

**Харківський державний медичний університет**

**Стороженко Олексій Володимирович**

**УДК: 616-007.43-089**

**ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ  
ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ**

14.01.03 – хірургія

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Харків - 2003**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Післяопераційні вентральні грижі (ПОВГ) – це неприємне, але неминуче ускладнення в абдомінальній хірургії. В останні роки наші уявлення про ПОВГ значно розширилися, але, незважаючи на це, лікування та реабілітація таких хворих донині є досить складною та актуальною проблемою в хірургії. Важливість проблеми визначається зростанням захворюваності на ПОВГ, що відзначається багатьма авторами (Черенько М.П. та співавт., 1995; Ороховський В.І. та співавт., 2000). З'явившись одного разу, ПОВГ із роками зростає, погіршує загальний стан хворих, знижує їхню працездатність і часто викликає у хворих значно більше страждань, ніж те захворювання, з приводу якого вони були первинно оперовані. Хворі звертаються за медичною допомогою, коли ПОВГ досягає великих чи гігантських розмірів, або коли виникають загрози для життя ускладнення. ПОВГ складають 20-22% від загальної кількості гриж та займають друге місце після пахвинних гриж (Бойко В.В. та співавт., 2000., Власов В.В., 2000., Жебровський В.В., 2000). Понад 3-5% усіх лапаротомій та люмботомій у найближчий час після операцій ускладнюються ПОВГ, а через три і більше років цей відсоток збільшується майже у два рази (Зарівчаський М.Ф., Яговкін В.Ф., 1996; Th. Foitzik, 1998; Ороховський В.І. та співавт., 2000). Незважаючи на наявність понад 300 способів пластики дефектів черевної стінки і на значні досягнення в лікуванні ПОВГ, результати їх хірургічного лікування не можна вважати задовільними (Жебровський В.В. та співавт., 1996; Фелештинський Я.П., 1996; Власов В.В., 2000.). Способи герніопластики ПОВГ продовжують удосконалюватись, упроваджуються нові технології в хірургії ПОВГ. Однак, ПОВГ іноді виникають і після ендоскопічного-хірургічних втручань (L. Klein et al., 1990; D. Hearth, S. Morgan, 1994; P.M. Vuen, 1999). Розробляються та знаходять більш широке застосування способи герніопластики передньої черевної стінки з використанням різноманітних біологічних та сучасних синтетичних матеріалів. За рахунок цього досягнутий значний прогрес у хірургічному лікуванні ПОВГ (Шавалєєв Р.Р., 1997; Майстренко Н.А., Ткаченко А.Н., 1998). Разом з тим, частота рецидивів ПОВГ після хірургічного лікування залишається високою і за різними статистичними даними вона становить від 10 до 60% (Піотрович С.М., Фелештинський Я.П., 1997; Черенько М.П. та співавт., 1995). Післяопераційна летальність теж досить висока і сягає 3-12% (Жебровський В.В. та співавт., 1996; Зарівчаський М.Ф., Яговкін В.Ф., 1996; Luijendijk R.W. et al., 1993). Велика розбіжність даних про частоту рецидивів ПОВГ у деяких авторів, незалежно від способів герніопластики, свідчить про відсутність універсальних методів та матеріалів для пластики. Усі наявні нині способи пластики мають свої переваги чи недоліки. Пошуки у цьому напрямку тривають.

Зростання захворюваності на ПОВГ обумовлене багатьма факторами, серед яких треба виділити наявність супутньої патології у хворих. В останні роки у 20-30% хворих, які потрапляють до хірургічних стаціонарів, виявляють поєднані захворювання органів черевної порожнини

(Торопов Ю.Д. та співавт., 1993; Адамян А.А. та співавт., 1994; Запороженко Б.С. та співавт., 1998). У більшості таких пацієнтів можуть бути встановлені показання до симультанного втручання. Питання про необхідність симультанної операції (СО), як правило, стоїть дуже гостро. бо двохетапна операція примушує руйнувати результати проведеної раніше герніопластики, що вкрай небажано. За даними літератури, 15-19,1% хворих у найближчий час після грижосічення підлягають повторним операціям з приводу інших хірургічних захворювань. Це визначає актуальність проблеми СО. Переважна більшість пацієнтів із ПОВГ великих розмірів хворіють на ожиріння (48-78%) (Жебровський В.В. та співавт., 1996; Дерюгіна М.С., 1997; Лисенко Р.Б., 1999). Терапевтичні методи лікування ожиріння мало ефективні, тому в останні роки досить швидкими темпами розвиваються хірургічні методи лікування цього захворювання. У такій ситуації перед хірургом постає дилема: розділити хірургічне втручання на окремі етапи чи виконати СО. Однак, донині лікарі обережно ставляться до хірургічного лікування ПОВГ, особливо у хворих зі значним ступенем ожиріння. Серед хворих на ПОВГ більшість (50-60%) становлять пацієнти віком від 31 до 50 років (Майстренко Н.А., Ткаченко А.Н., 1998; Shaikh N.A., Shaikh N.M., 1994). Це свідчить про велике соціальне значення проблеми ПОВГ. Таким чином, велика кількість хворих із ПОВГ та невтішні результати лікування свідчать про актуальність пошуку ефективного рішення цієї проблеми.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконувалась на кафедрі хірургічних хвороб згідно з планом науково-дослідних робіт Української медичної стоматологічної академії і є фрагментом комплексної ініціативної академічної науково-дослідної роботи: “Запальні та незапальні хвороби органів і систем людини, що формуються під впливом екологічних, стресових, імунних, метаболічних та інфекційних факторів” (№ держреєстрації 0198U000134).

**Мета і задачі дослідження.** Підвищити ефективність лікування ПОВГ шляхом оптимізації хірургічної тактики за рахунок визначення показань до операції, обсягу втручання та післяопераційного періоду.

Для досягнення зазначеної мети визначені такі задачі:

1. Вивчити еволюцію уявлень щодо проблеми виникнення та хірургічного лікування ПОВГ.
2. Вдосконалити показання та протипоказання до хірургічного лікування хворих із ПОВГ і обґрунтувати шляхи зниження операційного ризику.
3. Обґрунтувати доцільність виконання симультанних операцій та дерматоліпектомії під час втручань з приводу ПОВГ.
4. Підвищити ефективність профілактики розвитку гнійно-інфекційних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

5. Розробити комплекс заходів, спрямованих на ведення хворих у ранньому післяопераційному періоді.
6. Вивчити найближчі та віддалені результати хірургічного лікування хворих із ПОВГ.

