

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%), аппендэктомию (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

венозных тромбозомболических осложнений колеблется от 1 до 10% [3, 4].

Отсутствие системного подхода в лечении и неоднозначная эффективность оперативных методик, в том числе, и с использованием синтетических материалов, диктуют необходимость разработки и клинического внедрения комплексного патогенетического подхода в лечении больных с ПОВГ больших и гигантских размеров.

Цель. Оценить эффективность дооперационного сведения краев грыжевого дефекта у больных с ПОВГ большого и гигантского размера, сравнить эффективность проводимой манипуляции с существующими методами лечения.

Методы исследования. Произведен ретроспективный анализ 85 историй болезней пациентов с ПОВГ большого и гигантского размера городского центра герниологии и бариатрической хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко» за период 2002-2011 гг. Статистическая обработка проводилась с использованием Microsoft Excel 2024 и пакета программного обеспечения Statsoft Statistica 10. Оценка качества жизни производилась с использованием русскоязычного варианта опросника EuroQol-5D (EQ-5D), на основании показателей визуальной аналоговой шкалы состояния здоровья (EQ-5D-VAS) через 6-12 месяцев после операции.

Исследуемая группа сравнивалась с группой, состоящей из 104 пациентов, которые по возрасту, характеру сопутствующей патологии, размерах грыжевого выпячивания и грыжевого дефекта, длительности грыжевого анамнеза достоверно не отличались от пациентов основной группы.

Результаты и их обсуждение. Под комбинированным наркозом по периметру грыжевого дефекта были выполнены 2-3 пары расположенных друг напротив друга разрезов кожи и подкожной клетчатки с обнажением апоневроза, фиксированием в разрезы к апоневрозу сетчатых петель, ушиванием разрезов, вправлением грыжевого содержимого в брюшную полость и фиксированием пелота, затем ежедневно в течение 7-14 дней проводили сеанс электростимуляции мышц передней брюшной стенки с последующим дозированным сведением краев грыжевого дефекта подтягиванием сетчатых петель.

Выявлено достоверное снижение удельного веса корригирующей пластики в структуре хирургических методик с использованием сетчатых имплантатов у пациентов с ПОВГ обширных и гигантских размеров с 79,6% в группе сравнения до 17,5% в основной группе ($\chi^2=19,37$; $P=0,00001$), где у 67 больных (82,5%) выполнены радикальные варианты реконструктивно-восстановительной пластики передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде у всех пациентов основной группы удалось избежать развития тяжёлых летальных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В группе сравнения умерло 2 пациента (3,7%) после выполнения корригирующего варианта пластики передней брюшной стенки по причине прогрессирования сердечной недостаточности и развития ТЭЛА. Средняя длительность послеоперационного периода у пациентов основной группы составила 10,4±2,7 койко-дней, что на 4,9 койко-дней меньше, чем у пациентов группы сравнения (15,3±3,1 койко-дней). Отмечена тенденция

достоверного снижения количества послеоперационных раневых и общих осложнений с 27,6% в группе сравнения до 7,6% в основной группе ($\chi^2=13,18$; $P=0,0003$). Уровень рецидивов заболевания у пациентов группы сравнения составил 22,6%, у больных основной группы – 3,7%. Установлено достоверное ($p=0,012$) повышение показателей EQ-5D-VAS с 70,1±2,8 до 91,2±1,3 у пациентов при выполнении реконструктивных оперативных вмешательств.

Выводы. Разработанный способ дооперационного сведения краев грыжевого дефекта у пациентов с ПОВГ позволяет достоверно повысить эффективность хирургического лечения, уменьшить удельный вес корригирующих методик, снизить уровень послеоперационных раневых осложнений и рецидивов, повысить качество жизни в отдаленном периоде.

Список литературы

1. Лечение послеоперационных вентральных грыж / Р. А. Ставинский, А. Н. Лембас, И. И. Тампей [и др.] // Вестник Приднестровского университета. Серия: Медико-биологические и химические науки. – 2011. – № 2 (38). – С. 51. – EDN WLKQRP.
2. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконев, Т. А. Федорина, З. В. Ковалева [и др.]. – Самара, 2005. – С. 113.
3. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы / М. В. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, Э. З. Гатауллина, Э. Р. Валитова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 5. – С. 101-107. – edn: RPUDWN.
4. Новиков, С. В. Результаты лечения пациентов с вентральными грыжами / С. В. Новиков. – URL: <https://www.bsmu.by/upload/iblock/2ec/12yepqecrhwa6lbnecfbaxx8808k8luw/2013070412222916.pdf> (дата обращения: 25.04.2025).

АНТИРЕФЛЮКСНАЯ ХИРУРГИЯ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

*Журбенко Г.А.¹, Карпицкий А.С.¹, Панько С. В.², Шестюк А.М.¹,
Игнатюк А.Н.¹*

¹Брестская областная клиническая больница

²Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина
Республика Беларусь, г. Брест

Актуальность. Частое рецидивирование симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) после адекватно проведенной, полноценной и зачастую длительной консервативной антирефлюксной терапии у 25% пациентов может потребовать дальнейшего постоянного приёма антисекреторных препаратов, а в 15% случаев единственным эффективным методом лечения будет антирефлюксная операция [1]. Лапароскопические