

УДК 617-089.844

**В.М. Мадьяров, М.С. Малгаждаров, Г.Р. Жапбаркулова**  
Казахстанско-Российский Медицинский Университет,  
Алматы, Казахстан  
Мадьяров В.М. +77017322844, [valihan-66@mail.ru](mailto:valihan-66@mail.ru)

## ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

**Резюме:** Снижение количества коллагена первого типа, существенно влияет на развитие ПВГ. Снизить частоту развития послеоперационных вентральных грыж можно вследствие раннего диагностирования факторов риска снижения коллагена на амбулаторном этапе подготовки к лапаротомии.

Чем раньше сделана операция, тем меньше выражены изменения в тканях и органах, а само хирургическое вмешательство является менее сложным и более эффективным. При гладком течении и заживлении после первой операции можно оперировать послеоперационную грыжу спустя 6—8—10 месяцев в зависимости от вида и обширности первого вмешательства, общего состояния больного, величины и динамики роста грыжевого выпячивания. При склонности к ущемлению, а также при развивающемся синдроме спаечной непроходимости следует оперировать в возможно ранние сроки. Если в анамнезе есть указания на тяжело протекавший послеоперационный период в связи с обширным нагноением в ране, длительной тампонадой брюшной полости, тяжелой интоксикацией, перитонитом либо весьма длительным пребыванием в стационаре по поводу релапаротомии, следует выждать больший срок, примерно 12—18 месяцев. На это время надо назначить больному определенный режим, принять меры к улучшению общего состояния, уменьшению страданий в связи с развитием спаечного процесса в грыжевом мешке и в брюшной полости. По показаниям следует рекомендовать ношение хорошо прилаженного бандажа.

**Ключевые слова:** послеоперационная вентральная грыжа, рецидив, профилактика, лечение

**Актуальность проблемы.** Послеоперационная вентральная грыжа (ПВГ) – это выпячивание органов брюшной полости (петли кишечника, сальник и др.), за пределы брюшной стенки через послеоперационное пространство, рубец. Профилактика и лечение наружных грыж живота на сегодняшний день является одной из актуальной проблем современной хирургии. ПВГ является серьезным поздним осложнением и встречается у 5-14 % прооперированных. Ежегодно в Казахстане выполняется примерно 80 тысяч пластических операций по устранению грыж, в России около 170 тысяч, в США производится более 500 тысяч операций грыжесечения, что составляет почти 15% всех общехирургических вмешательств [1, 2].

Наиболее часто вентральная грыжа появляется через 1-2 года после оперативного вмешательства [3, 4].

В основном, ПВГ формируется как следствие оперативного вмешательства на животе: после удаления аппендицита, операций по случаю острой кишечной непроходимости или перитонита, также нередки случаи образования послеоперационной грыжи после удаления желчного пузыря [5,6,7,8].

Зачастую грыжи образуются после экстренных операций, когда нет времени адекватно подготовить желудочно-кишечный тракт, после длительной тампонады или дренирования брюшной полости, при использовании некачественного шовного материала или воспалении, нагноении шва [9,10,11].

Предрасполагающим фактором является ожирение или, наоборот, истощение, неправильное поведение пациента в адаптационном, послеоперационном периоде [12,13].

### Цель

Основной целью исследования являлось формулирование основных профилактических мероприятий по предупреждению возникновения рецидива вентральных грыж. А также прогнозирование возникновения или рецидива методом определения коллагена крови.

Было проведено комплексное исследование, состоящее из трех этапов. Для создания теоретической базы и понятийного аппарата на первом этапе работы был проведен анализ релевантных литературных данных, индексированных в базах данных MEDLINE, Embase, elibrary (2000-2016). Критериями поиска данных было включение в поисковые запросы ключевых элементов: «вентральные грыжи», «рецидив», «профилактика», «лечение». На втором этапе исследования был проведен ретроспективный анализ архивного материала истории болезни на примере целевой популяции – лиц в возрасте 24-84 лет.

Принимая во внимание данные, полученные в ходе двух предыдущих этапов, была обоснована концептуальная модель совершенствования профилактики ПВГ и их рецидивов.

