

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ И РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

*Никифоров А.В., Певец О.В., Егоров А.С., Курилов Н.С., Боровой И.А.  
УЗ «Жодинская ЦРБ», г. Жодино, Республика Беларусь*

**Введение.** В современной общей хирургии, несмотря на постоянное улучшение диагностики заболеваний, совершенствование оперативных пособий, широкое использование малоинвазивных методов лечения, число лиц с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) остается на высоком уровне и составляет 20—26% от пациентов хирургического профиля. В 4—11% случаев лапаротомий заканчиваются формированием ПОВГ, а при длительных сроках наблюдения данное осложнение достигает более 15%. Частота их увеличивается до 68,4% при наличии гнойно-воспалительных осложнений, ожирении, слабости мышечно-апоневротических тканей передней брюшной стенки. Большинство пациентов с ПОВГ (около 63%) — это лица трудоспособного возраста, что придает проблеме социально-экономическую направленность.

Среди этиологических факторов возникновения ПОВГ можно выделить следующие: избыточная масса тела или истощение; беременность и роды; женский пол; брахиморфный тип телосложения; сахарный диабет; пожилой возраст; заболевания легочной системы, сопровождающиеся кашлем; раневая инфекция и перитонит; эвентрация; неоднократные лапаротомии; лапаростомия; дренирование брюшной полости через операционную рану; парез кишечника и повышение внутрибрюшного давления (ВБД) в послеоперационном периоде и др.

**Цель исследования.** Изучить результаты лечения пациентов с впервые возникшими и рецидивными послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ), сравнить варианты пластики передней брюшной стенки (ПБС), оценить возможные осложнения и рецидивы заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 66 пациентов с установленным диагнозом ПОВГ, госпитализированных в хирургическое отделение УЗ «Жодинской ЦРБ» с 2019—2023 гг. Выборку данных пациентов из историй болезней проводили сплошным методом, критерием отбора явилось наличие у пациентов ПОВГ. Мужчин было 25 (38%), женщин — 41 (62%) в возрасте от 32 до 80 лет. Средний возраст пациентов составил 58,4 года. По локализации срединные ПОВГ выявлены у 55 (83,3%) пациентов, боковые — у 10 (15,2%), сочетание срединной и боковой — у 1 (1,5%). Срединные ПОВГ возникли после верхнесрединной лапаротомии у 28 (42,4%) пациентов, после нижнесрединной — у 12 (18,2%), после верхне-нижнесрединной лапаротомии — у 16 (24,2%), «троакарные» грыжи наблюдались у 5 (7,5%) человек. Боковые грыжи по локализации занимали подвздошную область у 3 (4,5%) пациентов (все в проекции доступа по Волковичу — Дьяконову) после

люмботомии — у 2 (3%) пациентов. Среди операций, которые явились причиной возникновения срединных ПОВГ были следующие: операции на органах малого таза (гинекологическая патология) — 9 (13,6%) пациентов, холецистэктомия из срединного лапаротомического доступа — 2 (3%), последствия лапароскопических вмешательств (т.н. «троакарные» грыжи — 5 (7,6%), герниопластика грыжи белой линии живота — 5 (7,6%), лапаротомия по поводу острой кишечной непроходимости — 4 (6%), резекция желудка — 3 (4,5%), лапаротомия по поводу проникающих ранений живота — 3 (4,5%), лапаротомия по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — 4 (6%), лапаротомия по поводу протезирования аорты — 3 (4,5%) человек. Причиной развития боковых ПОВГ послужили операции по поводу острого аппендицита — 3 (4,5%) случая, операции на почке — 2 (3%). У 42 (63,6%) человек были сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет, ожирение, желчнокаменная болезнь, киста яичника. 26 (36,4%) пациента не имели существенной общесоматической патологии.

