

## Сравнение эффективности различных способов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж

А.В.ЩЕРБАТЫХ, С.В. СОКОЛОВА, К.В. ШЕВЧЕНКО

## Efficiency's comparison of various ways of surgical treatment of postoperative ventral herniae

A.V.SHCHEBATYH, S.V.SOKOLOVA, K.V.SHEVCHENKO

Иркутский государственный медицинский университет

Представлены результаты лечения 617 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В основную группу вошли 492 (79,7%) пациента, которым была выполнена герниопластика с использованием полипропиленового эндопротеза, из них по методу «on lay» оперирован 461 (74,7%) пациент, по методу «sub lay» – 31 (5%) пациент. Группу клинического сравнения составили 125 (20,3%) пациентов, которым была выполнена герниопластика местными тканями. Выявлено, что применение в герниопластике эндопротезов позволяет уменьшить количество рецидивов грыж и повысить качество жизни пациентов, но количество раневых осложнений после аллопластики остается высоким. Таким образом, выбор способа пластики послеоперационных вентральных грыж остается нерешенным и потому эта проблема в современной герниологии является актуальной.

*Ключевые слова:* послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, полипропиленовый эндопротез

Treatment's results of 617 patients with postoperative ventral herniae have been given. 492 (79,7%) patients to whom hernioplasty with polypropylene endoprosthesis has been applied, have come in the basic group, 461 (74,7%) patients from them have been operated with a method «on lay», 31 (5%) patients with a method «sub lay». The group of clinical comparison has been made by 125 (20,3%) patients who underwent hernioplasty by local tissue. It has been revealed, that application of endoprosthesis in hernioplasty allows to reduce quantity of herniae' relapses and to raise quality of life of patients, but quantity of wound complications after alloplasty remains high. Thus, the choice of a way of plasty in postoperative ventral herniae remains not to be solved and consequently this problem in modern herniology remains to be an actual one.

*Key words:* postoperative ventral herniae, hernioplasty, polypropylene endoprosthesis

Лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается одной из наиболее острых проблем хирургии. По данным разных авторов, ПОВГ развиваются после 2-20% всех лапаротомий [2, 4]. От 26 до 50% ПОВГ возникают после гинекологических операций, от 20 до 30% – после вмешательств на желчевыводящих путях [2, 4]. В 92-97% случаев ПОВГ образуются в течение первых трех лет после операции [1]. Частота рецидивов после герниопластики местными тканями достигает 50% [6]. Применение синтетических протезов позволило сократить частоту рецидивов до 6% [3]. Но проблема остается нерешенной из-за увеличения количества раневых осложнений (РО) до 49,2% и снижения качества жизни у 30-40% оперированных больных [3, 5, 7, 8].

Цель исследования: улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с ПОВГ.

### Материалы и методы

Анализируются результаты хирургического лечения 617 пациентов, оперированных с 2003 по 2010 год в хирургическом отделении клиники Иркутского государственного медицинского университета. Основную группу (ОГ) составили 492 (79,7%) пациента,

которым выполнялась герниопластика полипропиленовой сеткой (ППС). Из них, первую подгруппу (ОГ I) составил 461 (74,7%) пациент, оперированный по методике «on lay». Вторую подгруппу (ОГ II) – 31 (5%) пациент, оперированный по методике «sub lay». Всем пациентам применялся сетчатый полипропиленовый эндопротез отечественного производства «Линтекс-эсфил» (г. Санкт-Петербург). В группу клинического сравнения (ГКС) вошли 125 (20,3%) пациентов, которым выполнялась герниопластика местными тканями.

Распределение больных по полу и возрасту было следующим: в ГКС вошли 113 (90,4%) женщин, 12 (9,6%) мужчин, в ОГ I – 398 (86,3%) женщин, 63 (13,7%) мужчин, в ОГ II – 26 (83,9%) женщин, 5 (16,1%) мужчин. Во всех группах преобладают женщины. Наибольшее количество пациентов наблюдалось в возрасте 50-60 лет – 298 (48,3%) пациентов и старше 60 лет – 239 (38,7%). Средний возраст пациентов в ГКС, ОГ I и II составил –  $57,3 \pm 10,1$ ,  $55,1 \pm 8,6$  и  $56,5 \pm 9,2$  года, соответственно. Значимых различий по половому и возрастному составу не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При определении размеров грыж использовали классификацию К.Д.Тоскина и В.В.Жебровского. Во всех группах преобладали средние и большие грыжи. Статистически значимых различий между группами

