

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ  
БОЛЕЗНИ И НАРУЖНЫХ ГРЫЖАХ**

**Т.Н. Калыбеков**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: kalybekov.90@bk.ru*

**Резюме:** цель – представить результаты симультанных операций у больных желчнокаменной болезнью и наружными грыжами.

Оперировано 50 больных, из них женщин-33 и мужчин -17. Наибольшую группу составили больные в возрасте от 40 до 60 лет (62%), от 61 до 70 – 22%, старше 70 лет – 16%. Среди них с острым холециститом было 5 больных, а остальные с хроническим. Из 50 больных рецидивные грыжи - 6.

По размерам грыж: малые – 6, средние – 25, большие – 17, гигантские -2. Неосложненные грыжи – 18, невправимые – 29, ущемленные – 3. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом. Холецистэктомия выполнялось из транспараректального и правого подреберного доступа, а грыжесечение в зависимости от локализации грыж. При грыжесечении аутопластика выполнена у 30 больных (60%), с использованием полипропиленовой сетки у 20 больных (40%). После операции у двух после грыжесечения выявлен инфильтрат и у 2 серома. Применение симультанных операций оправдано.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, грыжи, оперативное лечение, симультанные операции, осложнение.

**ӨТТҮН ТАШЫ ООРУСУНА ЖАНА ТЫШКЫ ГРЫЖАЛАРГА  
БИР ЭЛЕ МЕЗГИЛДЕ ЖАСАЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАР**

**Т.Н. Калыбеков**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Комбустиология курсу менен жалпы хирургия кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Максаты – өттүн ташы оорусу жана тышкы грыжа менен ооруган бейтаптарга бир мезгилде жасалган операциялардын натыйжаларын көрсөтүү. Элүү бейтапка операция жасалган, алардын 33ү аялдар, 17си эркектер.

Эң чоң топту 40 тан 60 жашка чейинки курактагылар түзгөн (62%), 61 жаштан 70 жашка чейинки - 22%, 70 жаштан жогору - 16% болгон. Алардын ичинде курч холецистит менен 5 оорулуу болгон, калгандары өнөкөт формасы менен катталган. 50 бейтаптын ичинен грыжанын кайталанышы - 6.

Грыжалардын өлчөмү боюнча: кичинекей - 6, орточо - 25, чоң - 17, алп - 2. Татаал эмес - 18, кайра калыбына келбеген - 29, кысымга алынган - 3. Бардык операциялар эндотрахеалдык наркоз менен жасалган. Холецистэктомия транс-параректалдык жана оң кабырганын астынан, ал эми грыжаларды кесүү грыжалардын жайгашуусуна жараша болгон. Грыжаны калыбына келтирүү менен 30 бейтапка аутопластика жасалды (60%), ал эми 20 бейтапка полипропилен торун колдонуу менен жасалган (40%). Операциядан кийин, эки бейтапта инфильтрат жана экөөндө серома табылган. Бир мезгилдеги операцияларды колдонуу натыйжалуу болгон.

**Негизги сөздөр:** өтгүн ташы оорусу, грыжа, оперативдик дарылоо, бир мезгилдеги операциялар, татаалдашуу.

### SIMULTANEOUS OPERATIONS FOR GALLSTONE DISEASES AND EXTERNAL HERNIA

**T.N. Kalybekov**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of General Surgery with a course in combustiology  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** the goal is to present the results of simultaneous operations in patients with cholelithiasis and external hernias. Fifty patients were operated, including 33 women and 17 men. The largest group consisted of patients aged 40 to 60 years (62%), from 61 to 70 - 22%, over 70 years old - 16%. Among them there were 5 patients with acute cholecystitis, and the rest with chronic. Of 50 patients, recurrent hernias - 6.

By the size of hernias: small - 6, medium - 25, large - 17, giant - 2. Uncomplicated hernias - 18, irreducible - 29, restrained - 3. All operations were performed under endotracheal anesthesia. Cholecystectomy was performed from trans-pararectal and right subcostal access, and hernia repair, depending on the location of the hernias. During hernia repair, autoplasty was performed in 30 patients (60%), using a polypropylene mesh in 20 patients (40%). After surgery, two after hernia repair revealed an infiltrate and two had seromas. The use of simultaneous operations is justified.

