

И.А. Довгалец

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель: ассист. Д.С. Бойба

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

I.A. Dovgalets

POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS: ANALYSIS OF RISK FACTORS AND TREATMENT OPTIONS

Tutor: assistant D.S. Boyba

Department of Military Field Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В настоящее время основной проблемой хирургического лечения остаются послеоперационные вентральные грыжи, которые встречаются в 4-11% случаев, а при наличии факторов риска этот показатель становится выше. Рост числа рецидивов послеоперационных вентральных грыж, достигающий 30% после традиционных методов пластики связано как с техническими сложностями, так и отсутствием единого стандарта выбора метода герниопластики.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, герниопластика, рецидив.

Resume. Currently, the main problem of surgical treatment remains postoperative ventral hernias, which occur in 4-11% of cases, and in the presence of risk factors, this indicator becomes higher. The increase in the number of recurrences of postoperative ventral hernias, reaching 30% after traditional plastic surgery methods, is due to both technical difficulties and the lack of a single standard for choosing a hernioplasty method.

Keywords: postoperative ventral hernias, hernioplastic, relapse.

Актуальность. Благодаря стремительному развитию эндовидеохирургических (ЭВХ) технологий, в арсенале хирургов появляется всё больше малоинвазивных методик, в числе которых Mini- or Less-Open Sublay (MILOS), Intraperitoneal Onlay Mesh (IPOM), extended Totally Extraperitoneal Plasty (eTEP). При использовании данных методов герниопластики наблюдается малоинтенсивный болевой синдром в послеоперационном периоде и отсутствие ограничений при физических нагрузках в отдаленном послеоперационном периоде. Несмотря на широкий спектр хирургических техник, герниологическое сообщество все еще находится в поисках идеального, стандартизованного метода, характеризующегося минимальной инвазивностью, низким риском послеоперационных осложнений и высоким качеством жизни пациентов. Внедрение сетчатых имплантов снизило частоту рецидивов, но их применение не всегда возможно из-за риска инфекционных осложнений, однако послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) остаются серьезной проблемой, приводящей к ухудшению качества жизни пациентов, повторным госпитализациям и дополнительным экономическим затратам системы здравоохранения. По данным исследований, после лапаротомий грыжи формируются в 4–11% случаев, а при наличии факторов риска (ожирение, инфекции раны, сопутствующая патология) этот показатель может быть значительно выше. Опасение

вызывает рост числа рецидивов ПОВГ, достигающий 20–30% после традиционных методов пластики.

Это связано как с техническими сложностями закрытия обширных дефектов, так и с отсутствием единого стандарта выбора метода герниопластики. Кроме вышеуказанных проблем грыженосители, как правило, имеют деформацию живота. У оперированных пациентов деформация усугубляется наличием послеоперационного рубца. Неудовлетворительный эстетический вид таких пациентов негативно влияет на характер человека, его профессиональную и социальную жизнь.

Цель: на основании ретроспективного анализа результатов хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами проанализировать ключевые факторы их развития и рецидивирования.

Задачи:

1. Проанализировать ключевые факторы, влияющие на развитие и рецидивирования послеоперационных вентральных грыж.
2. Выявить факторы, которые наиболее сильно влияют на развитие и рецидивирование послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 160 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами за 2024 год, находившихся на лечении в центре герниологии и бариатрической хирургии 4 городской клинической больницы города Минска. Проводилась оценка ключевых факторов, влияющих на частоту рецидивов: Возраст и распределение пациентов по полу; Локализации грыжи (эпигастральная, мезогастральная, гипогастральная); Размера грыжевого дефекта; Характера предыдущих операций (абдоминальные, гинекологические, онкологические вмешательства); Способа пластики и дренирования (вакуумный дренаж, резиновый выпускник, отсутствие дренажа).

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что было 45 мужчин (28,6%, средний возраст – 57,6 лет) и 115 женщин (71,4%, средний возраст – 62,6 года). У 148 пациентов (91,93%) болезненные ощущения отсутствовали, 12 больных (8,07%) испытывали болевой синдром. Первичные грыжи (122, 78,26%) встречались чаще, чем рецидивные (38, 21,74%). Основными факторами, способствовавшими развитию послеоперационных грыж, стали: рецидив после ранее перенесённой грыжи – 55 (34,375%), абдоминальные операции – 33 (20,625%), гинекологические вмешательства – 30 (18,75%), онкологические заболевания – 18 (11,25%), иные причины – 24 (15%). Наиболее частой локализацией грыж оказалась мезогастральная область (124, 77%), реже встречались гипогастральные грыжи (24, 15,05%) и эпигастральные грыжи (12, 7,5%). Тактика лечения зависела от размера и расположения грыжевого дефекта. У 102 человек (53,98%) применялось ушивание местными тканями, у 58 больных (36,02%) выполнили пластику с использованием сетчатого эндопротеза. В послеоперационном периоде у 89 пациентов (55,9%) устанавливался вакуумный дренаж, у 47 больных (29,2%) – резиновый выпускник, а 24 пациента (14,9%) обходились без дренирования. Пребывание в отделении анестезиологии и реанимации потребовалось 14 больным (9,3%), при этом: 11

пациентов (80%) находились 1 сутки, 2 больных (13,3%) – двое суток, 1 пациент (6,7%) – 24 дня. Остальные 146 пациентов (90,7%) в реанимационном наблюдении не нуждались. Средняя продолжительность операции составила 82,7 минуты, а срок госпитализации – 12,3 койко-дня.

Выводы. Исследование демонстрирует преобладание послеоперационных вентральных грыж у женщин старшего возраста, с высокой частотой мезогастральной локализации. Основным фактором риска является рецидив после первичной грыжи (34,4%). В большинстве случаев использовалось закрытие местными тканями, а дренирование проводилось преимущественно вакуумными системами. Послеоперационное восстановление в большинстве случаев протекало без необходимости реанимационного наблюдения.

Литература

1. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир // Симферополь, 2002. – 438 с.
2. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. – М.: «Триада-Х», 2003. – 144 с.
3. Muysoms, F.E. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias / F.E. Muysoms, M. Miserez, F. Verrevoet, et al. // Hernia. 2009; 13(4): 407-414.
4. Юрасов, А.В. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков, Д.Н. Курашвили // Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2014; 4(7): 405–413.
5. Федоров, В.Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / В.Д. Федоров, А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия // Хирургия. 2000; 1: 11–14.