

# КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ПЛАСТИКИ

Мардонов Б.А.<sup>1</sup>, Исаков А.М.<sup>2</sup>, Бахриев Б.Л.<sup>3</sup>, Курбаниязова А.З.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Мардонов Бобошер Амирович – ассистент,  
кафедра хирургических болезней № 1;

<sup>2</sup>Исаков Абдурауф Мамадиярович – кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра детской хирургии;

<sup>3</sup>Бахриев Бахром Лапасович - студент магистратуры;

<sup>4</sup>Курбаниязова Азиза Зафаржонова – студент,  
кафедра хирургических болезней № 1,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** работа основана на анализе результатов герниопластики у 228 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1-й СамМИ в сроки с 2011 по 2019 гг. Больные были разделены на две группы: контрольная группа и основная группа. Отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки нами прослежены у 196 больных в интервале от 1 года до 10 лет. Из 196 обследованных пациентов с изученными отдаленными результатами 112 был из основных групп, в которых использовали балльную оценку, и 84 из контрольной группы. Из 84 обследованных больных контрольной группы пластика с использованием местных тканей выполнялась 36, пластика с использованием полипропиленовой сетки - 41 и ненапряжная аллопластика - 7 пациентам. Балльная оценка периоперационных критериев риска у больных с послеоперационными вентральными грыжами позволяет выбрать оптимальный способ пластики с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

**Ключевые слова:** герниоаллопластика, балльная оценка, программа.

**Актуальность.** Несмотря на динамическое развитие медицинской науки, проблема лечения вентральной грыжи остается актуальной [7-11]. Несмотря на стремительное развитие малоинвазивных эндовидеохирургических технологий в абдоминальной хирургии, количество оперативных вмешательств с использованием традиционного лапаротомного доступа остается высоким, после которых в 4-18% случаев развиваются послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ), а в общей статистической структуре всех вентральных грыж ПОВГ составляют 20-26% [22-25]. Около 60% больных с ПОВГ - в возрасте от 21 года до 60 лет, т.е. являются значительной частью трудоспособного населения страны [2-6]. Результаты лечения ПОВГ характеризуются довольно высоким числом рецидивов, (от 4,3 до 46%) [1, 7, 19, 32], а при БПОВГ рецидивы доходят до 60% случаев [12-17]. Новый подход к лечению многих заболеваний, в том числе и послеоперационных вентральных грыж, требует от клинициста всестороннего обследования пациента с применением современных способов визуализации с целью его максимального изучения как объекта предстоящего оперативного вмешательства [26-30]. В настоящее время основой диагностики грыж остается клиническое обследование [34]. Но одно лишь клиническое обследование пациента не позволяет установить анатомо-функционального состояния и изменения тканей вокруг грыжевого выпячивания, которые имеют немаловажное значение в выборе метода пластики [31, 33, 37]. В связи с этим, в литературе появляются все больше сообщений о применении различных вариантов ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ), с целью выявления изменений тканей вокруг грыжевого выпячивания и детализации элементов грыжевого выпячивания [16, 35, 38].

Анализ научно-медицинской и патентной документации свидетельствует о том, что в доступной нам литературе отсутствуют определения показаний к использованию того или иного способа герниопластики с учетом различных факторов риска. Решение этих задач является актуальной и приоритетной проблемой современной герниологии.

**Цель исследования:** Разработать программу для определения количественную оценку факторов риска рецидива у больных с вентральными грыжами.

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе результатов герниопластики у 228 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1-ой СамМИ в сроки с 2011 по 2019 гг. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (96 – 42,1%) и основная группа (132 – 57,9%). Больные основной группы были разделены на 3 подгруппы (табл. 1).

