

© Коллектив авторов, 2019
УДК 617.55-007.43:616-089
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14039>
ISSN – 2073-8137

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А. К. Абалян¹, А. Н. Айдемиров^{1,2}, А. З. Вафин², Е. В. Машурова^{1,2}, Э. А. Айдемирова²

¹ Ставропольская краевая клиническая больница, Россия

² Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF INCISIONAL VENTRAL HERNIAS

Abalyan A. K.¹, Aydemirov A. N.^{1,2}, Vafin A. Z.², Mashurova E. V.^{1,2}, Aydemirova E. A.²

¹ Stavropol Regional Clinical Hospital, Russia

² Stavropol State Medical University, Russia

Послеоперационная грыжа остается частым и серьезным осложнением операций на органах брюшной полости, снижая качество жизни и трудоспособность больных. Частота рецидивов после использования аутопластических методов закрытия дефектов достигает 54–78 %, что привело к отказу от данного подхода к лечению. При использовании современных технологий закрытия дефектов передней брюшной стенки частота рецидивов ниже 10 %. В то же время непрерывный поиск лучших материалов и надежных методов пластики послеоперационных ventral hernias оставляет проблему нерешенной. Мы представляем наш опыт лечения и применяемые в клинике методики с 2002 по 2016 гг.

Ключевые слова: послеоперационные ventral hernias, hernioplasty

Incisional hernia remains a frequent and serious complication of surgery on the abdominal organs, reducing quality of life and ability to work. The recurrence rate after the use of autoplasic methods for closure of defects reaches 54–78 %, which led to the abandonment of this approach. With the use of modern technology closing the defects of the anterior abdominal wall the recurrence rate is below 10 %. At the same time, the continuous search for the best materials and reliable methods of plastic surgery for postoperative ventral hernias leaves the problem unsolved. We present our experience in the treatment and methodology used in the clinic between 2002 and 2016.

Keywords: incisional ventral hernias, hernioplasty

Для цитирования: Абалян А. К., Айдемиров А. Н., Вафин А. З., Машурова Е. В., Айдемирова Э. А. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1.1):19-21. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14039>

For citation: Abalyan A. K., Aydemirov A. N., Vafin A. Z., Mashurova E. V., Aydemirova E. A. OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF INCISIONAL VENTRAL HERNIAS. *Medical News of North Caucasus*. 2019;14(1.1):19-21. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14039> (In Russ.)

ВБД – внутрибрюшное давление
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ИМТ – индекс массы тела
ПБС – передняя брюшная стенка
ПОВГ – послеоперационные ventral hernias

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
CST – components separation technique (техника разделения компонентов брюшной стенки)
SPP – преперитонеальная пластика
SRM – ретромулярная пластика

Послеоперационные ventral hernias составляют 5–20 % в структуре грыженосителей [1, 2]. Частота возникновения послеоперационных ventral hernias значительно возрастает у пациентов, перенесших оперативное лечение в экстренном порядке, и достигает, по данным некоторых авторов, до 28–32 % [3, 4]. Больные, подверженные лапаротомии по поводу перитонита, абдоминального сепсиса в раннем послеоперационном периоде на фоне повышенного внутрибрюшного давления чаще страдают ПОВГ [5, 6].

После первичной пластики послеоперационных ventral hernias прогрессивно увеличивается частота их рецидивов, которая составляет 4–54 % [4,

5]. При анализе лечения 10822 пациентов с послеоперационными ventral hernias частота их возникновения составила 12,3 % через 5 лет после лапаротомии и 23,1 % – через 13 лет. Частота рецидивов спустя 5 лет после первичной пластики достигала 23,8 %, после повторной – 35,3 %, после третьей пластики – 38,5 % [4].