**Key words:** cholelithiasis, hernia, surgical treatment, simultaneous operations, complication.

**Введение.** Заболеваемость желчнокаменной болезнью отмечается во многих странах мира и многие исследователи отмечают рост количества больных, которые требуют оперативного лечения [1,2]. Наружные грыжи являются также часто встречающейся патологией, число которых неуклонно увеличивается [3,4], эта категория больных также нуждается в оперативном лечении. В последние годы ряд исследователей отмечает рост больных с сочетанными заболеваниями, особенно у лиц пожилого возраста [5,6], которые нуждаются в оперативном лечении, но одновременная их коррекция не превышает 3-5% от числа нуждающихся [7,8].

В последнее время широко стал обсуждаться вопрос о возможности выполнения симультанных операций, которые имеют ряд преимуществ перед последовательными: больной одновременно избавляется от двух, иногда трех заболеваний, но при этом незначительно увеличивается длительность операции, кровопотеря, незначительно увеличивается срок

стационарного лечения [9,10,11]. Однако, несмотря на накопленный опыт выполнения симультанных операций, до настоящего времени нет единого взгляда среди хирургов на выполнение оперативного вмешательства при сочетании ЖКБ с наружными грыжами, особенно при сочетании с послеоперационными грыжами.

**Цель исследования** – определить результаты оперативных вмешательств у желчнокаменной болезнью в сочетании с грыжами.

**Материалы и методы обследования.**

Под наблюдением находились 50 больных, которым были выполнены симультанные операции по поводу ЖКБ в сочетании с грыжами различной локализации, оперированные в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек и хирургическом отделении территориальной больницы Жайылского района, г. Кара-Балта в период с 2018 по 2019 гг. включительно. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1- Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		Из них в возрасте (в годах)			
	Абс,ч	%	41-50	51-60	61-70	Старше 70 лет
Женщины	33	66,0	9	11	7	6
Мужчины	17	34,0	6	5	4	2
Итого	50	100,0	15	16	11	8

Наиболее чаще поступали женщины в сравнении с мужчинами и часто в возрасте от 40 до 60 лет, но и старше 70

лет было 8 больных (16%). В процессе работы мы выделили группы в зависимости от вида грыж (табл.2).

Таблица 2 - Распределение больных с желчнокаменной болезнью в сочетании с наружными грыжами

Сочетание заболеваний	Всего Абс,ч	%	Из них		
			неосложненные	невправимые	ущемленные
ЖКБ+пупочная грыжа	27	54,0	10	14	3
ЖКБ+паховая или бедренная грыжа	7	14,0	6	1	-
ЖКБ+послеоперационная вентральная грыжа	16	32,0	2	14	-
Итого	50	100,0	18	29	3

Наибольшую группу составили больные ЖКБ в сочетании с пупочной грыжей (54%), затем ЖКБ с послеоперационными вентральными грыжами (32%) и реже оперировали больных с паховыми грыжами (5 чел.) и бедренными грыжами (2 чел.). Нужно отметить, что чаще были невправимые грыжи, а 3 пациента поступили с ущемлением (пупочные грыжи).

Размеры грыж были: малые (до 5 см), средние (от 5 до 10 см), большие (от 10 до 15 см) и гигантские более 15 см. Это классификация Янова В.Н. [12], которой и мы пользовались в своей работе. Малые грыжи выявлены у 6, средние у 25, большие у 17 и гигантские у двух больных.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анамнез, осмотр, общий анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость крови) использовали УЗИ – до операции для установления характера заболевания и для определения размера грыжевых ворот, характера грыжевого содержимого, а после операции УЗИ позволяло своевременно выявить раневое осложнение и принять меры профилактики.

Полученные результаты обработаны с вычислением относительных величин (%).

