

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Кошмар Е. А., Грицкова А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Несмотря на стремительное развитие малоинвазивных технологий в абдоминальной хирургии, остается высоким количество оперативных вмешательств с использованием традиционного лапаротомного доступа, после которого в 3–19 % случаев развиваются послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ), составляющие в общей статистической структуре всех грыж живота 20–26 % [1]. Результаты лечения ПОВГ характеризуются довольно высоким числом рецидивов (от 4,3 до 46 %) [2]. Современный подход к лечению больных с грыжами брюшной стенки основан на широком использовании принципов ненатяжной пластики и сетчатых эндопротезов [1, 3]. Пластика сеткой способна значительно сократить количество рецидивов и обеспечить достойное качество жизни [4]. В то же время, применение имплантатов привело к возникновению новой клинической проблемы — увеличения количества случаев инфекционных осложнений. Таким образом, лечение вентральных грыж остается актуальной проблемой хирургии в настоящее время [1, 3, 4].

Цель

Оценить ближайшие результаты герниопластики сетчатым имплантатом у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов (методом сплошной выборки), находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 УЗ «Гомельской городской клинической больницы № 3» за период 01.01.2014–31.12.2016 гг. Использовались методы описательного статистического анализа данных. В своей работе мы применяли классификацию послеоперационных вентральных грыж Chevrel-Rath, которая включает три позиции — S, W, R, где S — локализация грыжи: срединная (M), боковая (L) и сочетанная (ML); W — ширина грыжевых ворот: W1 — до 5 см, W2 — от 5 до 10 см, W3 — от 10 до 15 см, W4 — свыше 15 см; R — наличие рецидива: R1, R2, R3 и т. д. [5].

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

За данный временной промежуток всего было пролечено 134 пациента с послеоперационными, в том числе рецидивными вентральными грыжами. Из них женщин 87 (64,9 %), мужчин — 47 (35,1 %). Средний возраст пациентов составил $57 \pm 11,5$ лет.

Сопутствующая соматическая патология встретилась у 120 (89,6 %) пациентов. В большинстве случаев (76,1 %) преобладала патология сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, облитерирующие заболевания периферических сосудов, аритмии), второе место (13,4 %) заняла эндокринная патология (ожирение, сахарный диабет, гипотиреоз, узловой зоб). У 9,7 % пациентов имелась патология пищеварительной системы (язвенная болезнь, хронический панкреатит), у 7,5 % — мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь), у 5,2 % — дыхательной системы (бронхиальная астма).

Срок существования грыжи до оперативного лечения в среднем составил $37,8 \pm 17,6$ месяцев. Из 134 пациентов срединные грыжи (M) имели 106 (79,1 %) пациентов. Боковые (L) вентральные грыжи выявлены в 28 (20,9 %) случаях.

По размерам грыжевых ворот пациенты распределились следующим образом: W1 — у 43 (32,1 %) пациентов, W2 — у 63 (47 %), W3 — у 15 (11,2 %), W4 — у 13 (9,7 %). У 116 (86,6 %) человек операция по поводу вентральной грыжи была выполнена впервые, у 13 (9,7 %) пациентов отмечался рецидив вентральной грыжи после оперативного лечения (R1), у 5 (3,7 %) человек в анамнезе было 2 операции (R2).

Интраоперационно 1 дефект в апоневрозе был выявлен у 92 (68,7 %) пациентов, 2 — у 12 (8,9 %), 3 — у 4 (3 %), 4 — у 3 (2,2 %), 5 и более — у 23 (17,2 %) пациентов.

Все пациенты в анамнезе были оперированы. После нижнесрединного доступа грыжи возникли у 51 (38,1 %) пациентов (в анамнезе были экстирпация матки, кесарево сечение, кистэктомия, тубэктомия, резекция толстой кишки, аденомэктомия). После верхнесрединной лапаротомии грыжи развились у 55 (41 %) пациентов (в анамнезе операции на желчном пузыре, желчевыводящих путях и поджелудочной железе, желудке, операции при травмах органов брюшной полости).

У пациентов с L-локализацией грыжи в анамнезе отмечались следующие оперативные вмешательства: аппендэктомия — 17 (12,7 %) человек, операции на почках — 6 (4,5 %), холецистэктомия — 5 (3,7 %).

У 129 (96,3 %) человек была выполнена герниопластика сетчатым эндопротезом по типу «onlay», у 4 (3 %) — по типу «sublay», у одного пациента (0,7 %) по типу «inlay».

Среднее пребывание пациентов в отделении составило $12,1 \pm 2,5$ койко-дней. Швы снимались в среднем на $10,4 \pm 1,9$ сутки.

Послеоперационные осложнения встретились у 12 (9 %) пациентов. Во всех случаях это были серомы послеоперационной раны, в 3 случаях серомы сочетались с краевыми некрозами раны. Указанные осложнения были купированы перевязками и консервативными мероприятиями в течение настоящей госпитализации, все пациенты выписаны с выздоровлением на $16,8 \pm 4,6$ сутки.

Выводы

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж остается актуальной проблемой современной хирургии. Ближайшие результаты применения сетчатых протезов соответствуют литературным данным. С целью изучения отдаленных результатов целесообразна оценка качества жизни после перенесенной аллопластики брюшной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герниоабдоминопластика: рук-во для врачей / В. Н. Биряльцев [и др]. — Казань: Идел-пресс, 2008. — 102 с.
2. Подергин, А. В. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой / А. В. Подергин, В. Л. Хальзов // Вестник герниологии. — 2006. — № 2. — С. 149–152.
3. Цверов, И. А. Хирургическое лечение больных с вентральными грыжами: современное состояние вопроса / И. А. Цверов, А. В. Базаев // Современные технологии в медицине. — 2010. — № 4. — С. 122–127.
4. Snyder, C. W. Patient satisfaction, chronic pain and quality of life after incisional hernia repair: effects of recurrence and repair technique / C. W. Snyder, L. A. Graham, C. C. Vick // Hernia. — 2011. — № 15. — P. 123–129.
5. Rath, A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal / A. M. Rath, J. P. Chevrel // Hernia. — 2000. — Vol. 4, № 1. — P. 1–7.

УДК 613.644: 656.13

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА ВОДИТЕЛЕЙ-ОПЕРАТОРОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ КОМБИНИРОВАННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИИ РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ

Кравцов А. В., Баслык А. Ю., Грузин А. А.

**Научные руководители: к.м.н., доцент С. И. Сычик; к.т.н. И. В. Соловьева;
к.м.н., доцент Е. В. Дроздова**

**Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Сохранение и укрепление здоровья работающего населения составляет основу экономического благополучия общества и является одной из приоритетных проблем здраво-