

Дифференцированный подход к лечению послеоперационных вентральных грыж

П.М. ЛАВРЕШИН, В.К. ГОБЕДЖИШВИЛИ, Т.А. ЮСУПОВА, В.В. ГОБЕДЖИШВИЛИ

Ставропольский государственный медицинский университет, Мира ул., д. 310, Ставрополь, 355017, Российская Федерация

Актуальность Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остаются неудовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов. Вопросы индивидуального выбора метода пластики передней брюшной стенки у больных с ПОВГ.

Цель исследования Улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем дифференцированного подхода к выбору способа операции, основанного на изучении прогностических факторов влияния на возникновение рецидива заболевания.

Материалы и методы В работе представлены результаты лечения 288 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Мужчин было 92 (31,9%), женщин – 196 (68,1%). В зависимости от примененной лечебной тактики все пациенты разделены на 2 равнозначные по количеству, полу, характеру патологии группы – контрольную и основную. В выборе метода хирургического лечения у больных контрольной группы учитывали локализацию грыж, размеры и форму грыжевых ворот. Для закрытия грыжевых ворот применялись: у 76,4% пациентов собственные ткани, у 9,4% – алломатериалы, только в 8,6% случаях дефект ушит «край-в-край». У больных основной группы выбор метода пластики грыжевых ворот осуществляли с учетом факторов риска развития ПОВГ, контролировали на этапах оперативного лечения тканевое и внутрибрюшное давление. Пластика местными тканями применена у 19,4% пациентов, с применением алломатериалов – у 80,6%. Группу сравнения составили 106 пациентов, у которых в послеоперационном периоде грыж не было. Методы исследования: определение типа ацетиляции, измерение тканевого давления, мониторинг внутрибрюшного давления, расчет индекса Кетле, изучение внешних фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани.

Результаты и их обсуждение Осуществлен дифференцированный подход к выбору метода пластики грыжевых ворот. Наряду с размерами, формой грыжевых ворот в выборе способа хирургического пособия учитывали тканевое, внутрибрюшное давление и разработанные авторами прогностические факторы развития рецидивов заболевания. Определены показания к ауто- и аллопластике. Предложенный комплекс лечебно-диагностических мероприятий позволил уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза, рецидивов заболевания в 8,5 раз, летальность – в 3 раза.

Выводы 1. Больным с послеоперационными вентральными грыжами W1, W2 при сумме баллов факторов риска возникновения рецидива заболевания менее 4,5, повышении ТД при пробном сведении краев апоневроза не более чем на 10% и ВБД до 15 мм рт. столба, показана аутопластика грыжевых ворот. 2. Пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W1, W2 при сумме баллов факторов риска возникновения рецидива заболевания более 4,5 при сведении краев апоневроза, показана аллопластика грыжевых ворот. 3. Больным с послеоперационными вентральными грыжами W3, W4 показана ненапряжная аллопластика грыжевых ворот.

Ключевые слова Грыжи, прогнозирование, тканевое давление, внутрибрюшное давление, хирургическое лечение.

Differentiated Approach in Treatment of the Postoperative Ventral Hernias

P.M. LAVRESHIN, V.K. GOBEDZHISHVILI, T.A. IUSUPOVA, V.V. GOBEDZHISHVILI

Stavropol State Medical University, 310 Mira Str., Stavropol, 355017, Russian Federation

Relevance The incidence of postoperative ventral hernias (POVH) after laparotomy reaches according to different authors 4.0 - 18.1%. Results of surgical treatment POVH remain unsatisfactory because of the high recurrence rate, reaching 10 - 45.5%, and according to some authors 50-54%. Questions of individual choice method of abdominal wall plasty in patients with POVH and the prevention of intra-abdominal hypertension syndrome are not yet fully resolved [2, 7, 9].

The purpose of the study To improve outcomes in patients with postoperative ventral hernias by a differentiated approach to the choice of operation, based on the investigations of prognostic factors influencing to the occurrence of disease.