*Об'єкт дослідження* – післяопераційні вентральні грижі.

*Предмет дослідження* - особливості хірургічної тактики при поєднанні ПОВГ з іншими захворюваннями органів черевної порожнини у хворих з ожирінням.

*Методи дослідження* - з метою діагностики й оцінки ефективності лікування хворих використовувалися клінічні, лабораторні, рентгенологічні, ультразвукові, ендоскопічні та статистичні методи дослідження.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Наукова новизна полягає в тому, що проблему хірургічної тактики при ПОВГ вирішено в комплексі – від оптимізованої передопераційної підготовки, обґрунтованого вибору оптимального обсягу та способу оперативного лікування, вдосконалених методик хірургічного лікування і до заходів щодо профілактики рецидиву грижі та післяопераційних ускладнень. У дисертації вперше:

- удосконалено хірургічну тактику при ПОВГ з урахуванням розміру грижі, наявності відвислого живота та супутньої абдомінальної патології;
- удосконалено спеціальну передопераційну підготовку у хворих із ПОВГ та ожирінням, що дозволяє розширити показання до операції, знизити операційний ризик, а також зменшити післяопераційну летальність;
- запропоновано спосіб УЗ-діагностики дефектів передньої черевної стінки та їх меж у хворих із ПОВГ, що дозволяє покращити доопераційну діагностику;
- розроблена та запропонована нова методика дерматоліпектомії, що зменшує ймовірність нагноєння рани, усуває естетичні дефекти і сприяє формуванню механічно міцного післяопераційного рубця;
- обґрунтована доцільність виконання симультанних операцій у хворих із ПОВГ, що забезпечує покращення якості життя та виключає в подальшому необхідність відстрочених оперативних втручань.

**Практичне значення одержаних результатів.** Застосування запропонованої спеціальної передопераційної підготовки у хворих із ПОВГ та ожирінням сприяє розширенню показань до операції, знижує операційний ризик і дозволяє покращити результати їх хірургічного лікування.

Впровадження в клінічну практику оригінальних та вдосконалених способів абдомінопластики з дерматоліпектомією сприяє кращому заживленню рани, дозволяє зменшити кількість нагноєнь в рані, що в цілому запобігає розвитку рецидивів та одночасно усуває естетичні дефекти.

Застосування обґрунтованих симультанних операцій у хворих із ПОВГ та поєднаними хірургічними захворюваннями інших органів є перспективним напрямком у хірургії та виключає в подальшому необхідність відстрочених оперативних втручань.

Результати роботи впроваджені у лікувальну практику хірургічних відділень обласної клінічної лікарні міста Полтави, міських клінічних лікарень № 1, № 2, в навчальний процес на кафедрах загальної, факультетської, госпітальної хірургії та кафедрі хірургічних хвороб Української медичної стоматологічної академії.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто були визначені напрямки, мета та задачі дослідження. Самостійно проведені клінічні, функціональні та біохімічні дослідження, з аналізом отриманих результатів. З числа 113 хворих, результати лікування яких наведені у цій роботі, безпосередньо приймав участь в оперативному лікуванні 76 хворих. Автор особисто проводив відбір клінічного матеріалу, подальше лікування хворих та обробку віддалених результатів; статистично обробив отримані дані, провів теоретичні узагальнення, обґрунтування висновків, підготовлені до публікації наукові праці.

**Апробація результатів дисертації.** Апробація дисертаційної роботи проведена на засіданні апробаційної вченої ради УМСА 26 червня 2002 року. Головні положення дисертації викладені та обговорені на засіданні кафедри хірургічних хвороб стоматологічного факультету УМСА, хірургічного товариства Полтавської області, на 3-й ювілейній навчально-методичній та науково-практичній конференції завідувачів кафедр хірургічних хвороб стоматологічних факультетів медичних вузів України (Полтава, 1999р.), на Всеукраїнській науково-практичній конференції за міжнародною участю “Актуальні проблеми відновлювальної хірургії” (м. Запоріжжя, 2001 р.).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 7 наукових робіт у фахових періодичних виданнях, 4 з них – в атестованих ВАК України та без співавторів, 2 роботи – у матеріалах наукових конференцій у вигляді тез, 1 робота – в фаховому періодичному виданні.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, чотирьох розділів власних спостережень, обговорення результатів власних спостережень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел. Загальний обсяг дисертації складає 174 сторінок машинописного тексту, з них 146 – основного тексту та 28 сторінок – список літератури, який містить 188 посилань на вітчизняних та 96 – на іноземних авторів. Дисертація містить 25 таблиць та 32 рисунка.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** В основу роботи покладено аналіз дослідження 113 пацієнтів із ПОВГ, які за період з 1989 по 2002 рр., знаходились на хірургічному лікуванні в клініках м. Полтави. Вік хворих коливався від 27 до 74 років. Жінок було 111 (98,2%), чоловіків - 2

(1,8%). З них 108 (95,6%) пацієнтів знаходились на плановому хірургічному лікуванні, а 5 (4,4%) були госпіталізовані з приводу защемлення грижі. Частота виникнення ПОВГ в залежності від характеру перенесеної операції та локалізації розтину подано у табл. 1.