Таблица 1. Распределение основной группы больных на подгруппы

Пол	Группа			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Мужской	13	15	29	57

Женский	22	26	27	75
Итого	35	41	56	132

Таблица 2. Балльная система показаний к использованию разных способов пластики

№	Факторы риска	Количественная характеристика	Баллы
1	Состояние брюшной стенки по данным УЗИ, КТ.	Норма	0
		Слабость легкой степени	1
		Слабость тяжелой степени	2
2	Размеры грыжевых ворот	До 5 см	0
		6-15 см	1
		Более 15 см	2
3	Вес (индекс массы тела)	Норма	0
		Ожирение I-II степени	1
		Ожирение III-IV степени	2
4	Возраст	До 40 лет	0
		40-60 лет	1
		Старше 60 лет	2
5	Длительность грыженосительства	До 1 года	0
		От 1 года до 3 лет	1
		Более 3 лет	2
6	Физическая нагрузка	Отсутствует	0
		Умеренная нагрузка	1
		Тяжелая нагрузка	2
7	Функциональное состояние дыхательной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение дыхания	1
		Хроническая дыхательная недостаточность	2
8	Функциональное состояние пищеварительной системы	Нарушений нет	0
		Периодические запоры	1
		Постоянные запоры	2
9	Функциональное состояние мочевыделительной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение	1
		Постоянные затруднения мочеотделения	2
10	Выраженность спаечного процесса	Нет спаечного процесса	0
		Спайки между грыжевым мешком	1
		Спайки брюшной полости	2

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (табл. 2) выполняли аутопластику брюшной стенки местными тканями (табл. 3). Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания. Таким больным производили пластику дубликатурой апоневроза по общепринятым методикам. Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, мы выполняли комбинированную пластику - дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой, тем самым исключили необходимость наложения двухрядных швов. Это позволило избежать повышения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде и создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца. В 3-й подгруппе больные с набранным количеством баллов от 11 до 20 имели высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, при этом целесообразно было бы применять только ненапряжные методики sublay, inlay и onlay, тем не менее мы считаем, что данные методики практически не снижают риска рецидива и не устраняют грыжевого дефекта. Очевидно, что радикализма можно добиться только путем ликвидации дефекта, а не замещением его трансплантатом, в связи с чем сочетание напряжных и ненапряжных методик можно считать оптимальным способом пластики брюшной стенки. Существенным фактором, удерживающим хирурга от радикальной операции, являются чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применяем комбинированную пластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez. Преимуществами предложенной методики является то, что пластика проводится однорядным швом (в меньшей степени уменьшает объем брюшной полости), мобилизация влагалища прямых мышц живота позволяет равномерно распределить и значительно уменьшить давление на ткани при наложении швов. Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. Поэтому в 3-й подгруппе мы отдавали предпочтение комбинированной пластике. Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 164 больных, которых оперировали по поводу послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах, при этом учитывали также размер грыжевого

выпячивания и длительность грыженосительства, возраст больных и сопутствующие заболевания, все другие факторы, кроме данных КТ и МРТ, гистологическое и спирометрическое исследование (табл. 4).

Таблица 3. Распределение больных основных групп в зависимости от пола, возраста и вида пластики брюшной стенки

Вид пластики	Пол		Возраст, годы			Всего
	м.	ж.	до 40	от 40 до 60	старше 60	
Пластика с использованием местных тканей	8	17	1	18	6	25
Пластика с использованием полипропиленовой сетки	12	19	1	21	9	31
Ненатяжная аллопластика	23	13	2	32	2	36
Ненатяжная аллопластика с мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez	14	26	9	19	12	40
Итого	57	75	13	90	29	132

Таблица 4. Распределение больных контрольной группы в зависимости от пола, возраста и вида пластики брюшной стенки

Вид пластики	Пол		Возраст, годы			Всего
	м.	ж.	до 40	от 40 до 60	старше 60	
Пластика с использованием местных тканей	12	28	5	27	8	40
Пластика с использованием полипропиленовой сетки	18	30	7	26	15	48
Ненатяжная аллопластика	3	5	1	5	2	8
Итого	33	63	13	58	25	96

