

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Карпович В. Е.¹, Русин И. В.,² Кулага А. В.,¹ Кухта А. В.¹

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь

Введение. Оказание помощи пациентам с грыжами остается одной из актуальных и сложных проблем абдоминальной хирургии. Рост количества оперативных вмешательств, увеличение их объема и сложности приводят к повышению количества пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Большое количество способов грыжесечений при данной патологии свидетельствует о неудовлетворенности хирургов результатами лечения. На сегодняшний день основным принципом закрытия грыжевых дефектов является выполнение пластики без натяжения либо путем уменьшения натяжения тканей при наложении швов.

Цель: проанализировать опыт хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и выработать подходы к лечению данной патологии.

Материал и методы. За период с января 2011 г. по июнь 2018 г. в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» выполнено 1620 операций по поводу грыж различной локализации, при этом 585 пациентов (36,1%) были прооперированы по поводу послеоперационных вентральных грыж. Из них 561 грыжесечение (95,9%) выполнено в плановом порядке, 24 пациента (4,1%) оперированы по экстренным показаниям в связи с ущемлением грыжи. Чаще при данной патологии оперировались женщины: 438 (78,1%) в плановом порядке, 21 (87,5%) – по поводу ущемленной послеоперационной грыжи. При плановых герниопластиках применялись следующие методы закрытия грыжевых ворот: по Сапежко (116 человек – 20,6%), по Мейо (28-4,9%), по Белоконеву (5-0,9%), по Шампильеру (3-0,5%), по Напалкову (6-1,1%), с использованием

полиспасных швов (156-27,2%), ненатяжная герниопластика по методике sub lay (199-35,5%), комбинированная пластика (34-6,1%), задняя сепарационная пластика по Новицкому (5-0,9%), передняя сепарационная пластика по Рамиресу (3-0,5%), лапароскопическая герниопластика (5-0,9%), пластика по технологии Milos (2 пациента) и e-Milos (1), iprom-пластика выполнена в 1 случае. При операциях по поводу ущемленных послеоперационных грыж чаще всего использовалась пластика грыжевых ворот полиспасными швами (у 18 пациентов – 75%), в 3 случаях выполнена герниопластика по Мейо, в 2 – полипропиленовой сеткой по методике sub lay, в 1 – комбинированная пластика. При плановых грыжесечениях по поводу послеоперационных грыж симультанные операции выполнены 30 пациентам (28 – холецистэктомия, 1 – висцеролиз, 1 – резекция яичника). При экстренных операциях в 12 случаях выполнена резекция большого сальника, в 4 потребовалась резекция некротизированной ущемленной кишки с наложением межкишечного анастомоза, у 1 пациента после резекции кишки наложена илеостома.

Результаты и обсуждение. Количество рецидивов после герниопластик по поводу послеоперационных грыж составляло от 9 до 12% в 2011-2017 гг. В 2018 г. мы изменили подходы к выбору метода закрытия грыжевого дефекта при операциях по поводу послеоперационных вентральных грыж. Если в 2011-2017 гг. удельный вес герниопластик по Сапежко, Мейо, Белоконеву, Чемпионьеру, Напалкову с наложением полиспастных швов составлял от 44,8 до 67,3%, то за первое полугодие 2018 г. количество таких операций сократилось до 33%. Предпочтение мы стали отдавать ненатяжной герниопластике по методике sub lay, задней либо передней сепарационной герниопластике, закрытию грыжевых дефектов по технологии Milos, e-Milos, iprom-пластике, лапароскопическим методикам. Непосредственные результаты при данных операциях лучше: меньше выражен болевой синдром в зоне операции, раньше восстанавливалась функция кишечника в послеоперационном периоде, сокращены сроки пребывания пациентов в хирургическом отделении. Более глубокий анализ

результатов лечения будет проведен после накопления опыта таких операций и изучения отдаленных результатов. С 2018 г. мы стали пользоваться классификацией послеоперационных вентральных грыж Европейского общества герниологов, модифицированной и основанной на классификации Шевреля и Ра, принятой консенсусом в Генте, Бельгия, 2-4 октября 2008 г., в которой оценивается локализация грыж (М – медиальная, L – боковая) размер грыжевого дефекта ($W_1 < 4$ см, $W_2 \geq 4-10$ см, $W_3 > 10$ см), наличие и количество рецидивов (R_1 , R_2 и т. д.). Объем операции определяли на основании сформированного диагноза в соответствии с данной классификацией.

Выводы:

1. Одновременно с увеличением количества операций на органах брюшной полости увеличивается количество пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

2. Предложены многочисленные методики герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах, тем не менее, результаты оперативного лечения данной патологии не удовлетворяют хирургов.

3. Внедрение современных технологий, уменьшающих натяжение тканей во время операций, позволит улучшить результаты лечения послеоперационных вентральных грыж.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ

Кошмар А. С., Кошмар Е. А., Призенцов А. А.,
Скуратов А. Г., Осипов Б. Б.

УЗ «Буда-Кошелевское ЦРБ»

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Введение. Учитывая то, что хирургическое лечение пациентов с вентральными грыжами, в том числе с использованием сетчатых имплантатов, оказывает всестороннее воздействие на физическое, психическое и социальное состояние пациента, немаловажной является оценка отдаленных