При сочетании ЖКБ с грыжами для решения вопроса о выборе метода пластики грыжевых ворот пользовались рекомендациями Хитарьяна Э.Г. и соавт. [13] которые разработали формулу определения коэффициента напряжения брюшной стенки. Если коэффициент превышал 2,09, то использовали метод пластики, при котором сохраняли объем брюшной полости (полипропиленовая сетка), а если ниже, то использовали метод, при котором уменьшали объем брюшной полости (аутопластика). Коэффициент определяли по формуле

$$K = \frac{(P)P1 - hу - 1}{224 \cdot P \cdot P - hу} * R\sqrt{ПА}$$

P – радиус живота; P1 – радиус грыжевого выпячивания, Ну – толщина брюшной сетки.

R – величина зависит от локализации грыжи: если грыжа в мезогастральной области, то 245 ПА, если в гипогостральной, то 392 ПА.

### Результаты и их обсуждение

После обследования больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Типы операций и

характер осложнений после них даны в таблице 3.

Таблица 3-Типы операций и характер осложнений

Типы операции	Всего	Инфильтрат	Серома
Холецистэктомия с аутопластикой пупочных грыж	20	1	1
С полипропиленовой сеткой	7	-	1
Холецистэктомия+аутопластика паховых и бедренных грыж	7	1	-
Холецистэктомия+аутопластика послеоперационных грыж	3	-	-
Холецистэктомия+аутопластика полипропиленовыми сетками	13	-	1
Всего	50	2	2

Холецистэктомию выполняли доступом в правом подреберье по Федорову (42 чел.), а у 8 трансректальным, у большинства от шейки (44 чел.) и у 6 от дна с отдельно обработкой пузырной артерии и протока. Ложе желчного пузыря дренировали, дренаж удаляли через 24 или 48 часов. До операции и к концу ее всем вводили внутривенно 1,0 цефтриаксон, а после операции на протяжении 4-5 суток продолжали введение антибиотика.

Большинство исследователей при выполнении симультанной операции всегда первой выполняют на менее инфицированном органе, но в наших наблюдениях это правило не удается соблюдать, мы сначала выполняем холецистэктомию, а затем грыжесечение, так как трудно предвидеть, как пройдет операция на желчном пузыре. После холецистэктомии вновь обрабатывали операционное поле, осуществили замену простыни, перчаток. Грыжесечение с использованием аутопластики удалось выполнить у 30 больных, а у 20 применена полипропиленовая сетка - в двух вариантах: если коэффициент

напряжения брюшной стенки не превышал 2,09, то применяли полипропиленовую сетку, но сетку мы использовали тоже в двух вариантах: 1) для укрепления аутопластики 2) для полного замещения грыжевых ворот и сохранения объема брюшной полости.

Из 27 больных, у которых имело место сочетание ЖКБ с пупочной грыжей у 20 выполнили аутопластику (чаще по Мейо и реже по Сапежко) и в основном при малых и средних размерах грыж, а у 7 аутопластика дополнена полипропиленовой сеткой, которую фиксировали не менее 2-3 см от линии пластики. Эту методику использовали в тех случаях, когда при аутопластике наблюдали расслаивание апоневроза, мышц.

При сочетании ЖКБ с паховой (5 чел.) и бедренной (2 чел.) грыжами при прямой паховой грыже выполняли пластику по Бассини, а при косой по Постемскому.

Более сложной были операции по поводу послеоперационных вентральных грыж. Лишь у 3 пациентов удалось выполнить ликвидацию грыжевых ворот аутопластикой, это были больные со

средними размерами грыж, а у 13 применили полипропиленовую сетку, из них у 10 использовали сетку для укрепления аутопластики, когда отмечалось расслаивание мышц и апоневроза, а у 3 грыжевые ворота замещены полипропиленовой сеткой с фиксацией ее по периметру грыжевых ворот. Это обеспечивало сохранение объема брюшной полости и предотвращало повышение внутрибрюшного давления. При использовании полипропиленовой сетки подкожно-жировую клетчатку дренировали двумя микроирригаторами и осуществляли контроль УЗИ раны, так как скопление жидкости может явиться причиной нагноения, а в последующем к рецидиву грыжи. Микроирригатор удаляем только после прекращения отделяемого.