Material and methods The results of treatment of 288 patients with postoperative ventral hernias. Men were 92 (31,9%), women - 196 (68,1%). Depending on the applied treatment, all patients were divided into 2 equivalent in number, sex, type of pathology groups - control and basic. In selecting the method of surgical treatment of patients in the control group took into account the localization of hernias, size and shape of hernial ring. To close the hernia rings applied: in 76,4% of the patients own tissue, at 9,4% - allomaterials, only 8,6% of cases, the defect sutured "edge - to - edge." Patients of the main group selection method plastics hernial performed taking into account the risk factors POVH, controlled phases surgery tissue and intra-abdominal pressure. Local fabrics with plastic - abolished in 19,4% of patients using allomaterials - in 80,6%. Comparison group consisted of 106 patients who had postoperative hernia was not. Methods: type definition acetylation of tissue pressure measurement, monitoring intra-abdominal pressure, Quetelet index calculation, the study of phenotypic traits external connective tissue dysplasia syndrome.

Results and their discussion Implemented a differentiated approach to the choice the method of plastic the hernias. Along with the size, shape hernia ring in choosing the method of surgical treatment into account, intra-abdominal pressure developed by the

authors and prognostic factors of recurrence of the disease. Indications for auto-and alloplasty was identified. The proposed set of therapeutic and diagnostic measures have reduced the number of early postoperative complications in 2,4 times, recurrence of the disease is 8,5 times, mortality - 3 times.

Conclusions 1. Patients with postoperative ventral hernias W1,W2 when the sum of the scores of the risk factors for recurrence of the disease less than 4.5, the increase in AP test flattening the edges of the aponeurosis of not more than 10% and reaches up to 15 mm RT. column shows autoplasmic hernia gate. 2. Patients with postoperative ventral hernias W1,W2 when the sum of the scores of the risk factors for recurrence of the disease more than 4.5 in converging edges of the aponeurosis, shows the stress hernia gate. 3. Patients with postoperative ventral hernias W3,W4 shows the non-pulling stress hernia gate.

Key words Hernia, prognosis, tissue pressure, abdominal pressure, surgical treatment

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной до настоящего времени. Частота их возникновения после лапаротомии достигает по данным разных авторов 4,0-18,1% [1, 3-6, 9]. Результаты хирургического лечения ПОВГ остаются неудовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов, достигающих 10-45,5% [2, 3, 5, 7, 8], а по данным некоторых авторов - 50-54% [5, 10]. Вопросы индивидуального выбора метода пластики передней брюшной стенки у больных с ПОВГ и профилактики возникновения синдрома интраабдоминальной гипертензии остаются до конца не решенными [2, 7, 9]. Это достаточно часто связано с «естественным» стремление хирурга во чтобы то ни стало свести края грыжевых ворот.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции, основанного на изучении прогностических факторов влияния на возникновение рецидива заболевания.

Материал и методы

В клинике общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета с 2004 по 2013 год проведено лечение 288 больных с ПОВГ. При анализе историй болезней установлено, что мужчин было 92 (31,9%), женщин – 196 (68,1%); подавляющее большинство пациентов находилось на лечении в возрасте более 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. В зависимости от примененной лечебной тактики все пациенты разделены на 2 равнозначные по количеству, полу, характеру патологии группы – контрольную и основную. Из 144 больных с ПОВГ контрольной группы мужчин было 46 (31,9%), женщин – 98 (68,1%), подавляющее большинство пациентов находилось на лечении в возрасте более 40 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Следует отметить, что по мере увеличения возраста вероятность развития ПОВГ значительно увеличивается. Из 144 больных 83 (57,6%) были работниками физического труда, а 61 (42,4%) - умственного. У 54 (37,5%) больных ПОВГ сформировались в течение 1-го года после операции, у 38 (26,4%) – в промежутках от 1 до 3 лет. В среднем длительность заболевания составила $5,4 \pm 1,2$ лет. В выборе метода хирургического лечения у больных контрольной группы учитывали локализацию грыж, размеры и форму грыжевых ворот, степень натяжения тканей при пластике. Для закры-

