

© Коллектив авторов, 2013  
УДК 616.36-089.843-06:617.55-007.43-089

В. В. Боровик, Ф. К. Жеребцов, И. И. Тилеубергенов, И. О. Руткин, Д. А. Гранов

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ  
(дир. — академик РАМН А. М. Гранов), Санкт-Петербург

**Ключевые слова:** послеоперационная вентральная грыжа, трансплантация печени

**Введение.** Послеоперационные вентральные грыжи, по-прежнему, являются актуальной проблемой хирургии и по данным печатных работ [1, 3] развиваются после 2–15% лапаротомий. Снижение травматичности хирургического доступа за счёт внедрения лапароскопических вмешательств, использование современных синтетических шовных материалов определили тенденцию к уменьшению частоты развития первичных и рецидивных вентральных грыж. Однако существенное расширение объёма современных агрессивных и комбинированных операций, всё чаще выполняемых сегодня, отсутствие значимых успехов в борьбе с госпитальной инфекцией не позволяют надеяться на заметный прогресс в этом направлении. При этом нельзя отрицать, что наличие грыжи негативно влияет на качество жизни пациента, заметно ограничивает его физическую активность и является потенциальным фактором риска по развитию ущемления.

Трансплантация печени (ТП) в нашей стране уже не является экстраординарной операцией. Ежегодно выполняются около 200 вмешательств, а сроки выживаемости большинства пациентов превышают 10 лет [4]. Следует подчеркнуть, что основной задачей трансплантации является не только спасение жизни реципиента, но и его максимально полная социальная и физическая

адаптация [2]. В этой связи представляется интересным изучение частоты и причин развития грыж после трансплантаций печени. В доступной нам литературе не встретилось обобщений, конкретизирующих показания к герниопластике и тактические аспекты её выполнения. Не представлены данные о непосредственных и отдалённых результатах операций.

Цель нашего исследования — анализ причин развития вентральных грыж после ТП и результатов их хирургической коррекции.

**Материал и методы.** С июня 1998 г. по июнь 2012 г. в ФГБУ РНЦРХТ выполнено 114 трансплантаций печени (из них 6 — ретрансплантаций). В 112 наблюдениях использовался трупный орган, в 2 — правая доля от живого родственного донора. Сроки наблюдения на декабрь 2012 г. составили от 1 мес до 14,5 лет. У всех пациентов в качестве хирургического доступа использовали двухподрёберную лапаротомию с вертикальным продлением разреза к мечевидному отростку (по Starzl). Для ушивания поперечной части раны передней брюшной стенки использовали 2-рядный непрерывный шов нитью PDS II Loop («ETHICON»), вертикальной — узловой однорядный шов нитью Nurolon 2/0 (ETHICON). Шов кожи осуществляли узловыми швами либо металлическими скрепками. У всех пациентов достигался тщательный гемостаз со стороны слоёв ушиваемой брюшной стенки.

**Результаты и обсуждение.** Грыжи в зоне послеоперационного рубца развились у 8 реципиентов (7%) с диагнозами: цирроз вирусной этиологии — у 4, неверифицированный цир-

### Сведения об авторах:

Боровик Владимир Владимирович (e-mail: borovik1968@yandex.ru), Жеребцов Фёдор Константинович (e-mail: zherebtsov.f@gmail.com), Тилеубергенов Инхат Ибрагимович (e-mail: inkhat@mail.ru), Руткин Игорь Олегович (e-mail: operblock@yandex.ru), Гранов Дмитрий Анатольевич (e-mail: elegranova@mail.ru), Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 70