Таблиця 1

**Залежність виникнення ПОВГ від характеру захворювання і хірургічного доступу та розподіл хворих за попереднім оперативним втручанням і локалізацією грижового дефекту**

Локалізація	Операція	Захворювання	Хірургічний доступ	Кількість хворих	
				Абс.	%
Епігастральна ділянка	Холецистектомія	Жовчокам'яна хвороба, гострий та хронічний холецистит	Верхньосередина лапаротомія	22	19,5
			Федорова	2	1,8
	Операції з приводу травми органів черевної порожнини	Травма живота	Верхньосередина лапаротомія	4	3,5
	Резекція шлунку	Захворювання шлунку та ДПК	Верхньосередина лапаротомія	1	0,9
	Зашивання перфоративної виразки			3	2,6
Герніопластика	Грижа білої лінії живота	Верхньосередина лапаротомія	4	3,5	
Всього:				36	31,8
Мезогастральна ділянка	Усунення кишкової непрохідності	Кишкова непрохідність	Середньосередина лапаротомія	1	0,9
	Операція з приводу поранення черевної порожнини	Травма живота	Середньосередина лапаротомія	1	0,9
	Апендектомія	Гострий апендицит	Середньосередина лапаротомія	2	1,8
	Герніопластика	Пупкова грижа	Мейо	26	23,0
	Нефректomia	Захворювання нирок	Люмботомія	2	1,8
Всього:				32	28,4
Гіпогастральна ділянка	Апендектомія	Гострий апендицит	Волковича-Д'яконова	4	3,5
	Гінекологічні операції	Гінекологічна патологія	Нижньосередина лапаротомія	41	36,3
Всього:				45	39,8

За типом попередньої операції найбільшу кількість ПОВГ дали гінекологічні операції, що були виконані із нижньо-серединної лапаротомії – 41 (36,3%) спостереження, первинна герніопластика пупкової грижі – 26 (23%) та операції з приводу холециститу із верхньо-серединної лапаротомії – 22 (19,5%) спостереження. Рецидивними ПОВГ були у 57 (50,5%) пацієнтів, в тому числі багатократно рецидивуючі – у 27 (47,4%), первинні ПОВГ – у 56 (49,5 %) пацієнтів.

При розподілі пацієнтів за розміром ПОВГ нами використовувалася класифікація К.Д. Тоскіна та В.В. Жебровського, що дозволяло розглядати ПОВГ з точки зору величини, локалізації та клінічних ознак. Саме ці параметри ПОВГ є визначальними у лікувальній тактиці.

Дані про розподіл ПОВГ за величиною подані у табл. 2.

Таблиця 2

#### Розподіл хворих із ПОВГ за величиною грижі

Величина грижі	Кількість хворих	%
Мала (до 10 см)	11	9,7
Середня (10-20 см)	66	58,4
Велика (20-25 см)	21	18,6
Гігантська (25-40 см)	15	13,3
Всього:	113	100

Усі хворі мали ожиріння різного ступеня вираженості. Ступінь ожиріння визначали за процентним відношенням збільшення дійсної ваги до належної, яку визначали за формулою Лоуренса. Ожиріння 1 ст. виявлене у 7 хворих (6,2 %), 2 ст. – у 27 (23,8%), 3 ст. у – 44 (39%), 4 ст. – у 35 (31%) хворих. Маса тіла складала від 90 до 160 (у середньому 112,3±4,5) кг, індекс маси тіла (ІМТ) - від 29,8 до 58,4 кг/м<sup>2</sup>. Розподіл їх за віком, статтю та ІМТ подано у табл. 3.

Таблиця 3

#### Розподіл хворих за віком, статтю та індексом маси тіла

Стать	Вік, років			Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup>			
	20-40	41-60	> 60	< 35	35-40	40-50	> 50
Чол.	-	2	-	2	-	-	-
Жін.	8	69	34	5	27	44	35

Супутні та пов'язані з ожирінням захворювання діагностовано у більшості пацієнтів (88 або 77.9 %), зокрема спостерігалось поєднання декількох супутніх захворювань, найбільш розповсюдженим з яких були ожиріння, хронічна ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба.

Комбінацію ПОВГ із захворюваннями органів черевної порожнини спостерігали у 27 (23,9%) хворих, у тому числі фіброміома матки великого розміру у 9, хронічний апендицит у 6, хронічний калькульозний холецистит у 5, кіста яєчників у 5, хронічна виразкова хвороба у 2 пацієнтів. У більшості з них виникла необхідність виконання симультанних операцій.

Діагноз ПОВГ встановлювався на підставі загальноклінічних методів дослідження та типових клінічних ознак захворювання. Особливу увагу приділяли анамнезу основного захворювання та виявленню супутньої патології. Для виявлення супутньої патології кожному хворому проводили клінічне обстеження, що включало: лабораторну, інструментальну, рентгенологічну та функціональну діагностику. Частину цих даних використовували для оцінки операційного ризику. Вивчення клінічного матеріалу проводили за розробленою схемою, яка включала паспортні дані хворого, діагнози основного та супутніх захворювань, стислі анамнестичні дані пацієнта, оцінку його загального стану, об'єктивні дані, вимірювання артеріального тиску в динаміці, дані лабораторних, функціональних досліджень, заключення лікарів-спеціалістів, дані про об'єм передопераційної підготовки, назва та зміст проведеної операції, її тривалість, метод знеболення, дані гістологічного дослідження операційного матеріалу, стисло характеристику післяопераційного періоду, ускладнення після операції, кінцевий результат лікування.

У хворих із супутнім ожирінням за допомогою ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії визначалася локалізація грижі, справжні розміри та форму грижових воріт, вміст грижового мішку, стан тканин в ділянці грижових воріт. За показаннями застосовували фіброгастроскопію, рентгенографію тонкої та товстої кишки. З метою вивчення моторно-евакуаторної функції кишечника у пацієнтів із ПОВГ та клінікою хронічної кишкової непрохідності проводили рентгенологічне дослідження з використанням барію *per os*. Дослідження виконували після попередньої підготовки (безшлакова дієта, очисні клізми). Рентгеноскопія і рентгенографія черевної порожнини проводилися через 4, 6, 12 і 24 години.

З метою оцінки зовнішнього дихання досліджували вентиляційну функцію легень з використанням спірографа "Метатест-1" та «Пульмовен-3». Виходячи з отриманих спірограм, аналізували найбільш інформативні показники зовнішнього дихання: життєву ємність легень (ЖЄЛ), дихальний об'єм (ДО), хвилинний об'єм дихання (ХОД), частоту дихання (ЧД), максимальну вентиляцію легень (МВЛ), резервний об'єм вдиху, резервний об'єм видиху, проби Штанге, Генча, Тіфно (ФЖЄЛ). Саме дослідження, а також інтерпретація виявлених змін проведені у відповідності до рекомендацій по стандартизації легневих функціональних тестів. Всі показники наведені у відсотках до належних величин (за Клементом Р.Ф. та співавт., 1985).