Таблица 1

**Распределение пациентов по локализации послеоперационных вентральных грыж**

Группы больных	Локализация							
	Верхне-срединные		Средне-срединные		Нижне-срединные		Боковые	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ГКС	40	32	64	51,2	8	6,4	13	10,4
ОГ I	181	39,2	264	57,4	16	3,4	-	-
ОГ II	7	22,6	19	61,3	4	12,9	1	3,2

по данному признаку так же не было ( $p > 0,05$ ). Как видно из таблицы 1, во всех группах преобладали верхне-срединные и средне-срединные грыжи.

У наибольшего числа пациентов /432 (70%)/ послеоперационные грыжи возникли в первые три года после операций. Из общего количества больных, рецидивные грыжи наблюдались у 179 (29%).

При операциях в ГКС использовали способы Мэйо – у 16 (12,8%) пациентов, Сапезко – у 12 (9,6%), Мартынова – у 20 (16%), Петровского – у 20 (16%), Напалкова – у 32 (25,6%), Шампильера – у 25 (20%). Чаще применялись методы Напалкова и Шампильера.

Оценка результатов хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде проводилась по следующим критериям: развитие раневых осложнений, длительность обезболивания и дренирования раны.

Тактика ведения послеоперационного периода у пациентов всех групп была одинакова. С первых суток послеоперационного периода обеспечивали постоянную компрессию зоны операции при помощи эластического бандажа. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде назначалась дифференцированно, во всех случаях проводилась антибиотикопрофилактика. Наркотическое обезболивание использовали только в первые сутки, для уменьшения реакции тканей на сетку и дальнейшего обезболивания назначали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Дренажи Редона удаляли при уменьшении количества отделяемого до 20 – 30 мл/сутки. Начиная со 2-3-х суток после операции производили ультразвуковое мониторирование области послеоперационного шва. При развитии сером использовали пункционный способ ведения. Экссудат пунктировали под контролем УЗИ, число пункций определялось динамикой процесса (1 – 3 пункции). Количество экссудата менее 10,0 мл являлось критерием их завершения. При инфицировании сером применяли пролонгированное дренирование, с ежедневной двукратной санацией раны растворами антисептика через дренажи Редона. При нагноении послеоперационной раны, проводились saniрующие перевязки, удаления сетки у этих больных не потребовалось. Лечение свищей saniрующими перевязками проводили у всех пациентов, рецидивов свищей не наблюдали.

Математическая обработка и анализ полученных результатов проведены методом вариационной стати-

стики, вычислением средних арифметических, средних ошибок средних величин. Значимость различий между группами оценивали по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при вероятности ошибки менее 5% ( $p < 0,05$ ). Для обработки статистического материала использовали пакет прикладных компьютерных программ MS Excel 2003.

Оценка уровня качества жизни пациентов после хирургического лечения проводилась методом анкетирования у 112 пациентов в сроки от 1 до 7 лет. Из ГКС оценивали результаты лечения 20 (17,9%) больных, из ОГ I – 80 (71,4%), из ОГ II – 12 (13,1%). Анкета была разработана на основании опросника MOS SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования качества жизни, г. Санкт-Петербург). Критериями оценки явились: общее состояние здоровья, состояние здоровья до и после операции, ограничение при выполнении физических нагрузок (легких, умеренных, тяжелых), рецидив грыжи, чувство дискомфорта, боли в области оперативного вмешательства, влияние боли на выполнение нормальной работы, нарушение функций кишечника и дыхания, связанных с операцией, ношение бандажа. Каждый из пунктов оценивался по шкале от 1 до 5 баллов. Максимальное количество баллов – 56, а минимальное – 13 баллов. Неудовлетворительным считался результат от 13 до 23 баллов, удовлетворительным – 24-33 балла, хорошими – 34-43 балла, отличным – более 43 баллов. Уровень качества жизни больного тем выше, чем больше балл.