тия грыжевых ворот применялись: у 76,4% пациентов собственные ткани, у 9,4% - алломатериалы, только в 8,6% случаях дефект ушит «край-в-край». Больные основной группы были в возрасте от 19 до 85 лет. Среди оперированных больных женщины - 94 (63,3%) встречались почти в 1,9 раза чаще, чем мужчины - 50 (34,7%). Среди наблюдавшихся нами больных преобладали лица среднего, пожилого и старческого возраста. Они составили 85,3% от общего числа больных. У больных в возрасте 50 лет и старше ПОВГ образовывались в 1,7 чаще, чем у лиц до 50 лет. Средний возраст больных составил $53,1 \pm 1,2$ года. У больных основной группы выбор метода пластики грыжевых ворот осуществляли с учетом факторов риска развития ПОВГ, контролировали на этапах оперативного лечения тканевое и внутрибрюшное давление. Пластика местными тканями применена у 19,4% пациентов, с применением алломатериалов – у 80,6%. Группу сравнения составили 106 пациентов, у которых в послеоперационном периоде грыж не было.

Определение типа ацетилирования производилось хроматографическим способом с тест-препаратом изониазид. Для диагностики состояния тканей, составляющих стенки грыжевых ворот, нами использована методика измерения тканевого давления с помощью оригинального аппарата, изготовленного в соответствии с описанием модели аппарата А.К. Макарова (А. С. 403403 от 1972 года). Для мониторинга внутрибрюшной гипертензии измеряли давление в мочевом пузыре. Для выявления синдрома дисплазии соединительной ткани и изучения распространенности ее признаков в популяции пациентов с грыжами они обследованы по методике, предложенной Калмыковой А.С. с соавт. (2004). Определение избыточной массы тела осуществляли расчетом индекса Кетле. Регистрация материала, статистическая обработка данных произведены с использованием программы «Biostatic» и программ пакета «Microsoft Office»: «Microsoft Excel» и «Microsoft Word». С целью обоснования выбора необходимых критериев для прогнозирования возможности развития ПОВГ значимость факторов риска (достоверность различий у 144 больных леченных традиционно и 144 пациентов, получивших дифференцированное лечение), оценена путем сравнения выборочных долей вариантов для числа степеней свободы $f = 144+144-2=286$. Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием

величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В выборе метода хирургического лечения у 144 больных контрольной группы основное значение придавали локализации грыжи, размерам и форме грыжевых ворот, степени натяжения тканей при пластике. Чаще других в этой группе больных использовалась мышечно-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Сапежко. Такая операция выполнена у 56 (38,9%) больных: со срединной локализацией ПОВГ у 31 (21,5%) с расположением грыж выше пупка, у 6 (4,2%) человек - по средней линии ниже пупка, у 19 (13,2%) - с боковой локализацией ПОВГ. У 34 (23,6%) пациентов применена фасциально-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Мейо, в том числе у 13 (9,0%) оперированных при рецидивных грыжах. Такой вид пластики применен 20 (13,9%) больным со срединной локализацией грыж ниже пупка, у 4 (2,8%) человек - с расположением ПОВГ по средней линии выше пупка и у 10 (6,95%) - при латеральных грыжах. В 6 (4,1%) случаях пластика грыжевых ворот не выполнялась, так как была сопряжена с чрезмерным натяжением тканей и угрозой развития у этих больных абдоминального компартмент синдрома. Грыжевые ворота удалось ушить только «край-в-край». Аутопластика местными тканями в подавляющем большинстве случаев применена при малых и средних ПОВГ: у 28 (19,4%) и у 44 (30,6%) пациентов, соответственно. При этом сшиваемые ткани были достаточно прочными, диастаз краев раны в мышечно-апоневротическом слое не превышал 10-14 см, отсутствовало выраженное натяжение тканей при наложении швов. Закрытие грыжевых ворот с использованием только собственных тканей было выполнено также 16 (11,1%) больным с ПОВГ W3 и 8 (5,55%) пациентам с ПОВГ W4. При этом у 12 чело-

век грыжи были рецидивными. Аутодермопластика по Янову выполнена 20 (13,9%) больным.