Стан системи згортання крові визначали за показниками коагулограми. Оцінювали вміст фібриногену в плазмі, час рекальцифікації плазми, протромбіновий час, час згортання крові за Лі Уайтом і кількість тромбоцитів.

Ефективність передопераційної підготовки визначали після її проведення, а також на 5-7 добу після операції шляхом оцінки загального стану хворих, вивчення показників вентиляційної функції легень (за даними спірографії), серцевої діяльності (за даними ЕКГ, ЧСС, АТ).



Оцінка ефективності лікування хворих проводилась на основі динаміки комплексу клініко-лабораторних та біохімічних досліджень, показника зменшення маси тіла, строків перебування хворих у стаціонарі. При цьому враховувалась інтраопераційна характеристика, ускладнення, стан хворого до операції, перебіг післяопераційного періоду.

Результати досліджень і оперативних втручань, оброблені з використанням методів варіаційної статистики, методу оцінки різниці сполучених середніх величин, парного Т-тесту. Аналіз кореляційних залежностей було виконано на персональному комп'ютері Pentium MMX 200 за допомогою пакету прикладних програм "Microsoft Exel for Windows 97".

**Результати власних досліджень та їх обговорення.** Передопераційна підготовка займає особливе місце в запропонованому нами комплексі лікувальних заходів у хворих із ПОВГ. Вона спрямована на адаптацію серцево-судинної і дихальної систем до підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), а також на профілактику ускладнень з боку післяопераційної рани. Комплекс підготовки включав такі заходи: накладання тягара на живіт (мішечки з піском вагою від 6 до 12 кг), бинтування живота еластичним бинтом та максимальне очищення кишечника. Необхідно відмітити, що бандажна компресія живота проводилась нами тільки пацієнтам з вправимими грижами, оскільки при невправимих грижах це могло призвести до защемлення. Такі заходи проводились нами дозовано з орієнтацією на самопочуття хворого, характеристики пульсу, АТ та частоти дихання. Такі заняття тривали 30-40 хвилин і проводились 3-4 рази на день разом із дихальною гімнастикою, яка включала вправи на тренування грудного та діафрагмального дихання. В наступні дні сеанс тренувань збільшувався, враховуючи індивідуальну їх переносність хворими. Для максимального очищення кишечника хворим призначали безшлакову діету, послаблюючі, щоденно очисні клізми. Разом з тим, у хворих із ПОВГ великого та гігантського розміру і ожирінням, згідано традиційну передопераційну підготовку ми обов'язково доповнювали комплексом заходів по зменшенню маси тіла (спеціальна легка безшлакова дієта та індивідуалізована ЛФК) і обов'язково медикаментозною терапією (рібоксин, серцеві глікозиди, реополіглюкін), яка спрямована на покращення функції міокарда і мікроциркуляції. Також особливо важливим було проведення корегуючої терапії супутніх захворювань, переважно у хворих похилого віку, яка призначалась після консультації відповідних спеціалістів. Термін проведення передопераційної підготовки залежав від віку, загального стану хворого, ступеня адаптації серцево-судинної і дихальної систем до підвищення ВЧТ.

В результаті проведення комплексної передопераційної підготовки покращився загальний стан хворих, зменшився об'єм грижового випинання, а у більшості пацієнтів відмічалось зменшення маси тіла (на 12-15 кг). У всіх хворих покращувалась функція зовнішнього дихання (на 12-16%), у порівнянні з вихідним рівнем, що підтверджувалось відсутністю задишки та результатами спірографічного дослідження. Про стійкий характер підвищення резервів

зовнішнього дихання також свідчили показники вентиляційної функції легень, що реєструвалися на 5-7 добу після операції. Також, як результат застосування медикаментозної терапії в комплексній передопераційній підготовці, відмічалось покращення серцевої діяльності і мікроциркуляції: стабілізувались пульс, АТ, зменшилась гіпоксія міокарда (за даними ЕКГ).

Така передопераційна підготовка сприяла зниженню операційного ризику і частоти виникнення легенево-серцевої недостатності у ранньому післяопераційному періоді, а також післяопераційної летальності. Серед 113 пацієнтів з ПОВГ гостра легенево-серцева недостатність спостерігалась лише у 2 (1,8%) пацієнтів з ПОВГ гігантського розміру і була ліквідована відповідною медикаментозною терапією. Таким чином, застосування запропонованої нами комплексної передопераційної підготовки значно розширює межі операбельності, забезпечує хороші найближчі та віддалені результати.

При вирішенні питання про можливість виконання оперативного втручання з приводу ПОВГ великих розмірів ми враховували ступінь операційного ризику. Необхідність оцінки операційного ризику у даного контингенту хворих зумовлена наявністю великих гризових випинів, ожиріння, порушенням функціональних систем дихання і кровообігу, а також тяжкою супутньою патологією внутрішніх органів, яка погіршує перебіг основного захворювання.

Операційний ризик оцінювали шляхом аналізу показників зовнішнього дихання і серцевої діяльності, зареєстрованих при моделюванні стану черевної порожнини як після герніопластики (еластичним бинтом затягували живіт до зближення країв гризових воріт), з урахуванням віку хворого, ступеня ожиріння, розміру грижі та тяжкості супутніх захворювань внутрішніх органів.

Оцінку ступеня операційного ризику у хворих із ПОВГ ми проводили за допомогою комплексного 5-ти бального оцінювання поєднання критеріїв вищезазначених факторів (табл. 4), що дозволило нам виділити чотири ступені операційного ризику: 1-й ступінь – незначний (сума балів до 10), виявлений у 25 (23,1%) хворих; 2-й – помірний (сума балів 12-15), у 32 (29,7%); 3-й – значний (сума балів 20-25) – у 36 (33,3%); 4-й – надзвичайний (сума балів 30-35) – у 15 (13,9%).

