



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

11 (85) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (85)

2025

ноябрь

www.bsmi.uz

<http://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.381-089.873-036.8

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Бахридинов К.Б. <https://orcid.org/0009-0007-2818-1471>

Косимов А.Л. <https://orcid.org/0000-0002-3412-6141>

Жўраев F.F. <https://orcid.org/0009-0003-1736-6412>

Андижанский государственный медицинский институт Ўзбекистон, Андижон, Ул. Атабеков – 1
Тел: (0-374)223-94-60 60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Данная научная статья посвящена к оценке эффективности различных методов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах. В работе рассмотрены современные хирургические подходы к восстановлению передней брюшной стенки, включая использование натяжных и не натяжных методик, а также применение синтетических и биологических имплантатов. Проведён сравнительный анализ ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения, частоты рецидивов, послеоперационных осложнений и качества жизни пациентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что выбор оптимального способа герниопластики должен основываться на размере дефекта, состоянии тканей, наличии сопутствующих заболеваний и индивидуальных рисках пациента. Результаты исследования подтверждают преимущества современных не натяжных методик с использованием сетчатых имплантатов, обеспечивающих более низкую частоту рецидивов и лучшую функциональную репарацию брюшной стенки.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, сетчатые имплантаты, аллопластика, эндовидеохирургическая герниопластика.

OPERATSIYADAN KEYINGI VENTRAL CHURRALARNI TURLI XIL GERNIOPLASTIKA USULLARINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Baxridinov K.B., <https://orcid.org/0009-0007-2818-1471>

Qosimov A.L., <https://orcid.org/0000-0002-3412-6141>

Jo'rayev G'.G. <https://orcid.org/0009-0003-1736-6412>

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston,
Andijon, Otabekov ko'chasi - 1 Tel: (0-374) 223-94-60 . E-mail: info@adti

✓ Rezyume

mazkur ilmiy maqola operatsiyadan keyingi ventral churralarda turli xil gernioplastika usullarining samaradorligini baholashga bag'ishlangan. Unda qorin old devorini tiklashning zamonaviy jarrohlik yondashuvlari, jumladan, tarang va tarangsiz usullardan foydalanish, shuningdek, sintetik va biologik implantlarni qo'llash ko'rib chiqilgan. Jarrohlik davolashning yaqin va uzoq muddatli natijalari, kasallikning qayta yuzaga kelish darajasi, operatsiyadan keyingi asoratlari va bemorlarning hayot sifati qiyosiy tahlil qilingan. Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, gernioplastikaning maqbul usulini tanlash nuqsonning o'lchami, to'qimalarning holati, hamroh kasalliklarning mavjudligi va bemorning shaxsiy xavf omillariga asoslanishi lozim. Tadqiqot natijalari kasallikning qayta yuzaga kelish darajasini pasaytiruvchi va qorin devorining yaxshiroq funksional tiklanishini ta'minlovchi to'rsimon implantlardan foydalangan holda zamonaviy tarangsiz usullarning afzalliklarini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: operatsiyadan keyingi ventral churra, to'rsimon implantlar, alloplastika, endovideoxirurgik gernioplastika.

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF VARIOUS GERNIOPLASTIC METHODS IN POST-OPERATION VENTRAL HERNIAS

Bakhrudinov K.B., <https://orcid.org/0009-0007-2818-1471>

Kosimov A.L., <https://orcid.org/0000-0002-3412-6141>

Juraev G.G. <https://orcid.org/0009-0003-1736-6412>

Andijan State Medical Institute of Uzbekistan,
Andijan, 1 Atabekov Street. Tel: (0-374) 223-94-60 60. E-mail: info@adti

✓ Resume

This scientific article evaluates the effectiveness of various hernioplasty techniques for postoperative ventral hernias. The study examines contemporary surgical approaches to anterior abdominal wall reconstruction, including tension and tension-free methods, as well as the application of synthetic and biological implants. A comparative analysis was conducted on the immediate and long-term outcomes of surgical treatment, recurrence rates, postoperative complications, and patients' quality of life. The findings indicate that the selection of an optimal hernioplasty method should be based on the defect size, tissue condition, presence of comorbidities, and individual patient risks. The research results confirm the advantages of modern tension-free techniques using mesh implants, which provide lower recurrence rates and superior functional repair of the abdominal wall.

Keywords: postoperative ventral hernia, reticular implants, alloplasty, endovideosurgical hernioplasty.

Актуальность

Грыжи передней брюшной стенки - одна из наиболее распространенных хирургических патологий человека, в лечении которых необходимо применение оперативных методов. По современным данным на 1000 населения приходится более 50 человек, страдающих грыжами той или иной локализации [1,2,10,13,].

