

УДК 617-089.844

*А. Н. Лембас, И. И. Тамней,
В. В. Иванченко, А. В. Баулин, Г. А. Зюлькин*

О ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Аннотация. Представлены материалы работы по лечению больных вентральными грыжами различной локализации. Анализированы результаты «натяжных» способов герниопластики у 59 больных с использованием сетчатых эндопротезов.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, сетчатые протезы, герниопластика.

Abstract. The authors presented the proceedings of the treatment of patients with ventral hernias of various localization. Presents the analysis of results of tension-free hernioplasty in 59 patients with using mesh implants.

Keywords: postoperative ventral hernia, mesh, hernioplasty.

Введение

Лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии [1–3]. До 25 % всех операций, выполняемых в хирургических отделениях, приходится на герниопластику [4, 5], из числа которых 22 % составляют операции по поводу послеоперационных вентральных грыж [6].

В настоящее время известно более 300 методов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, которые условно можно разделить на три группы: пластика местными тканями, применение различных пластических материалов (аутодерма, твердая мозговая оболочка и другие материалы биологического происхождения, синтетические полимерные материалы), комбинированная пластика [7]. Несмотря на такое количество предложенных методик, общий процент возникновения рецидивов остается высоким и достигает 61,2 % [8].

Согласно рекомендациям 20-го международного конгресса европейского общества по грыжам (GREPA, 1999 г.) пластика местными тканями показана только при малых ПОВГ с грыжевым дефектом не более 5,0 см. При грыжах больших размеров частота рецидивов при использовании данного вида пластики достигает 50 % [9].

Операции типа «components separation», предложенные американскими хирургами для лечения больших послеоперационных вентральных грыж, основанные на поэтапных релаксирующих разрезах передней брюшной стенки, являются довольно травматичными и не могут быть рекомендованы для широкого применения [3, 10].

Герниопластика с использованием аутодермального лоскута по В. Н. Янову эффективна только при малых и средних вентральных грыжах [11] и неэффективна при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах с частотой рецидива до 55,3 % [11]. В связи с этим была разработана методика, основанная на сочетании операции Ramirez с аутодермальной пластикой [11].

В настоящее время среди герниологов все большую популярность приобретают методы закрытия грыжевого дефекта различными полимерными материалами. Их использование позволяет соблюсти основной принцип герниопластики «без натяжения», снизить частоту рецидивов до 5–10 % [12]. Однако после выполнения аллопластики в 20,9–49,2 % случаев возможно развитие различных специфических раневых осложнений, таких как длительная экссудация из раны, серома, инфильтрат раны, нагноение, свищи между кожей и трансплантатом, гранулемы и др. [6]. Возникновение этих осложнений в основном зависит от степени травматичности и длительности операции, вариантов размещения эндопротеза в ране (sublay, inlay, onlay), качества аллопластического материала [2].

Несмотря на то, что аллопластические методы герниопластики признаны наиболее эффективными, пока еще окончательно не определены целесообразность их применения, показания и противопоказания в хирургическом лечении ущемленных ПОВГ [13, 14].

В настоящее время подробно изучены факторы возникновения послеоперационных вентральных грыж [8, 13]. Однако предложенные методы их профилактики (стимуляция репаративных процессов в операционной ране, профилактика нагноений послеоперационных ран, укрепление зоны операционной раны местными тканями) оказались малоэффективными. Перспективным методом профилактики возникновения ПОВГ является превентивное аллопротезирование [15]. Результаты превентивной аллопластики пока еще недостаточно изучены и мало освещены в медицинской литературе.

Следует сказать, что в настоящее время практически во всех публикациях по проблемам послеоперационных вентральных грыж отражены результаты их лечения в условиях хирургических отделений городских больниц или герниологических центров. При этом нет никакой информации о результатах применения современных методов лечения послеоперационных вентральных грыж в условиях хирургических отделений районных больниц. Тем не менее именно районные хирурги выполняют значительную часть оперативных вмешательств по поводу рецидивных и послеоперационных абдоминальных грыж у сельских жителей. В связи создавшимися социально-экономическими условиями, отсутствием герниологических центров в Приднестровье и Пензенской области данная проблема остается актуальной для хирургов таких регионов.

Цель исследования: изучить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами с использованием ауто- и аллопластических методов и возможность применения этих методов в условиях районной больницы.