роз — у 2, гепатоцеллюлярная карцинома — у 1, альвеококкоз — у 1. В 6 наблюдениях дефект располагался в месте соединения вертикального и поперечного разрезов, в 2 — преобладал диастаз вертикальной части рубца. Отчасти это подтверждает, что наиболее «слабым» местом доступа по Starzl является репарация в зоне одиночного узлового шва, соединяющего нижние углы вертикального доступа и апоневроз прямых мышц живота в середине горизонтального. При ушивании брюшной полости следует четко контролировать, насколько качественно затянут этот одиночный центральный шов и адекватно сопоставлены ткани. Среди причин, приводящих к образованию грыжи, в наших наблюдениях следует выделить нагноение раны у 2 пациентов. У 3 реципиентов отмечена избыточная физическая активность после выписки из стационара, а у 1 больной, наоборот, — пассивный образ жизни и резкое увеличение массы тела (более 30 кг за полгода) привели к формированию дефекта в месте соединения вертикального и поперечного разрезов. У 1 пациента тяжелый и длительный реабилитационный период способствовал медленному восстановлению тонуса перерастянутой брюшной стенки — интраоперационно эвакуировано около 20 л асцитической жидкости. На восстановление мышечного тонуса после успешной ТП у таких пациентов уходит до полугода. Это, безусловно, влияет на возможность образования грыж у реципиентов, почувствовавших «вкус новой жизни» и неадекватно оценивающих свои физические резервы. Нам представляется оправданным ограничение статической нагрузки на переднюю брюшную стенку и ношение бандажа в сроки до 4–6 мес после ТП. Косвенным негативным фактором, влияющим на заживление послеоперационной раны, является достаточно агрессивная иммуносупрессия в раннем посттрансплантационном периоде, ослабленность и сниженные репаративные возможности, типичные для больных с терминальными стадиями заболеваний печени.

Обсуждая показания к герниопластике, следует остановиться на следующих аспектах. Прежде всего, это касается общего состояния пациента, обусловленного функцией печеночного трансплантата, наличия или отсутствия значимых хирургических или инфекционных осложнений, а также степени физической и ментальной реабилитации. Мы считаем нецелесообразным выполнять герниопластику, когда прогноз отдаленной выживаемости недостаточно ясен, а операция может стать дополнительным негативным моментом. Как правило, мы обсуждаем показания к герниопластике через 1 год после ТП, когда перспективы

отдаленной выживаемости становятся более определенными.

Операция по устранению послеоперационной грыжи произведена у 7 реципиентов в сроки от 8 до 33 мес после ТП. При выполнении операции в абсолютном большинстве наблюдений герниопластику выполняли местными тканями. Следует избегать использования синтетических сеток и других материалов ввиду высокого риска их инфицирования. Необходимо учитывать теоретическую возможность других повторных операций в будущем, связанную с развитием конкурирующих заболеваний или дисфункцией трансплантата, требующей повторной пересадки. В такой ситуации наличие у пациента синтетического материала может существенно усложнить хирургический доступ. Ярким примером нарушения указанных принципов служит представляемое нами наблюдение.

Больная Е., 52 года. В 2002 г. выявлен хронический вирусный гепатит С. Противовирусная терапия не проводилась. С целью определения степени морфологических изменений в январе 2003 г. выполнена биопсия печени. Гистологическое заключение — цирроз печени. Через 5 лет развился полный комплекс клинико-лабораторных признаков заболевания: синдром портальной гипертензии с диуретикорезистентным асцитом, варикозное расширение вен пищевода, спленомегалия, гиперспленизм и т.д. В 2009 г., по данным УЗИ и МРТ, обнаружено объемное образование в VII–VIII сегментах печени диаметром до 30 мм. По результатам биопсии — гепатоцеллюлярный рак. Опухоль не выходила за Миланские критерии и в ноябре того же года пациентка поставлена в лист ожидания программы трансплантации печени в ФГБУ «РНЦРХТ».