Несмотря на применение многочисленных методик аутопластики, частота рецидивов грыж существенно не изменилась в последние десятилетия и достигает 54 % через 1–7 лет после операции [7, 8, 9]. Аллогерниопластика снизила количество рецидивов на 24,1 % по сравнению с аутопластикой, а использование сетчатых имплантатов возросло с 34,2 до 65,5 % [9, 10]. Таким образом, протезирующая

пластика является «золотым стандартом» лечения пациентов с грыжами живота. Основные варианты операций с применением синтетических эндопротезов хорошо известны хирургам и прочно вошли в повседневную практику [6, 7, 9]. Большинство хирургов, специализирующихся на лечении данной когорты больных, в настоящее время предпочитают сепарационную аллопластику передней брюшной стенки. Но, несмотря на большое количество существующих способов пластики брюшной стенки, результаты остаются неудовлетворительными. В настоящее время выбор метода операции остается предметом дискуссий [2, 3].

Цель нашего исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем оптимизации хирургической тактики и выбора метода герниопластики с учетом ширины грыжевых ворот.

Материал и методы. В отделении торакоабдоминальной хирургии за период с 2002 по 2016 год находились на лечении 387 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Возраст больных колебался от среднего до пожилого и составил $55 \pm 5,2$ года. Мужчин было 124 (32,1 %), женщин – 263 (67,9 %), ИМТ – $26,3 \pm 3,4$ кг/м². Все больные до операции по шкале ASA имели степень риска не выше III. Согласно классификации EHS послеоперационных вентральных грыж (Muysoms F. E. et al., 2009) по локализации прослеживается явное преобладание срединных грыж – 368 (95,1 %): M₁ – подмечевидных грыж – 13 (3,35 %), M₂ – эпигастральных грыж – 169 (43,6 %), M₃ – пупочных – 183 (47,2 %), M₄ – подпупочных грыж – 3 (0,77 %). Боковых грыж было 19 – 4,9 %: L₁ – подреберных – 2 (0,52 %), L₂ – поперечных – 15 (3,87 %), L₃ – подвздошных – 2 (0,52 %). ML – сочетанные грыжи не встречались. По ширине грыжевых ворот пациенты распределились следующим образом: W₁ (до 4 см) – 35 (9,1 %), W₂ (4–10 см) – 233 (60,2 %), W₃ (более 10 см) – 119 (30,7 %). R – рецидивные грыжи были у 97 (25,1 %) больных.

Следует отметить, что согласно разработанным в клинике протоколам комплексная профилактика осложнений у пациентов с протезирующей пластикой ПБС проводилась на всех этапах лечения: догоспитальном этапе (отказ от курения, коррекция массы тела, коррекция соматического статуса, компрессионная адаптация), в предоперационном периоде (диета, подготовка кишечника), во время операции (прецизионная работа с тканями, измерение уровня внутрибрюшного давления, герниопластика «без натяжения») и в послеоперационном периоде (антибиотикопрофилактика, профилактика тромбозомболических осложнений, мультимодальная анальгезия, бандажирование 3 недели). Критерием выбора метода пластики грыжевых ворот являлось не только морфофункциональное состояние передней брюшной стенки, но и уровень внутрибрюшного давления. Если при проведении пробного сведения краев апоневроза внутрибрюшное давление повышалось до 15 мм рт. ст., обосновано было выполнение «ненатяжной» пластики передней брюшной стенки с применением синтетического имплантата по методике «sublay» – преперитонеального и ретромускулярного вариантов (SPP, SRM). Если при подробном сведении краев грыжевых ворот ВБД превышало 15 мм рт. ст., преимущественно применяли технологию разделения компонентов передней брюшной стенки, гибридные вмешательства.

Традиционная аллопластика была произведена на 298 больным, из них рецидивные грыжи были у

64 (21,4 %). С W₂ грыжами было 273 (91,6 %) больных, с W₃ – 25 (8,3 %). С 2013 года по настоящее время с применением техники разделения анатомических компонентов брюшной стенки (CST) выполнено 89 вмешательств у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, требующих реконструкции передней брюшной стенки. По ширине грыжевых ворот все пациенты относились к группе W₃. Сепарацию компонентов брюшной стенки проводили в соответствии с методиками Carbonell, TAR-technique (Novitsky Y. et al., 2012) и Ramirez. Аллогерниопластика по способу SPP (sublay preperitoneal) с использованием латексного тканевого клея выполнялась 42 больным с W₂ грыжами. У большинства больных применен некомпозитный протез «Эсфил». Дренажирование парапротезного пространства проводилось дренажами по типу «Blake» с активно-аспирационной системой «UnoVac» на 24 часа. Все применяемые методики пластики передней брюшной стенки при ПОВГ представлены в таблице.