Материал и методы исследования. В ретроспективном неконтролируемом исследовании изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения 59 больных (48 женщин и 11 мужчин) с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 27 до 76 лет (в среднем – 63 года), оперированных

с 01.01.2003 по 31.11.2009. В плановом порядке были оперированы 54 пациента (91,5 %). У пяти больных (8,5 %) операции выполнены по поводу ущемленных ПОВГ.

Все больные, поступавшие в хирургический стационар в плановом порядке, были обследованы в амбулаторных условиях. В план обследования были включены выполнение общего и биохимических анализов крови, определение показателей свертываемости крови, общего анализа мочи, ЭКГ, консультация терапевта. У 39-ти больных (72,2 %) были выявлены сопутствующие заболевания (ожирение, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, варикозная болезнь нижних конечностей). Этим пациентов консультировали и проводили корректирующую терапию специалисты по профилю. Критериями готовности больных к оперативному вмешательству были отсутствие сопутствующей патологии или стойкая ее компенсация.

В своей работе мы использовали классификацию послеоперационных вентральных грыж Chevrel-Rath [9]. Данная классификация основана на определении трех основных параметров грыж: анатомическая локализация на брюшной стенке – срединная (M): M1 – надпупочная, M2 – околопупочная, M3 – подпупочная, M4 – в области мечевидного отростка или лона; боковая (L): L1 – подреберная, L2 – поперечная, L3 – подвздошная, L4 – поясничная; ширина грыжевых ворот (W): W1 – до 5 см, W2 – 5–10 см, W3 – 10–15 см, W4 – более 15 см; наличие и количество рецидивов грыжи после ранее выполненной герниопластики (R): R0, R1, R2, R3 и т.д.

Из 59-ти больных срединные грыжи (M) имели 54 пациента (91,5 %): M1 – 35 (64,8 %), M2 – 5 (9,3 %), M3 – 14 больных (25,9 %). Боковые (L) ПОВГ имелись у пяти больных (8,5 %): (L3) – у одного (20,0 %); (L4) – у четырех больных (80,0 %). По ширине грыжевых ворот (W): W1 – у 20-ти больных (33,9 %), W2 – у 19-ти (32,2 %), W3 – у 18-ти (30,5 %), W4 – у двух больных (3,4 %). У 13-ти пациентов (22,0 %) – рецидивные (R1–R4) ПОВГ.

У 46-ти больных (78,0 %) послеоперационные вентральные грыжи возникли после следующих ранее перенесенных операций: после холецистэктомии из традиционного верхнесрединного лапаротомного доступа грыжи возникли у 19-ти пациентов (41,3 %), после срединных операционных доступов при острой хирургической патологии и травмах органов брюшной полости – у 12-ти (26,0 %), нижнесрединных разрезов по поводу гинекологических заболеваний – у восьми (17,4 %), лапаротомных и люмботомных доступов по поводу онкологических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства – у пяти (10,9 %), люмботомных доступов по поводу мочекаменной болезни – у двух больных (4,3 %). У 13-ти больных (20,4 %) имелись рецидивные грыжи брюшной стенки: после восстановительных операций по поводу первичных вентральных грыж местными тканями – у 10-ти (76,9 %), герниопластики деэпителизированным аутодермальным лоскутом по В. Н. Янову – у трех пациентов (23,0 %). Возникновение рецидивных и послеоперационных вентральных грыж у больных отмечалось в сроки от двух месяцев до полутора лет после последней перенесенной операции.

Больным с размерами грыжевых ворот W1 (20 больных), которым планировали герниопластику местными тканями, предоперационную подготовку не проводили.

Больным с наличием грыжевого дефекта W2–W4 (39 больных), у которых заранее планировали выполнение аллопластики, в течение семи суток до

операции назначали бесшлаковую диету. Антибиотикопрофилактику осуществляли однократным внутривенным введением 1000 мг цефатоксима за 45 мин до начала операции.

Профилактику тромбоэмболических осложнений проводили по показаниям всем больным в соответствии с рекомендациями Российского консенсуса 2000 г. путем подкожного введения нефракционированного гепарина в дозе 5000 ЕД за 45 мин до начала операции и эластического бинтования нижних конечностей.