С целью повышения эффективности результатов лечения, в первую очередь, больших и гигантских ПОВГ, особенно рецидивных, у 28 (19,5%) пациентов выполнена открытая пластика с применением аллома-териалов. В качестве аллотрансплантата использовали проленовую сетку фирмы «Этикон». У 19 (13,2%) больных ПОВГ располагались выше пупка, у 7 (4,8%) человек - ниже пупка по средней линии и у 2 (1,4%) была боковая локализация грыж.

Укрепление грыжевых ворот у 16 (11,1%) больных осуществляли подшиванием трансплантата поверх мышечно-апоневротического слоя. У 10 (7%) оперированных перед выполнением аллопластики края грыжевых ворот сшивали до полного соприкосновения - «край-в-край», у 6 (4,1%) - путем создания дубликатуры. У 4 (2,8%) больных полипропиленовая сетка располагалась позади апоневроза. У всех пациентов этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. В тех случаях, когда свести швами края грыжевого дефекта не представлялось возможным, или это было чревато резким повышением внутрибрюшного давления, к краям грыжевых ворот по всей их окружности в виде заплаты пришивали аллотрансплантат. Такая операция выполнена 8 (5,6%) пациентам с гигантскими ПОВГ и площадью грыжевых ворот более 250 см². У 4 (2,8%) больных этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. Еще в 4 случаях грыжевой мешок не вскрывался.

У 93 пациентов, у которых после операций сформировались ПОВГ, для выявления повышенной склонности к развитию ПОВГ также была исследована ацетилирующая способность. Из 93 больных с ПОВГ 69 (74,2%) пациентов были медленными ацетиляторами с активностью 42,2+3,52. Быстрыми ацетиляторами

Таблица 1

Доверительный интервал и достоверность различий факторов, способствующих образованию ПОВГ

Признак	Больных, %		t	p	Рейтинг
	с ПОВГ (n=106)	без ПОВГ (n=106)			
Ожирение	40,9±4,5	26,3±4,1	2,39	< 0,001	2
Инфекция раны	67,6±9,7	32,4±14,1	2,1	< 0,001	2
Возраст более 50 лет	60,3 ±6,1	39,7 ±7,5	2,21	< 0,001	1
Сопутствующая патология	33,0±5,6	24,6±5,9	1,02	>0,05	
Деформация брюшной стенки:					
- дряблость живота	85,8±3,7	62,3±5,9	3,57	< 0,001	1,5
- куполообразный живот	53,8±9,4	26,4±5,8	2,47	< 0,001	
- птоз живота	37,8±7,5	19,8±8,6	1,57	< 0,001	
Послеоперационные пневмонии, бронхиты	69,0±8,6	31,0±12,2	2,37	< 0,001	2
Синдром дисплазии соединительной ткани	52,8± 5,3	16,9± 8,8	3,49	< 0,001	4,5
Медленные ацетиляторы	74,2±6,57	41,3±11,2	2,51	< 0,001	2,5

оказались 24 (25,8%) больных со средним процентом ацетилирования $6,3 \pm 0,34$. При этом соотношение медленных ацетиляторов и быстрых составило 2,8:1.

