

Э.Г. Голынкин

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.В. Носик

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии
и гематологии», Минск*

E.G. Golyнкиn

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS

Tutor: PhD, associate professor A.V. Nosik

*Department of Surgery and Transplantology with Advanced Training
and Retraining Course*

*Belarusian State Medical University, Minsk
State Institution "Minsk Scientific and Practical Centre for Surgery, Transplantology
and Hematology", Minsk*

Резюме. Хирургическое лечение первичных и послеоперационных вентральных грыж остается актуальной проблемой современной герниологии. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 328 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, роль малоинвазивных технологий и методов сепарации мышечно-фасциальных компонентов передней брюшной стенки.

Ключевые слова: герниопластика, первичная, послеоперационная грыжа, сепарация.

Resume. Surgical treatment of primary and postoperative ventral hernias remains an urgent problem of current herniology. The results of surgical treatment of 328 patients with hernias of anterior abdominal wall, the role of minimally invasive technologies and methods of separation of musculofascial components of the anterior abdominal wall were analyzed.

Keywords: hernioplasty, primary, postoperative hernia, separation.

Актуальность. Хирургическое лечение первичных и послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной проблемой хирургии. Операции по поводу вентральных составляют от 8 до 24% всех оперативных вмешательств, выполняемых в хирургическом стационаре. Улучшение результатов герниопластики во многом связано с внедрением пластики сетчатым полипропиленовым имплантом в лечение первичных и ПОВГ [1].

При формировании грыжевого дефекта в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки (ПБС) боковые мышцы живота утрачивают свою медиальную точку прикрепления, что с течением времени негативно влияет на их основную функцию – динамическое поддержание внутрибрюшного давления, а также ведет к снижению их биоэлектрической активности с развитием в дальнейшем морфологических изменений. Происходит постепенное замещение мышечных волокон соединительной и жировой тканью, уменьшаются размеры миоцитов,

прогрессируют атрофические изменения [2]. На данные процессы оказывает потенцирующее влияние коморбидный статус пациента, который чаще всего представлен хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССЗ), сахарным диабетом, ожирением, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), онкопатологией и др. В результате перед хирургом ставится трудная задача в выборе тактики лечения такого пациента, способа грыжесечения и пластики грыжевых ворот, появляется необходимость в проведении реконструктивных операций на ПБС.

Цель: охарактеризовать особенности и факторы, влияющие на выбор метода хирургического лечения пациентов с вентральными грыжами при различных размерах грыжевого дефекта.

Задачи:

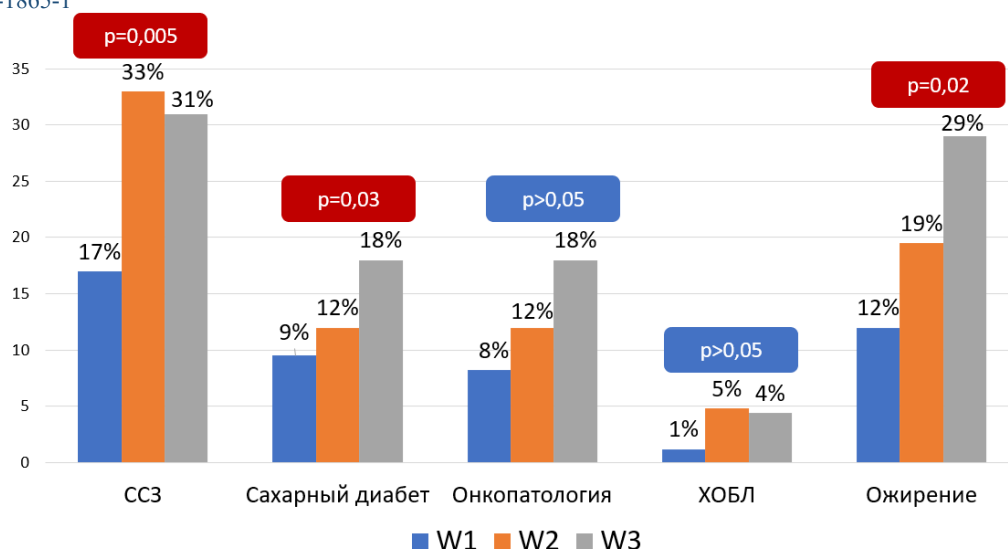
1. Проанализировать коморбидный фон пациентов в различных группах.
2. Проанализировать частоту применения различных способов хирургического лечения пациентов с грыжами малых, средних и больших размеров.
3. Оценить частоту применения реконструктивных операций на передней брюшной стенке и ее зависимость от размера грыжевого дефекта.