**Результаты и их обсуждение.** Отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки нами прослежены у 196 больных в интервале от 1 года до 10 лет. Из 196 обследованных пациентов с изученными отдаленными результатами 112 был из основных групп, в которых использовали балльную оценку, и 84 из контрольной группы. Из 84 обследованных больных контрольной группы пластика с использованием местных тканей выполнялась 36, пластика с использованием полипропиленовой сетки - 41 и ненатяжная аллопластика - 7 пациентам. Из 112 обследованного пациента, которому выполнялась пластика с учетом балльной оценки, пластика с использованием местных тканей производилась 19, комбинированная пластика с использованием полипропиленовой сетки - 28, ненатяжная аллопластика - 34 и ненатяжная аллопластика с мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez - 31. Рецидив заболевания выявлен нами у 8 больных, что составило 4,1% общего числа (209) обследованных больных. В группе, в которой выполнялась пластика передней брюшной стенки без учета балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,3%) больных. При этом 6 (7,1%) из них выполнялась пластика местными тканями, 1 (1,2%) - комбинированная пластика край в край с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой. В группе, в которой выполнялась пластика с учетом балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 1 (0,9%) больной. Рецидив возник у больной, которой пластика выполнялась местными тканями. У больных, которым выполнялась пластика с применением аллотрансплантата рецидивов не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом балльная оценка периоперационных критериев риска у больных с послеоперационными вентральными грыжами позволяет выбрать оптимальный способ пластики с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

#### Список литературы

1. Байбеков И.М. и др. Влияние лазерного и светодиодного облучения на взаимодействие хирургического шовного материала с биотканями // Лазерная медицина, 2019. Т. 23. № S3. С. 13-13.
2. Давлатов С.С. Дерматолипэктомия при лечении больных с вентральными грыжами сопутствующим ожирением // I Международная научно-практическая конференция, 2016. С. 13-15.
3. Давлатов С.С., Абдусаттарова С.К. Критерии выбора метода хирургического лечения больных с вентральной грыжей с сопутствующим ожирением // European Research: innovation in science, education and technology. С. 84.
4. Давлатов С.С. Оценка качества жизни в отдаленном периоде у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука, 2019. № 2. С. 15-21.
5. Давлатов С.С. и др. Пути устранения послеоперационных осложнений при герниопластике вентральных грыж у больных сопутствующим ожирением // Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент, 2017. № 3. С. 28-33.
6. Давлатов С.С. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы. // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2019. № 1 (107). С. 168-173.

7. *Давлатов С.С.* Качество жизни больных с послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде // Вестник врача. Самарканд, 2019. № 1. С. 21–25.
8. *Давлатов С.С., Арзиев И., Тилавова Ю.М.* Программа для определения предоперационной подготовки и выбора способа герниопластики больным с послеоперационными вентральными грыжами в зависимости от ширины грыжевых ворот. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2019. № DGU 06288.
9. *Давлатов С.С.* Одномоментная абдоминопластика с герниопластикой у больных с ожирением III-IV степени. // Всероссийская научно-практическая студенческая конференция с международным участием «Медицинская весна-2016». Москва, 2016. С. 706-707.
10. *Давлатов С.С.* Одномоментная абдоминопластика с герниопластикой у больных с ожирением III-IV степени. // XI Международная Пироговская научная конференция. Москва, 2016. С. 379-380.
11. *Давлатов С.С.* Дерматолипэктомия при лечении больных с вентральными грыжами сопутствующим ожирением. // I Международная научно-практическая конференция. Екатеринбург, 2016. С. 2919-2925.
12. *Давлатов С.С.* Профилактика ранних послеоперационных осложнений при пластике вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени. // Медицинский вестник юга России. Ростов-на-Дону, 2017. № 2. С. 128-129.
13. *Давлатов С.С.* Факторы, влияющие на выбор способа пластики брюшной стенки больным с послеоперационными вентральными грыжами. // Материалы XX Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции. Ленинск-Кузнецкий, 2017. С. 165-166.
14. *Давлатов С.С.* Факторы, влияющие на выбор способа пластики брюшной стенки больным с вентральными грыжами. // Материалы XIX всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке», 2018. Киров. С. 386-388.
15. *Давлатов С.С.* Факторы, влияющие на выбор способа пластики брюшной стенки больным с вентральными грыжами. // Сборник тезисов 3-го Евразийского и 7-го Центрально-Азиатского конгресса по пластической хирургии, 2019. Бухара. С. 44–46.
16. *Кан С.А., Давлатов С.С., Эгамбердиев А.А.* Пути устранения ранних послеоперационных осложнений при пластике вентральных грыж у больных с ожирением 3-4 степени. // 1 съезд хирургов Урала (сборник тезисов). Журнал «Непрерывное медицинское образование и наука». Челябинск, 2015. № 3. Т. 10. С. 16-18.
17. *Кан С.А., Давлатов С.С.* Одномоментная абдоминопластика с герниопластикой у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением 3-4 степени. // 1 съезд хирургов Урала (сборник тезисов). Журнал «Непрерывное медицинское образование и наука». Челябинск, 2015. № 3. Т. 10. С. 18-19.
18. *Курбаниязов З.Б. и др.* Хирургическое лечение больных вентральными грыжами сопутствующим ожирением // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2015. № 1. С. 49-53.
19. *Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Кан С.А.* Результаты хирургического лечения больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением. // Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент, 2015. № 1. С. 51-44.
20. *Курбаниязов З.Б. и др.* Современная концепция лечения больных с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. // Проблемы биологии и медицины. Самарканд. 2016. № 1 (86). С. 112-121.
21. *Назыров Ф.Г. и др.* Структурные изменения апоневрозов у больных с послеоперационными вентральными грыжами разных возрастных групп. // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2018. № 3 (102). С. 46-51.
22. *Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Ахмедов Г.К., Кан С.А.* Пути устранения послеоперационных осложнений при пластике вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени. // «ХЫСТ» Всеукраинский журнал студентов и молодых ученых. Буковина, 2014. Выпуск 16. С. 349.
23. *Рахимов А.У., Давлатов С.С., Сулейманова Н., Холбеков Б.К.* Способ предоперационной подготовки больных с большой вентральной грыжей. // Ихтиролар. Расмий ахборотнома. Ташкент, 2016. № 4. С. 8.
24. *Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Давлатов С.С.* Одномоментная абдоминопластика с герниопластикой у больных с ожирением III-IV степени. // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции» посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 602-604.
25. *Сулаймонова Н., Муратова С.Р., Рахимов А.У., Давлатов С.С.* Предоперационная подготовка больных с большими вентральными грыжами. // Материалы конференции Анестезиологов и реаниматологов Узбекистана. Бухара, 2016. С. 74.
26. *Шамсиев А.М., Давлатов С.С.* Факторный анализ выбора способа пластики брюшной стенки у больных с вентральными грыжами // Вестник Ташкентской медицинской академии. Ташкент, 2017. № 1. С. 97-99.
27. *Шамсиев А.М., Давлатов С.С.* Факторы, влияющие на выбор способа пластики брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами. // Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент, 2017. № 2. С. 2-4.
28. *Шамсиев А.М., Давлатов С.С.* Алгоритм ведения больных с послеоперационными вентральными грыжами. // Методические рекомендации. Ташкент, 2019. 44 стр.