Результаты лечения больных с ПОВГ являются главным доказательством эффективности применяемых методов. Повреждение петли тонкой кишки у 2 (1,4%) больных во время операции имело место при рубцовом перерождении тканей в области грыжевых ворот и выраженном спаечном процессе в зоне хирургического вмешательства. Ятрогенные повреждения были вовремя выявлены и ушиты. В послеоперационном периоде возникло 39 (27,1%) осложнений у 23 (16,0%) больных. Из интраабдоминальных осложнений у 3 (2,1%) больных был стойкий парез кишечника, еще в 2 (1,4%) случаях развилась клиника ранней спаечной тонкокишечной непроходимости. Среди раневых осложнений раннего послеоперационного периода после хирургического вмешательства по поводу ПОВГ самым распространенным было нагноение раны, которое имело место у 11 (7,6%) пациентов. При этом частичное нагноение раны отмечено в 2 (1,4%) случаях, полное – у 9 (6,2%) оперированных. В 1 случае нагноение раны привело к полной эвентерации. Следует отметить, что раневые осложнения чаще возникали у лиц пожилого и старческого возраста - 7 (63,6%) человек. Появление лигатурных свищей имело место у 9 (6,2%) больных, еще у двух больных имела подкожная гематома. Формирование в пределах подкожно-жировой клетчатки небольших размеров серомы отмечено у 2 (1,4%) пациентов после открытой аллопластики по технологии «onlay». В раннем послеоперационном периоде у 4 (2,8%) больных возникла пневмония. У 2 (1,4%) оперированных с гигантскими неврашиваемыми ПОВГ, содержащими в грыжевом мешке пряди сальника и множество петель тонкой кишки, в связи с неправильно выбранным методом хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде развился абдоминальный компартмент синдром. Один из этих больных на фоне нарастающих явления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности скончался. Еще у 1 (0,7%) оперированного на 4 сутки после операции появилась клиника острой сердечно-сосудистой недостаточности, купированная консервативными мероприятиями. Кроме описанного выше случая, причиной смерти 4 пациентов стал острый инфаркт миокарда. Один пациент погиб вследствие развития и прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне имевшихся сопутствующих заболеваний. Летальность составила 4,2%.

Отдаленные результаты прослежены у 127 (88,2%) пациентов. Рецидив заболевания в сроки от 4 месяцев до 9 лет выявлен у 34 (26,8%) больных. Подавляющее количество рецидивов заболевания приходится на аутопластические методы лечения ПОВГ – 31 (24,4%) случай. При использовании пластики местными тканями по Мейо и ушивании грыжевых ворот «край-в-край» рецидив отмечен после каждой третьей

операции. Почти у каждого четвертого оперированного он наблюдался после грыжесечения с пластикой по Сапежко. Следует отметить, что рецидив заболевания имел место только у 3 (2,4%) больных с открытой пластикой с применением алломатериалов.

Полученные результаты побудили нас к выявлению факторов риска развития ПОВГ и выработке с их учетом лечебной тактики при этой патологии. Для этого проведено ретроспективное изучение историй болезни 106 больных контрольной группы с первичными ПОВГ и 106 пациентов группы сравнения, у которых после операции грыжи не образовались (таблица 1).

Результаты определения доверительного интервала, полученные для каждого диагностического теста, и достоверность различий между группами показали, что различия между сравниваемыми группами больных по критерию «сопутствующая патология» не являются достоверными. По остальным показателям различия между группами достоверны. Из полученных результатов можно заключить, что для прогнозирования возможности развития ПОВГ достаточно наличия следующих факторов: ожирение, инфекция раны, возраст больных более 50 лет, признаки деформации передней брюшной стенки, синдрома дисплазии соединительной ткани, медленный тип ацетилирования, развитие послеоперационных осложнений со стороны органов дыхания. По предложенным нами критериям у изучаемых пациентов рассчитан риск развития ПОВГ. Оказалось, что риск развития ПОВГ у пациентов, у которых они сформировались после первой лапаротомии, был в 2,68 раза выше, чем тот же риск у больных, у которых после операции грыж не было.