Варианты восстановительных вмешательств и особенности расположения сетчатых имплантатов у оперированных больных представлены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, у 18-ти больных (30,5 %) с шириной грыжевых ворот W1 применили различные варианты пластики местными тканями (Мейо, Сапежко). Операции в этой группе пациентов выполнили под местной анестезией 0,5 % раствором лидокаина у семи (38,9 %), под перидуральной анестезией 2 % раствором лидокаина – у 11-ти больных (61,1 %). Во всех случаях дренирование послеоперационных ран не проводили. В послеоперационном периоде назначались анальгетические препараты, включая наркотические средства в первое сутки после операции, посиндромное лечение. Инфузионная и антибактериальная терапия не проводилась. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в этой группе больных составила 5,8 к/дней.

Протезирующая герниопластика была выполнена у 41-го пациента (69,5 %), при этом пять из них (12,2 %) были оперированы в экстренном порядке по поводу ущемленных ПОВГ. Показаниями для протезирующей герниопластики были рецидивные абдоминальные грыжи любых размеров или ПОВГ с шириной грыжевых ворот W2–W4.

У 26-ти (63,4 %) из 41-го больного операции были выполнены под общим обезболиванием с применением нейролептанальгезии (НЛА) с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ); 15-ти (36,6 %) при локализации грыж M2–M3 операции проводились под перидуральной анестезией с использованием 2 % раствора лидокаина.

При выполнении протезирующей герниопластики по поводу срединных (М) грыж (36 больных) послойно рассекали ткани на всем протяжении старого послеоперационного рубца. Производили выделение грыжевого мешка, мобилизацию краев грыжевых ворот с иссечением рубцово-измененных тканей, вскрытие грыжевого мешка, рассечение спаек 1–2-го порядка по В. Н. Янову. Ревизию брюшной полости выполняли при клинических проявлениях спаечной болезни либо при наличии в анамнезе онкологической патологии органов брюшной полости или забрюшинного пространства.

Варианты размещения сетчатых имплантатов в слоях брюшной стенки, зависящие от анатомических изменений области грыжевых ворот и возможности выделения тех или иных структур брюшной стенки, у больных была различной. У 14-ти (38,9 %) из 36-ти больных после закрытия брюшной полости ушиванием брюшины либо остатков грыжевого мешка эндопротезы размещали в предбрюшинном пространстве. Края эндопротеза подводили под края грыжевых ворот не менее чем на 5–7 см (рис. 1), фиксировали непрерывным швом полипропиленовой нитью № 2/0 к задней поверхности поперечной фасции.

Таблица 1

Варианты выполненных герниопластик

Ширина грыжевых ворот (W)	Срединные грыжи (M)						Боковые грыжи (L4)				Всего больных	
	Аллопластика			Пластика местными тканями			Аллопластика					
	Sublay		Inlay	Число больных		%	Sublay		Число больных			%
	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%				
W1	2	10	–	–	18	90	–	–	–	–	20	
W2	16	84,2	3	15,8	–	–	–	–	–	–	19	
W3	3	23,1	10	76,9	–	–	3	60	2	40	18	
W4	–	–	2	100,0	–	–	–	–	–	–	2	
ВСЕГО	21		15		18		3		1		59	