Таблиця 4

#### Визначення ступеня операційного ризику у хворих на ПОВГ

Критерії	0 балів	1 бал	3 бали	5 балів
ЧДД за хвилину	14-18	19-22	23-28	> 28
Показники функції зовнішнього дихання у % до належних величин	без порушень	зниження до 20	20-30	> 30
Пульс за хвилину	74-80	80-90	90-100	> 100
Ступінь ожиріння	I	II	III	IV
Розмір грижі	мала	середня	велика	гігантська
Супутня патологія	відсутня	компенсація	субкомпенсація	декомпенсація
Вік	до 45	45-50	50-60	> 60

Таким чином оцінка операційного ризику у даної категорії хворих, із врахуванням показників зовнішнього дихання та гемодинаміки в умовах моделювання стану черевної порожнини як після герніопластики, дозволяє нам прогнозувати ймовірність виникнення гострої легенево-серцевої недостатності після оперативного втручання і об'єктивізувати показання та протипоказання до хірургічного лікування. Об'єктивність оцінки операційного ризику у даного контингенту хворих дозволяє уникнути невиправданого розширення або звуження показань до операції.

[Підхід до хірургічного лікування ПОВГ у хворих із ожирінням був комплексним і ґрунтувався на адекватній передопераційній підготовці, оптимізації вибору способу операції, патогенетично обґрунтованій герніопластичі та профілактиці післяопераційних ускладнень і рецидиву грижі. Ми дотримуємося наступних принципів оперативного лікування ПОВГ: 1) розріз шкіри з повним висіченням шкірного рубця та трофічно змінених тканин; 2) видалення шкірно-жирового клаптя у хворих із надмірною масою тіла та наявністю “вісячого фартуха” значних розмірів; 3) ретельна хірургічна обробка країв грижового дефекту до незмінених тканин; 4) пластика грижових воріт без натягу та зменшення об'єму черевної порожнини.]

У 106 (93,8%) хворих із ПОВГ і наявністю “відвислого живота” значних розмірів виконана абдомінопластика з дерматоліпектомією із розширеного оперативного доступу за Фернадесом (101 хворий – 89,4%), та за Берсоном (5 хворих – 4,4%). Однак часто, незважаючи на всі попередні вимірювання (з урахуванням індивідуальної мобільності підшкірної основи) величини майбутніх розрізів, нижній край рани виявляється довшим, а при зшиванні різних за довжиною країв рани на довшому завжди утворюються “лишки” шкіри. Тому з метою усунення цих недоліків у 25 (22,1%) таких хворих, на відміну від стандартної методики Берсона, ми виконували два V-подібні розрізи на нижньому краю рани, симетрично з обох боків від середньої лінії (рис. 1).

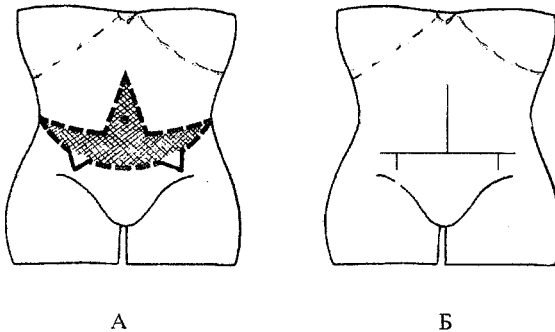


Рис. 1. Схема розрізу за нашою методикою (А) та схема післяопераційного рубця (Б).

Від вибору оптимального оперативного доступу значною мірою залежить успіх операції. Використання розробленої нами методики дозволило досягти не тільки максимального естетичного ефекту (завдяки кращому зіставленню тканин), але й значно зменшити ймовірність місцевих післяопераційних ускладнень.

Оптимізація вибору способу герніопластики, метою якої було забезпечення механічно міцного і безнатяжного закриття грижового дефекту, досягалась шляхом визначення нами перерозтягнутих м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки та ймовірність їх натягу при закритті грижового дефекту.

Пластику грижових воріт у 104 (92,0%) хворих в основному виконували, використовуючи у якості пластичного матеріалу власні біологічно сумісні тканини пацієнта. До пластики місцевими тканинами вдавались у випадку збереженості прилеглого до грижових воріт м'язово-апоневротичного шару та можливості зшивання дефекту без натягу. У 81 (71,7%) хворих виконана пластика по типу Сапезжо в модифікації клініки (при середній локалізації дефекту), у 15 (13,2%) – за Мейо, у 8 (7,1%) – коса пластика з формуванням дуплікатури, у 9 (8,0%) хворих великий розмір грижових воріт, атрофія м'язів примусили нас виконати аутодемальну пластику за Яновим. Модифікований спосіб створення м'язово-апоневротичної дуплікатури за Сапезжом дозволяє укріпити слабкі місця апоневрозу в кутах дефекту та шляхом V-подібного вирізання по середній лінії дефекту кутів із видаленням слабких перерозтягнутих тканин та накладанням кисетних швів на апоневроз в кутах пластики. Пластику дефектів передньої черевної стінки у хворих із ПОВГ ми проводили диференційовано з урахуванням розмірів грижового випинання та ступеня змін тканин черевної стінки.

Для виявлення поєднаної з грижами патології ми застосовували всі можливі методи клінічної та інструментальної діагностики. Так, у 27 (23,9%) хворих на ПОВГ діагностовані захворювання органів черевної порожнини. У більшості з цих хворих були встановлені показання до симультанного виконання оперативних втручань. Найважливішою обставиною виконання СО при ПОВГ є можливість їх виконання з одного доступу. Одночасно з радикальною операцією з приводу ПОВГ виконана холецистектомія у 4 хворих з приводу хронічного калькульозного холециститу, надп'яхова ампутація матки з приводу фіброміоми – у 8, апендектомія – з приводу хронічного апендициту – 6, видалення кісти яєчника з приводу його кістоми – у 5, резекція тонкої кишки – у 2, усунення товстокишкової непрохідності – у 1, грижосічення при поєднанні гриж – у 12 хворих. Специфічних ускладнень після виконання СО не спостерігали. Обґрунтовані СО виключають у подальшому необхідність здійснення оперативного втручання у хворого з загрозою виникнення рецидиву грижі.

Ведення нами післяопераційного періоду, в залежності від розміру ПОВГ та наявності ожиріння, зводилось до профілактики ускладнень з боку серцево-судинної і дихальної систем,

корекції супутніх захворювань, стимуляції функції кишечника, профілактики тромбоемболічних ускладнень, а також ускладнень з боку післяопераційної рани.