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж является одной из наиболее сложных и актуальных проблем абдоминальной хирургии. По сводным статистическим данным, свыше 5% всех случаев лапаротомии осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж, причем у больных, перенесших аппендэктомию, - в 6% случаев, после операций на желудке - в 8-10%, после холецистэктомии - в 14%. По данным Bauer K. H. et al. (1998) в экстренной хирургии частота образования послеоперационных вентральных грыж возрастает до 28-32%, общий же процент возникновения в настоящее время достигает 20-25% [3,9,12,15,].

В настоящее время при пластике грыж эндопротез используют в одном из нескольких вариантов расположения по отношению к мышечно-апоневротическому слою передней брюшной стенки on lay или sub lay. Основным недостатком пластики сетчатым протезом является развитие послеоперационных осложнений: нагноение, серома, гематома, отторжение протеза, формирование кишечных спаек и свищей [4, 6, 11].

Сегодня хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж живота не имеет альтернатив. Однако количество существующих способов герниопластики значительно осложняет выбор оптимального вида операции. Разработка методик безнатяжной пластики при оперативном лечении грыж является шагом вперед в этом направлении [7,14]. Однако актуальными и дискуссионными остаются вопросы оптимальной тактики лечения пациентов в отношении выбора открытого доступа; выбора способа пластики без натяжения собственными тканями пациента или синтетическими материалами. Основными и не полностью решенными остаются также вопросы причин развития послеоперационных вентральных грыж и их рецидивов, методологической обоснованности применения дополнительных синтетических материалов и оптимизации способов имплантации при пластике послеоперационных вентральных грыж [5,8].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами путем разработки патогенетически обоснованных способов операции, направленных на снижение осложнений, летальности в раннем послеоперационном периоде и частоты рецидивов грыж в отдаленные сроки.

Материал и методы

В настоящей работе анализируется опыт лечения 96 больных с ПОВГ (послеоперационные вентральные грыжи), поступивших на лечение на базе кафедры общей хирургии и II хирургического отделения клиники Андижанского Государственного медицинского института за период с 2010-2025 годы.

В основную группу включено 45 (46,8%) больных с выполнением разработанных и усовершенствованных методик лечения и коррекции ПОВГ, в группу сравнения - 51 (53,1%) пациентов, которым выполнена только традиционная герниопластика и применены стандартные лечебно-диагностические методы.

В наших наблюдениях больных старческого возраста и долгожителей не было. В основном преобладали женщины (64,3% и 35,7%) и существенно преобладала доля больных в возрасте 19-44 лет: 50 (52,1%). Доля больных в возрасте 45-59 лет составила 8 (8,3%) и 17 (17,7%), а в пожилом – 9 (9,3%) и 12 (12,5%), соответственно. Основной контингент составили лица трудоспособного возраста, что определяло важность проблемы, как с медицинской, так и социальной точки зрения (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст в годах							
	19-44		45-59		60 и >		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	18	18,7	8	8,3	9	9,3	35	36,5
Женщины	32	33,3	17	17,7	12	12,5	61	63,5
Всего (n=96)	50	5,21	25	28,1	21	21,8	96	100

В работе использовалась SWR-классификация, разработанная Chevrel J.P. и Rath A.M., принятая на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде (1999) и рекомендованная в резолюции V юбилейной конференции «Актуальные вопросы герниологии» (М., октябрь, 2006). Классификация предусматривает три позиции. S - локализация: срединная грыжа (M), боковая (L) и сочетанная (ML). W - ширина грыжевых ворот: W1 - до 5 см (малые грыжи), W2 - 5 - 10 см (средних размеров), W3 - 11-15 см (больших размеров), W4 - свыше 15 см. и свыше 30 (гигантские). R - наличие и кратность рецидива (R0, R1, R2, R3,) (таб. 2).

Таблица 2

Распределение больных по SWR-классификации (локализации и размерам грыжевого дефекта и по количеству рецидива)

Признаки			Группа сравнения (n=51)		Основная группа (n=45)		Всего (n=96)	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
S	M	Срединные	29	56,8	26	57,7	55	57,2
	L	Боковые	7	13,7	7	15,5	14	14,5
	ML	Сочетанные	15	29,4	13	28,8	28	29,1
	Всего		51	100	45	100	96	100
W	W1	дефект до 5 см	0	0	0	0	0	0
	W2	дефект 5-10 см	16	31,3	10	22,2	26	27,1
	W3	дефект 11-15 см	22	43,1	24	53,3	46	47,9
	W4	дефект свыше 15-30 см	13	25,1	11	24,4	24	25
	Всего		51	100	45	100	96	100
R	0	Первичная	0	0	0	0	0	0
	R₀	Послеоперационная	51	100	45	100	96	100
Всего			51	100	45	100	98	100

Как видно, по нашим наблюдениям, по локализации грыжи возникали после верхнесрединной и нижнесрединной лапаротомии у 54 больного, верхненижнесрединная лапаротомия - у 28. Боковая локализации грыж отмечена в 14 случаях. Две локализации грыжи имели место у 8 человек.