Независимо от того, в результате какого хирургического вмешательства появилась послеоперационная грыжа, профилактика ее проводится в нескольких направлениях: лечение и профилактика ранних осложнений в раннем послеоперационном периоде; введение фибриногена и криопреципитата для ускорения репаративных процессов в ране; правильный выбор доступа и атравматичное оперирование; тщательная асептика во время операции; адекватная подготовка пациента перед операцией и последующая реабилитация; занятия физкультурой, для поддержания состояния мышц в должной форме; борьба с лишним весом; рациональное питание.

Также после любых операций на брюшной полости необходимо: соблюдать рекомендации лечащего врача-хирурга; не подвергать себя излишним физическим нагрузкам в течение 6 месяцев после вмешательства; при необходимости носить бандаж для профилактики.

### Клинические наблюдения и их анализ.

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения послеоперационных

вентральных грыж за период 2010-начало 2016гг в клинике «Авторская медицина».

В работе представлены данные 277 историй болезни с различными видами грыж, из них 51 – с диагнозом: послеоперационная вентральная грыжа, 226-другие виды грыж.

Возраст пациентов: от 24 лет до 84 лет.

По полу: жен – 40, муж – 11.

В исследуемой группе выявлено значительное преобладание женщин – 40 женщин (78,4%), а мужчин – 11 (21,6%)

Возраст пациентов составлял: от 24 до 84. Были поделены на 3 группы: от 24 до 45 (11,8%); от 46 до 65 (49%); от 66 до 84 (39,2%).

Причем частота ПВГ преобладает в возрастной категории от 46 до 65, на втором месте от 66 до 84 и на третьем месте от 24 до 45.

В схему лабораторных исследований были включены общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови. Указанные исследования позволяют своевременно выявить имеющиеся в организме обменные нарушения, состояние водно-электролитного и белкового баланса, вызванных послеоперационной вентральной грыжей.

Пациенты находились на госпитализации в период от 1 до 11 дней. Среднее количество проведенных койко-дней в период госпитализации составило 5,5 дней

Из анализа анамнеза пациентов с ПВГ: у 32 пациентов (62,7%) отсутствуют грыжи в анамнезе, а у остальных 19 пациентах (37,3%) есть наличие грыж в анамнезе, т.е. имеется предрасположенность к образованию грыж.

Для определения взаимосвязи риска развития ПВГ и его рецидивов связанных с коллагеном провели исследование, в котором участвовали 60 пациентов, разделенные на исследуемую и контрольную группы. Мужчин среди них было 22 (36,6%), женщин 38 (63,3%). В исследуемую группу были включены 35 пациентов, из них 18 (51,4%) с малыми, средними - 12 (34,2%), большими - 5 (14,2%) размерами грыж. Средний возраст пациентов составил - 56 лет. Контрольную группу составили 25 пациентов, которые не являются грыженосителями. Пациенты без ПВГ были оперированы в различных медицинских клиниках города Алматы лапаротомным доступом (например, лапаротомная холецистэктомия). Средний возраст данной группы составил 54 года. Обе группы прошли исследование крови на коллаген.

**Таблица 1** - Нормы коллагена(пределы определения: 65-101 мкг\мл)

Группа	Средний уровень коллагена, мкг\мл
№1 – с диагнозом ПВГ	27.3-55.4
№2 – прооперированные, без ПВГ	60.2-76.4

После исследования на коллаген, пациентам с диагнозом ПВГ была проведена хирургическая операция по лечению ПВГ с помощью синтетической протезной сетки ULTRAPRO,PHYSIOMESH, PROLENE, которые устанавливались с учетом конституции, социального положения, практичности применения в конкретных случаях.

Герниопластика проводилась на базе МЦ «Авторская медицина». При сравнительном анализе полученных данных можно отметить, что у больных в исследуемой и контрольной группах количество коллагена либо значительно снижено (1 группа), либо проходит по нижней границе нормы (2 группа).

За период наблюдения возникновения рецидива ПВГ не наблюдалось.

