

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Полынский А.А., Цилиндзь И.Т., Курило О.П.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Хирургическое лечение грыж брюшной стенки остается актуальной проблемой хирургии и составляет 15% всех оперативных вмешательств в общехирургических стационарах, выполняемых по поводу данной патологии, при этом частота рецидивов достигает 20%. Особенно это касается послеоперационных вентральных грыж.

Общеизвестно, что главной причиной рецидивов грыж является натяжение сшиваемых анатомически неполноценных их истонченных тканей. Данное обстоятельство послужило причиной поиска способов закрытия грыжевых ворот без натяжения собственных тканей с использованием аллотрансплантатов, так как устранение грыжевых дефектов значительной величины при помощи пластики местными тканями не позволяет рассчитывать на устойчивые отдаленные результаты.

**Цель.** Улучшить результаты лечения больных с вентральными грыжами.

**Материал и методы.** В настоящее время в лечении грыж передней брюшной стенки широко используются полипропиленовые сетчатые аллотрансплантаты. Несомненны преимущества этого способа герниопластики в лечении больших и гигантских грыж. Однако в целом ряде случаев и при небольших вентральных грыжах с малыми размерами грыжевых ворот возникают показания для протезирования передней брюшной стенки. Это относится к пациентам с повышенным риском развития рецидива грыж у пожилых людей, при ожирении, длительном грыженосительстве; у больных с рецидивной грыжей, наличием морфофункциональной недостаточностью грыжевых ворот. Применяются различные варианты расположения протеза при пластике передней брюшной стенки: onlay или надапоневротическое – в этом случае выполняется сшивание дефектов апоневроза край в край, а затем поверх швов укладывается протез по периметру 5–6 см и подшивается к апоневрозу; sublay или подапоневротическое (ретромускулярное и предбрюшинное) – после фиксации протеза к брюшине или к задней стенке влагалища прямых мышц живота края апоневроза сшиваются между собой край в край; inlay – пластика дефекта протезом частично или полностью без закрытия тканью апоневроза. Этот вариант применяется в тех случаях, когда свести края грыжевых ворот не-

возможно из-за риска развития сердечно-легочной недостаточности, обусловленного уменьшением объема брюшной полости; underlay – итроабдоминально с отграничением сальником брюшной полости; комбинированные способы, сочетание вышеприведенных способов между собой.

В клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» с 2008 по 2012 год находились на лечении 511 человек с вентральными грыжами, 175 (34,2%) из которых были мужчины и 336 (65,8%) женщины в возрасте от 17 до 87 лет. Оперативному лечению подвергнуты 453 пациента. Из числа оперированных больных пупочные грыжи имели место у 204 (45,0%), околопупочные – у 27 (5,9%), белой линии живота – у 38 (8,5%), боковых отделов живота – у 17 (3,8%), вентральные – у 167 (36,8%) человек.

Согласно классификации XXI Международного конгресса герниологов в Мадриде (SWR classification) Chevrel J., Rath A. (1999 г.) больных с размерами грыжевого дефекта  $W_1$  (до 5 см) было 194 (42,8 %);  $W_2$  (до 10 см) – 150 (33,1%);  $W_3$  – 87 (19,2%);  $W_4$  – 22 (4,8%). По локализации: срединные грыжи были (M) – у 436 (95,2%), боковые (L) – у 17 (3,6%), сочетанные (M+L) – у 6 (1,2%). По количеству рецидивов пациенты распределились: R0 – 372 (82,1%), R1 – 62 (13,7%), R2 – 17 (3,8%) и R3 – 2 (0,4%).

Аутопластика (фасциально-апоневротическая, мышечно-апоневротическая, мышечная) выполнена у 374 пациентов с пупочными, параумбиликальными грыжами небольших  $W_1$ – $W_2$  размеров. Этим больным проведена герниопластика по методике Мейо, Сапежко, Напалкова и Бородина. 79 пациентам с рецидивными и многократно рецидивными грыжами, грыжами больших ( $W_3$ ) и гигантских ( $W_4$ ) размеров для закрытия грыжевых ворот использованы сетчатые полипропиленовые аллотрансплантаты. Предпочтение при этом в клинике общей хирургии отдается подапоневротической (sublay) ретромускулярной и предбрюшной методикам фиксации протеза.

**Выводы.** Анализируя полученные результаты исследования, можно констатировать:

– применение дифференцированного подхода в выборе способа имплантации сетчатого материала при пластике передней брюшной стенки позволяет добиться улучшения результатов лечения больных с вентральными грыжами;

– в хирургическом лечении больных с пупочной грыжей преобладают ненапряжные методики герниопластики; ненапряжные методы у данной категории больных показаны при рецидивной грыже, у больных с ожирением и наличием морфофункциональной недостаточности тканей в области грыжевых ворот.