

УДК: 616-089.168.1:616-036.65:617.55-007.43

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНИХ И БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Омобоогундже Джеймс Олубобуйи*

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова*

**Реферат.** Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения 104 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, которым была выполнена пластика грыжевых ворот по разным методикам с использованием пластики собственными тканями (первая группа) и полипропиленовых имплантатов, включая разработанные методики (вторая группа). Анализ был проведен в течение 3-48 месяцев у 77 (74,0%) больных (первая группа – 44 (69,8%), вторая – 30 (73,1%). В опросе учитывали наличие рецидива грыжи, осложнения со стороны послеоперационного рубца, ограничение в повседневной жизни, связанные с перенесенной операцией. В первой группе было выявлено 8 (18,2%) рецидивов и во второй у 1 (3,3%) больной после методики onlay. Пришли к выводу о целесообразности использования аллопластических методик у больных с большими и рецидивными послеоперационными грыжами как наиболее эффективной для снижения частоты рецидива грыжи и предупреждения повышения внутрибрюшного давления с развитием компартмент-синдрома.

**Ключевые слова:** послеоперационные и рецидивные вентральные грыжи, хирургическое лечение.

Актуальность проблемы лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами обусловлена широким распространением этих заболеваний с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточным высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах. Несомненно, это обусловлено не только техническими погрешностями выполнения оперативных вмешательств, но и патогенетической необоснованностью традиционных методов герниопластики [1]. Проблема выбора способа операции при лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОГ) остается актуальной. В литературе описано разные способы оперативных вмешательств [3,5]. Осуществить выбор операции из такого количества способов весьма трудно, тем более что четко не определены общепризнанные критерии выбора метода пластики грыжевых ворот [2,6]. Традиционная пластика длительно существующих грыжевых дефектов передней брюшной стенки местными тканями иногда может представлять трудности как для хирурга, так и для пациентов [4,7]. Почти всегда такой способ пластики грыжевых ворот приводит к чрез-

мерному натяжению тканей и при этом сохраняется высокая вероятность рецидива [9]. Вместе с тем целый ряд обстоятельств сдерживает хирургическую активность, особенно при значительных размерах грыжевых дефектов [3,8]. Около 70% пациентов с послеоперационными вентральными грыжами – это лица среднего и пожилого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания, такие как гипертоническая и ишемическая болезни, хронические заболевания легких, сахарный диабет, ожирение и др. В последнее время использование синтетических полимеров позволяет осуществлять пластику грыжевых дефектов больших и гигантских размеров. При этом отмечено снижение степени травматизации местных тканей в зоне реконструкции грыжевого дефекта, сокращение времени операции, более быстрая адаптация в послеоперационном периоде и сокращение сроков реабилитации.

### *Цель исследования*

Целью нашей работы было определить зависимость частоты рецидива грыжи после различных методик пластики грыжевых ворот путем изучения отдаленных результатов.

### *Материал и методы*

Был проведен анализ результатов хирургического лечения 104 больных со средними и большими послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, которые находились в хирургической клинике медицинского факультета №2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова с 1999 по 2009г.г. Среди обследованных 29,8% (31) мужчин и 70,2% (73) женщин в возрасте от 7 до 83 лет (средний возраст составлял  $57,1 \pm 4,5$  лет).

Были учтены гендерное распределение больных, сопутствующие патологии и операции после которых возникли послеоперационные вентральные грыжи. Размер грыжевого дефекта оценивали по классификации Госкина-Жебровского и J. P. Chevrel - A. M. Rath (SWR – classification, 1999). Средних (W2) (5-10см) размеров диагностированы у 70 больных, больших (W3) (10-15 см) у 34. Мониторинг внутрибрюшного давления проводили интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде.

Больные были разделены на две группы. В первой группе отнесены больные, которым была выполнена пластика собственными тканями (аутопластика) и во второй - с использованием сетчатых имплантатов (аллопластика).

Аутопластика по разным способам выполнена у 63 (60,6%) больных. Среди них 47 (45,2%) женщин и 16 (15,4%) мужчин. Средний возраст больных составил  $51,7 \pm 0,1$  лет (таб. 1). Эти методики выполнялись в период до широкого использования имплантатов в хирургическом лечении грыж, а так же при отказе больного от аллопластической методики.

Пластика с использованием сетчатых имплантатов выполнена у 41 (39,4%) больных. Среди них 28 (26,9%) женщин и 13 (12,5%) мужчин. Средний возраст больных составил  $59,3 \pm 0,1$  лет (см. таб.2).

