

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

*Никоненко А. С., Децук Д. А., Завгородний С. Н., Головкин Н. Г., Русанов И. В., Клименко А. В.,
Гайдаржи Е. И.,
ЗГМУ, КУ «ЗОКБ»*

Проблема послеоперационных вентральных грыж, возникла одновременно с появлением хирургии брюшной полости, остается не решенной и сейчас. От 2 до 15% лапаротомий, выполненных в высококвалифицированных клиниках, завершается образованием рубцовых вентральных грыж. Хирургическое лечение грыж не всегда эффективно. В 32 – 76% формируются рецидивные грыжи, что является еще большей проблемой для хирургов. Радикальным методом лечения рубцовых вентральных грыж является оперативная коррекция. Однозначным достижением последнего времени стало появление синтетических сетчатых материалов, которые используются в современных методах лечения грыж. Появилось новое направление в лечении грыж – это комбинированные методы пластики с использованием сетчатых имплантатов. Количество рецидивов уменьшилось до 1–17%. Но, несмотря на появление новых методов, количество послеоперационных осложнений остается на высоком уровне от 20–63%. Основная цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных рубцовой вентральной грыжей путем разработки дифференцированного подхода к выбору метода пластики грыж с использованием полипропиленового имплантата и профилактики послеоперационных осложнений. С этой целью проанализированы результаты лечения 140 больных с рубцовой вентральной грыжей, оперированных в клинике госпитальной хирургии ЗГМУ на базе отделения хирургии КУ «ЗОКБ». Больные были разделены на группы в зависимости от локализации грыжевого дефекта (M, L – SWR классификация). Группа больных с локализацией дефекта M1 – 33(23,6%), с локализацией дефекта M2 – 42(30%), с локализацией дефекта M3 – 42(30%), с локализацией M4 – 13(9,3%), с локализацией L – 10(7,1%) пациентов. Выполнялись реконструктивные и корригирующие способы пластики, как заключительный этап

герниопластики при РВГ. У 124 (88,6%) больных выполнены различные виды реконструктивных операций. Корригирующие методики пластики выполнены у 16(11,4%) больных. Нами выполнено 29 симультанных операций в сочетании с пластикой РВГ. Пластикокорригирующие вмешательства выполнены в 56(40%) случаях.

Оценивая результаты проведенного исследования можно утверждать, что повышенное ВБД выше 13 см вод. ст. влияет на развитие осложнений как местного, так и общего характера, а так же приводит к рецидиву грыжи. Так в первой группе у 5(12,2%) больных отмечены осложнения местного характера, во второй группе осложнения отмечены у 15(62,5%) больных, что достоверно ниже, чем в первой группе ($P < 0,05$). Повышение ВБД больше 13 см вод. ст. после выполнения пластики приводит к увеличению количества осложнений и рецидивам грыжи в отдаленном периоде, что статистически достоверно выше чем у больных, где уровень ВБД был до 13 см вод. ст. ($P < 0,05$). Для уменьшения количества специфических осложнений предложена методика определения соотношения креатинина крови к креатинину в отделяемом из дренажа для определения сроков дренирования раны в первой группе больных, получено меньшее количество осложнений (9,5%), что достоверно ниже, чем во второй группе 36,4% ($P < 0,05$).

Все эти мероприятия позволили улучшить результаты лечения больных с РВГ, снизить количество рецидивов при использовании стандартных методик до 4,6% и избежать рецидивов при использовании предложенных методик. По данным литературы уровень рецидивов в специализированных герниологических клиниках колеблется до 10%. Таким образом, комплексный подход к хирургическому лечению РВГ, разработанный в клинике, является эффективным, способствует более быстрой реабилитации пациентов, что дает хорошие отдаленные результаты.