По локализации грыжи располагались в проекции послеоперационных рубцов - в 3 (3,1%) случаях в правом подреберье, после холецистэктомии; в 14 (14,5%) случаях после люмботомии при нефрэктомии справа и слева соответственно; в 13 (13,5%) - в эпигастрии, троакарная грыжа после лапароскопической холецистэктомии; в 6 (6,2%) - в правой подвздошной области, после аппендэктомии; в 7 (7,2%) - в левом мезогастрii; в остальных - 53 наблюдениях (55,2%) - в проекции послеоперационных рубцов после ранее выполненной срединной лапаротомии (таб. 3).

Таблица 3

Локализация послеоперационных грыж

№	Локализация	Ранее выполненное оперативное вмешательство	Количество	%
1	Правое подреберье	Холецистэктомия	3	3,1
2	Боковая (люмбальная)	Нефрэктомия	14	14,5
3	Эпигастрий	Лапароскопическая холецистэктомия	13	13,5
4	Подвздошная область (справа)	Аппендэктомия	6	6,2
5	Мезогастрii (слева)	Операции по поводу новообразований кишечника (наложение стомы)	7	7,2
6	Средняя линия живота	Прочие операции посредством лапаротомного доступа	53	55,2
Всего:			96	100

Достаточно большое количество пациентов (64) были ранее оперированы (65,3%) по поводу послеоперационных вентральных грыж, причем 12 - дважды, а 4 по 6-3 раза. Ранее у них применялась пластика грыжевых ворот местными тканями (по Сапежко или Мейо), в трех случаях была произведена пластика сетчатым трансплантатом. Отягощающим фактором было сопутствующее ожирение разной степени выраженности, что имело место у 18 (35,2%) пациентов в группе сравнения и 32 (71,13%) в основной группе.

ПОВГ средних размеров составили - 26 (27,1%) больших размеров составили - 46 (47,9%) больных, а гигантские - 24 (25%). Диаметр рецидивных ПВОГ колебался от 5 до 30 см. При этом наибольшее количество больных отмечено в обеих группах при размерах грыжевых ворот в пределах 11-15 см, т.е. у 22 (43,1%) в группе сравнения и 24 (53,3%) пациентов основной группы.

У 13 (13,2%) исследуемых больных с ПОВГ длительность грыженосительства к моменту операции составило до 1 года. При этом, грыженосительство сроком от 1 до 3 лет составило у 38 (39,5%), а 4-6 лет - у 29 (30,2%) больных.

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов позволил определить временной фактор формирования послеоперационных вентральных грыж: в 40,6% (39 больных) случаев грыжи сформировались в первый год после операции; у 16,6% (16 пациент) - в течение второго года; у 21,8% (21 человека) - в течение 4 лет; у 13,5% (13) - в течение 5-10 лет; грыженосительство более 10 лет отмечено в 7,3% случаев (7) (диагр. 1).

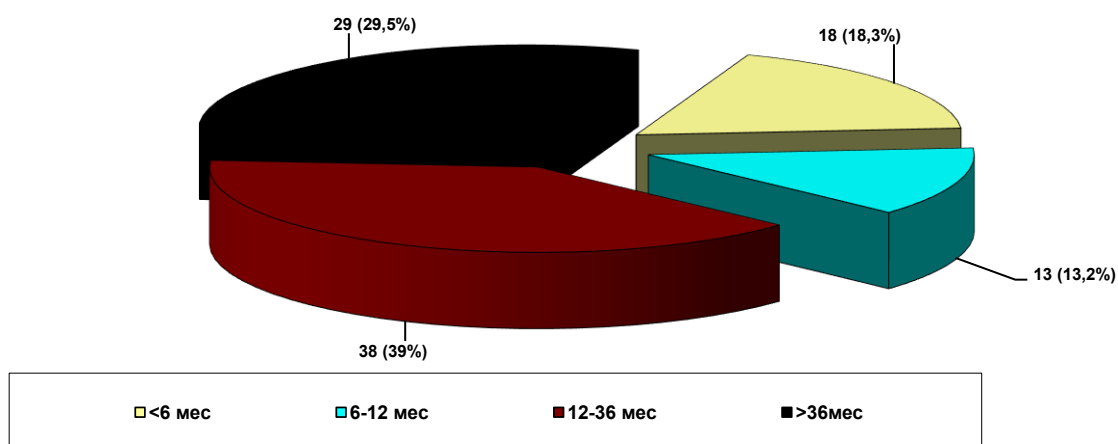


Диаграмма 1 Распределение пациентов по срокам формирования грыжи.

При ПОВГ наряду с этими факторами, определенное значение придавали характеру первичных заболеваний, которые представлены в таблице 4.