Результаты таблицы свидетельствуют, что наиболее часто использована методика onlay (46,3%). В то же время, методика inlay была применена только у 12,3%, что связано с техническими трудностями препаровки париетального листка брюшины от апоневроза у

части больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости и рецидивных грыжах. В таких случаях мы использовали разработанную методику intralau имплантации полипропиленового протеза в мышечную ткань (патент Украины № 15109).

В плановом порядке оперировано 85 (81,7%) больных. Предоперационная подготовка проводилась на протяжении  $1,13 \pm 0,03$  дней. При W2 средняя продолжительность подготовки к пластике составила  $1,25 \pm 0,02$  дней, при W3 –  $2,24 \pm 0,12$  соответственно. Наиболее длительная подготовка проводилась при следующих сопутствующих заболеваниях: ожирение 3-4 ст., сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца. В ургентном порядке оперировали 19 (18,3%) больных. Среди них W2- 12, W3 – 18.

В зависимости от размера грыжевых ворот дифференцированно подходили к выбору методики пластики дефекта. Аутопластические методы выполнили у 44 (69,8%) больных с W2 и у 19 (30,2%) с W3. Соответственно аллопластические методы у 26 (63,4%) больных с W2 и у 15 (36,6%) с W3.

Аутопластические способы пластики грыжевых ворот

Таблица 1

Способ	Количество	%
Сапезко	40	63,5
Мейо	12	19,1
Напалкова	11	17,4
Всех	63	

Способы аллопластики грыжевых ворот

Таблица 2

Способ	Количество	%
Onlay	19	46,3
Sublay	9	21,9
Inlay	5	12,3
Intralay	8	19,5
Всех	41	

Зависимость методики пластики от локализации грыжевых ворот

Таблица 3

Локализация	Аутопластические	Аллопластические			
		onlay	sublay	inlay	intralau
Срединная локализация (M)	54	16	7	3	4
Боковая(L)	7	3	1	2	3
Срединная и боковая (ML)	2	-	1	-	1

В зависимости от локализации грыжевых ворот различались методики их ушивания. Аутопластические методы выполнены у 85,7% (54) первой группы при срединной (М) локализации грыжевых ворот, тогда как во второй группе 73,1% (30) (см. таб.4).

У 34 (32,7%) больных оперативная коррекция проводилась рецидивной грыжи (см. таб.3).

Аллопластические методики intralay и inlay выполняли при R2 и R3 > (7 из 41 (17,1%)). В контрольной группе этот показатель составил 14,2% (9 из 63).

### Результаты и обсуждения

Послеоперационный период протекал без осложнений у 75,6% (79) больных.

У 18 (28,6%) больных в первой группе были выявлены такие осложнения, как серома – 4 (6,3%), инфильтрат – 7 (11,1%), гематома послеоперационной раны – 1 (1,6%), нагноение – 2 (3,2%). У 4 (6,3%) больных было диагностировано повышение внутрибрюшного давления с развитием у одного компартмент синдрома с летальным исходом (1,6%).

Во второй группе осложнения в раннем послеоперационном периоде были диагностированы у 7 (17,1%) (серома – 5 (12,2%) (у 4 больных после методики onlay и у одного после intralay), инфильтрат – 2 (4,9%)). Развитие данных осложнений объясняется повреждением лимфатических сосудов в подкожной жировой клетчатке при отсепарировке апоневроза. Нагноения послеоперационной раны не было. После выполнения методик sublay и inlay послеоперационных осложнений не было. Только у одного наблюдалось повышение внутрибрюшного давления до 170 мм вод.ст.

Отдаленные результаты были проведены в

течение 3–48 месяцев у 77 (74,0%) больных (первая группа – 44 (69,8%), вторая – 30 (73,1%)). В опросе учитывал наличие рецидива грыжи, осложнение со стороны послеоперационного рубца, ограничение в повседневной жизни, связанные с перенесенной операцией.

Рецидив грыжи в диапазоне 3 – 48 месяцев возник у 9 больных (см. таб.3).

В первой группе было выявлено 8 (18,2%) рецидивов. 5 (11,4%) рецидивы выявлены в первые 18 месяцев, 3 (6,8%) в последующие 30 месяцев. У 3 (6,8%) больных первой группы выявлен лигатурный свищ, который потребовал хирургической коррекции. Ограничивали себя в физических нагрузках 11 (25,5%) больных первой группы. 4 (9,1%) больных умерли от сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистая патология – 2, осложнения сахарного диабета – 1, рак толстого кишечника – 1).