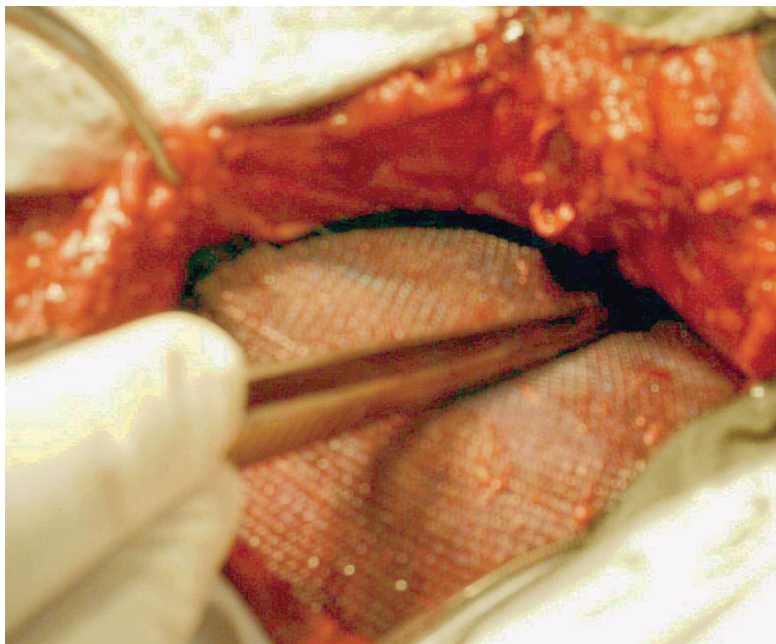


Рис. 1. Размещение сетчатого имплантата в предбрюшинном пространстве

При выраженных рубцовых изменениях в области грыжевых ворот и невозможности тоннелирования предбрюшинного пространства у 13-ти больных (36,1 %) применили межмышечное расположение сетчатых эндопротезов по Rives [12]. При этом у пяти (38,5 %) из 13-ти больных брюшную полость изолировали от операционной раны путем сшивания задних листков вскрытых влагалищ прямых мышц живота. Одновременно выполнялась транспозиция прямых мышц живота в срединное положение с фиксацией между собой их медиальных сторон викриловым швом. Сетчатые эндопротезы размещали над прямыми мышцами живота с их фиксацией непрерывным швом полипропиленовой нитью № 2/0 к передним листкам влагалищ прямых мышц живота. Из-за выраженного диастаза краев грыжевых ворот сопоставление задних листков влагалищ прямых мышц живота без натяжения не всегда было возможным. Поэтому у восьми больных данной группы (61,5 %) подшивали прядь большого сальника непосредственно к краям задних листков вскрытых влагалищ прямых мышц живота по всему периметру раны. Сетчатые имплантаты размещали под прямыми мышцами живота и фиксировали непрерывным швом полипропиленовой нитью № 2/0 к задним листкам влагалищ прямых мышц живота либо к поперечной фасции.

У 9-ти (25 %) из 36-ти больных закрыть брюшную полость местными тканями не представлялось возможным; брюшную полость изолировали от операционной раны большим сальником с расположением сетчатого эндопротеза над сальником внутрибрюшинно по В. В. Жебровскому с подведением краев имплантата под края грыжевых ворот не менее чем на 5–7 см [7].

При операциях по поводу поясничных (L4) послеоперационных вентральных грыж (5 больных) грыжевой мешок выделяли из окружающих тканей без его вскрытия. Во всех случаях сетчатый эндопротез был размещен в предбрюшинном пространстве.

Еще у трех больных, не вошедших в группу больных с вентральными грыжами (59 больных), но имевших факторы риска развития послеоперационных вентральных грыж (пожилые больные женского пола, с истонченной белой линией живота, с ожирением II–III ст.), перед завершением плановой холецистэктомии из традиционного верхнесрединного доступа были выполнены превентивные аллопластики передней брюшной стенки с расположением сетчатого эндопротеза в предбрюшинном пространстве sublay.

Из общего числа пациентов, которым было выполнено эндопротезирование (41 больной), у 28-ми (68,3 %) использовали полипропиленовую сетку производства ООО «Линтекс» (Санкт-Петербург), у 12-ти (29,3 %) – композитную сетку Vupro*II (ETHICON, Jonson@Jonson), у одного больного (2,4 %) – полиэстеровую сетку «Plastex» (Bucharest, Romania). Полипропиленовый эндопротез «Линтекс» также был применен во время превентивной пластики у трех больных.

Дренирование послеоперационных ран по Редону было выполнено у 12-ти больных (36,6 %), оперированных на этапе освоения метода. Дренажи удаляли на 2–3 сутки после операции или после прекращения их функционирования. В последующем мы отказались от обязательного дренирования послеоперационных ран. Активное дренирование выполняли только при наличии больших остаточных полостей в подкожно-жировой клетчатке, которые не удавалось ликвидировать путем их ушивания.

Всем больным после протезирующей герниопластики с целью коррекции гемодинамики в течение 1–2 суток послеоперационного периода проводилась инфузионная терапия. Продолжительность антибактериальной терапии – до пяти суток после операции. Активный режим назначался к концу первых суток послеоперационного периода. С целью профилактики рецидива грыжи было рекомендовано ношение бандажа на протяжении 8–12 месяцев после операции.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре после протезирующей герниопластики – 9,7 к/дня. Однако при «гладком» течении послеоперационного периода некоторые больные были выписаны из стационара на 3–4 сутки после операции.