29. *Шамсиев А.М., Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.* Программа для определения количественную оценку факторов риска рецидива и показания к различным видам пластики послеоперационных вентральных грыж. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2016. № DGU 03724.
30. *Шамсиев А.М., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Бахриев Б.Л., Вохидов Ж.Ж.* Программа для определения качества жизни пациентов после перенесенной герниопластики по поводу послеоперационных вентральных грыж. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2018. № DGU 05632.
31. *Шамсиев А.М., Давлатов С.С.* Дифференцированная тактика хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. // Медицинский вестник юга России. Ростов-на-Дону, 2017. № 2. С. 126-128.
32. *Azamat S., Zafarjon K., Salim D.* Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // European science review, 2016. № 3-4.
33. *Davlatov S., Abdusattarova S.* Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // European research, 2016. № 7. P. 84-86.
34. *Davlatov S.S., Suyarova Z.* Eliminate postoperative complications after ventral hernia repair in patients with morbid obesity // Scientific discussion (Praha, Czech Republic), 2017. Т. 1. № 8. P. 4-7.
35. *Nazyrov F.G. et al.* Age-related structural changes in aponeuroses of the rectus abdominal muscles in patients with postoperative ventral hernias // Клінічна та експериментальна патологія, 2018. № 17. № 3. С. 74-79.
36. *Sulaymonovich D.S.* Ways to Eliminate Postoperative Complications after Ventral Hernia Repair in Patients with Morbid Obesity // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2017. Т. 7. № 3. P. 147-150.
37. *Shamsiev A.M., Davlatov S.S.* Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука, 2016. № 1.
38. *Shamsiyev A.M., Davlatov S.S., Saydullaev Z.Y.* Prevention of wound complications in endoprosthesis of the abdominal wall for postoperative ventral hernias // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2017. P. 163.