Материалы и методы. В исследование включены результаты лечения 328 пациентов с первичными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки различной локализации (за исключением паховых грыж), находившихся в хирургическом отделении ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» г. Минска в 2023-2024 гг. Исследование одноцентровое, ретроспективное. При разделении пациентов на группы использованы критерии классификации European Hernia Society (EHS): W1 – ширина дефекта <4 см, W2 – ширина дефекта 4-10 см, W3 – при ширине дефекта >10 см [3]. Полученные данные были обработаны и проанализированы при помощи программы Statistica 10.0 (Statsoft) для Windows. Для сравнения двух независимых групп по количественному признаку были использованы статистические критерии Pearson χ^2 , U-критерий Манна-Уитни и Kruskal-Wallis test. Критерием достоверности взят $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Изучены результаты хирургического лечения 167 женщин (50,9%) и 161 мужчины (49,1%), соотношение М:Ж=1,04:1. Возраст пациентов находился в пределах от 21 до 82 лет (Me [LQ, UQ] – 57,5 [43,5; 66,0]).

В 161 случае (49,1%) грыжа была первичной, в 167 (50,9%) – послеоперационной. Среди ПОВГ у 119 пациентов (71,2%) грыжа возникла на месте лапаротомного разреза, у 48 пациентов (28,8%) грыжа возникла в месте постановки лапароскопического троакара.

Анализ сопутствующей патологии показал, что у пациентов группы W3 достоверно чаще чем у пациентов групп W1 и W2 встречались патология сердечно-сосудистой системы (31%, $p=0,005$), сахарный диабет (18%, $p=0,03$) и ожирение (29%, $p=0,02$), (диаграмма 1).



Диагр. 1 – Сопутствующая патология в различных группах

Немаловажным фактором риска формирования грыж средних и больших размеров является вид перенесенного пациентом оперативного вмешательства в прошлом. Так наличие лапаротомии в анамнезе достоверно является фактором риска формирования средних (W2) и больших (W3) грыж (критерий Pearson $\chi^2=56,7$; $p<0,001$). В случае наличия лапароскопии в анамнезе данной статистически значимой закономерности не прослеживается ($\chi^2=0,49$; $p=0,48$).

Анализ способов оперативных вмешательств показал, что в группе пациентов с грыжами W1 видеоэндоскопические технологии применялись в 42 случаях (23%), при этом преобладающим способом ликвидации грыжевых ворот является пластика местными тканями – 142 случая (77%). В группах пациентов с грыжами W2 и W3 преобладающим методом оперативного вмешательства является герниолапаротомия (115 случаев (99,2%) и 28 случаев (100%), соответственно), при этом пластика грыжевого дефекта проводилась с дополнительным усилением полипропиленовым сетчатым трансплантатом у пациентов группы W2 в 82 случаях (71%), а в группе W3 в 28 случаях (100%) (рисунок 1).

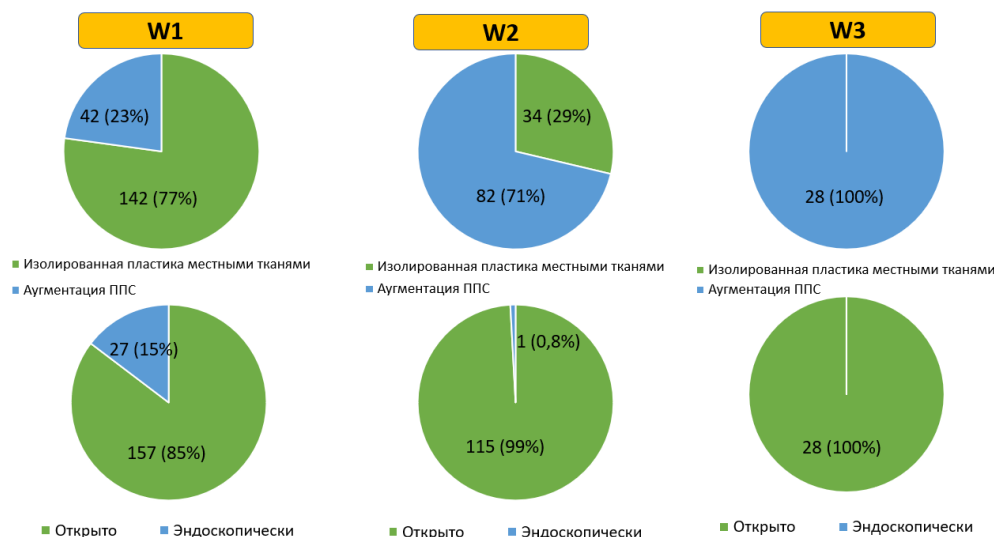


Рис. 1 – Способы герниопластики в зависимости от ширины грыжевого дефекта

Замечено, что при постановке полипропиленового сетчатого импланта в ретромускулярную позицию возникновение послеоперационных сером было достоверно чаще чем при установке импланта преперитонеально ($\chi^2=4,85$, $p=0,03$).