С 2009 года применяем разработанный нами комплексный подход к лечению больных с ПОВГ. Он включает предоперационную подготовку, выбор метода пластики грыжевых ворот с учетом факторов риска развития ПОВГ, рациональное ведение послеоперационного периода. Нами оперированы 144 пациента с первичными и рецидивными ПОВГ (основная группа). Проведено изучение ТД в структурах, составляющих стенки грыжевых ворот, у 42 пациентов с малыми и средними ПОВГ. У этих же больных измеряли ТД в процессе операции при проведении пробного сведения краев грыжевых ворот. У 8 (19%) больных с ПОВГ W1 ТД на этом этапе операции практически не изменилось. У 9 (21,4%) пациентов с грыжами W1 и 5 (11,9%) с грыжами W2 оно увеличилось от 4 до 10%. У 7 (16,7%) больных с ПОВГ W2 ТД повышалось до 20%, а у 8 (19%) человек – более чем на 20%. Известно, что повышение ТД более чем на 10% от исходного характеризуется деструкцией, некрозом тканей, формированием на месте некроза рубцовой ткани [2]. Изучение показателей ТД во время операции мы использовали для адекватного выбора метода пластики грыжевых ворот. Незначительное повышение ТД (до 10%) после сведения краев грыжевых ворот служило основанием для

использования аутопластичных методик при пластике грыж малых и средних размеров. Увеличение ТД более чем на 10% являлось основанием для применения полипропиленовых аллотрансплантатов с целью укрепления зоны герниопластики и профилактики развития рецидивных грыж.

С целью выбора пластики грыжевых ворот при больших и гигантских грыжах и профилактики развития синдрома интраабдоминальной гипертензии на этапах оперативного вмешательства контролировали внутрибрюшное давление (ВБД). У 6 пациентов ВБД не определяли, так как свести края апоневроза не удавалось, и у этих пациентов применяли пластику по методу «inlay». Полученные результаты показали, что в предоперационном периоде показатели ВБД были компенсированными у 29 (76,3%) больных. И только лишь у 9 (23,7%) пациентов они превышали показатели нормы, находясь в пределах 10-15 мм рт. ст. При проведении пробного сведения краев апоневроза повышение ВБД до 15 мм рт. ст. определяло выполнение «ненатяжной» пластики передней брюшной стенки с применением синтетического эксплантата по методике «onlay» или «sublay». Если при пробном сведении краев грыжевых ворот ВБД превышало 15 мм рт. ст., то выполняли пластику передней брюшной стенки по методике «inlay».

Лечебная тактика у больных с послеоперационными вентральными грыжами определялась индивидуально с учетом факторов риска их развития, которые обнаруживались в предоперационном периоде и интраоперационно. Всем пациентам с послеоперационными вентральными грыжами, у которых выявлен синдром дисплазии соединительной ткани, независимо от наличия или отсутствия других факторов риска, а также больным с рецидивными грыжами осуществлялась пластика грыжевого дефекта и использованием сетчатого полипропиленового эндопротеза по той или иной методике. Наличие у пациентов послеоперационных вентральных грыж W3 и W4, с учетом повышенных показателей тканевого и внутрибрюшного давления при пробном сведении краев грыжевого дефекта, так же являлось показанием к открытой пластике с применением алломатериалов. При послеоперационных вентральных грыж W1 и W2 осуществляли дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства. Если у пациентов с грыжами малых и средних размеров сумма баллов рейтинга факторов риска их развития была меньше 4,5, то это служило основанием для использования аутопластичных методик. Если сумма баллов была $\geq 4,5$, то это являлось основанием для применения сетчатых имплантов с целью укрепления зоны герниопластики и профилактики развития рецидивных грыж.

