

Г.Е. Женгелёв, Р.В. Наумов

**СПОСОБ ДООПЕРАЦИОННОГО СВЕДЕНИЯ КРАЁВ ГРЫЖЕВОГО
ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ
ГРЫЖЕЙ БОЛЬШОГО И ГИГАНТСКОГО РАЗМЕРА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.Н. Дорох

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Учреждение здравоохранения «5-я городская клиническая больница», г. Минск

G.E. Zhengelev, R.V. Naumov

**METHOD OF PREOPERATIVE REDUCTION OF THE EDGES OF A HERNIAL
DEFECT IN PATIENTS WITH A POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA
OF LARGE AND GIANT SIZE**

Tutor: PhD, associate professor N.N. Doroh

Department of General Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Healthcare institution "5th city clinical hospital", Minsk

Резюме. В данной статье произведен анализ эффективности предоперационной методики сведения краев грыжевого дефекта. У всех пациентов основной группы снизилось количество послеоперационных раневых и общих осложнений, снизилось среднее время пребывания в стационаре, улучшилось качество жизни, отсутствовали летальные исходы.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика.

Resume. This article analyzes the effectiveness of the preoperative technique for reducing the edges of the hernia defect. All patients in the main group had a decrease in the number of postoperative wound and general complications, a decrease in the average time of hospital stay, an improvement in the quality of life, and no fatal outcomes.

Keywords: postoperative ventral hernia, hernioplasty.

Актуальность. Актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии является лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ). До 25 % всех операций, выполняемых в общехирургических отделениях, приходится на герниопластику, из числа которых 22 % составляют операции по поводу ПОВГ [1].

Развитие ПОВГ ассоциировано с широким спектром хирургических вмешательств, включая операции на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Структура первичных операций, способствующих формированию ПОВГ, включает: вмешательства на гепатобилиарной системе (26,4%), гинекологические операции (25,3%), аппендэктомию (14,8%), грыжесечения (12,1%), урологические операции (9,3%), операции на желудке (7,1%) и кишечнике (5%). Кроме операций к развитию ПОВГ также могут приводить послеоперационные осложнения, среди которых воспалительные процессы в ране составляют около 30% [2].

Приоритетным направлением в современной герниологии является достижение максимальной радикальности герниопластики за счет полного либо частичного восстановления анатомической целостности брюшной стенки. Особого внимания

заслуживают пациенты с ПОВГ больших и гигантских размеров, так как одномоментное вправление объёмного грыжевого содержимого в брюшную полость с последующей пластикой передней брюшной стенки может привести к абдоминальному компартмент-синдрому, с последующим развитием внутригрудной гипертензии.



Рис. 1 – Пациент с ПОВГ гигантского размера

Вышеперечисленные нарушения приводят к сердечно-сосудистой и дыхательной дисфункциям и могут привести к летальному исходу. Повышение внутрибрюшного давления представляет особую опасность для больных пожилого и старческого возраста, а также пациентов с хронической патологией кардиореспираторной системы. В этой группе больных летальность от венозных тромбоэмболических осложнений колеблется от 1 до 10% [3,4].

Отсутствие системного подхода в лечении и неоднозначная эффективность оперативных методик, в том числе, и с использованием синтетических материалов, диктуют необходимость разработки и клинического внедрения комплексного патогенетического подхода в лечении больных с ПОВГ больших и гигантских размеров.

Цель: оценить эффективность дооперационного сведения краев грыжевого дефекта у больных с ПОВГ большого и гигантского размера, сравнить эффективность проводимой манипуляции с существующими методами лечения.

Задачи:

1. Определить уровень летальности после герниопластик, которым предшествовал способ дооперационного сведения краев грыжевого дефекта, сравнить с летальностью существующих методик.

2. Определить среднее время пребывания в стационаре у пациентов с дооперационным сведением краев грыжевого дефекта, сравнить с существующими методиками.

3. Определить количество послеоперационных раневых и общих осложнений у пациентов с дооперационным сведением краев грыжевого дефекта, сравнить с существующими методиками.

4. Определить уровень рецидивов у пациентов с дооперационной способностью сведения краёв грыжевого дефекта, сравнить с существующими методиками.

