

УДК: 616-089-06:616-007.43-089

**А.А. Ниязов,**  
Анестезиолог-реаниматологдору жүрүшүндө менен балдар хирургиясынын кафедрасы,  
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Улуттук оорукана, Бишкек  
**д.м.н., проф. А.С. Бейшеналиев,**  
Анестезиолог-реаниматологдору жүрүшүндө менен балдар хирургиясынын кафедрасы,  
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Улуттук оорукана, Бишкек  
**к.м.н. Н.С. Осмонбекова,**  
Жайыл районунун бириккен аймактагы ооруканасы, Кара-Балта  
**А.К. Ниязов**  
Жайыл районунун бириккен аймактагы ооруканасы, Кара-Балта

**А.А. Ниязов,**  
Кафедра пропедевтической хирургии с курсом  
анестезиологии и реаниматологии  
Кыргызской Государственной Медицинской Академии,  
Национальный госпиталь, г. Бишкек  
**д.м.н., проф. А.С. Бейшеналиев,**  
Кафедра пропедевтической хирургии с курсом  
анестезиологии и реаниматологии  
Кыргызской Государственной Медицинской Академии,  
Национальный госпиталь, г. Бишкек  
**к.м.н. Н.С. Осмонбекова,**  
Жайылская Объединенная  
территориальная больница, г. Кара-Балта  
**А.А. Ниязов**  
Жайылская Объединенная  
территориальная больница, г. Кара-Балта

**A.A. Niyazov,**  
Department of propaedeutic surgery with the course  
of anesthesiology and resuscitation of  
the Kyrgyz State Medical Academy,  
National Hospital, the city of Bishkek  
**prof. A.S. Beyshegaliev,**  
Department of propaedeutic surgery with the course  
of anesthesiology and resuscitation of  
the Kyrgyz State Medical Academy,  
National Hospital, the city of Bishkek  
**N.S. Osmonbekova,**  
Zhayyl United Territorial  
Hospital, the city of Kara-Balta  
**A.A. Niyazov**  
Zhayyl United Territorial  
Hospital, the city of Kara-Balta

**КЕҢ ВЕНТРАЛДЫК ЧУРКУДАН КИЙИНКИ ХИРУРГИЯЛЫК ООРУЛАР  
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ  
ОБШИРНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

**COMPLICATIONS AFTER SURGERY FOR EXTENSIVE  
VENTRAL HERNIAS**

---

**Аннотациясы.** Жайыл районунун бириккен аймактагы ооруканасында 2015-дан 2017-жылга чейин кен вентралдык чурку боюнча 49 бейтапга биздин жакшыртылган операциясы жазалган. Бейтаптар ооруканада 10-14 күн жаткан. Каза болгон эмес. Аналитиктер бул ыкма зор таасирин тийгизүүсү вентралдык чурку менен ооруган бейтаптар үчүн ыйгиликтүү жана жетиштүү эмес экенин көрсөттү. Бул методикадан кийин эки бейтапта серома болгон, бир учурда жергиликтүү некроз жана бир лигатуралык свищ болгон.

**Негизги сөздөр.** оорулар, вентралдык чурку, жакшыртылган, герниопластика.

**Аннотация.** С 2015 по 2017 г. в Жайылской объединённой территориальной больнице произведено 49 операции по поводу обширных послеоперационных вентральных грыж по усовершенствованной методике. Продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем 10-14 койко-дней. Летальных исходов не было. Анализ показал, что данная методика адекватная и успешная для больных обширными послеоперационными вентральными грыжами. После данной методики наблюдалось осложнения двух случаях серома, в одном случае краевой некроз послеоперационной раны и 1 лигатурный свищ.

**Ключевые слова.** осложнение, вентральная грыжа, усовершенствованный, герниопластика.

**Abstract.** Between 2015 and 2017, 49 operations were performed in the Zhayyl Integrated Territorial Hospital for extensive postoperative ventral hernias using an improved technique. The length of stay in the hospital averaged 10-14 days. There were no lethal outcomes. The analysis showed that this technique is adequate and successful for patients with extensive postoperative ventral hernias. After this method, complications of two cases of seroma were observed, in one case, marginal necrosis of the postoperative wound and 1 ligature fistula.

**Keywords.** complication, ventral hernia, improved, hernioplasty.

---

**Актуальность.** В хирургии одним из самых и наиболее распространенных заболеваний являются грыжи передней брюшной стенки и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно во всем мире выполняется более 20 млн. грыжесечений. Как в нашей стране так и во всем мире одной из стремительно развивающихся разделов хирургии это герниология. В клиническую практику внедряются новые методики по различным технологиям, эндопротезы и это все проводится на уровне доказательной медицины.