Таблица 4
Оперативные вмешательства, после которых возникли послеоперационные вентральные грыжи передней брюшной стенки на момент обращения

№	Нозология	Группа сравнения (n=51)		Основная группа (n=45)		Всего (n=96)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Грыжи белой линии живота	21	41,1	19	42,2	40	41,6
2	Пупочные грыжи	13	25,4	12	26,6	25	26
3	Желчекаменная болезнь	2	3,9	1	2,2	3	3,1
4	Гинекологические заболевания	5	9,8	3	6,6	8	8,3
5	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	3	5,8	5	11,1	8	8,3
6	Острый аппендицит	4	7,8	2	4,4	6	6,2
7	Травмы живота	2	3,9	1	2,2	3	3,1
8	Эхинококкоз печени	1	1,9	2	4,4	3	3,1
	Всего:	51	100	45	100	96	100

Таблица 5 Причины, способствующие возникновению ПОВГ

№	Причины	абс.	%
1	Нагноение послеоперационные раны	21	21,8
2	Повторные оперативные вмешательства	13	13,5
3	Ранняя физическая нагрузка	13	13,5
4	Лигатурный свищ	8	8,3
5	Инфильтрат	7	7,2
6	Длительное нахождение тампона и дренажей в брюшной полости	5	5,2
7	Беременность вскоре после операции	8	8,3
8	Запоры	11	11,4
9	Длительный кашель	10	10,4
	Всего (n=96)	96	100

Как видно из таблицы развитию послеоперационной грыжи передней брюшной стенки наиболее часто предшествовали грыжесечения у 21(41,1%) и 19 (42,2%) пациентов 1 и 2 групп соответственно. Примерно в равной степени грыжи формировались после операций на желчном пузыре, желчных протоках, поджелудочной железе и оперативных гинекологических пособий. Реже отмечено появление послеоперационной грыжи после операций на желудке и аппендэктомии.

Следует отметить, что гинекологические операции нередко выполнялись на фоне кровопотери или анемии, что также видимо снижало репаративные свойства тканей, и являлось одним из способствующих факторов в возникновении ПОВГ.

Вероятными причинами, способствующими возникновению ПОВГ у данного контингента больных, были: нагноение операционной раны - 21 (21,8%) случай, повторные оперативные вмешательства - 13 (13,5%) случаев, ранняя физическая нагрузка - 13 (13,5%) случая и лигатурные свищи - 8 (8,3%) больных, кашель, которая послужила повышению внутрибрюшного давления у - 10 (10,4) (табл. 5). Беременность вскоре после операции явилась причиной возникновения ПОВГ у 8 (8,3%) больных, что, видимо, было связано с определенными особенностями нижнесрединного доступа.

Все пациенты с послеоперационными вентральными грыжами подвергались тщательному предоперационному обследованию на предмет выявления и/или коррекции сопутствующих заболеваний; оптимизации функциональных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЭКГ, ЭКГ-мониторирование, исследование ФВД).

Комплексное клинико-лабораторное обследование всех больных включало сбор жалоб и анамнеза, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования. У всех больных перед операцией производили тщательный сбор жалоб и данных анамнеза, рассчитывали ИМТ по формуле Кетле $ИМТ = \text{вес (кг)} : (\text{рост (м)})^2$. При объективном осмотре больного в положении лёжа и стоя определяли размеры и локализацию грыжевого выпячивания и грыжевых ворот, оценивали вправимость грыжевого содержимого, состояние кожи в области грыжи, выраженность подкожного жирового слоя. Всем пациентам выполняли общепринятые традиционные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. По показаниям производили фиброколоноскопию (ФКС), ирригоскопию, доплерографию сосудов нижних конечностей, а также компьютерную томографию органов брюшной и грудной полостей. С помощью КТ уточняли размеры грыжевого выпячивания, наличие многокамерности грыжевого мешка, а также размеры и локализацию грыжевых ворот.

Результат и обсуждение

При выборе способа герниопластики с использованием собственных тканей следует учитывать в первую очередь размеры дефекта апоневроза, являющегося грыжевыми воротами, а не грыжевого выпячивания. При этом руководствовались следующими принципами выполнения оперативного вмешательства: минимальная травматичность, максимальная простота и доступность, незначительная дезорганизация слоев брюшной стенки. Учитывалось состояние тканей, так как наличие рубцовых деформаций, атрофической дегенерации мышц, апоневроза и фасций ведет к нарушению питания, еще большей дегенерации, возникновению натяжения, не обладающего эластичностью, и, следовательно, ведет к послеоперационной неудаче.

Натяжные способы пластики, как было уже представлено в классификации, можно подразделить на две группы - натяжные способы герниопластики без образования дубликатуры (апоневротическая пластика) и с образованием дубликатуры (мышечно-апоневротическая пластика).

