

конечности в срок и более 2 лет, то открытые реконструктивные вмешательства в лечении пациентов с КИНК имеют превосходство перед эндоваскулярными операциями.

Еще одним важным преимуществом открытых операций является возможность прямой визуализации пораженного сосуда. В то же время, эндоваскулярные технологии значительно улучшили лечение поражений дистального русла, благодаря возможности многократного повторения процедур. Использование гибридных методов позволяет успешно справиться со сложными, многоуровневыми сосудистыми поражениями, особенно у пациентов с высоким хирургическим риском.

Список литературы

1. Косенков, А. Н. Лечение критической ишемии нижних конечностей с язвенно-некротическими поражениями / А. Н. Косенков, И. А. Винокуров, А. К. Киселева // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 12, № 4. – С. 302-307. – doi: 10.17116/kardio201912041302. – edn: ZCLLHS.

2. Федоренко, С. В. Анализ причин летальности после высоких ампутаций нижних конечностей по поводу критической ишемии / С. В. Федоренко // Военная медицина. – 2021. – № 3 (60). – С. 68-73. – doi: 10.51922/2074-5044.2021.3.68. – edn: VDWCUN.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ: АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Дудинский А.Н., Малишевский Б.А.

Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) остаются одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Распространённость данной патологии среди населения составляет от 11,7% до 20,9%, а ежегодное количество выполненных герниопластик в мире достигает 20 миллионов [1, 2, 3].

Одним из значимых факторов риска формирования грыж и рецидивов после герниопластики является ожирение [4]. Избыточная масса тела оказывает негативное влияние на мышечно-апоневротические структуры передней брюшной стенки (ПБС), снижает их сократительную способность, нарушает анатомо-функциональные взаимоотношения и способствует формированию диастаза прямых мышц живота, грыж белой линии живота и пупочных грыж [5].

У пациентов с ожирением изолированная герниопластика часто не обеспечивает должного анатомо-функционального восстановления ПБС, а

также не достигается удовлетворительный эстетический результат, риск рецидива заболевания в данной группе пациентов достигает 19-30% [6]. Это связано с тем, что остаются нерешёнными анатомо-функциональные нарушения ПБС: выраженный диастаз, избыток кожи и подкожной жировой клетчатки, нарушение конфигурации ПБС.

В таких случаях обоснованным является выполнение комбинированной операции, включающей герниопластику и абдоминопластику. Подобный подход позволяет устранить грыжевой дефект, восстановить форму и анатомию ПБС, снизить частоту рецидивов и в конечном итоге существенно повысить качество жизни пациента.

Материалы исследования. В период с 2018 по 2025 годы в клинике общей хирургии на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» было выполнено 18 комбинированных хирургических вмешательств, включающих абдоминопластику и герниопластику по поводу ПОВГ в сочетании с отвислым животом (птозом кожно-жирового лоскута). Распределение пациентов по полу: 2 мужчин и 16 – женщин, в возрасте от 21 до 81 года. Индекс массы тела (ИМТ) пациентов варьировал от 30,2 до 46,8, что соответствовало ожирению I–III степени.

Пластика грыжевого дефекта выполнялась с использованием сетчатого полипропиленового имплантата различными методами: у 7 пациентов использовано предбрюшинное (sublay) размещение полипропиленовой сетки, у 3 пациентов – ректротомическая пластика по методике Rives-Stoppa, у 8 пациентов – пластика по собственной предложенной методике (Патент РБ № 22121).

При выборе хирургического доступа учитывалась конфигурация ПБС и наличие послеоперационных рубцов. У трёх пациентов, имевших втянутый рубец в гипогастрии, применялся разрез по типу «мерседес» (в форме перевёрнутой буквы «Y»). У остальных 15 пациентов применён трансверзальный доступ в гипогастрии (в зоне «бикини»), который обеспечивал оптимальный эстетический результат и удовлетворённость пациентов внешним видом живота в послеоперационном периоде.

Следует отметить, что у семи пациентов комбинированное вмешательство выполнялось после ранее перенесенной открытой бариатрической операции при лапаротомическом доступе. У данной категории больных после значительной потери массы тела сформировался выраженный избыток кожно-жировой ткани в абдоминальной области, у всех пациентов имелись срединные ПОВГ, а также отмечалась выраженная дряблость мышечно-апоневротического каркаса ПБС. Герниопластика выполнялась по предложенной оригинальной методике, предусматривающей одновременное устранение грыжевого дефекта и медиализацию прямых мышц живота. Последний элемент, по нашему мнению, имеет ключевое значение для восстановления анатомо-функционального состояния ПБС. Завершающим этапом абдоминопластики являлось дренирование подкожной жировой клетчатки двумя активными дренажами по типу Редона, что позволило эффективно профилактировать формирование сером и обеспечивало плотное соприкосновение кожно-подкожного лоскута с мышечно-апоневротическими структурами ПБС.