5. Определить уровень качества жизни у пациентов после дооперационного сведения краев грыжевого дефекта и реконструктивной пластики с использованием русскоязычного варианта опросника EuroQol-5D (EQ-5D), сравнить с существующими методиками.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ 85 историй болезней пациентов с ПОВГ большого и гигантского размера городского центра герниологии и бариатрической хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко». Статистическая обработка проводилась с использованием Microsoft Excel 2024 и пакета программного обеспечения Statsoft Statistica 10. Оценка качества жизни производилась с использованием русскоязычного варианта опросника EuroQol-5D (EQ-5D), на основании показателей визуальной аналоговой шкалы состояния здоровья (EQ-5D-VAS) через 6-12 месяцев после операции

Исследуемая группа сравнивалась с группой, состоящей из 104 пациентов, которые по возрасту, характеру сопутствующей патологии, размерах грыжевого выпячивания и грыжевого дефекта, длительности грыжевого анамнеза достоверно не отличались от пациентов основной группы.

Результаты и их обсуждение. Под комбинированным наркозом по периметру грыжевого дефекта были выполнены 2-3 пары расположенных друг напротив друга разрезов кожи и подкожной клетчатки с обнажением апоневроза, фиксированием в разрезы к апоневрозу сетчатых петель, ушиванием разрезов, вправлением грыжевого содержимого в брюшную полость и фиксированием пелота, затем ежедневно в течение 7-14 дней проводили сеанс электростимуляции мышц передней брюшной стенки с последующим дозированным сведением краев грыжевого дефекта подтягиванием сетчатых петель.



Рис. 2 – Разрезы по периметру грыжевого дефекта с фиксацией к апоневрозу сетчатых петель (слева)



Рис. 3 – Вправление грыжевого содержимого с последующей фиксацией пелота (справа)

Выявлено достоверное снижение удельного веса корригирующей пластики в структуре хирургических методик с использованием сетчатых имплантатов у пациентов с ПОВГ обширных и гигантских размеров с 79,6% в группе сравнения до 17,5 % в основной группе ($\chi^2=19,37$; $P=0,00001$), где у 67 больных (82,5%) выполнены радикальные варианты реконструктивно-восстановительной пластики передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде у всех пациентов основной группы удалось избежать развития тяжёлых летальных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В группе сравнения умерло 2 пациента (3,7%) после выполнения корригирующего варианта пластики передней брюшной стенки по причине прогрессирования сердечной недостаточности и развития ТЭЛА.

Средняя длительность послеоперационного периода у пациентов основной группы составила 10,4+2,7 койко-дней, что на 4,9 койко-дней меньше, чем у пациентов группы сравнения (15,3+3,1 койко-дней).

Отмечена тенденция достоверного снижения количества послеоперационных раневых и общих осложнений с 27,6% в группе сравнения до 7,6% в основной группе ($\chi^2=13,18$; $P=0,0003$).

Уровень рецидивов заболевания у пациентов группы сравнения составил 22,6%, у больных основной группы – 3,7%. Установлено достоверное ($p=0,012$) повышение показателей EQ-5D-VAS с 70,1+2,8 до 91,2+1,3 у пациентов при выполнении реконструктивных оперативных вмешательств.

Выводы:

1. В послеоперационном периоде у всех пациентов основной группы удалось избежать развития тяжёлых летальных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, в группе сравнения умерло 2 пациента (3,7%).

2. Средняя длительность послеоперационного периода у пациентов основной группы составила 10,4+2,7 койко-дней, что на 4,9 койко-дней меньше, чем у пациентов группы сравнения (15,3+3,1 койко-дней).

3. Отмечено достоверное снижение количества послеоперационных раневых и общих осложнений с 27,6% в группе сравнения до 7,6% в основной группе ($\chi^2=13,18$; $P=0,0003$).

4. Уровень рецидивов заболевания у пациентов группы сравнения составил 22,6%, у больных основной группы – 3,7%.

5. Установлено достоверное ($p=0,012$) повышение показателей качества жизни опросника EQ-5D-VAS с 70,1±2,8 до 91,2±1,3 у пациентов при выполнении реконструктивных оперативных вмешательств.

Литература

1. Ставинский, Р. А. Лечение послеоперационных вентральных грыж / Р. А. Ставинский, А. Н. Лембас, И. И. Тампей [и др.] // Вестн. Приднестр. ун-та. Сер.: Мед.-биол. и хим. науки. – 2011. – № 2(38). – С. 51. – EDN WLUKQR.
2. Белоконов, В. И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконов, Т. А. Федорина, З. В. Ковалева [и др.]. – Самара: [б. и.], 2005. – 113 с.
3. Тимербулатов, М. В. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы / М. В. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, Э. З. Гатауллина, Э. Р. Валитова // Мед. вестн. Башкортостана. – 2013. – № 5. – С. 102–[указать конечную страницу].
4. Новиков, С. В. Результаты лечения пациентов с вентральными грыжами / С. В. Новиков. – [Б. м.: б. и.], [б. г.]. – С. 1.