Після операції значну увагу ми приділяли видаленню серозно-геморагічної рідини з рани протягом 2-3 діб. Усім хворим застосовували вакуумне дренивання через контрапертури в нижній частині рани з використанням поліхлорвінілових трубок (при цьому вкрай важливі критерії дренивання післяопераційних ран, ретельний догляд за дренажами, своєчасне їх видалення). Потім за показаннями – пунктування підшкірної основи, промивання виявлених порожнин розчином антисептика. У післяопераційному періоді велике значення ми приділяли ранній комплексній лікувальній фізкультурі та масажу. Рання, з першої післяопераційної доби комплексна фізкультура, дихальна гімнастика, масаж є засобами профілактики респіраторних ускладнень, знижують ризик таких ускладнень, як тромбоемболія.

Часте поєднання у хворих ПОВГ та ожиріння підвищує ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). Тому з метою попередження виникнення ТЕУ в ранньому післяопераційному періоді нами розроблений комплекс заходів, що включає відокремлення груп ризику та проведення неспецифічної та специфічної профілактики. Нами проведений порівняльний аналіз показників коагуляційного потенціалу крові до і після операції у 79 хворих із ПОВГ та ожирінням, після застосування антикоагулянтної терапії. Пацієнти були розподілені на дві групи. У 44 хворих (основна група) у якості профілактики ТЕУ застосовували фраксипарин. До другої групи (контрольна) зараховані 35 хворих, у яких застосовували гепарин (табл. 5)

Таблиця 5

**Показники коагуляційного потенціалу крові хворих із ПОВГ та ожирінням до та після операції**

Показник	основна група (n = 44)		контрольна група (n = 35)	
	до операції	після операції	до операції	після операції
Фібриноген, мг/л	4450,0 ± 40,0	3705,0 ± 42,0	4300,0 ± 41,0	4105,0 ± 38,0
Протромбіновий час, с	16,8 ± 0,5	22,3 ± 0,7	17,0 ± 0,9	19,5 ± 0,5
Час рекальцифікації плазми, с	42,7 ± 1,3	73,1 ± 1,5	43,3 ± 2,6	61,5 ± 2,5
Тромбоцити, × 10 <sup>9</sup> /л	255,0 ± 39,0	235,0 ± 31,0	270,0 ± 37,0	210,0 ± 29,0

Таким чином, профілактичне введення фраксипарину до і після операції сприяло контрольованому зниженню коагуляційного потенціалу крові та попередженню виникнення гіперкоагуляційного стану. При призначенні фраксипарину хворим із ПОВГ та ожирінням знижувався ризик виникнення ТЕУ, не виявляли геморагічний синдром і не виникало необхідності проведення складних лабораторних тестів. Разом з цим, як неспецифічну профілактику

тромбоутворення, здійснювали ранню активізацію хворих та еластичне бинтування нижніх кінцівок.

Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить у собі ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 3 (2,6%) хворих, гематома операційної рани – у 3 (2,6%), нагноєння рани – у 2 (1,8%), частковий крайовий некроз шкіри – у 2 (1,8%).

Важливим фактором лікування виниклого ускладнення є рання його діагностика. Ми використовуємо спосіб діагностики ранніх ускладнень загоєння рани за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), що дозволяє провести диференційну діагностику запального інфільтрату та ускладнень, при яких у тканинах накопичується серозна рідина, кров, гній. За допомогою УЗД можливо діагностувати серому, гематому, гнояк не тільки у підшкірній основі, але і в більш глибоких шарах, прилеглих до зони пластики. Точна локалізація накопичення рідини дозволяє здійснити прицільну пункцію-аспірацію вмісту, а при повторних УЗД можливо оцінити їх ефективність.

Із загальних ускладнень у 2 (1,8%) хворих виникла гостра легенево-серцева недостатність, у 1 (0,9%) – гострий тромбоз вен нижньої кінцівки. Лікування цих хворих проводили консервативними методами. Померла одна хвора похилого віку від тромбоемболії легеневої артерії.

Віддалені результати хірургічного лікування (строком від 1 до 5 років) за даними анкетування та оглядів вивчені у 79 хворих. Рецидиви ПОВГ виявлені у 2 (1,8%) хворих (причиною рецидиву було нагноєння післяопераційної рани).

Таким чином, профілактика рецидивів ПОВГ у післяопераційному періоді досягається індивідуалізованим режимом фізичного навантаження, бандажуванням разом з реабілітаційним комплексом ЛФК, контролем динаміки легенево-серцевої адаптації протягом 6-8 місяців.

Хороші результати хірургічного лікування ПОВГ за розробленими нами методами свідчать про високу їх ефективність і доцільність широкого впровадження в хірургічну практику.

## ВИСНОВКИ

1. Підхід до визначення хірургічної тактики при лікуванні ПОВГ повинен бути індивідуально диференційованим з урахуванням розміру і локалізації грижі, загального стану хворого, наявності відвислого живота та супутньої абдомінальної патології.
2. Об'єктивізація показань і протипоказань до хірургічного лікування ПОВГ досягається визначенням ступеня операційного ризику, визначеного в умовах моделювання стану черевної порожнини як після герніопластики, з урахуванням розміру і локалізації грижі, загального стану хворого, наявності відвислого живота та супутньої абдомінальної патології, у співставленні з

динамікою зовнішнього дихання, гемодинаміки та компенсації супутньої патології у період передопераційної підготовки.