Проблеме хирургии грыж посвящены ежегодно множество конференций, мастер-классы, активно работают организации, объединяющие десятки, если не сотни хирургов, именующих себя герниологами, тем не менее, нет масштабного исследования. Распространенность грыж

передней брюшной стенки в Кыргызстане представляет собой неизвестную величину.

На сегодняшний день послеоперационные вентральные грыжи составляют 22 % от всех наружных грыж живота и занимают второе место после паховых. В последние десятилетия отмечается улучшение результатов оперативного лечения больных послеоперационными вентральными грыжами это связано с внедрением в практику полипропиленовых синтетических эндопротезов (Мизерес М. с соавт., 2014; Паршиков В.В., 2015; Pascual G. et al., 2008; Heybeli T et al., 2010; Sergent F. et al., 2013) [5,7,8].

Активное использование эндопротезов в герниологии позволила расширить показания к хирургическому лечению больных с грыжами, сократить число отказов в операции из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, в том числе

больным пожилого и старческого возраста, тем самым уровень качества жизни повысился. (Юрасов А.В., 2002; Лещенко И.Г. с соавт., 2004; Галкин Р.А., 2013; Кривошеков Е.П., 2014; Егиев В.Н. с соавт., 2009; Анисимов А.Ю. с соавт., 2013). После внедрения в клиническую практику сетчатых эндопротезов, оперативное лечение послеоперационных вентральных грыж изменилось с корня [12,13,17].

В мире считается что, пластика с использованием сетчатого эндопротеза при послеоперационных вентральных грыжах является «Золотым стандартом» хирургического лечения в герниологии и являются ненатяжной герниопластикой и не сопровождаются повышением внутригрудного и внутрибрюшного давления [6,9].

Современные способы эндопротезирования позволяют устранять грыжи практически любых размеров без учета состояния окружающих тканей и наличие у больных выраженных сопутствующих заболеваний [2,4].

Основными причинами неудовлетворительных результатов являются технические и тактические ошибки при фиксации эндопротеза.

Развитие раневых осложнений и наличие сопутствующих заболеваний, также считается, что размер грыж и дефект на частоту рецидивов не влияет [3,14,15,16].

По исследованиям В.В. Паршикова с соавт. использование эндопротеза не увеличивает частоту раневых осложнений, снижают количество системных осложнений и госпитальную летальность [7].

При изучении литературы выявлено что, наиболее частые осложнения по поводу послеоперационных вентральных грыжах после комбинированной герниопластики являются асептический и инфицированный инфаркт подкожной клетчатки и считают, что эти осложнения не связаны с использованием сетчатого протеза. Это связано с тем, что при широкой мобилизации подкожно- жировой клетчатки от апоневроза при выделении грыжевого мешка и подготовки площади для пластики, вследствие пересечений сосудов. Которые приводят к ишемии жировой ткани. Также возникает тканевая реакция на эндопротез и сопровождается асептическим воспалением, которое приводит к сероме и нагноению, тем самым при

**Таблица. 1 – Распределение больных по локализации в группах**

(n=49)	Локализация		Размер		Рецидив	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
M2, W2, R1	4	8,1	3	6,1	-	
M3, L, W3, R2	16	32,6	20	40,8	-	
M4, ML, W4, R3	29	59,2	26	53,1	-	

**Таблица. 2 – Ранние осложнения у больных с комбинированной герниопластикой**

Осложнения	Размеры грыж					
	MLW1-3R0-1		MLW4-5R2-3		Всего :	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Серома	-		2	4,1	2	4,1
Краевой некроз кожи	-		1	2,0	1	2,0
Асептический инфаркт подкожно-жировой клетчатки	-		-			
Инфицированный инфаркт подкожно-жировой клетчатки	-		-			
Лигатурный свищ	-		1	2,0	1	2,0
<b>Итого</b>			<b>4</b>		<b>4</b>	<b>8,1</b>

инфицировании к флегмоне передней брюшной стенки [10,11]. В некоторых случаях возникают парапротезные свищи, спаечная кишечная непроходимость [1].

Вследствие чего необходимо усовершенствовать методы герниопластики у больных послеоперационными вентральными грыжами, направленные на профилактику возникновения раневых осложнений имеет особое значение в клинической практике.

**Цель:** уменьшить развитие осложнений при выполнении оперативного вмешательства с помощью сетчатого эндопротеза у больных с послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров.