Таблица 6 Распределение количества аутопластических (натяжных) способов герниопластик

№	Способ операции	Количество операций n = 51	
		абс	%
1	Методика Шампильера	18	35,3
2	Методика Напалкова	12	23,5
3	Методика Сапежко	21	45,2
	Всего:	51	100

Из многочисленных способов устранения послеоперационных вентральных грыж в группе сравнения (51) использовались аутопластические операции по типу Шампильера, Напалкова,

Сапезко, предложенные авторами для пупочных грыж и грыж белой линии живота. Сущность их состоит в мышечно-апоневротической пластике с образованием и без образования дубликатуры апоневроза (табл. 6).

Как видно из таблицы 6, «традиционные» методы (группа сравнения), грыжесечение с пластикой грыжевых ворот выполнены у 51 больных в группе сравнения ВГ, что составило 53,1% от общего числа больных.

Наряду с этим, мы хотели отметить, что в группе сравнения из 51 больных перенесших грыжесечение с пластикой грыжевых ворот «традиционным» методом, ранее перенесли оперативные вмешательства по поводу грыжи белой линии живота 21 больных, по поводу пупочной грыжи - 13, желчекаменной болезни - 2, гинекологических заболеваний - 5, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - 3, острого аппендицита - 5, травмы живота-2 и эхинококкоза печени 1 больного.

Распределение больных с большими и гигантскими ПОВГ в зависимости от способа пластики и ее величины представлено в таблице 7.

Таблица 7 Распределение больных с ПОВГ в зависимости от способа пластики и ее величины

№	Способ пластики	Количество n = 45	%
2	Аутодермальный лоскут	8	17,8
3	Аллопластика	24	53,3
4	Эндовидеохирургическая герниопластика	13	28,9

Следует отметить, что «традиционные» методы пластики грыжевых ворот у этой группы больных не выполнялись при гигантских по величине ПОВГ.

Использование аутодермального лоскута для замещения или укрепления линии шва апоневроза позволяет снизить натяжение тканей в зоне операции. Всего нами было выполнено 8 (9,48%) операций.

Наш опыт хирургического лечения ПОВГ свидетельствует, что показания к данному методу пластики у исследуемых больных оправданы при больших по величине ПОВГ. При гигантских её размерах, показания к данному методу пластики следует ставить строго индивидуально. Показанием к АДП явилось диагностирование у 3 больных больших и у 5-гигантских ПОВГ.

Аллопластические способы герниопластики. Используемые ранее способы аллопластики (нашедшие наибольшее применение) предполагали закрытие грыжевого дефекта с помощью синтетической ткани. После ушивания брюшины выкраивался соответствующих размеров лоскут синтетической ткани, который укладывали на дефект и пришивали отдельными узловыми швами к апоневрозу и мышцам передней брюшной стенки.

Показанием к пластике сетчатым имплантатом (28) явились: дефект и недостаточность апоневроза, недостаточность прилежащих мышц, особенно повторно рецидивные грыжи.

Дальнейшее совершенствование способов оперативной техники и разработка новых синтетических материалов позволили использовать несколько разновидностей аллопластики при послеоперационных вентральных грыжах.

В своей практике мы использовали аллопластические способы коррекции послеоперационных вентральных грыж при больших и гигантских грыжевых дефектах. Всего была выполнена 24 (53,3%) операций. В качестве имплантатов для закрытия грыжевого дефекта использовались полипропиленовые сетки Surgiо Pro Mesh (13 операций) и сетка Линтекс-Эсфил (11 операций).

Эндовидеохирургические способы герниопластики. Эндовидеохирургическая герниопластика при послеоперационных вентральных грыжах применялась нами в 13 случаях

(28,8%), при наличии средних грыж, с размерами дефекта апоневроза от 5 до 10 см, а также при наличии нескольких малых грыж.

Лапароскопические герниопластики были выполнены нами, по тем же показаниям, что и герниопластики посредством традиционного лапаротомного оперативного доступа - наличие послеоперационных вентральных грыж малых и средних размеров с соответствующими размерами дефекта апоневроза - до 5 см и от 5 см до 10 см соответственно.

Операции были выполнены с использованием стандартных полипропиленовых имплантатов (нерассасывающаяся монофиламентная полипропиленовая сетка классического плетения - Surgipro Mesh), полипропиленовых имплантатов с односторонней адгезией (сетка с односторонней адгезией для имплантации в контакте с внутренними органами, состоящая из двух слоев - противоспаечная мембрана и сетка из монофиламентного полипропилена - Parietene Composite*) и с применением шовной методики закрытия грыжевого дефекта:

1. Из 13 эндовидеохирургических способов, лапароскопическая герниопластика была выполнена со стандартным полипропиленовым имплантатом у 5 больных и 4 операции с имплантатом с односторонней адгезией

2. 4 лапароскопических герниопластик было выполнено с применением шовной методики закрытия грыжевых ворот (таб. 8).