3. Застосування комплексної передопераційної підготовки, що включає індивідуалізовану лікувальну та дихальну гімнастику, бандажування живота, заходи по зменшенню маси тіла та медикаментозну терапію, спрямовану на покращення функцій міокарда та мікроциркуляції, значно розширює межі операбельності, забезпечує хороші найближчі та віддалені результати.
4. Поліпшення результатів хірургічного лікування ПОВГ у хворих на ожиріння досягається шляхом виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією із розширеного оперативного доступу, оптимальним вибором способу герніопластики без натягу та зменшення об'єму черевної порожнини та ефективним укріпленням слабких місць апоневрозу у ділянці пластики, що забезпечує механічно міцне закриття грижового дефекту і ліквідує основне патогенетичне підґрунтя рецидивування грижі.
5. Передопераційне та інтраопераційне виявлення поєднаної абдомінальної патології потребує виконання симультанних оперативних втручань. При цьому розширення обсягу оперативного втручання за рахунок симультанних операцій має позитивний вплив на результати хірургічного лікування ПОВГ та забезпечує високу медико-соціальну та економічну ефективність за рахунок попередження відстрочених оперативних втручань на органах черевної порожнини.
6. Профілактика рецидиву ПОВГ у післяопераційному періоді досягається індивідуалізованим режимом фізичного навантаження, бандажуванням разом із реабілітаційним комплексом ЛФК, контролем динаміки легенево-серцевої адаптації протягом 6-8 місяців.
7. Оптимізація хірургічного лікування ПОВГ досягається шляхом використання комплексного підходу, що включає спеціальну індивідуалізовану передопераційну підготовку, диференційований підхід до вибору оптимального способу герніопластики, профілактики післяопераційних ускладнень і дозволяє досягти значного зниження загальної частоти рецидивів до 1,8%.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. З метою профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень та для досягнення максимального естетичного ефекту (завдяки кращому зіставленню тканини у рані), під час виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією із розширених оперативних доступів за Фернадесом та Берсоном, видалення лишків шкіри необхідно здійснювати за запропонованою нами методикою із 2-х V-подібних розрізів на нижньому краю рани, симетрично з обох боків від середньої лінії.
2. Використання способу УЗ-дослідження дозволяє у важких та незрозумілих ситуаціях виявити дефект передньої черевної стінки та його межі в раніше оперованих із ПОВГ, на

дошпитальному етапі визначити наявність додаткових дефектів у апоневрозі, запальних осередків та визначити подальшу тактику лікування.

3. Найважливішою умовою здійснення симультанних втручань під час операції з приводу ПОВГ є можливість їх виконання з використанням одного герніолапаротомного доступу. Одночасне вирішення естетичних проблем (надмірна маса тіла пацієнтів, естетичні дефекти та анатомо-функціональна недостатність передньої черевної стінки), а також виконання симультанних операцій на органах черевної порожнини, таких як холецистектомія, апендектомія, цистоваріумектомія, надпихова ампутація фіброматозної матки при хірургічному лікуванні ПОВГ є важливим фактором у вирішенні проблем сучасної хірургії і виключає в подальшому необхідність відстрочених оперативних втручань на органах черевної порожнини при загрозі виникнення рецидиву грижі.
4. Для поліпшення якості лікування і забезпечення умов більш повної та швидкої реабілітації хворих, оперованих з приводу ПОВГ, доцільно здійснення диспансерного нагляду за хворими; максимального обмеження фізичного навантаження, особливо в перші 2-3 місяці; носіння бандажу до 2-3 місяців; дотримування дієти; продовження перебування на лікарняному до 3-4 місяців; дослідження функції зовнішнього дихання та серцево-судинної системи в динаміці та своєчасної корекції виниклих ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді.

#### ПУБЛІКАЦІЇ

1. Стороженко О.В. Хірургічна тактика при поєднанні післяопераційної грижі черевної стінки з іншими захворюваннями органів черевної порожнини у пацієнтів з ожирінням // Клінічна хірургія. – 2002. - № 4. – С. 30-33.
2. Стороженко О.В. Клінічний аналіз виникнення післяопераційних вентральних гриж та їх рецидивів у хворих з ожирінням // Вісник проблем біології і медицини. – 2001. - № 4. – С. 71-73.
3. Стороженко О.В. Симультанні операції при хірургічному лікуванні хворих із післяопераційною вентральною грижею великих розмірів та ожирінням // Вісник проблем біології і медицини. – 2001. - № 5. – С. 71-76.
4. Стороженко О.В. Хірургічне лікування післяопераційної вентральної грижі у хворих на ожиріння // Вісник УМСА “Актуальні проблеми сучасної медицини”.- 1995.- Т 2, №1 – С. 105-108.
5. Стороженко А.В., Лысенко Р.Б. Комплексная предоперационная подготовка больных с послеоперационной вентральной грыжей и ожирением. // Вісник УМСА “Актуальні проблеми сучасної медицини”.- 2002. – Т 1, №1-2.- С. 55-57.
6. Стороженко О.В. Методика профілактики нагноєння рани у хворих з післяопераційною вентральною грижею та ожирінням // Тези доповідей Всеукраїнської конференції за



міжнародною участю “Актуальні проблеми відновлювальної хірургії”. – Запоріжжя, 2001. – С. 117-118.

7. Стороженко О.В. Виконання симультанних операцій в комплексному хірургічному лікуванні хворих із післяопераційною вентральною грижею великих розмірів // Тези доповідей Всеукраїнської конференції за міжнародною участю “Актуальні проблеми відновлювальної хірургії”. – Запоріжжя, 2001. – С. 118-119.

### АНОТАЦІЯ

Стороженко О.В. Хірургічна тактика при післяопераційних вентральних грижах. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю

14.01.03 – хірургія. Харківський державний медичний університет, Харків, 2003.

Дисертацію присвячено вивченню питань етіопатогенезу та клінічного перебігу післяопераційної вентральної грижі (ПОВГ), а також заходам щодо підвищення ефективності лікування ПОВГ шляхом оптимізації хірургічної тактики за рахунок визначення показань до операції, обсягу втручання та післяопераційного періоду. Передопераційна підготовка займає особливе місце у запропонованому нами комплексі лікувальних заходів у хворих із ПОВГ. Комплекс підготовки у хворих із ПОВГ великого та гігантського розміру і ожирінням був удосконалений шляхом доповнення традиційної передопераційної підготовки заходами по зниженню маси тіла та обов'язковою медикаментозною терапією. Нами запропонований спосіб УЗ-діагностики дефектів передньої черевної стінки та їх меж у хворих із ПОВГ. Розроблена та запропонована нова методика абдомінопластики з дерматоліпектомією у хворих з ПОВГ та ожирінням. Впроваджено використання розроблених нами хірургічних інструментів та маніпуляцій для профілактики деяких ускладнень під час операцій та у післяопераційному періоді. Доцільність виконання симультанних операцій у хворих із ПОВГ виправдовується виключенням відстрочених оперативних втручань та поліпшенням якості життя в подальшому. Розроблено оригінальний спосіб профілактики рецидиву ПОВГ у післяопераційному періоді.

Результати досліджень впроваджені в практику – отримані добрі результати.