Из аутопластичных методов чаще других применяли фасциально-апоневротическую пластику грыжевых ворот по Мейо - 15 (10,4%) пациентов. Такой вид пластики применен 7 (4,8%) больным со срединной ло-

кализацией грыж ниже пупка, у 8 (5,6%) человек с расположением грыж выше пупка по средней линии. У 13 (9%) больных выполнена мышечно-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Сапезко. Такая операция выполнена у 7 (4,8%) пациентам с расположением грыж выше пупка, у 6 (4,2%) человек - ниже пупка по средней линии. Аутопластика местными тканями использовалась при грыжах W1 и W2: у 12 (19,4%) и у 10 (30,6%) пациентов, соответственно. При этом сшиваемые ткани были достаточно прочными, диастаза краев раны в мышечно-апоневротическом слое не превышал 10-14 см, тканевое давление при пробном сведении краев существенно не увеличивалось. Закрытие грыжевых ворот с использованием только собственных тканей у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами W3 и W4 не осуществлялось.

С целью повышения радикальности лечения, в первую очередь, больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж, особенно рецидивных, у 116 (80,6%) пациентов выполнена открытая пластика с применением алломатериалов. В качестве аллотрансплантата использовали сетку полипропиленовую хирургическую эндоприл «славянская кольчуга». В то же время, мы стремились максимально возможно использовать собственные ткани больного (апоневроз, мышцы, фасции, стенки грыжевого мешка). У 51 (35,4%) больного грыжи располагались выше пупка, у 48 (33,3%) человек - ниже пупка по средней линии и у 17 (11,8%) была боковая локализация грыж. Укрепление грыжевых ворот у 48 (33,4%) больных осуществляли подшиванием транспланта поверх мышечно-апоневротического слоя, в том числе у 17 (11,8%) пациентов с рецидивными грыжами. У 12 (8,3%) оперированных края грыжевого мешка сшивали до полного соприкосновения - «край-в-край», у 28 (25,1%) – путем создания дубликатуры. У 8 (5,6%) пациентов операция дополнялась дерматолипэктомией. У 34 (23,6%) больных полипропиленовая сетка располагалась позади дубликатуры апоневроза, технология "sublay", в том числе и у 11 (7,6%) пациентов с рецидивными грыжами. У 14 (9,7%) пациентов этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и ушиванием дефекта брюшины. В 20 (13,9%) случаях грыжевой мешок не вскрывался. При расположении сетчатого имплантата между брюшиной и апоневрозом рану не дренировали. У 4 (2,8%) пациентов операция дополнялась дерматолипэктомией. В тех случаях, когда свести швами края грыжевого дефекта не представлялось возможным, или при пробном сведении краев грыжевых ворот внутрибрюшное давление резко повышалось, превышая 15 мм рт. ст., применяли технологию "inlay". Такая операция выполнена 34 (23,6%) пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W3 и W4, в том числе и у 13 (9,0%) пациентов с рецидивными грыжами. У 20 (13,9%) больных этой группы операция выполнялась с вскрытием грыжевого мешка, иссечением его стенок и

ушиванием дефекта брюшины. Еще в 14 (9,7%) случаях грыжевой мешок не вскрывался.

Разработанный комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий позволил улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами: уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза, рецидивов заболевания в 8,5 раз, летальность – в 3 раза.

Выводы

1. Больным с послеоперационными вентральными грыжами W1,W2 при сумме баллов факторов риска возникновения рецидива заболевания менее 4,5, повышении ТД при пробном сведении краев апоневроза не более чем на 10% и ВБД до 15 мм рт. столба, показана аутопластика грыжевых ворот.