Представленные в работе данные дают возможность практически хирургам определить риск развития

ПВГ и производить обоснованный выбор оптимального для каждого больного метода лечения вентральной грыжи.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** – не проводилось.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хир. — 2000. — № 2. — С.105-108.  
2 Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Нагапетян С.В., Супильников А.А. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных грыж. — Самара, 2005. — 208 с.  
3 Биряльцев В.Н., Шаймарданов Р.Ш., Филиппов В.А., Халилов Х.М. Герниоабдоминаластика: Руководство для врачей. — Казань: Идел-пресс, 2008. — 102 с.  
4 Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. — М.: Медпрактика, 2002. — 120 с.  
5 Юрасов А.В., Федоров Д.А., Шестаков А.Л. Математическое прогнозирование при выборе метода пластики послеоперационных грыж // Анналы хирургии. — 2002. — № 1. — С. 47-51.  
6 Sugrue M., Buist M., Lee A., Sanchez D., Hillman K. Intra-abdominal measurement using a modified nasogastric

tube: description and validation of a new technique // Intensive Care Med. 1994. — № 20. — P. 588-590.  
7 Itani K.M., Hur K F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tpsH for the treatment of ventral incisional hernia // Arch.Surg. — 2010. — № 145 (4). — P. 322-328.  
8 Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 228 с.  
9 Подергин А.В., Хальзов В.Л. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой // Вестник герниологии. — 2006. — № 2. — С. 149-152.  
10 Сурков Н.А. Анатомо-функциональная реконструкция передней брюшной стенки при ее деформациях и дефектах (клинико-морфологическое исследование): автореф. дис. на соискание уч. степени докт.мед. наук: спец. 14.00.27 «хирургия» / Н.А. Сурков. — М., 2007. — 46 с.

11 Лядов В.К. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшинного размещения при лечении грыж передней брюшной стенки (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед.наук: спец. 14.01.03 «хирургия» / В.К. Лядов. — М., 2010. — 18 с.

12 Федоров И.В., Славин Л.Е., Кочнев А.В. Серома как осложнение хирургии грыж живота // Вестник герниологии. — 2006. — № 2. — С. 195-198.

13 Kingnorth A. The management of incisional hernia // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2006. — № 88. — P. 252-260.

## REFERENCES

1 Zhebrovskij V.V., Toskin K.D., Il'chenko F.N. Dvadcatiletnij opyt lechenija posleoperacionnyh ventral'nyh gryzh // Vestn. hir. — 2000. — № 2. — S. 105-108.

2 Belokonev V.I., Fedorina T.A., Kovaleva Z.V., Pushkin S.Ju., Nagapetjan S.V., Supil'nikov A.A. Patogenez i hirurgicheskoe lechenie posleoperacionnyh gryzh. — Samara, 2005. — 208 s.

3 Birjal'cev V.N., Shajmardanov R.Sh., Filippov V.A., Halilov H.M. Gernioabdominoplastika: Rukovodstvo dlja vrachej. — Kazan': Idel'-press, 2008. — 102 s.

4 Egiev V.N. Nenatjazhnajagernioplastika. — M.: Medpraktika, 2002. — 120 s.

5 Jurasov A.V., Fedorov D.A., Shestakov A.L. Matematicheskoe prognozirovanie pri vybore metoda plastiki posleoperacionnyh gryzh // Annaly hirurgii. — 2002. — № 1. — С. 47-51.

6 Sugrue M., Buist M., Lee A., Sanchez D., Hillman K. Intra-abdominal measurement using a modified nasogastric tube: description and validation of a new technique // Intensive Care Med. 1994. — № 20. — R. 588-590.

7 Itani K.M., Hur K F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tps for the treatment

of ventral incisional hernia // Arch.Surg. — 2010. — № 145 (4). — R. 322-328.

8 Egiev V.N., Ljadov K.V., Voskresenskij P.K. Atlas operativnoj hirurgii gryzh. — M.: Medpraktika-M, 2003. — 228 s.

9 Podergin A.V., Hal'zov V.L. Neudachi gryzhesechenij s plastikoj polipropilenovoj setkoj // Vestnik gerniologii. — 2006. — № 2. — S. 149-152.

10 Surkov N.A. Anatomico-funkcional'naja rekonstrukcija perednej brjushnoj stenki pri ee deformacijah i defektah (kliniko-morfologicheskoe issledovanie): avtoref. dis. na soiskanie uch. stepeni dok.med. nauk: spec. 14.00.27 «hirurgija» / N.A. Surkov. — M., 2007. — 46 s.