В качестве первого этапа комбинированного лечения в ноябре и декабре 2009 г. проведено 2 цикла регионарной химиотерапии — масляной химиоэмболизации правой печеночной артерии с доксорубицином и липиодолом. В январе 2010 г. выполнена операция в объеме лапаротомии по Starzl, гепатэктомии с резекцией ретропеченочного отдела нижней полой вены, трансплантации печени от трупного донора. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводили плановую терапию по протоколу ведения пациентов после трансплантации печени. Выписана на амбулаторное лечение через 28 дней. В послеоперационном периоде полностью реабилитировалась в социальном и бытовом плане, работала. Прибавила в массу тела до 30 кг. В августе 2011 г. по поводу вентральной послеоперационной грыжи по месту жительства были выполнены герниотомия и герниопластика с использованием сетчатого имплантата PROLENE 3D Patch. Ранний послеоперационный период осложнился выраженным нагноением послеоперационной раны с последующим заживлением вторичным натяжением. Имплантат удален не был.

В апреле 2012 г. обратилась в ФГБУ «РНЦРХТ» с клинической картиной механической желтухи, холангита. Отмечен рост уровня АФП до 980 МЕ/мл. По данным МРТ, выявлено объемное образование забрюшинного пространства справа до 4 см в диаметре, расцененное как метастаз гепатоцеллюлярного рака, стриктура в зоне желчного анастомоза. Предложено хирургическое лечение, и 21.05.2012 г. выпол-

нена операция в объеме релапаротомии, удаления опухоли забрюшинного пространства справа, интраоперационного наружновнутреннего холангиодренирования. Особо следует отметить выраженный рубцово-спаечный процесс в зоне ранее выполненной герниопластики сетчатым проленовым имплантатом. Это заметно затруднило доступ в брюшную полость и заняло основное время оперативного вмешательства. Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны, что значительно затруднило процесс выздоровления и потребовало длительного пребывания в стационаре (91 день).

В октябре 2012 г. при плановом обследовании на фоне роста титра АФП до 1900 МЕ/мл, по данным УЗИ и МРТ, выявлен рецидив опухоли в забрюшинном пространстве справа до 70 мм в диаметре. Трансплантат интактен. 19.11.2012 г. операция — релапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства справа, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Ранний послеоперационный период осложнился частичным нагноением послеоперационной раны. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. Уровень АФП через 1,5 мес после операции составил 17 МЕ/мл. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога и инфекциониста по месту жительства через 43 дня.

**Выводы.** Таким образом, с увеличением количества выполняемых трансплантаций печени растёт число реципиентов с послеоперационными вентральными грыжами. Показания к оперативному лечению у этих пациентов должны определяться индивидуально с учётом функции трансплантата и возможных повторных вмешательств, а проведение планового оперативного лечения целесообразно в условиях трансплан-

тологического центра. Желательно избегать использования синтетических материалов для герниопластики.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адамян А. А., Накашидзе Д. Х., Чернышова Л. М. Лечение послеоперационных вентральных грыж, сочетающихся с хирургическими заболеваниями брюшной полости // Хирургия. 1994. № 7. С. 45–47.
2. Готьё С. В. Очерки клинической трансплантологии. М.—Тверь: Триада, 2009. 360 с.
3. Ромашкин-Тиманов М. В. Морфофункциональное обоснование хирургических методов лечения послеоперационных вентральных грыж брюшной стенки: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2007. 279 с.
4. Трансплантология: итоги и перспективы. Т. III. 2011 г. / Под ред. С. В. Готьё. М.—Тверь: Триада, 2012. 416 с.

Поступила в редакцию 06.02.2013 г.

V. V. Borovik, F. K. Zherebtsov, I. I. Tileubergenov,  
I. O. Rutkin, D. A. Granov

#### POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN PATIENTS, WHO UNDERGONE THE LIVER TRANSPLANTATION OPERATION

Russian research centre of radiology and surgical technology

The development of postoperative ventral hernia was observed in 8 patients from 114, who undergone the liver transplantation operation. The patients were followed in terms up to 14.5 years. The authors consider the indications and features of surgical treatment of such postoperative hernias.

**Key words:** *postoperative ventral hernia, liver transplantation*