

## МЕТОД ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

<sup>1</sup>Сивец Н.Ф., <sup>2</sup>Головач Д.И., <sup>1</sup>Сивец А.Н., <sup>1</sup>Нехаев А.Н.

<sup>1</sup> Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>УЗ «6-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж до настоящего времени остается одной из нерешенных проблем абдоминальной хирургии. На данный вид приходится 17-22% от общего числа пациентов с грыжами. Использование для герниопластики собственных местных тканей сопровождается появлением в 25-60% рецидивов в сроки наблюдения свыше 5 лет. Значительным остается и число рецидивов (8,2-38,5%) за счет применения синтетических пластических материалов. На этом фоне количество операций по поводу рецидивов грыж не имеет тенденции к снижению.

В настоящее время продолжают исследования по усовершенствованию способов пластики передней брюшной стенки, разрабатываются новые синтетические имплантаты. При этом, наряду с положительными эффектами, обозначаются и такие известные проблемы, как длительный болевой синдром, нагноения сетчатых имплантов, серомы и др.

**Цель.** Разработать способ пластики передней брюшной стенки полипропиленовым сетчатым имплантатом и оценить его клиническую эффективность у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

**Материалы и методы.** Разработан метод пластики передней брюшной стенки при послеоперационной вентральной грыже (Патент № 22531 от 27.02.2019г.). Выполнен анализ результатов лечения 30 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных в период с 2016г. по 2019г. по разработанному способу.

Исследуемая группа (n=30) была представлена и мужчинами (13/43,3%), и женщинами (17/56,7%), в соотношении М:Ж=1,0:1,3. Возраст пациентов группы варьировал от 22 до 82 лет. Медиана возраста составила 58,5 (49,0;67,0) лет. Возрастная группа в диапазоне 29-44 лет (молодой возраст) была представлена пятью (16,7%) пациентами. Лиц среднего возраста (45-59 лет) было 11 (36,7%) человек, пожилого возраста (60-74 лет) – 13 (43,3%) и старческого возраста (75-89 лет) – один (3,3%) человек. Согласно международной классификации вентральных грыж (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999), размеры грыж пациентов этой группы исследования соответствовали критерию W2 в 4 (13,3%) случаях, критерию W3 – в 13 (43,3%) и W4 – в 13 (43,3%) случаях.

**Результаты и обсуждение.** Анализируя литературные данные и результаты собственных исследований, следует признать, что хирургический метод лечения послеоперационных вентральных грыж с пластикой

полипропиленовой сеткой по методике sublay является эффективным для данной категории пациентов. Однако присутствие болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде и наличие рецидивов грыжи побуждают к поиску путей улучшения отдаленных результатов и качества жизни пациентов.

Разрабатывая данный способ пластики, мы исходили из двух важнейших предпосылок: избежать в будущем рецидива и создать условия для восстановления функционального состояния передней брюшной стенки. Выполнение операций по поводу послеоперационных вентральных грыж в большинстве случаев предусматривает применение синтетических имплантатов. При их бесспорном положительном значении, следует иметь в виду и некоторые нежелательные последствия в отдаленном послеоперационном периоде. Прежде всего, это нарушение сократительной способности передней брюшной стенки и периодически возникающие боли при физической нагрузке. Причиной этого, в большинстве случаев, является то, что при фиксации сетчатого имплантата прошивается участок мышечной ткани передней брюшной стенки с элементами сосудов и нервных окончаний.

Предложенный нами метод пластики передней брюшной стенки при послеоперационной вентральной грыже базируется на понимании роли анатомического субстрата и учете физиологической функции. Он заключается в следующем. Послеоперационный рубец от предыдущей операции иссекается на всем его протяжении. Из рубцово-измененных тканей выделяется грыжевой мешок. Он иссекается, проводится местная ревизия и брюшина ушивается. В продольном направлении по линии соединения переднего и заднего апоневротических листков вскрываются влагалища прямых мышц живота по всему периметру грыжевых ворот. Прямые мышцы живота справа и слева тупым путем отделяются от задних апоневротических листков их влагалищ. Отделение мышц выполняется латерально до сухожильных линий (место соединения сухожильных частей наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц) с обеих сторон. Мобилизованные правый и левый задние листки влагалищ прямых мышц живота полностью или частично сшиваются одиночными швами. На них под прямые мышцы живота укладывается полипропиленовая сетка на всю длину грыжевого дефекта. Ширина сетчатого имплантата определяется исходя из суммарной ширины влагалищ прямых мышц живота и белой линии. Фиксация сетки производится по периметру одиночными П-образными швами, проходящими по линии слияния сухожильных частей наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц с апоневрозом прямых мышц живота справа и слева. Узлы формируются поверх апоневроза в подкожной жировой клетчатке. На полипропиленовую сетку по всей её длине укладывается дренажная трубка для вакуум-аспирации по Редону. Полипропиленовая сетка и дренажная трубка укрываются прямыми мышцами живота. Передние апоневротические листки влагалищ правой и левой прямых мышц живота сшиваются между собой одиночными швами.

Пространство над ушитым апоневрозом дренируются по Редону. Накладываются швы на подкожную клетчатку и кожу.

Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов, оперированных по разработанному методу пластики передней брюшной стенки. Информация получена путем устного анкетирования 23 (76,7%) оказавшихся доступными пациентов. Максимальное время наблюдения пациентов исследуемой группы составило 7 лет, минимальное - 4 года после выполнения операции. При этом на улучшение общего состояния указали 95,7% пациентов. Что касается болей в области операции в отдаленном периоде, то они отмечены при физической нагрузке у 21,7% пациентов. Одним из важнейших показателей качества хирургического вмешательства, как известно, является рецидив грыжи. За время наблюдения не установлено ни одного случая рецидива грыжи. В итоге, довольны результатами хирургического лечения 95,7% пациентов.

**Выводы.** При использовании разработанного способа пластики передней брюшной стенки достигнуто снижение травматизации органов брюшной полости, уменьшение количества случаев возникновения болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде, снижение вероятности возникновения рецидивов, повышением уровня качества жизни пациентов.