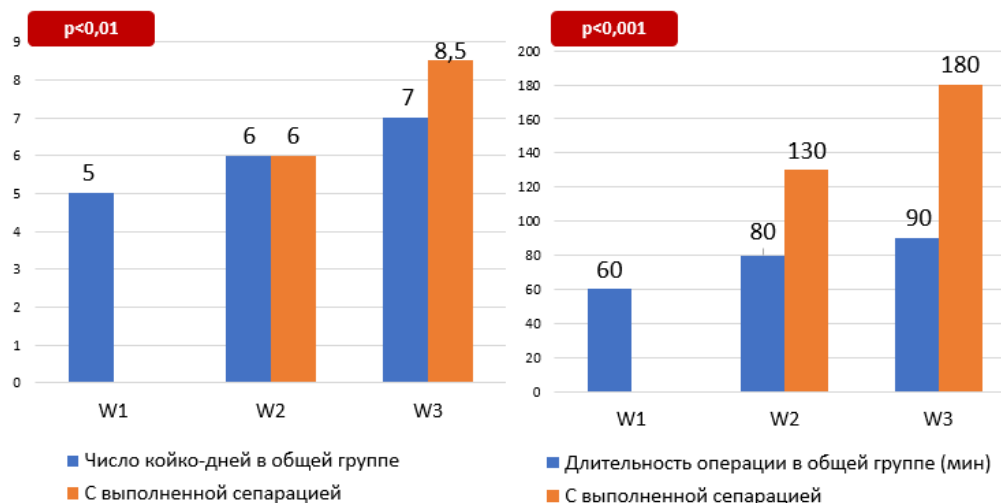
В 34 случаях (20,4%) из 167 послеоперационных грыж проводилась апоневротическая пластика грыжевых ворот (по методике Шампионера – в 27 (16,2%), Напалкова – 5 случаев (3%), Полиспаса – в 2 (1,2%)).

Оперативное лечение грыжевых дефектов средних (W2) и больших (W3) размеров потребовало выполнения сепарации мышечно-фасциальных компонентов ПБС в 11 (8,9%) случаях, и у 13 (28,9%) пациентов соответственно (табл. 2), что обусловлено целью профилактики увеличения внутрибрюшного давления при сведении краев грыжевого дефекта с развитием абдоминального компартмент-синдрома.

Табл. 2. Применение сепарационных пластик при операции на средних и больших грыжах

Метод сепарации	Грыжи W1 (n=184)			Грыжи W2 (n=116)			Грыжи W3 (n=28)		
	Открыто	Эндоскопически	Осложнения в группе	Открыто	Эндоскопически	Осложнения в группе	Открыто	Эндоскопически	Осложнения в группе
Rives-Stoppa , (n, %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (6,9%)	0 (0%)	2 (1,7%)	3 (10,7%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)
Ramirez , (n, %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Nowitskiy , (n, %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (9,1%)	0 (0%)	9 (32,1%)	0 (0%)	1 (3,6%)

Длительность госпитализации составила от 3 до 38 дней (Me [LQ, UQ] – 5 [4,0; 7,0]. При анализе длительности госпитализации у пациентов после открытой и лапароскопической операции статистически значимой разницы выявлено не было (U-test=3529,5; $p=0,25$), однако было выявлено, что продолжительность лапароскопической операции в среднем больше на 37,5 минут (U-test=2808,0; $p=0,007$). Пациенты с грыжами W3 проводят в стационаре в среднем на 3 койко-дня больше пациентов с грыжами W1 (Kruskal-Wallis test=4,36; $p=0,037$) и на 2 койко-дня больше пациентов с грыжами W2 (Kruskal-Wallis test=13,1 $p=0,014$). В группе пациентов с грыжами W1 медиана длительности операции составила 60 минут, в группе W2 – 75 мин, в группе W3 – 90 мин ($p<0,05$). Выполнение сепарации ассоциировано с удлинением продолжительности операции в среднем на 90 минут (медиана – 150 мин, [70,0; 200,0], $p<0,05$) и увеличением числа койко-дней на 2,5 дня (медиана – 5,0 дней, [4,0; 7,5]; $p<0,05$) (рис. 2).



Диагр. 2 – Средняя продолжительность госпитализации и оперативного вмешательства в различных группах

Выводы:

1. Выявлено, что у пациентов с вентральными грыжами W3 достоверно чаще чем в других группах встречается сердечно-сосудистая патология (31%), ожирение (29%) и сахарный диабет (18%).

2. В группе пациентов с большими грыжами (W3) преобладающим методом оперативного лечения является открытая операция (100%) с аугментацией ППС (100%), в то время как в группе пациентов с грыжами W1 в 78,5% случаев была выполнена изолированная пластика местными тканями.

3. 46,4% пациентов с грыжами W3 и 7,8% с грыжами W2 были прооперированы с применением методов сепарации мышечно-фасциальных компонентов передней брюшной стенки, что ассоциировано с удлинением времени оперативного вмешательства на 90 минут ($p < 0,05$) и длительности госпитализации на 2,5 дня ($p < 0,05$).

Литература

1. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей / В.И. Белоконов [и др.] // Хирургия. – 2018. – Т.2. – С. 42–47.
2. Новиков, С.В. Метод лечения пациентов с рецидивными и послеоперационными вентральными грыжами / С.В. Новиков, Г.П. Рычагов // Хирургия Восточная Европа. – 2014. – Т. 13, №4. – С. 30–38.
3. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias / F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. – 2009. – Vol.13. – P. 407–414.