Таблица 8 Лапароскопические герниопластики с применением различных методик.

№	Методика операции		Кол-во (n)	абс. (%)
1	С применением имплантата	стандартного полипропиленового имплантата	5	11,1
		имплантата с односторонней адгезией	4	8,8
2	С применением шовной методики		4	8,8
Всего:			13	28,8

Неоспоримыми преимуществами эндовидеохирургического способа герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах являются: более легкое течение послеоперационного периода, ранняя реабилитация больного, косметический эффект, возможность симультанного вмешательства, возможность герниопластики множественных грыж. Однако способы эндовидеохирургической герниопластики не лишены недостатков или сложностей: необходимость отделения брюшины грыжевого мешка и вокруг грыжевых ворот на достаточно большом протяжении, сложность введения первого троакара вследствие наличия спаечного процесса.

Сравнительная оценка ближайших результатов в группах сравнения.

Результаты применения различных методов герниопластики у больных с рецидивными ВГ оценивались по следующим критериям: эффективность лечения; процент осложнений в послеоперационном периоде; послеоперационная летальность; среднее число койко-дней в послеоперационном периоде.

Количество послеоперационных осложнений. При этом мы выделили осложнения, связанные с оперативным вмешательством и осложнения общего характера, встречающиеся после различных оперативных вмешательств.

При анализе результатов были отмечены следующие виды осложнений: в группе сравнения - в 1 случае (1,9%) - образование эвентрации на 2-е сутки послеоперационного периода; в 4 случаях (7,8%) - образование инфильтрата, серомы или гематомы (6) в области операции; в 3 (9,8%) - развитие лигатурного свища.

В случаях использования аутодермопластических методик коррекции грыж (основная группа) - у 1 (5,88%) пациента в ближайшем послеоперационном периоде было отмечено образование гематомы и инфильтратов. При аллопластических операциях также было зафиксировано 2 случая (4,4%) аналогичных осложнений. Таким образом, основным видом

осложнений в ближайшем послеоперационном периоде явились симптомы местного воспаления в послеоперационной ране (таб. 9).

Рецидивы заболеваний, в случаях наблюдения больных от 1 года и более, отмечены нами в 7 случаях группы сравнения и у 2 больных основной группы, из них на долю выполненных мышечно-апоневротических аутопластик пришлось 7 случаев (группа сравнения).

Проведенным исследованием мы заключили, что возникновение гнойно-воспалительных осложнений, в основном, связано с нарушением асептики, ожирением и излишней травматизацией тканей. Изучение структуры микрофлоры гнойно-воспалительных ран показало, что преобладающей флорой является золотистый стафилококк (68,4%), обладающий резистентностью к большинству из применяемых в клинике антибиотиков.

Таблица 9

Распределение больных в зависимости от метода пластики и характера осложнений со стороны раны

Характер осложнений	Группа сравнения n=51		Основная группа n=45					
	Традиционные методы n=51		АДП n=8		АЛП n=24		Лап.гернио пластика n=13	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Гематома	6	11,7	1	2,2	2	4,4	1	2,2
Инфильтрат	4	7,8	1	0	1	2,2	0	0
Лигатурный свищ	3	9,8	0	0	1	2,2	0	0
Нагноение раны	2	3,9	0	0	0	0	0	0
Эвентрация	1	1,9	0	0	0	0	0	0
Рецидивы	7	13,7	0	2,2	1	2,2	0	0
Всего:	23	45,1	2	4,4	4	8,8	1	2,2

По мере накопления опыта лечения больных с ПОВГ живота, наряду с общими мероприятиями, направленными на профилактику раневых осложнений, не зависимо от величины грыжи и тучности больных мы дренировали подкожно-жировую клетчатку подсоединением баллончиков для отсасывания скапливающейся жидкости (создание отрицательного давления).

Таким образом, нами были определены некоторые условия достижения эффективности применения различных способов герниопластик при послеоперационных вентральных грыжах:

- необходимость аналитической оценки истинных размеров грыжевого дефекта апоневроза;
- анализ исходного состояния тканей в области грыжевого дефекта;
- обоснованный выбор метода герниопластики;
- соответствие размеров замещающих материалов размерам грыжевого дефекта апоневроза;
- полноценная фиксация замещающих материалов.

Распределение больных в зависимости от метода пластики и характера общих осложнений представлено в таблице 10.