Таблица

Способы операций при послеоперационных вентральных грыжах

Способы операций	Ширина грыжевых ворот						Итого	
	W ₁		W ₂		W ₃		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Inlay					4	1,03	4	1,03
SPP	35	9,04	38	9,81			72	18,86
SRM			126	32,5			126	32,5
Sublay bridge					11	2,84	11	2,84
IPOM			69	17,8			69	17,8
Ramirez					8	3,1	8	3,1
Carbonell					13	2,06	13	2,06
TAR-technique					76	19,6	76	19,6
Гибридные операции					7	1,80	7	1,80
Всего	35	9,04	233	60,1	119	30,7	387	100

При оценке результатов пластики брюшной стенки принимали во внимание частоту местных раневых послеоперационных осложнений и рецидивов грыжи. Отдаленные результаты (рецидив грыжи) изучены в сроки от 1 до 10 лет.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам у 53 (13,6 %) оперированных развились осложнения в послеоперационном периоде. Все осложнения были разделены на общие и местные. Послеоперационные местные осложнения были у 44 (10,1 %) больных: серомы – у 18 (4,6 %), гематомы – у 9 (2,3 %), нагноение послеоперационной раны – у 16 (4,2 %) и в 1 (0,25 %) случае – миофасцикуляция. Так, у 14 (3,6 %) пациентов наблюдали следующие общие осложнения: ИВЛ ассоциированная пневмония у 6 (1,5 %), синдром абдоминальной компрессии – у 4 (1,03 %), сепсис – у 1 (0,25 %) и ТЭЛА – у 3 (0,77 %). Послеоперационная летальность составила 18 больных (4,62 %): у 5 больных (1,28 %) причиной смерти была ТЭЛА, у 8 (2,06 %) – с различными вариантами кардиальной патологии смерть наступила в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, у 5 больных (1,28 %) причиной смерти стал сепсис, развившийся на фоне флегмоны передней брюшной стенки и инфицирования эндопротеза. При аллогерниопластике интраоперационных осложнений не наблюдали.

Оценка степени внутрибрюшной гипертензии после полного ушивания передней брюшной стенки показала 9,7 мм рт. ст., после пробуждения – 13,5 мм рт. ст. С применением техники разделения компонентов передней брюшной стенки восстановить белую линию живота удалось у всех пациентов. Технологию «sublay bridge» применяли при уровне внутрибрюшного давления более 15 мм рт. ст. и невозможности восстановить белую линию живота без повышения ВБД. Послеоперационный койко-день составил 7±4 суток. Рецидивов за изученный период времени не выявлено.

Таким образом, при лечении послеоперационных вентральных грыж шириной грыжевых ворот W_1 и при уровне внутрибрюшного давления до 15 мм рт. ст. показана пластика передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом в модификации sublay «SPP» или «SRM». При ширине грыжевых ворот W_2 – W_3 и при уровне внутрибрюшного давления более 15 мм рт. ст. показана техника разделения анатомических компонентов брюшной стенки с пластикой сетчатым

эндопротезом. Также необходимо помнить о технологии резерва: при невозможности свести края апоневроза без повышения ВБД стоит применить Sublay bridge с использованием второй сетки.

Заключение. Анализ результатов лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами показал существенные преимущества герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза в модификациях sublay. При необходимости исключить повышение ВБД техника sublay дополняется CST. Технология может быть рекомендована в качестве метода выбора при значительных размерах дефекта.