Из числа оперированных нами больных послеоперационный период протекал благоприятно. Лишь у 43 больных после операции отмечено повышение температуры тела до 37,6 °С а у остальных температура была в пределах нормы. У двух больных отмечено формирование инфильтрата в области операционной раны, нами была усилена противовоспалительная терапия в сочетании с физиотерапией. Еще у двух на 3и сутки после операции обнаружена серома, выполнена пункция, заживление раны шло первичным натяжением. Среднее пребывание в стационаре составило  $8,0 \pm 0,55$  койко-дней.

Таким образом наши, хотя и малочисленные наблюдения, показали целесообразность выполнения симультанных операций при сочетании наружных грыж с желчнокаменной болезнью, так как при использованных нами подходов к выбору метода пластики (аутопластика, полипропиленовая сетка), мы не наблюдали случаев повышения внутрибрюшного давления, а осложнения воспалительного характера отмечены в единичных случаях, но, чтобы доказать их преимущество или недостатки в сравнении с последовательными операциями, нами будет продолжено накопление материала по симультанным и последовательным операциям.

### **Выводы:**

1. При сочетании ЖКБ с наружными грыжами целесообразно выполнять симультанные операции, но с адекватным выбором метода операции, строгим соблюдением правил асептики и антисептики, бережным отношением с тканями, тщательным гемостазом.

2. При сочетании ЖКБ с послеоперационными вентральными грыжами можно использовать полипропиленовую сетку для укрепления зоны аутопластики и для полного замещения грыжевых ворот.

3. После операции необходим в динамике контроль УЗИ для своевременного выявления осложнений и предотвращения нагноения.

### Литература

1. Ермолов, А.С. Хирургия желчнокаменной болезни / А.С.Ермолов // *Анналы хирургии.*-2009.-№1.- С.18-24.
2. Оморов, Р.А. Хирургия желчнокаменной болезни: Эволюция доступов, щадящие технологии / Р.А. Оморов, Б.А. Авасов, Р.К. Бейшембаев. - Бишкек: ОсОО «Махита», 2009.-128 с.
3. Пушкин, С.Ю. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж и патогенетическое обоснование пластик комбинированным способом: автореферат дис., на соиск.учен .степ. канд.мед.наук:14.00.27/ Пушкин С.Ю.- Самара, 1999. -24 с.
4. Марков, А.И. Хирургическое лечение паховых грыж / А.И. Марков.- Петрозаводск: Наука, 2009.-372 с.
5. Осипов, Б.Б. Симультантные операции у больных с острым холециститом / Б.Б. Осипов // *Хирургия.*- 2017.-№1.- С. 47-50.
6. Симультантные операции при желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста / [А.Р. Рамазанова, В.К. Попович, А.Н. Сушко и др.] // *Медицинский хирургический журнал.*- 2015.-Том 23, №1.- С.8-12.
7. Современные подходы к хирургическому лечению паховых и послеоперационных вентральных грыж / [А.И. Мусаев, М.Г. Кенжаев, О.Ж. Токтогулов и др.]. - Бишкек: издательский центр КГМА, 2008.-229 с.
8. Артыков К.П. Симультантные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости / К.П. Артыков, Р.Р. Рахматуллаев, А.Р. Рахматуллаев // *Вестник Авиценны.*- 2015.-№2.- С.114-118.
9. Симультантная холецистэктомия в ходе абдоминопластики / [Х.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобинова и др.] // *Вестник Авиценны.* - 2015.- №2.- С.7-11.
10. Маховский, В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В.З. Маховский.- Ставрополь: Прогресс, 2002.-203 с.
11. Тоскин, К.Д. Симультантные операции, названия, определения / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, А.А. Земляникин // *Вестник хирургии.* - 1991.- том 146. - №5. – С.3-9.
12. Янов, В.Н. Аутодермальная пластика брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах / В.Н. Янов // *Хирургия.*-1993.- №7.- С.78-81.
13. Хитарьян, А.Г. Способ выбора оптимального варианта пластики при оперативном лечении вентральных грыж / А.Г. Хитарьян, М.Р. Мишоян, Х.И. Эл-Сахаи.- Патент РИА 61 В 17/00 №2199271- 2001 г.