Всем 66 пациентам проведено оперативное лечение под общим обезболиванием с миорелаксантами. Иссечение послеоперационного рубца, в том числе широких кожных рубцов, прилежащих к грыжевому мешку, выполняли у всех пациентов. После выделения грыжевых ворот оценивали их размер и возможные способы пластики передней брюшной стенки. В большинстве случаев грыжевой мешок иссекали частично с использованием остатков при формировании ложа для сетчатого трансплантата. После вскрытия и иссечения грыжевого мешка проводили ревизию апоневроза со стороны брюшной полости на предмет дополнительных дефектов. У 56 (84,8%) человек дефект по срединной линии был единым, у 10 (15,2%) выявлены множественные дополнительные дефекты (1—2 см в диаметре, «button-hernia») в проекции одного послеоперационного рубца, которые не определялись до операции ни пальпаторно, ни при УЗИ органов брюшной полости. Все дополнительные дефекты объединялись с основным дефектом. Задняя стенка формировалась в большинстве случаев, путем сшивания заднего листка апоневроза, в ряде случаев, когда создавалось натяжение, задний листок фиксировался к остаткам грыжевого мешка и большому сальнику. Сетка фиксировалась к задней стенке полипропиленовыми швами, по периметру. По краям сетка фиксировалась трансмускулярными швами над передним листком апоневроза. В 70% дефект апоневроза ушивался непрерывным швом. В 5 случаях дефект апоневроза ушивался частично, подшиванием сетчатого протеза к его краям. Использовались сетчатые протезы отечественного производства ЭРГОМЭШ.

Размеры окончательного грыжевого дефекта были следующие (по классификации European Hernia Society, 2009): W/1 (ширина дефекта до 4 см) — 26 (39,4%) пациентов, w/2 (до 10 см) — 25 (37,9%), w/3 (более 10 см) — 15 (22,7%).

К способу расположения сетчатого эксплантата подходили индивидуально. В 46 (69,7%) случаях имплант был уложен и фиксирован по методике Sublay, из них у (2%) пациентов сетчатый эксплантат был уложен ретромускулярно (на апоневроз задних листков влагалищ прямых мышц живота). В 3 (4,5%) случаях имплант был уложен и фиксирован по методике Onlay. В 1 (1,5%) случае имплант был уложен и фиксирован по методике Inlay. У 16 (24,3%) пациентов пластика передней брюшной стенки была выполнена местными тканями.

При закрытии кожной раны у 20 (30,3%) пациентов устанавливался подкожный дренаж с активной аспирацией по Редону. В 1 (1,5%) случае выполнялось дренирование подапоневротического пространства, и в 1 (1,5%) случае одновременное дренирование подапоневротического пространства и подкожно-жировой клетчатки. Дренирование проводилось в течении 3-5 суток.

Средняя продолжительность госпитализации для всех 66 пациентов составила 12,33. В группе пациентов, которым выполняли пластику брюшной стенки с использованием собственных тканей, — 11,46; оперированных по методике Sublay — 12,8. Несмотря на большой объем оперативного пособия при использовании сетчатых протезов при наличии больших и средних ПОВГ, у 20,7% пациентов было целесообразно выполнение симультанных операций, что не оказало существенного влияния на течение послеоперационного периода и обосновано экономически. Длительность пребывания пациентов в стационаре прямо пропорциональна объему оперативного вмешательства.

**Результаты и обсуждение.** У всех пациентов выполнены оперативные вмешательства, объем которых зависел от размера и локализации ПОВГ. У 19 пациентов отмечалась рецидивная ПОВГ. У 50 пациентов выполнена пластика с использованием сетчатого эксплантата в различных модификациях, у 16 — пластика ПБС собственными тканями. При использовании сетчатого эксплантата применялась методика sublay (43 пациента) и onlay (3 пациента), inlay (1 пациент). Симультанные внутрибрюшные вмешательства выполнены в 3 случаях. В 2 случаях – холецистэктомия и висцероадгезиолизис, в 1 случае удаление кисты яичника. Рецидив заболевания в течении 4 лет имелся у 1 пациента. Рецидив грыжи имел место у пациентки с послеоперационной грыжей в правом подреберье после выполнения холецистэктомии и холедоходуоденостомии. Рецидив грыжи образовался по нижнему краю фиксации сетки, вследствие прорезывания фиксирующего непрерывного шва. Летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения имели место в 4 случаях (8%) - серомы послеоперационной раны - 2, в т.ч. одна инфицированная, и 2 гематомы послеоперационной раны. Серомы излечены пункционным методом. У одной пациентки инфицированная серома, после безуспешных пункций излечена открытым способом, после вскрытия и опорожнения гнойного скопления.

**Выводы.** При тщательном соблюдении технологии выполнения операции, методика оперативного лечения послеоперационных грыж с применением сетчатых трансплантатов является оптимальной по ближайшим и отдаленным результатам и приемлемой по количеству и тяжести осложнений.