Результаты исследования и обсуждение

У 18-ти больных, которым была выполнена пластика местными тканями, послеоперационный период протекал без каких-либо осложнений.

После протезирующей герниопластики (41 пациент) осложнения были отмечены у пяти пациентов (12,2 %): четверо из них были оперированы в плановом порядке, одна больная оперирована по поводу ущемленной ПОВГ. У всех этих больных сетчатый эндопротез был размещен inlay. Возникшие осложнения носили характер специфических раневых осложнений: воспалительный инфильтрат области послеоперационной раны – один больной; длительная, более 12 суток, лимфорея – одна больная; нагноение послеоперационной раны на всем ее протяжении – один больной (рана санирована открытым методом, зажила вторичным натяжением); формирование сером области послеоперационного рубца – две больные. Во всех случаях лечения раневых осложнений удаления сетчатого эндопротеза не понадобилось.

Сроки наблюдения составили от шести месяцев до пяти лет. Из 18-ти больных, которым была выполнена герниопластика местными тканями, осмотрены 13 пациентов (72,2 %). Рецидивов грыж в этой группе больных не выявлено.

Из числа больных (41 пациент), которым была выполнена протезирующая герниопластика, были осмотрены 34 (82,9 %). Рецидивы грыж выявлены у трех больных (8,8 %). Все пациенты были оперированы по поводу срединных (М) ПОВГ в период освоения аллопластики. У двух больных сетчатый эндопротез не был расположен по ходу всего старого послеоперационного рубца. Считаем, что причинами возникновения рецидивов у этих двоих пациентов были недиагностированные и неустраненные дефекты в неукрепленных имплантатом участках апоневроза. Поэтому в дальнейшем с целью профилактики возникновения рецидива мы либо рассекали апоневроз по ходу всего послеоперационного рубца, либо путем тоннелирования создавали площадку в предбрюшинном пространстве для размещения эндопротеза под апоневрозом на всем протяжении старого послеоперационного рубца. Еще у одной больной возможной причиной рецидива ПОВГ могло быть использование эндопротеза недостаточного размера.

У 31-го (91,2 %) из 34-х осмотренных больных рецидивов грыж, болевых ощущений, чувства наличия инородного тела в зоне выполненной герниопластики не отмечали; они приступили к обычной трудовой деятельности (рис. 2).



Рис. 2. Больной М. спустя четыре года после аллогерниопластики по поводу послеоперационной вентральной грыжи M1W4R0 с размещением эндопротеза inlay.

Ранее перенес три операции по поводу острого деструктивного панкреатита:

а – вид сбоку; б – вид спереди

Варианты размещения сетчатых имплантатов зависели от ширины грыжевых ворот: при W1 (двое больных): sublay – у двоих больных (100 %); при

W2 (19 больных): sublay – у 16-ти (84,2 %), inlay – у троих (15,8 %); при W3 (18 больных): inlay – у 12-ти (66,7 %), sublay – у шести (33,3 %); при W4 (двое больных): inlay – у двоих больных (100 %). При ширине грыжевых ворот W4 (двое больных) эндопротез размещали только inlay.

При размещении сетчатого эндопротеза inlay его края подводили под края апоневроза не менее чем на 5–7 см. Над эндопротезом сшивали только свободно сопоставляемые края апоневроза. В местах натяжения сетчатый эндопротез фиксировали вторым рядом швов к краям грыжевых ворот по всему периметру оставшегося грыжевого дефекта. В результате площадь соприкосновения эндопротеза и подкожно-жировой клетчатки значительно уменьшается.

При размещении эндопротеза в слоях брюшной стенки необходимо соблюдать основное правило герниопластики – без натяжения. Размещение сетчатого имплантата внутрибрюшинно таит в себе опасность развития различных осложнений в отдаленном периоде, таких как миграция имплантата в брюшную полость, развитие кишечных свищей, спаечной болезни брюшной полости, врастание в полые органы. В связи с этим такое размещение эндопротеза должно быть использовано лишь в самых крайних случаях.

По данным А. А. Ботезату [11], при наличии средних и больших ПОВГ за счет боковой мышечной тяги развивается диастаз прямых мышц живота, в связи с чем было предложено выполнять транспозицию прямых мышц живота. Однако в результате фиксации сетчатого эндопротеза с обеих сторон грыжевого дефекта создается противонаправленная тракция, уравнивающая боковую мышечную тягу, в результате чего происходит постепенная самостоятельная транспозиция прямых мышц живота с устранением диастаза [16], что мы наблюдали у некоторых наших больных.