**Материалы и методы:** мы наблюдали за 49 больными по поводу послеоперационной вентральной грыж находившиеся на лечении в «Жайылской объединенной территориальной больнице» в возрасте от 40 до 61 года, женщин преобладало четырехкратно, средний возраст составил  $52,9 \pm 0,88$  года. При закрытии грыжевых ворот у всех больных был применен усовершенствованный комбинированный метод. Критерием исключения из исследования были возраст больных до 18 лет, отказ пациентов от оперативного вмешательства.

Распределение больных по размерам, локализации грыж согласно классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR – classification 2000), представлено в таблицах (табл.1)

Как видно на табл., большое количество грыж наблюдаются у больных, которых по диаметру грыжевых ворот составляет больше 15 см, а рецидива не наблюдалось.

Характер заболеваний, после которых сформировались грыжи, после холецистэктомии – 13, пупочная грыжа – 8, операции на органах малого таза – 7, панкреонекроз – 5, рецидивная послеоперационная вентральная грыжа – 4, прочие лапаротомии – 5, перфоративная язва – 2, кесеровосечение – 2, эхинококэктомия – 1, киста брюшной полости – 1, тупая травма живота – 1.

Продолжительность грыженосительства у больных составляло от 6 месяцев до 20 лет.

В данной работе мы использовали комбинированный метод герниопластики. В мире герниологии существует множество комби-

нированных методов лечения, но наш метод выглядит, таким образом, мы делаем кожный доступ над грыжевым выпячиванием, с иссечением старого послеоперационного рубца, рассекая кожу и подкожно-жировую клетчатку, далее выделяем грыжевой мешок до грыжевых ворот. При выполнении данного оперативного вмешательства мы не пересекали крупные сосуды, при иммобилизации подкожно-жировой клетчатки от апоневроза, тем самым нарушение микроциркуляции был сведен к минимуму. Под контролем пальца пересекали края апоневроза прямых мышц живота с обеих сторон, для ненапряжной герниопластики. дефект брюшной полости закрывали узловыми швами, используя шелковые нити №3, сверху накладывали полипропиленовый сетчатый протез, фиксируя за края прямых мышц живота на 3.0 см

В двух случаях были боковые грыжи, где мы также, дефект брюшной полости закрывали узловыми швами, сверху накладывали эндопротез и верхнюю часть протеза фиксировали выше реберной дуги, такие грыжи возникали чаще после холецистэктомий.

**Результаты и их обсуждения:** при боковых послеоперационных грыжах доступ был горизонтальным, а при срединных грыжах вертикальный. Все больные перенесли оперативное вмешательство и не наблюдалось нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В данной методике мы также дренировали брюшную полость и переднюю брюшную стенку и укладывали дренажи крест на крест это дает возможность адекватной аспирации серозной жидкости и промывание полости.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 больных (табл.2).

По данным таблицы можно сказать, что в раннем послеоперационном периоде осложнений было минимум и тем самым доказывает, что наш метод адекватный и успешный. Серомы развились после оперативного вмешательства у больных оперированных вертикальным доступом.

У 1 больного развился краевой некроз кожи (пример №1), при этом отмечено, что это не связано с использованием полипропиленового сетчатого протеза. Больной получал



**Рис.1 – Как видно на рисунке имеется краевой некроз кожи в области послеоперационного шва.**



**Рис.2 – Лигатурные свищи на послеоперационном рубце.**

в раннем послеоперационном периоде массивную антибактериальную терапию. Также в двух случаях развилась серома, которые через дренажи активно аспирировались и не потребовали повторной операции.

#### **Пример 1**

Клинический случай: больной Сластен Сергей Иванович 67 лет, он перенес операцию по поводу панкреонекроза за 3 месяца до повторного оперативного вмешательства. Локально: на передней брюшной стенке имеется старый послеоперационный рубец без признаков воспаления, в области наложения оментобурсостомы имеется грыжевой мешок размером 15,0x10,0 см, диастаз 8,0 см (рис.1).

#### **Пример 2**

Клинический случай 2:

Больной Жусупбеков Дабанбек 1951 г.р. больной перенес операцию в 2015 году лапаротомию, спленэктомия, во время нахождения на стационарном лечении больного в раннем послеоперационном периоде возникло эвентрация внутренних органов. После этого больного начало беспокоить опухолевидное выпячивание на передней брюшной стенке. Локально: на передней брюшной стенке по срединной линии имеется старый п/о рубец без признаков воспаления с грыжевым выпячиванием разме-

рами около 15,0 x 10,0 см, мягко-эластичной консистенции (рис. 2).