В то же время, во второй группе рецидив диагностирован у 1 (3,3%) больной после методики onlay. Не смотря на выполнения методик inlay и intralay преимущественно у больных с рецидивными грыжами, повторных рецидивов мы не выявили. У 1 (3,3%) больного этой группы выявлен лигатурный свищ послеоперационной раны, который потребовал хирургического вмешательства. Ограничения физических нагрузок придерживались 5 (16,7%) больных, что существенно не нарушало их повседневную жизнь. 3 (10,0%) больных умерли от сопутствующих заболеваний (инфаркт миокарда – 1, осложнения сахарного диабета – 2).

### Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности

Зависимости методики пластики от количества рецидива (R) грыжи

Таблица 4

R	Аутопластика			Аллопластика			
	Сапежко	Мейо	Напалкова	onlay	sublay	inlay	intralay
R 1	6	5	2	1	1	1	2
R 2	3	3	-	-	-	1	2
R 3 >	3	-	-	-	-	-	4
Всех	12	8	2	1	1	2	8

Частота рецидива (R) грыжи в зависимости от методики пластики

Таблица 5

R	Аутопластика (I группа)			Аллопластика (II группа)			
	Сапежко	Мейо	Напалкова	onlay	sublay	inlay	intralay
R 1	4	2	2	1	-	-	-

ности использования аллопластических методик у больных с большими и рецидивными послеоперационными грыжами. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения этой группы больных свидетельствуют об наибольшей эффективности имплантации полипропиленовых протезов по методике inlay и intralau, что позволило снизить частоту рецидива грыжи и профилировать повышение внутрибрюшного давления с развитием компартмент-синдрома.

#### LONG-TIME RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MEDIAN AND LARGE POSTOPERATIVE AND RECURRENT VENTRAL HERNIAS

*Omoboogunje James Olubobuyi*

**Abstract.** Conducted analysis of long-time results of surgical treatment of 104 patients with median and large postoperative and recurrent ventral hernias, that underwent different hernioplasty methods using tissue-repair (I group) and polypropylene mesh implants (including the authors' method of hernioplasty) - (II group). The analysis were conducted within the ranges of 3-48 months in 77 (74,0%) patients (I group- 44 (69,8%), II- 30 (73,1%). Hernia recurrence, postoperative wound/scar complications, operation-related limitations to daily activities were considered in the analysis. 8 (18,2%) recurrences were noted in the tissue-repair (I group) and 1(3,3%) in the mesh repair (II group) after onlay method. Conclusion was drawn on the expediency of using mesh implants in patients with median and large postoperative and recurrent

ventral hernias as the most effective in reducing the rate of hernia recurrence and in the prophylaxis of intra-abdominal hypertension/abdominal compartment syndrome.

**Key words:** postoperative and recurrent ventral hernias, surgical treatment.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Митин С.Е., Баранчук В.Н., Красношока А.И Дифференцированный подход к лечению грыж брюшной стенки // общество герниологов (материалы конференции). - 2002. - С. 41-42.
2. Ягудин М.К. Роль этапной реконструкции передней брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных грыжах // Хирургия. - 2005. - № 9. - С. 69-72.
3. Хитарьян А.Г., Завгородняя Р.Н., Кузнецов А.В. Протезирование вентральных грыж // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 4. - С. 44-50.
4. В.Н. Егиева. Ненатяжная герниопластика. - М: Медпрактика. - 2002. - 148 с.
5. Trivellini G, Bagni CM, Sollini A, Senni M, Leone S, Contessini Avesani E Postoperative and recurrent ventral hernias Repair of giant hernias using more prosthesis // Hernia. - 2001. - № 5. - P. 124-128.
6. Rohr S, Vix J, Kanor M, Meyer C Treatment of a massive incisional abdominal wall hernia requiring subtotal colectomy using a dual facing mesh // Hernia. - 2000. - № 4. - S22-S24.
7. Luijendijk R W, Hop W C J, Van den Tol P et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia // N Eng J Med. - 2000. - № 343. - P. 392-398.
8. Bendavid R., Abrahamson J., Flamment J., Phillips E. Abdominal Wall hernias. - Spinger, 2001. - 792 p.
9. Johnson E.K., Hoyt C.H., Dinsmore r.c. Abdominal wall hernia repair: a long-time comparison of Supramesh and Dualmesh in a rabbit hernia model // Am. Surg. - 2004. - Vol. 70. - № 8. - P. 657-661.