В отношении целесообразности применения аллопластики в лечении ущемленных рецидивных и ПОВГ существуют противоречивые мнения. Имеются как сторонники экстренной аллогерниопластики [13] так и ее противники [14]. Мы считаем, что при отсутствии абсолютных противопоказаний к аллопластике (критическое состояние больного, гнойно-воспалительные осложнения области операционной раны или брюшной полости) вполне оправдано применение протезирующей герниопластики при хирургическом лечении ущемленных, рецидивных и послеоперационных вентральных грыж. Использование аллопластического материала при лечении ущемленных вентральных грыж размерами W2–W4 решает проблему дефицита тканей в зоне оперативного вмешательства, что дает возможность ликвидировать грыжевой дефект без натяжения местных тканей и без повышения внутрибрюшного давления. Это позволяет предотвратить развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) в раннем послеоперационном периоде, возникновение рецидива вентральной грыжи – в отдаленном периоде. Нами была выполнена аллопластика у пяти больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Как известно, факторами риска возникновения послеоперационных вентральных грыж являются ожирение, преклонный возраст, истощение, повторные лапаротомии, нагноение послеоперационных ран, хронические заболевания легких, диабет и другие соматические заболевания [4, 8]. Оказались

малоэффективными предложенные методы профилактики: стимуляция репаративных процессов в операционной ране путем введения фибриногена и криопреципитата, профилактика нагноений послеоперационных ран, укрепление зоны операционной раны местными тканями путем создания дубликатуры апоневроза, наложения восьмиобразных швов. Перспективным направлением профилактики возникновения послеоперационных вентральных грыж в настоящее время многие считают превентивное аллопротезирование [15]. Мы тоже считаем, что при наличии у больных двух и более явных факторов риска возникновения послеоперационной грыжи оправдано дополнительное укрепление операционной раны передней брюшной стенки эндопротезом с размещением последнего в предбрюшинном пространстве sublay. Нами была выполнена превентивная аллопластика у трех пациенток. Каких-либо осложнений в раннем послеоперационном периоде у этих больных не наблюдалось. Сроки наблюдения составили два года. Послеоперационных грыж у этих больных нами выявлено не было.

Выводы

1. Аутопластические методы герниопластики при ширине грыжевых ворот W1 (по Chevrel-Rath) обеспечивают удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты лечения больных.

2. Показаниями для выполнения протезирующей герниопластики являются наличие рецидивных абдоминальных грыж любых размеров или ПОВГ с шириной грыжевых ворот W2–W4 по Chevrel-Rath; аллопластические методы обеспечивают удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты их лечения.

3. Варианты размещения сетчатого эндопротеза в тканях брюшной стенки по отношению к апоневрозу (sublay, inlay, onlay) зависит от ширины грыжевых ворот.

4. Применение аллопластических методов закрытия грыжевых ворот ущемленных вентральных грыж возможно при отсутствии местных гнойно-воспалительных осложнений, критического состояния больного.

5. При проведении операций I и II классов «чистоты» и при наличии не менее двух явных факторов риска грыжеобразования вполне обосновано профилактическое выполнение вспомогательной аллопластики брюшной стенки с расположением сетчатого эндопротеза в предбрюшинном пространстве sublay.

6. В условиях центральной районной больницы возможно оказание современных видов хирургической помощи пациентам с рецидивными и послеоперационными вентральными грыжами.

Список литературы

1. **Чистяков, А. А.** Опыт хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / А. А. Чистяков // Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов : материалы 1-й Международной конференции. – М., 2003. – С. 44–46.
2. **Han, J. G.** Operative treatment of ventral hernia using prosthetic materials / J. G. Han, S. Z. Ma, J. K. Song, Z. J. Wang. – *Hernia*, 2007. – № 11. – P. 419–423.
3. **Bleichrodt, R. P.** Component Separation Technique to repair large midline hernias / R. P. Bleichrodt, T. S. de Vries Reilingh, A. Malyar, H. van Goor // *Operative Techniques in General Surgery*. – 2004. – V. 6. – № 3. – P. 179–188.