В раннем послеоперационном периоде у больного возникли лигатурные свищи в области п/о раны.

Использование ненатяжной герниопластики позволило улучшить результаты лечения больных большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Однако при их выполнении требуется широкое отделение кожи и подкожно-жировой клетчатки от грыжевого мешка, ворот и от передних листков влагалища прямых мышц живота, которые приводят к нарушению кровообращения и возникновению раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде. В литературе существует множество публикаций, показывающие, что при обширной мобилизации подкожно-жировой клетчатки возникают множество раневых осложнений вследствие нарушения микроциркуляции, но мы смогли избежать этого из-за сохранения крупных сосудов передней брюшной стенки, как видно, по результатам осложнений: серома – 4,1 %, краевой некроз кожи – 2,0 %, лигатурные свищ – 2,0 %, инфаркта передней брюшной стенки не наблюдалось. Тем самым доказывается эффективность данной методики операции. При больших и гигантских

послеоперационных вентральных грыжах необходимо широкая мобилизация подкожно-жировой клетчатки только с сохранением крупных сосудов передней брюшной стенки можно уменьшить риск развития раневых осложнений, что мы и доказали в данной работе, при выполнении оперативного вмешательства комбинированным методом.

### Литература:

1. Гогия Б.Ш., Адамян А.А., Аляутдинов Р.Р. Местные осложнения после хирургического лечения у больных с послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов. // I межд. конф. «Совр. технол. и возм реконст. - восст. и эстет. хир.» М. - 2008. - С.-111-112.
2. Гузеев А.И. Пластика синтетической сеткой при вентральных грыжах живота. // Хирургия. - 2004. - №9. - С.-47-49.
3. Егиев В.Н., Чижев Д.В., Филаткина Н.В. Взаимодействие полипропиленовых эндопротезов с тканями передней брюшной стенки. // Герниология. - 2005. - №2. - С.-41-49.
4. Жуков Б.Н. Ненатяжная аллогерниопластика как метод выбора в ургентной хирургии грыж передней брюшной стенки. // Новые технологии в хирургии грыж: тезисы, доклады, научно- практ. Конф. - Саратов. - 2006. - С.-50-53.
5. Мизерес М., Питерс Е., Ауфенакер Т [и др.] // Руководство Европейского общества герниологов по лечению паховых грыж у взрослых пациентов, дополненное результатами исследований 1-го уровня убедительности. // Грыжи. - 2014. - №8 (6). - С. 354-368.
6. Нелюбин П.С., Галота Е.А., А.Д. Тимошин. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия. – 2007. - №7. - С.69-74.
7. Паршиков В.В., Медведев А.П., Самсонов А.А. Ненатяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки // Вестник хирургии. - 2010. - Т.- 169. - №5. -С.-74-79.
8. Паршиков В.В., Протезирующая пластика брюшной стенки в лечении вентральных и послеоперационных грыж: классификация, терминология и технические аспекты (обзор) // Современные технологии в медицине. 2015. -Т.7. - №2. - С.-138-152
9. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Колесников С.А. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных вентральных грыж больших размеров. // Вестник герниологии. - 2004. - №2. - С.-53-59.
10. Романов Р.В и др. Экспериментально – клиническое обоснование применения синтетического материала «Реперен» в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. //Нижегородск. мед. журнал. - 2008. - №1. -С.-53-59.
11. Сурков Н.А. Особенности репаративных процессов передней брюшной стенки в зоне имплантации сетки из пропилена в эксперименте. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2002. - №1. - С.-52-61.
12. Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки: автореф. дисс. док. мед. наук. - М. - 2002.
13. Cobb W.S., Kercher K.W., Heniford B.T. The argumenfor lightweight polypropylene mesh in hernia repair. // Surg. Innov. -2005.-Vol.-12. P.-63-69.
14. Heartstill L., Richards M.L, Arfai N.et al. Open Rives-Stoppa ventral hernia repair made simple and successful but not for everyone. // Hernia. -2005.-Vol.-9.-№2.-P.-162-166.
15. Luijendrijk R.W.,Hop W.C.,Tol M.P.et al.A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia.//N.Engl.J.Med.-2000.-Vol.-343.- №6-P.-392-398.
16. Sauerland S., Korenkov M., Kleinen T. Obesity is risk factor for recurrence after incisional hernia repair. //Hernia. -2004.-Vol.8.- №1-P.-42-46.
17. Schumpelick V., Junge K., Rosch R.et al. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany. // Chirurg. - 2002.-Vol.-73. -№9.-P.-88-94