11 Ljadov V.K. Sravnitel'naja ocenka materialov dlja vnutribryushinnogo razmeshhenija pri lechenii gryzh perednej brjushnoj stenki (jeksperimental'no-klinicheskoe issledovanie): avtoref. dis. na soiskanie uch. stepeni kand. med.nauk: spec. 14.01.03 «hirurgija» / V.K. Ljadov. — M., 2010. — 18 s.

12 Fedorov I.V., Slavin L.E., Kochnev A.V. Seroma kak oslozhnenie hirurgii gryzh zhivota // Vestnik gerniologii. — 2006. — № 2. — S. 195-198.

13 Kingnorth A. The management of incisional hernia // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2006. — № 88. — R. 252-260.

**В.М. Мадьяров, М.С. Малгаждаров, Г.Р. Жапбаркулова**  
Қазақстан-Ресей медицина университеті, Алматы, Қазақстан

## ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ВЕНТРАЛЬДЫ ГРЫЖАНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ ӘДІСТЕРІНІҢ БІРІ

**Түйін:** Бірінші типтегі коллаген санының төмендеуі СКГ дамуына айтарлықтай әсер ететінін көрсетті. Операциядан кейінгі вендральды жарықтар жиілігін төмендету үшін, лапаротомияға даярлау және амбулаториялық кезеңде коллагеннің төмендеу қаупі факторларын ерте анықтау арқылы азайтуға болады. Операция ертерек жасалған сайын, органдар мен тіндердегі өзгерістер азырақ болады, ал хирургиялық араласудың өзгерткіші төмендейді және неғұрлым тиімді болып табылады.

Алғашқы операциядан кейін жараның жазылуы мен ағымы біркелкі тегіс өтсе, бірінші операция түрі мен ауқымына қарай, науқастың жалпы жағдайына, жарықтың өсу көлемі мен динамикасына байланысты, 6-8-10 айдан кейін операциядан кейінгі жарыққа операция жасауға болады. Қысылуға бейімділік кезінде, сондай-ақ жабыспақ іш өтімсіздігі

синдромы дамиған кезінде мүмкіндігінше ерте мерзімде операция жасау керек.

Егер анамнезде жарақаттың кең іріңдеуіне, іш қуысының ұзақ тампонадасына, ауыр уыттануға, перитонитке немесе релапаротомияға байланысты стационарда өте ұзақ болса, операциядан кейінгі қиын кезеңдерге нұсқаулар бар болса, ұзақ уақыт шамамен күту керек 12-18 ай. Осы уақытта науқасқа белгілі бір режимді тағайындау, жалпы жағдайын жақсарту шараларын қолдану керек, жарық қабында және іш қуысында жабыспақ процесінің пайда болуына қатысты азап шегуді азайту шараларын қолдану керек. Көрсеткіштер бойынша жақсы қысатын бандажды кию ұсынылады.

**Түйінді сөздер:** операциядан кейінгі вендральды грыжа, рецидив, алдын-алу, емдеу

**V.M. Madyarov, M.S. Malgazdarov, G.R. Zhabarkulova**  
Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

## ONE OF THE METHODS OF PREVENTING THE OCCURRENCE OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

**Resume:** The decrease in the amount of collagen of the first type significantly affects the development of PVG. It is possible to reduce the incidence of postoperative ventral hernias due to early diagnosis of risk factors for collagen loss at the outpatient stage of preparation for laparotomy. The earlier the operation, the less pronounced changes in tissues and organs, and the surgery itself is less complex and more effective. When you smooth over and heal after the first

operation can be operated incisional hernia after 6-8-10 months depending on the type and extensiveness of the first intervention, the patient's General condition, size and growth of hernial protrusion. With a tendency to infringement, as well as with the developing syndrome of adhesive obstruction, it is necessary to operate as early as possible. If in the history there are indications of a difficult postoperative period due to extensive suppuration in the



wound, prolonged tamponade of the abdominal cavity, severe intoxication, peritonitis or a very long stay in the hospital for relaparotomy, you should wait a longer period, about 12-18 months. At this time, it is necessary to assign the patient a certain regime, take measures to improve the General condition, reduce suffering in connection with the

development of adhesions in the hernia SAC and in the abdominal cavity. According to the indications, it should be recommended to wear a well-adjusted bandage.

**Keywords:** postoperative ventral hernia, relapse, prevention, treatment