

# СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ И КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Дудинский А. Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
Гродно, Беларусь*

**Введение.** Несмотря на постоянное улучшение диагностики заболеваний, совершенствование оперативных пособий, повсеместное использование малоинвазивных методов лечения, число лиц с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) остаётся на прежнем уровне и составляет 5-20% от всех операций на брюшной полости, выполненных из срединного разреза [1]. Пластика ПОВГ местными тканями оправдана при грыжах малых размеров (W1 по классификации J. Chervel, A. Rath 1999 г.) и при наличии удовлетворительного структурно-функционального состояния сшиваемых тканей. В остальных случаях рекомендовано использовать сетчатый трансплантат [2]. На сегодняшний день использование эндопротезов из полипропилена при пластике грыж передней брюшной стенки (ПБС) признано «золотым стандартом» в герниологии [3]. Хирургами всего мира признаны преимущества протезирующих операций при ПОВГ, однако остаются нерешёнными вопросы выбора доступа (лапароскопический или лапаротомический) и способа пластики ПБС. В настоящее время при оперативном лечении пациентов с ПОВГ отдаётся предпочтение полной реконструкции ПБС с помощью комбинированных способов пластики, т.е. собственными тканями с дополнительным укреплением сетчатым эксплантом. Под реконструкцией ПБС подразумевается восстановление белой линии живота и придание мышцам брюшного пресса наиболее выгодного положения [4]. При невозможности осуществить реконструкцию ПБС прибегают к её коррекции путём закрытия дефекта сетчатым протезом способом «inlay». Данную методику не следует применять у лиц трудоспособного возраста, т.к. нарушение анатомии ПБС отрицательно сказывается на восстановлении её функции, что ведёт к более низкой физической и социальной реабилитации. Для выполнения реконструктивной операции при срединных грыжах с обширными дефектами ПБС применяется техника, предложенная О. М. Ramirez в 1990 г., заключающаяся в продольном рассечении апоневротической части наружной косой мышцы живота и сближении прямых мышц живота на внутренней косой и поперечной мышцах [5].

**Цель:** провести ретроспективный анализ лечения пациентов с ПОВГ.

**Материалы и методы исследования.** Изучены результаты лечения 84 пациентов с ПОВГ за 2013-2016 гг., находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «4ГКБ» г. Гродно.

**Результаты и их обсуждение.** Мужчин было 22 (26%), женщин 62 (74%). Средний койко-день составил 13.13 дня. Пациентов трудоспособного возраста (от 21 года до 60 лет) было 53 (63%), свыше 60 лет – 31 (37%). Время грыженосительства было следующим: до 1 года – 30 (36%) пациентов, от 1 года до 5 лет 32 (38%), от 5 лет и более – 9 (11%), не удалось точно выяснить время грыженосительства у 13 (15%) пациентов. По локализации грыжевого дефекта пациенты со срединными грыжами (М) составили большинство – 77 (92%), боковое расположение грыж было выявлено в 7 (8%) случаях.

Среди операций, предшествующих возникновению ПОВГ:

1. Операции, выполненные из лапаротомического доступа: по поводу ЖКБ – 15 (18%) пациентов, заболеваний органов малого таза – 15 (18%), грыж передней брюшной стенки срединной локализации – 9 (11%), из-за развившейся острой кишечной непроходимости – 5 (6%), вследствие аппендэктомии – 4 (5%), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки – 5 (6%), спленэктомия – 3 (3,5%), после стернотомии и лапаротомии в связи с заменой клапанов сердца – 1 (1%), ранения живота – 1 (1%), панкреонекроза – 1 (1%).

2. Из люмботомического доступа: операции на почке – 3 (3,5%).

3. Из лапароскопического доступа: холецистэктомия – 2 (2%), лапароскопическое грыжесечение – 2 (2%). Не удалось выяснить анамнез у 18 (22%) пациентов.

Сетчатый трансплантат использовался в 60 (71%) случаях оперативных вмешательств, у 24 (29%) пациентов пластика ПБС была выполнена с использованием собственных тканей. Размеры грыжевого дефекта следующие: W1 (до 5 см) – 13 (16%) пациентов, W2 (от 5 до 10 см) – 32 (38%), W3 (от 10 до 15 см) – 28 (33%), W4 (свыше 15 см) – 11 (13%), причём при W1 пластика местными тканями была выполнена у 10 (77%) пациентов, сетчатый трансплантат использовался в 3 (23%) случаях, при грыжах W2 пластика местными тканями выполнялась у 11 (34%) пациентов, пластика с использованием эндопротеза – 21 (66%), при W3 собственными тканями пластика выполнена в 2 (7%) случаях, пластика эндопротезом – 26 (93%), при W4 всем 11 (100%) пациентам выполнялась пластика с сетчатым трансплантатом.

Выполнялись следующие оперативные вмешательства: пластика с сетчатым трансплантатом по методике «sublay» выполнена у 48 (57%) пациентов, пластика местными тканями – 24 (29%), пластика сетчатым трансплантатом по методике клиники (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение от 18.05.2016 № а 20160144) – 11 (13%), сетчатым трансплантатом по методике «inlay» – 1 (1%).

**Выводы:**

1. ПОВГ чаще встречаются у женщин в связи с морфофункциональными особенностями ПБС.

2. Большинство пациентов с ПОВГ – лица трудоспособного возраста, в связи с чем необходимо не только ликвидировать грыжевой дефект, но и стремиться к полной реконструкции ПБС.

3. Использование малоинвазивных (лапароскопических) методов лечения позволит несколько снизить заболеваемость ПОВГ.

4. В лечении ПОВГ необходимо стремиться к реконструкции ПБС, для чего в большинстве случаев необходимо применение полипропиленовой хирургической сетки, что позволяет добиться лучших результатов и предотвратить рецидив заболевания.

5. При грыжах малых размеров и с удовлетворительным состоянием сшиваемых тканей не теряют своей актуальности способы пластики собственными тканями.

6. Наличие множества способов пластики и отсутствие единого подхода в лечении ПОВГ заставляет искать новые способы пластики.

#### **Литература:**

1. Выбор полипропиленового эндопротеза для пластики брюшной стенки / Б. С. Суковатых [и др.] // Вестник хирургии. – 2013. – Т. 172, № 6. – С. 41-45.

2. Алишев, О. Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж / О. Т. Алишев, Р. Ш. Шаймарданов // Практическая медицина. – 2013. – № 2. – С. 16-21.

3. Цверов, И. А. Хирургическое лечение больных с вентральными грыжами: современное состояние вопроса / И. А. Цверов, А. В. Базаев // Современные технологии в медицине. – 2010. – № 4. – С. 122-127.

4. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / А. В. Юрасов [и др.] // Вестник экспериментальной хирургии. – 2014. Т.4, № 7. – С. 405-413.

5. Ramirez, O. M. «Component separation» method for closure of abdominal wall defects: an anatomical and clinical study / O.M. Ramirez, E. Raus, A.L. Dellon // Plast. Reconstruct. Surg. – 1990. – № 86. – P. 519-525.

## **ЛЕЧЕНИЕ АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

**<sup>1</sup>Ещенко С. В., <sup>2</sup>Трухан А. П., <sup>2</sup>Ещенко А. В.**

<sup>1</sup>ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

<sup>2</sup> Военно-медицинский факультет

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

**Введение.** Острая посттравматическая нейросенсорная тугоухость, именуемая также акустической травмой органа слуха, представляет собой поражение внутреннего уха, возникающее при воздействии звуковой волны большой интенсивности (более 90-100 децибел). В основе патогене-