Внедрение технологии сепарации компонентов передней брюшной стенки позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами за счёт восстановления нормального взаимоотношения мышечно-фасциальных структур брюшной стенки без повышения внутрибрюшного давления.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Айдемиров А. Н., Лайпанов Р. М., Абалян А. К. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных большими и гигантскими грыжами. *Международный научный институт «EDUCATIO»*. 2015;3:132-134. [Aydemirov A. N., Laypanov R. M., Abalyan A. K. Blizhayshe i otdalennye rezul'taty lecheniya bol'nykh bol'shimi i gigantскими gryzhami. *Mezhdunarodnyy nauchnyy institut «EDUCATIO»*. – *Mezhdunarodnyy scientific Institute «EDUCATIO»*. 2015;3:132-134. (In Russ.)].
2. Егиев В. Н., Воскресенский П. К. Грыжи. Медпрактика. М., 2015. [Egiev V. N., Voskresenskij P. K. Gryzhi. *Medpraktika*. M.; 2015. (In Russ.)].
3. Паршиков В. В., Петров В. В., Ходак В. А. Современные технологии в хирургии грыж передней брюшной стенки. *Современные технологии в медицине*. 2009;1:32-38. [Parshikov V. V., Petrov V. V., Hodak V. A. Sovremennye tekhnologii v hirurgii gryzh perednej bryushnoj stenki. *Sovremennye tekhnologii v medicine*. – *Modern technologies in medicine*. 2009;1:32-38. (In Russ.)].
4. Conze J., Krones C. J., Schumpelick V., Kling U. Incisional hernia: challenge of re-operations after mesh repair. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392(4):453-457.
5. Паршиков В. В., Ходак В. А., Петров В. В., Романов Р. В. Ретромышечная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами по поводу грыж. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2012;5(1):213-218. [Parshikov V. V., Hodak V. A., Petrov V. V., Romanov R. V. Retromuskulyarnaya plastika bryushnoj stenki sinteticheskimi ehndoprotezami po povodu gryzh. *Vestnik ehksperimental'noj i klinicheskoy hirurgii*. – *Bulletin of experimental and clinical surgery*. 2012;5(1):213-218. (In Russ.)].
6. Юрасов А. В., Шестаков А. Л., Курашвили Д. Н., Абовян Л. А. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2014;4(7):405-413. [Yurasov A. V., Shestakov A. L., Kurashvili D. N., Abovyan L. A. Sovremennaya koncepciya hirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s posleoperacionnymi gryzhami perednej bryushnoj stenki. *Vestnik ehksperimental'noj i klinicheskoy hirurgii*. – *Bulletin of experimental and clinical surgery*. 2014;4(7):405-413. (In Russ.)].
7. Синенченко Г. И., Ромашкин-Тиманов М. В., Курьгин А. А. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема. *Вестник хирургии*. 2006;1:15-17. [Sinchenko G. I., Romashkin-Timanov M. V., Kurygin A. A. Bezreциdivnoe hirurgicheskoe lechenie posleoperacionnykh ventral'nykh gryzh kak social'naya problema. *Vestnik hirurgii*. – *Bulletin of surgery*. 2006;1:15-17. (in Russ.)].
8. Langer C., Schaper A., Liersch T. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience. *Hernia*. 2005;9(1):16-21.
9. Luijndijk R. W., Hop W. C., Van der Tol M. P. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. *N. Engl. J. Med*. 2007;343(6):392-398.
10. Yaghoobi Notash A., Yaghoobi Notash A. Jr., Seied Farshi J. Outcomes of the Rives-Stoppa Technique in incisional hernia repair: ten years of experience. *Hernia*. 2007;11(1):25-29.

Сведения об авторах:

Абалян Анатолий Камоевич, кандидат медицинских наук, врач-хирург;
тел.: 89289551060; e-mail: abalyansurgery@mail.ru

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой госпитальной хирургии, заведующий торако-абдоминальным отделением;
тел.: (8652)717003; e-mail: surgdis1@stgma.ru

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии;
тел.: (8652)717003; e-mail: surgdis1@stgma.ru

Машурова Екатерина Викторовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, врач-хирург;
тел.: 89283395095; e-mail: ev.mashurova@gmail.com

Айдемирова Элина Артуровна, ординатор;
тел.: 79624479697; e-mail: aaidemirov@mail.ru