронхолегочные осложнения	3	3,2	2	1,9	5	2,5
Сердечно-сосудистые осложнения	5	5,4	1	0,9	6	3,0
Компаратмент-синдром	2	2,1			2	1,0
Раневые осложнения						
Гематома	3	3,2	1	0,9	4	2,0
Серома	8	8,6	3	2,9	11	5,6

Лимфорея	5	4 5,	2	9 1,	7	5 3,
Нагноение раны	2	1 2,			2	0 1,
Некроз края кожного лоскута	3	2 3,	1	9 0,	4	0 2,

Следует отметить, что в среднем на одного больного группы сравнения приходилось 2-3 осложнения в виде сочетания бронхо-легочных или (и) сердечно-сосудистых с раневыми осложнениями. В целом в группе сравнения было 17 (18,3% из 93) больных с различными осложнениями. В основной группе было 9 (8,6% из 104) больных с различными осложнениями. По сравнительному признаку по количеству осложнений получено достоверное улучшение в основной группе.

Выводы:

Факторами риска развития периоперационных осложнений после симультанных и реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости и брюшной стенке явились клиничко-лабораторные признаки сопутствующих соматических заболеваний.

Использование усовершенствованной модифицированной шкалы прогнозирования периоперационных осложнений позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных с ВГ сопутствующей симультанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки и соответственно сократить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений с 10,7% до 2,8%.

Применение предложенного алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения ВГ с симультанной хирургической патологией органов брюшной полости позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 18,3% до 8,6% ($p=0,045$), в том числе раневых с 22,5% до 6,6% и внеабдоминальных с 10,7% до 2,8%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после различных вариантов герниопластики.

Список литературы

1. Delaney L.D., Thumma J., Howard R., Solano Q., Fry B., Dimick J.B., Telem D.A. & Ehlers A.P. (2022). Surgeon Variation in the Application of Robotic Technique for Abdominal Hernia Repair: A Mixed-Methods Study. The Journal of surgical research, 279, 52–61. Advance online publication. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.05.008/> (дата обращения: 23.06.2022).
2. Mitura K., Romańczuk M., Kisielewski K. & Mitura B. (2022). eTEP-RS for incisional hernias in a non-robotic center. Is laparoscopy enough to perform a durable MIS repair of the abdominal wall defect?. Surgical endoscopy, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09365-w>

3. Boudjema K., Locher C., Sabbagh C., Ortega-Deballon P., Heyd B., Bachellier P., Métairie S., Paye F., Bourlier P., Adam R., Merdrignac A., Tual C., Le Pabic E., Sulpice L., Meunier B., Regimbeau J.M., Bellissant E. & METASYNC Study group (2021). Simultaneous Versus Delayed Resection for Initially Resectable Synchronous Colorectal Cancer Liver Metastases: A Prospective, Open-label, Randomized, Controlled Trial. *Annals of surgery*, 273(1), 49–56. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003848>.
4. Ibragimov S. (2020). REFLECTIONS AND THOUGHTS OF MEDIEVAL SCIENTISTS ON THE IMPORTANCE OF A HEALTHY LIFESTYLE. *InterConf*.
5. Breuing K., Butler C.E., Ferzoco S., Franz M., Hultman C.S., Kilbridge J.F. & Ventral Hernia Working Group. (2010). Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery*, 148(3), 544-558.
6. Van der Linden F.T. & Van Vroonhoven T.J. (1988). Long-term results after surgical correction of incisional hernia. *The Netherlands Journal of Surgery*, 40(5). 127-129.
7. Ibragimov S. (2022). CONJUGATED TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS IN ADULTS FROM 26 TO 80. *Grail of Science*, (12-13), 658-659.
8. Ibragimov S. (2021). HEART DAMAGE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. *Збірник наукових праць ЛОГОС*.
9. Shankaran V., Weber D.J., Reed R. Lawrence, I.I. & Luchette F.A. (2011). A review of available prosthetics for ventral hernia repair. *Annals of surgery*. 253(1). 16-26.
10. Ibragimov S. & Makhmudova A. (2020). Legal culture-the basis for the rule of law. *Збірник наукових праць ЛОГОС*, 129-132.