4. **Bernard, C.** Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh / C. Bernard, C. Polliand, L. Mutelica, G. Champault. – *Hernia*, 2007. – V. 11. – P. 315–320.
5. **Millikan, K. W.** Incisional hernia repair / K. W. Millikan. – *Surgery Clin.* – 2003. – V. 83. – P. 1223–1224.
6. **Самойлов, А. В.** Осложнения протезирующей вентропластики / А. В. Самойлов // *Вестник герниологии*. – 2006. – Вып. II. – С. 168–171.
7. **Жебровский, В. В.** Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. – М. : МИА, 2005. – 364 с.
8. **Белоконев, В. И.** Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконев. – Самара : ГП «Перспектива», 2005. – 208 с.
9. **Korenkov, M.** Classification and surgical treatment of incisional hernia / M. Korenkov [et al.] // *Results of an experts' meeting. Langenbeck's Arch. Surg.* – 2001. – V. 386. – P. 65–73.
10. **Ягудин, М. К.** Роль этапной реконструкции передней брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных грыжах / М. К. Ягудин // *Хирургия*. – 2005. – № 9. – С. 69–72.
11. **Ботезату, А. А.** Транспозиция прямых мышц живота и аутодермопластика в лечении больших и гигантских рецидивных послеоперационных срединных грыж / А. А. Ботезату, С. Г. Грудко // *Хирургия*. – 2006. – № 8. – С. 54–58.
12. **Нелюбин, П. С.** Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П. С. Нелюбин, Е. А. Галота, А. Д. Тимошин // *Хирургия*. – 2007. – № 7. – С. 69–74.
13. **Gavioli, M.** Prosthesis and emergency surgery of hernia / M. Gavioli [et al.] // *J. Chir (Paris)*. – 1996. – V. 133 (7). – P. 317–326.
14. **Henry, X.** Is there a reasonable role for prosthetic materials in the emergency treatment of hernias? / X. Henry, V. Randriamanantsoa, P. Verhaeghe, R. Stoppa // *Chirurgie*. – 1994–1995. – V. 120 (12). – P. 123–131.
15. **Суковатых, Б. С.** Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза / Б. С. Суковатых [и др.] // *Хирургия*. – 2007. – № 9. – С. 46–53.
16. **Flament, J. B.** Retro rectus approach to ventral hernia repair / J. B. Flament // *Operative Techniques in General Surgery*. – 2004. – V. 6 (3). – P. 165–178.

Лембас Александр Николаевич
хирург Каменской ЦРБ, г. Каменка
Приднестровской Республики (Молдова)
E-mail: lembasan@rambler.ru

Lembas Alexander Nikolaevich
Surgeon, Kamenka Regional Hospital,
Kamenka, Transdnistria

Тампей Илья Ильич
заведующий хирургическим отделением
Каменской ЦРБ, г. Каменка
Приднестровской Республики (Молдова)
E-mail: ilja.tampejj@rambler.ru

Tampey Ilya Ilyich
Head of surgical department,
Kamenka Regional Hospital,
Kamenka, Transdnistria

Иванченко Владимир Вадимович
хирург Комсомольской городской
больницы, г. Комсомольск, Украина,
Полтавская область
E-mail: viv_2006.56@mail.ru

Ivanchenko Vladimir Vadimovich
Surgeon, Komsomolsk Municipal Hospital,
Komsomolsk, Poltava region, Ukrain

Баулин Афанасий Васильевич

кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра хирургии, Медицинский
институт, Пензенский государственный
университет

E-mail: bigbaul@gmail.com

Baulin Afansiy Vasilyevich

Candidate of medical sciences,
associate professor, sub-department
of surgery, Medical Institute,
Penza State University

Зюлькин Григорий Александрович

хирург Пензенской областной
клинической больницы
им. Н. Н. Бурденко; ассистент, кафедра
хирургии, Медицинский институт,
Пензенский государственный
университет

E-mail: pmisurg@gmail.com

Zyulikin Grigory Alexander

Surgeon, Penza Regional Clinical
Hospital named after N. N. Burdenko;
Assistant, sub-department of surgery,
Medical Institute, Penza State University

УДК 617-089.844

Лембас, А. Н.

**О лечении послеоперационных вентральных грыж / А. Н. Лембас,
И. И. Тампей, В. В. Иванченко, А. В. Баулин, Г. А. Зюлькин // Известия выс-
ших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. –
№ 1 (13). – С. 56–67.**