### Результаты и их обсуждение

Раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов ОГ чаще возникали после аллопластики «on lay» – в 27,24% случаев, что связано с реакцией организма на ППС. У пациентов ОГ II, где контакта ППС с подкожной клетчаткой не было, частота РО составила 19,4% ( $p < 0,05$ ). Из таблицы 2 видно, что течение раннего послеоперационного периода у пациентов после протезирующей аллопластики чаще осложняется серомами. У пациентов ГКС серома в 60% случаев развилась после пластики по методу Петровского. У 4 (1%) пациентов ОГ II наблюдалось инфицирование серомы. В большинстве случаев свищи образовались у больных, оперированных по поводу рецидивных послеоперационных грыж. Все пациенты с осложнениями страдали ожирением 1-2 степени и

Таблица 2

**Частота раневых осложнений у больных с послеоперационными вентральными грыжами**

Раневые осложнения	ГКС		ОГ I		ОГ II	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Серома	5	4	66	16	4	13
Инфильтрат	2	1,6	10	2,4	1	3,2
Нагноение раны	4	3,2	8	1,2		
Лигатурные свищи			6	1,4		
Расхождение краев раны			2	0,24	1	3,2
Всего	11	8,8	92	27,24	6	19,4

сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы.

Средние сроки удаления дренажа Редона у больных ГКС составили 2±1,26 суток, у пациентов ОГ I и II – 4,3±2,8 и 3,5±2,45 суток соответственно (p<0,05). Обезболивание НПВП в ГКС применяли до 5±3,3 суток, в ОГ I - до 6,8±3,7 суток, в ОГ II - до 6,1±3,2 суток.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила среди пациентов ГКС - 13±2,07 суток, в ОГ - 14±2,83 суток (p>0,05).

По итогам анкетирования в отдаленном периоде в ГКС хороший уровень качества жизни наблюдался у 60% пациентов, отличный у 33%, неудовлетворительный (рецидив грыжи) – у 7%. В ОГ I хороший уровень качества жизни определен у 18% пациентов, отличный у 80%, неудовлетворительный (рецидив грыжи) у 2%; в ОГ II хороший уровень качества жизни - у 33% пациентов, отличный - у 67%, рецидива грыжи не наблюдалось. Средний балл в группах составил: в ГКС – 41,6 (74,3%), что соответствует хорошему уровню качества

жизни; в ОГ - 48,7 (86,9%) балла, что на 12,6% больше, чем в ГКС, при этом в ОГ I и II - 48,2 (86,1%) и 49,1 (87,7%), соответственно, что свидетельствует о более высоком качестве жизни этих пациентов. Основными факторами, за счет которых произошло снижение качества жизни после пластики местными тканями, явились: чувство дискомфорта и боли в зоне операционного рубца, ограничение в выполнении физической нагрузки, нарушение функции внешнего дыхания, рецидив грыжи. Полученные результаты оказались значимыми.

**Заключение**

Применение современных аллопластических способов герниопластики позволяет повысить качество жизни пациентов в среднем на 12,6% и снизить процент рецидивов грыж. Изоляция имплантата от подкожной клетчатки позволяет снизить частоту раневых осложнений после протезирующей герниопластики.

**Список литературы**

1. Белослудцев Д.Н. Выбор метода аллопластики при лечении послеоперационных вентральных грыж: дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2007.
2. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В., Хуцишвили К.Р., Лабаури Л.З. Лечение послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2008; 11: 44 – 46.
3. Мирзабекян Ю.Р., Добровольский С.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Хирургия 2008; 1: 66 – 71.
4. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2004; 1: 11 – 14.
5. Чукардин А.В. Сравнительный анализ результатов операций и качества жизни после различных вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж: Дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2009.
6. Davies M., Davies C., Morris-Stiff G., Shute K. Emergency presentation of abdominal hernias: outcome and reasons for delay in treatment — a progressive study. Annals of the royal college of surgeons of England 2007; 89(1): 47-50.
7. Kingsnorth A., LeBlanc K.A. Management of abdominal hernias. Third edition. London, 2003.
8. Bendavid R. The unified theory of hernia formation. Hernia 2004; 8(3): 171-176.

Поступила 01.12.2011 г.

**Информация об авторах**

1. Щербатых Андрей Викторович – д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии Иркутского государственного медицинского университета, e-mail: irkutskii@mail.ru
2. Соколова Светлана Викторовна – к.м.н., доц. кафедры факультетской хирургии Иркутского государственного медицинского университета, e-mail: soksv@bk.ru
3. Шевченко Кристина Владимировна – аспирант кафедры факультетской хирургии Иркутского государственного медицинского университета, e-mail: krystalloff@mail.ru