Таблица 10

Распределение больных в зависимости от метода пластики и характера общих осложнений

Характер осложнений	Группа сравнения n=45		Основная группа n=45					
	Традиционные методы n=51		АДП n=8		АЛП n=24		Лап.герниопластика n=13	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Бронхолегочные	3	5,8	0	0	0	0	1	2,2
ССН	2	3,9	1	2,2	1	2,2	0	0
ТЭО	(1)	3,9	0	0	0	0	0	0
Парез кишечника	3	5,8	0	0	0	0	0	0
Инфаркт миокарда	(1)	3,9	0	0	0	0	0	0
Всего:	10	19,6	1	2,2	1	2,2	1	0

Примечание: (1) летальность у 2-х больных

Как видно из таблицы 10, у 10 исследуемых больных в ближайшем послеоперационном периоде нами диагностированы осложнения общего характера.

После пластики грыжевых ворот «традиционным» методом (группа сравнения), послеоперационные осложнения общего характера отмечены у 10 (19,6%) больных, а в основной группе у 3 (6,6%) больных. Из них стойкий парез кишечника - у 3 (5,8%) больных в группе сравнения, бронхо-легочные осложнения у 3 (5,8%) в группе сравнения, у 1 (4%) основной группы, тромбоэмболические осложнения - у 2 (4,4%) в группе сравнения, и сердечная недостаточность у 2 (3,9%) больных в группе сравнения и у 2 (4,4%) основной группы.

В раннем послеоперационном периоде в 2 случаях наступил летальный исход. Из них у 2 больных после пластики грыжевых ворот «традиционными» методами (группа сравнения) причиной летального исхода явились тромбоэмболия легочной артерии. Возникновение тромбоэмболических осложнений в 2 случаях свидетельствовало об выраженной активизации свертывающей системы крови на 2-7 сутки послеоперационного периода.

Использование эндовидеохирургических способов коррекции послеоперационных вентральных грыж позволило значительно улучшить результаты оперативного лечения, сведя к полному отсутствию число осложнений и рецидивов заболевания, объединить в одну операцию несколько оперативных пособий, выполняемых по поводу грыж различной локализации или по поводу различной патологии. Бесспорным преимуществом данных методик является более комфортное течение послеоперационного периода для пациента; ранняя реабилитация и восстановление сроков трудоспособности больного; значительное сокращение сроков госпитализации; косметический эффект.

Исследование показателей пребывания в стационаре показало, что средняя продолжительность послеоперационного периода у больных, перенесших эндовидеохирургические операции, составила 6,8 койко-дня. Минимальная продолжительность - 5 койко-дней у 1 больного, а максимальная - 8 койко-дней у 2 пациентов. Средняя продолжительность послеоперационного периода в группе «традиционных» операций составила 18,4 койко-дня, при минимальном показателе, равном 7 суткам, и максимальном - 32 койко-дням (таб. 11).

Средние сроки восстановления трудоспособности у пациентов, перенесших основной группы и эндовидеохирургические операции, составили 15-20 суток - сроки полного прорастания имплантата собственной соединительной тканью. При использовании

«традиционных» способов сроки восстановления трудоспособности были длительнее более чем в 2,5 раза.

Таблица 11

Сравнительный анализ результатов лечения у больных исследуемых групп

Показатель	Число			
	Группа сравнения n=51	Основная группа n=45		
	«Традиционные методы» (n=51)	АДП (n=8)	АЛП (n=24)	Лап.герниопластика (n=13)
Выраженность болевого синдрома	51 (100%)	8	24	13
(необходимость и сроки введения наркотических анальгетиков)	от 1-х до 3-х суток	от 1 до 2 суток	от 1 до 2 суток	кратно в течение
Активизация пациентов	от 14-18 часов	от 14-16 часов	от 12-14 часов	от 6-8 часов
Средняя продолжительность послеоперационного периода	18,4 койка-дня	14,2 койка дня	13,4 койка дня	6,8 койка-день

При этом средний койко-день у больных группы сравнения (с традиционным методом) больше, чем по сравнению с АДП и АЛП по onlay и sublay методикой.

В целом, в результате проведенного исследования, мы пришли к заключению, что предоперационная подготовка, само оперативное вмешательство и послеоперационное ведение у больных с рецидивными ВГ должны быть сугубо индивидуальны и ни одно из этих звеньев не должно рассматриваться как второстепенное. В каждом отдельном случае каждый из этих этапов может оказаться решающим для результата лечения. Но это стало возможным лишь по мере накопления практического опыта выполнения операций у данного контингента больных и проведенным исследованием.

Не претендуя на бесспорность наших суждений, считаем, что главным факторами в успешном решении данной проблемы явились конкретизация и внесение корректив в отдельные звенья (предоперационная подготовка, операция и послеоперационное ведение) комплексного лечения больных с большими и гигантскими ПОВГ.

Таким образом, избранная нами тактика хирургического лечения ПОВГ позволила снизить число осложнений ближайшего послеоперационного периода и уменьшить процент рецидивов грыжевой болезни в отдаленные сроки хирургического лечения.