Список литературы

1. Деметрашвили З.М. Лечение послеоперационных вентральных грыж. Хирургия, 2008; 11: 44–46.
2. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В. и др. Прогнозирование развития послеоперационных вентральных грыж. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2008; 5: 193-193.
3. Пушкин С.Ю., Белоконев В.И. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов. Хирургия, 2010; 6: 43–45
4. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин И.В. и др. Ненатяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах. Хирургия, 2009; 7: 4–6.
5. Суковатых Б.В., Валуйская Н.М., Нетяга А.А. Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза. Хирургия, 2007; 9: 46 - 50.
6. Conze J., Binnebosel M., Junge K. et al. Incisional hernia - how do I do it? standard surgical approach. *Chirurg*, 2010; 3: 192–200.
7. Jargon D., Friebe V., Hopt U. T. Risk factors and prevention of incisional hernia-what is evidence-based? *Zentralbl. Chir.*, 2008; 5: 453 - 457.
8. Kingsnorth A.N., Kamran M.S., Aby J.V. et al. Open onlay mesh repair for major abdominal wall hernias with selective use of components separation and fibrin sealant. *World. J. surg.*, 2008; 32: 26–30.
9. Nieuwenhuizen J., van Ramshorst G.H., ten Brinke J.G. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases. *Hernia*, 2011; 15: 297–300.
10. Tollens T., Struyve D., Aelvoet C. Introducing the proceed ventral patch as a new device in surgical management of umbilical and small ventral hernias: preliminary results. *Surg. Technol. Int.*, 2010; 19: 99–103.

Поступила 15.01.2014 г.

Информация об авторах

1. Лаврешин Петр Михайлович - д.м.н, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета (СГМУ).

2. Пациентам с послеоперационными вентральными грыжами W1,W2 при сумме баллов факторов риска возникновения рецидива заболевания более 4,5 независимо от результатов измерения ТД и ВД при сведении краев апоневроза, показана аллопластика грыжевых ворот.

3. Больным с послеоперационными вентральными грыжами W3,W4 показана ненатяжная аллопластика грыжевых ворот. В тех случаях, если при сведении краев апоневроза ВБД не превышает 15 мм рт. ст. показана аллопластика по технологиям «onlay» или «sublay». При повышении ВБД более 15 мм рт. ст. или при невозможности свести края апоневроза показана аллопластика по технологии «inlay».

References

1. Demetrasvili Z.M. Treatment of the postoperative ventral hernias. *Khirurgiia*, 2008; 11: 44-46. - (in Russ.).
2. Lavrehin P.M., Gobejishvili V.K., Gobejishvili V.V. Prognosis of postoperative ventral hernias development. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 2008; 5: 193-193. - (in Russ.).
3. Pushkin S.U., Belokonev V.I. Results of treatment of the patients with medial ventral hernias used of synthetic endoprothesis. *Khirurgiia*, 2010; 6: 43-45. - (in Russ.).
4. Sajin V.P., Klimov D.E., Sajin I.V. Nontension plasty of abdominal wall in strangulated postoperative ventral hernias. *Khirurgiia*, 2009; 7: 4-6. - (in Russ.).
5. Sucovatih B.V., Valuiskeya N.M., Netyaga A.A. Prophylaxis of the postoperative ventral hernias using of polipropilen endoprothesis. *Khirurgiia*, 2007; 9: 46-50. - (in Russ.).
6. Conze J., Binnebosel M., Junge K. et al. Incisional hernia - how do I do it? standard surgical approach. *Chirurg*, 2010; 3: 192–200.
7. Jargon D., Friebe V., Hopt U. T. Risk factors and prevention of incisional hernia-what is evidence-based? *Zentralbl. Chir.*, 2008; 5: 453 - 457.
8. Kingsnorth A.N., Kamran M.S., Aby J.V. et al. Open onlay mesh repair for major abdominal wall hernias with selective use of components separation and fibrin sealant. *World J surg.*, 2008; 32: 26–30.
9. Nieuwenhuizen J., van Ramshorst G.H., ten Brinke J.G. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases. *Hernia*, 2011; 15: 297–300.
10. Tollens T., Struyve D., Aelvoet C. Introducing the proceed ventral patch as a new device in surgical management of umbilical and small ventral hernias: preliminary results. *Surg Technol Int.*, 2010; 19: 99–103.

Recieved 15.01.2014

2. Гобеджишвили Владимир Кишвардиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии СГМУ; e-mail: v_lin@mail.ru;
3. Гобеджишвили Вахтанг Владимирович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии СГМУ.
4. Юсупова Тонелла Абдулмуталиповна – очный аспирант кафедры общей хирургии СГМУ.