**Ключові слова:** післяопераційна вентральна грижа, хірургічна тактика, герніопластика, абдомінопластика, симультанна операція.

### АННОТАЦИЯ

Стороженко А.В. Хирургическая тактика при послеоперационных вентральных грыжах. –

Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности

14.01.03 – хирургия. Харьковский государственный медицинский университет, Харьков, 2003.

Диссертация посвящена изучению вопросов этиопатогенеза и клинического течения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ), а также мероприятий по повышению эффективности лечения ПОВГ путем оптимизации хирургической тактики за счет определения показаний к операции, объема вмешательства и послеоперационного периода.

Диссертационная работа является результатом клинического исследования 113 больных с ПОВГ, которые были оперированы в течение 1989 - 2002 годов в хирургических клиниках г. Полтавы.

Предоперационная подготовка занимает особое место в предложенном нами комплексе лечебных мероприятий у больных с ПОВГ. Она направлена на адаптацию сердечно-сосудистой и дыхательной системы к повышению внутрибрюшного давления, а также на профилактику осложнений со стороны послеоперационной раны. Комплекс подготовки у больных с ПОВГ больших и гигантских размеров и ожирением был усовершенствован путем дополнения традиционной предоперационной подготовки мерами по снижению массы тела и обязательной медикаментозной терапии, что способствовало снижению операционного риска и частоты возникновения сердечно-легочной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, а также послеоперационной летальности (до 0,9%).

Операционный риск оценивали путем анализа показателей внешнего дыхания и сердечной деятельности, зарегистрированных при моделировании состояния брюшной полости как после герниопластики, с учетом возраста больного, степени ожирения, размера грыжи и тяжести сопутствующих заболеваний внутренних органов. Что позволило нам прогнозировать возможность возникновения острой сердечно-легочной недостаточности в послеоперационном периоде и объективизировать показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Оценку степени операционного риска у больных ПОВГ мы проводили с помощью комплексного 5-бального оценивания сочетания критериев вышеуказанных факторов, что позволило выделить 4 степени операционного риска.

Подход к хирургическому лечению ПОВГ был комплексным и основывался на адекватной предоперационной подготовке, оптимизации выбора способа операции, патогенетически обоснованной герниопластике (что обеспечивало механически прочное и безнатяжное закрытие грыжевого дефекта) и профилактике послеоперационных осложнений и рецидива ПОВГ.

Предложен новый способ УЗ - диагностики дефектов передней брюшной стенки и их границ у больных с ПОВГ, что позволяет улучшить дооперационную диагностику.

Разработана и предложена методика абдоминопластики с дерматилипэктомией у больных с ПОВГ и ожирением, что способствует уменьшению возможности нагноения раны, устранению косметических дефектов и формированию механически крепкого послеоперационного рубца. Одновременное устранение нами эстетических проблем (избыточная масса тела пациентов,

косметические дефекты, анатомо-функциональная недостаточность передней брюшной стенки) при хирургическом лечении ПОВГ является важным фактором в решении проблем современной хирургии.

Необходимо отметить, что все операции по поводу ПОВГ практически всегда имеют характер повторных на органах брюшной полости, поэтому у большинства больных во время операции наблюдали выраженный спаечный процесс, вследствие чего ревизия у них была осложнена. Однако, применение разработанных нами хирургических инструментов и манипуляций для профилактики некоторых осложнений во время операции и в послеоперационном периоде позволило нам не только устранить признаки хронической кишечной непроходимости в дальнейшем, но и значительно снизить травматичность операций и послеоперационные осложнения.

До 20-30% больных, поступающих в хирургический стационар, имеют сочетанные хирургические заболевания. Для выявления сочетанной с ПОВГ патологии мы применили все возможные методы клинической и инструментальной диагностики. У большинства из них были установлены показания к симультанному выполнению оперативных вмешательств.

Считаем целесообразным выполнение симультанных операций (СО) у больных с ПОВГ при всестороннем обследовании до операции и отсутствии противопоказаний. Важным обстоятельством выполнения СО при ПОВГ есть возможность их выполнения из одного доступа. Обоснованное выполнение СО у больных с ПОВГ обеспечивает улучшение качества жизни и исключает необходимость отсроченных оперативных вмешательств в дальнейшем.

Разработан оригинальный способ профилактики рецидива ПОВГ в послеоперационном периоде за счет индивидуализированного режима физических нагрузок, бандажирования, вместе с реабилитационным комплексом ЛФК, контролем динамики сердечно – легочной адаптации в течение 6-8 месяцев.

Результаты исследований внедрены в практику – получены хорошие результаты. Так, из 113 оперированных больных общий процент осложнений составил 11,5%, местные осложнения – 8,8%, общие - 2,7%.

Использование разработанной хирургической тактики при оперативном лечении ПОВГ значительно улучшило результаты и уменьшило частоту рецидивов ПОВГ (до 1,8%).

**Ключевые слова:** послеоперационная вентральная грыжа, хирургическая тактика, герниопластика, абдоминопластика, симультанная операция.

## SUMMARY

Storozhenko O.V. Surgery tactics by postoperative ventral hernia. Manuscript.

The thesis to the scientific degree of Candidate of Medical sciences by speciality 14.01.03 - surgery. Kharkov State Medical University, Kharkov, 2003.

The theses presented deals with problems of etiopathogenesis and clinical cours of postoperative ventral hernias and also with rise of treatment effectiveness by the improvement of surgical tactics according to indications to operation, volume of interference and postoperative period.

Special attention is given to the preoperative preparation in the proposed therapeutic complex.

The preoperative preparation of patients with postoperative ventral hernia (POVH) and obesity was improved after traditional preparation by eddyng special measures for descrites of patient's body mass and compulsory medicinal therapy. The new method of abdominoplasty is developed and suggested to the patients with POVH and obesity. The use of extended surgical instruments and manipulation, created by us is introduced, for prophylactic of sum complication during operations and in postoperative period.

Simultaneous operations exclude risk of the postoperative complications associated with combined pathology, save the patients from necessity of repeated operations and improve the quality of life in future.

A new method for prevention of POVH recurrences was proposed in postoperative period. The results of the research are being implemented into practice.

**Key words:** postoperative ventral hernia, surgical tactic, hernioplasty, abdominoplasty, simultaneous operations.