Лапароскопические герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах обладают большей степенью эффективности по сравнению с традиционными операциями, а также имеют ряд существенных медико-экономических и социальных преимуществ.

Выводы

1. Основными причинами рецидива послеоперационных вентральных грыж являются тактические и технические нарушения при выполнении герниопластики.
2. Применение ненатяжных способов герниопластики методологически обосновано при наличии обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж, длительном анамнезе грыженосительства, морфофункциональной несостоятельности тканей в области грыжевого дефекта и позволяет снизить рецидивы заболевания с 13,7 до 2,2%.
3. Эндовидеохирургический способ герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах целесообразно использовать при наличии средних грыж и/или нескольких малых грыж.
4. Использование эндовидеохирургического способа герниопластики позволяет сократить в 2,7 раза сроки пребывания пациентов в стационаре, снизить в 2 раза длительность

наличия у пациентов выраженного болевого синдрома, ускорить в 3,5 раза восстановление двигательной активности и в 2,6 раза сократить время нетрудоспособности.

5. Эффективность применения различных способов герниопластики определяется адекватностью выбора вида операции, соблюдением основных этапов оперативного вмешательства, технических оперативных приемов и прецизионной техники хирургических манипуляций в ходе выполнения герниопластики.
6. Имплантационная методика закрытия грыжевых ворот при лапароскопической герниопластике в среднем в 1,1 раза эффективнее шовной методики лапароскопических операций и аллогерниопластик посредством лапаротомного оперативного доступа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Внуков П.В. Влияние натяжной и ненатяжной паховой герниопластики на показатели качества жизни у мужчин // Автореф. дисс. канд. мед.наук. – Воронеж. 2007; 23 стр.
2. Гуслев А.Б., Черепанов Д.Ф., Рутенбург Г.М. и др. Технические особенности лапароскопической протезирующей герниопластики паховых грыж // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2017;176(3):77-80.
3. Петров В.В., Паршиков В.В. и др. Отдаленные результаты ненатяжной пластики брюшной стенки при помощи сетчатых эндопротезов как проблема качества жизни // Материалы VII Конференции "Актуальные вопросы герниологии". Москва, 2010; 171-173 стр.
4. Протасов А.В. и др. Особенности классификаций грыж в современной хирургии (обзор литературы) // Эндоскопическая хирургия. 2007;4:49-52.
5. Протасов А.В. Выбор импланта для герниопластики вентральных грыж / А.В. Протасов, И.О. Каляканова, З.С. Каитова // Вестн. РУДН. Серия: Медицина. 2018;22(3):258-264.
6. Ромащенко П.Н., Курыгин А.А., Семенов В.В. и др. Клинико-экономическое обоснование эндоскопических герниопластик по методикам TAPP и TEP // Вестн. военно-медицинской академии, Приложение 1. 2019;1(65):125-128.
7. Стрижелецкий В.В. Опыт эндовидеохирургических технологий в лечении больных с паховыми грыжами / В.В. Стрижелецкий, С.А. Макаров, А.Б. Ломия // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2017;176(3):74-76.
8. Семенов В.В., Курыгин А.А., Ромащенко П.Н. и др. Эндовидеохирургическое лечение больного с ущемленной грыжей Амианда // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2017;176(2):112-114.
9. Эттингер А.П., Шестаков А.Л., Гогия Б.Ш. Паховые и послеоперационные грыжи. Национальные клинические рекомендации по герниологии / М. : из-во Калейдос, 2018; 101 стр.
10. Aroori S, Spence RA. Chronic pain after hernia surgery-an informed consent issue. // Ulster Med J. 2007 Sep;76(3):136-40
11. Batabyal P, Haddad RL, Samra JS, Wickins S, Sweeney E, Hugh TJ. Inguinal hernia repair with Parietex ProGrip mesh causes minimal discomfort and allows early return to normal activities. // Am J Surg. 2016 Jan;211(1):24-30. Doi
12. Birk D., Hess S., Garcia-Pardo C. Low recurrence rate and low chronic pain associated with inguinal hernia repair by laparoscopic placement of Parietex ProGrip™ mesh: clinical outcomes of 220 hernias with mean follow-up at 23 months. // Hernia 2013;17:313–320 DOI 10.1007/s10029-013-1053-3
13. Davis, S.S. The SAGES manual of hernia surgery / S.S. Davis, G. Dakin, A. Bates. - Springer International Publishing, 2019; 680 pp.
14. LeBlanc, K.E. Inguinal hernias: diagnosis and management / K.E. LeBlanc, L.L. LeBlanc, K.A. LeBlanc // Am. Fam. Physician. 2013;87(12):844-848.
15. Robinson A. Meta-analysis of sonography in the diagnosis of inguinal hernias / A. Robinson, D. Light, C. Nice // J. Ultrasound. Med. 2013;32(2):339-346.

Поступила 20.11.2025