При опросе и осмотре всех 18 прооперированных пациентов рецидив послеоперационной вентральной грыжи обнаружен в одном случае применения герниопластики sublay. В 4-х случаях наблюдалась затяжная серома. У 3-х пациентов по срединной линии живота, в месте шва, был ишемический некроз кожно-подкожного лоскута и как следствие сформировался втянутый гипертрофированный кожный рубец.

Результаты и их обсуждение. При выборе способа пластики ПБС нередко руководствовались следующими данными. Методика Rives–Stoppa остаётся одной из наиболее распространённых в мире при выполнении герниопластики, поскольку позволяет снизить натяжение тканей в зоне вмешательства [4]. Однако при выраженном диастазе прямых мышц живота и снижении тонуса ПБС, особенно у пациентов после значительной потери массы тела, в клинической практике предпочтение отдавалось предложенной нами оригинальной методике. Она была направлена на устранение грыжевого дефекта по всей длине срединной линии путём формирования дубликатуры апоневроза с использованием сетчатого имплантата, что обеспечивало эффективную коррекцию диастаза и дряблости тканей ПБС. Подобные изменения наиболее выражены у пациентов после существенного снижения массы тела и требуют комплексного подхода к восстановлению анатомии ПБС. В случаях, когда имплантат устанавливался в предбрюшинное пространство, пластика ПБС обязательно дополнялась пликацией срединной линии, что так же было направлено на устранение дряблости ПБС.

Выводы.

1. У пациентов с послеоперационной вентральной грыжей и с наличием выраженного кожно-подкожного фартука при ожирении пластика передней брюшной стенки должна дополняться абдоминопластикой.

2. При наличии «дряблого живота» абдоминопластику необходимо дополнять пликацией белой линии живота с медиализацией прямых мышц живота.

3. При устранении послеоперационной вентральной грыжи и дряблости передней брюшной стенки методом выбора может служить предложенная нами оригинальная методика.

Список литературы

1. Sanders, D. L. Prosthetic mesh materials used in hernia surgery / D. L. Sanders, A. N. Kingsnorth // Expert Rev Med Devices. – 2012. – Vol. 9, № 2. – P. 157-179. – doi: 10.1586/erd.11.65.

2. Tips and Tricks for a Sound Rives-Stoppa Repair / V. Oprea, M. Toma, O. Grad, D. Moga // Ann Surg Edu. – 2022. – Vol. 3, № 1. – P. 1028.

3. Богдан, В. Г. Морфологические и клинические особенности применения эндопротезов в хирургии послеоперационных грыж живота / В. Г. Богдан // Военная медицина. – 2015. – № 2. – С. 14-17.

4. Варикаш, Д. В. Профилактика образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением / Д. В. Варикаш, В. Г. Богдан // Военная медицина. – 2019. – № 3. – С. 41-46.

5. Obesity-associated poor muscle quality: prevalence and association with age, sex, and body mass index / P. L. Valenzuela, J. Morales, A. Pareja-Galeano,

J. Lucia // BMC Musculoskeletal Disorders. – 2020. – Vol. 21, № 1. – doi: 10.1186/s12891-020-03228-y.

6. Морфофункциональные аспекты рецидива послеоперационных вентральных грыж / Б. Ш. Гогия, И. А. Чекмарева, О. В. Паклина [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 12. – С. 55-60. – doi: 10.17116/hirurgia20161255-60. – edn: XVOVOV.

СПОСОБ ДООПЕРАЦИОННОГО СВЕДЕНИЯ КРАЕВ ГРЫЖЕВОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ БОЛЬШОГО И ГИГАНТСКОГО РАЗМЕРА

Женгелев Г.Е., Наумов Р.В.

Белорусский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Минск

Актуальность. Актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии является лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ). До 25% всех операций, выполняемых в общехирургических отделениях, приходится на герниопластики, из числа которых 22% составляют операции по поводу ПОВГ [1].

Развитие ПОВГ ассоциировано с широким спектром хирургических вмешательств, включая операции на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Структура первичных операций, способствующих формированию ПОВГ, включает: вмешательства на гепатобилиарной системе (26,4%), гинекологические операции (25,3%), аппендэктомии (14,8%), грыжесечения (12,1%), урологические операции (9,3%), операции на желудке (7,1%) и кишечнике (5%). Кроме операций к развитию ПОВГ также могут приводить послеоперационные осложнения, среди которых воспалительные процессы в ране составляют около 30% [2].

Приоритетным направлением в современной герниологии является достижение максимальной радикальности герниопластики за счет полного либо частичного восстановления анатомической целостности брюшной стенки. Особого внимания заслуживают пациенты с ПОВГ больших и гигантских размеров, так как одномоментное вправление объёмного грыжевого содержимого в брюшную полость с последующей пластикой передней брюшной стенки может привести к абдоминальному компартмент-синдрому, с последующим развитием внутригрудной гипертензии.

Вышеперечисленные нарушения приводят к сердечно-сосудистой и дыхательной дисфункциям и могут привести к летальному исходу. Повышение внутрибрюшного давления представляет особую опасность для больных пожилого и старческого возраста, а также пациентов с хронической патологией кардиореспираторной системы. В этой группе больных летальность от