

## Оперативное лечение послеоперационных вентральных грыж с учётом параметров натяжения тканей

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

### Резюме

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) составляют до 20-26 % всех наружных грыж живота, занимая второе место по частоте встречаемости после паховых грыж. Целью исследования явилось изучение роли различных факторов, влияющих на состояние тканей передней брюшной стенки в области грыжевого дефекта, при выборе способа пластики послеоперационных вентральных грыж. Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезни пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в период с начала 2015 года по январь 2020 года на базе ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №1 имени Ю.Я.Гордеева. Полученные данные свидетельствуют о том, что подход к лечению послеоперационных вентральных грыж должен исходить из следующих параметров: размер грыжевых ворот; состояние мышц брюшной стенки; коэффициент натяжения тканей; внутрибрюшное давление. При высоких и средних показателях коэффициента натяжения тканей следует применять ненатяжные способы герниопластики. Большое количество больных с ПВГ, развитие осложнений и рецидивов диктует необходимость дальнейшей разработки новых методик лечения ПВГ без натяжения тканей с использованием синтетических протезов и дифференцированный подход к выбору способа пластики ПВГ.

**Ключевые слова:** послеоперационные вентральные грыжи, герниопластика, параметры натяжения тканей

### Введение

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) составляют до 20-26 % всех наружных грыж живота, занимая второе место по частоте встречаемости после паховых грыж. Операции по поводу ПВГ являются одними из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляя 10–25 % всех операций. Хирургическое лечение послеоперационных грыж сопровождается высокой летальностью (3-10 %), а при осложнённых грыжах она возрастает до 26 %. Ведущими причинами возникновения послеоперационных вентральных грыж являются срединная лапаротомия (78–80 %), наличие сахарного диабета, анемия, ожирение, гипопропротеинемия, высокое внутрибрюшное давление, хроническая обструктивная болезнь лёгких (кашель), аденома предстательной железы (натуживание), инфицирование и нагноение раны, технические погрешности при ушивании передней брюшной стенки. Несмотря на улучшение результатов лечения ПВГ при использовании пластики без натяжения с применением синтетических эндопротезов, вопрос о выборе способа пластики всё ещё остаётся актуальным.

Существует несколько способов пластики ПВГ без натяжения. Методика "sublay" с ретромускулярным расположением протеза многими исследователями признана "золотым стандартом аллопластики" ПВГ. Методика "onlay" применяется при многократно рецидивирующих грыжах, когда имеются технические трудности при мобилизации предбрюшинного пространства. Методика "inlay" используется при больших и гигантских ПВГ, когда невозможно свести края апоневроза без натяжения.

**Цель:** изучить роль различных факторов, влияющих на состояние тканей передней брюшной стенки в области грыжевого дефекта, при выборе способа пластики послеоперационных вентральных грыж.

### Материал и методы

Анализировались истории болезни пациентов, госпитализированных по поводу грыжи. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в период с начала 2015 года по январь 2020 год на базе ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №1 имени Ю.Я.Гордеева.

### Результаты и обсуждение

В основе биохимической концепции образования и рецидивирования грыжи лежат установленные нарушения синтеза коллагена, которые приводят к повышенному содержанию коллагена III и снижению механической прочности соединительной ткани.

В соответствии с положением биомеханической концепции патогенеза морфофункциональные изменения, происходящие в мышцах брюшной стенки при ПВГ, приводят к функциональной слабости этих мышц и низкой их сократительной способности.

Исходя из вышеизложенных концепций, для закрытия дефекта передней брюшной стенки в области грыжевых ворот без повышения внутрибрюшного давления, что особенно важно при больших и гигантских ПВГ, можно использовать коэффициент натяжения тканей, который отражает величину натяжения в зоне соединения на каждую единицу площади. Поскольку от натяжения тканей зависит их регенерация в области грыжевого дефекта, низкая величина данного коэффициента способствует благоприятному течению раневого процесса.

Больных с грыжами было выявлено 294. Прооперировано было 224 пациента (76%). Среди них с послеоперационными грыжами выявлено 146 человек (65%). При этом пластика местными тканями применялась у 44 пациентов (30%), постановка полипропиленовой сетки – у 102 (70%), из них 26 случаев (31%) с гигантской послеоперационной грыжей.

В 44 случаях (30%) при пластике местными тканями в плановом порядке было прооперировано 14 пациентов (31%), в экстренном порядке – 30 (69%).

102 пациента (70%), лечение которых закончилось постановкой полипропиленовой сетки, были прооперированы в плановом порядке.

Основными причинами применения полипропиленовых сеток для укрепления передней брюшной стенки явились: средний коэффициент натяжения у 29 пациентов (28%), высокий коэффициент натяжения – у 31 (30%), слабость передней брюшной стенки – у 18 (18%) и наличие нескольких дефектов или одного большого – у 24 (24%).

Методика "sublay" использовалась у 15 пациентов (15%), методика "onlay" – у 52 пациентов (51%), методика "inlay" – у 35 пациентов (34%).

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антибактериальная терапия. Осложнения. У 3 пациентов (3 % случаев) с полипропиленовой сеткой выявлялась аллергическая реакция в виде сыпи в области послеоперационного шва, которая купировалась глюкокортикостероидами. Всем больным устанавливались активные дренажи, однако у некоторых больных отмечалась длительная экссудация, что удлиняло время их пребывания в стационаре. Летальных исходов не было.

#### **Заключение**

Таким образом, подход к лечению послеоперационных вентральных грыж должен исходить из следующих параметров

- Размер грыжевых ворот
- Состояние мышц брюшной стенки
- Коэффициент натяжения тканей
- Внутривнутрибрюшное давление.

При высоких и средних показателях коэффициента натяжения тканей следует применять ненатяжные способы герниопластики.

Большое количество больных с ПВГ, развитие осложнений и рецидивов свидетельствуют о необходимости дальнейшей разработки новых методик лечения ПВГ без натяжения тканей с использованием синтетических протезов и дифференцированный подход к выбору способа пластики послеоперационных вентральных грыж.

#### **Литература**

1. Белоконев В.И. Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. 2004. № 5. С. 23–27.
2. Имангазинов С.Б., Каирханов Е.К., Казангапов Р.С. Послеоперационные вентральные грыжи. Хирургическое лечение и профилактика раневых осложнений. Обзор литературы // Наука и здравоохранение. – 2019. – №. 1. – С.29-41.
3. Лосев Р.З., Козлов В.В., Хмара М.Б., Гнилосоьр П.А., Горохов С.В., Мясоутов Р.Э. Особенности грыжесечения у пациентов с учетом коэффициента натяжения тканей // Бюллетень медицинских интернет-конференций 2014; 5: 833.
4. Чарышкин А.Л., Фролов А.А. Проблемы герниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Ульяновский медикобиологический журнал. – 2015. – №. 2. С.39-46.