

УДК 616-007.43-089.168.1-084

Р.В. Бондарев¹, А.Л. Чибисов¹, А.А. Орехов¹, Л.П. Чибисов²**ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**¹ГУ «Луганский государственный медицинский университет»²Городская клиническая больница № 4, Киев

В ходе данной работы нами была разработана новая методика фиксации эндопротеза в «in lay» позиции, которая позволила в раннем послеоперационном периоде полностью избежать развития некроза подкожно-жировой клетчатки и лимфорреи, снизить в 3 раза возникновение нагноения раны, на 11,5% образование сером, уменьшить средний койко-день пребывания больного в стационаре в 1,7 раза.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, эндопротез, серома.

Грыжи живота являются чрезвычайно распространенным хирургическим заболеванием. Потенциальным грыженосителем является каждый пятый житель Земли [1]. Наличие грыжи нарушает общее состояние больных, понижает их трудоспособность и нередко приводит к тяжелым осложнениям. Грыжесечение – одна из самых распространенных операций во всем мире [2]. И на сегодняшний день мы не можем сказать, что результаты этих операций нас полностью удовлетворяют. Актуальность и сложность проблемы состоит в том, что у каждого восьмого оперированного по поводу грыжи больного возникает рецидив заболевания [3]. С появлением сетчатых эндопротезов количество рецидивов резко уменьшилось, однако высокий процент ранних послеоперационных осложнений объясняет интерес хирургов к этой проблеме.

Цель исследования – снизить количество ранних послеоперационных осложнений путем разработки нового способа фиксации сетчатого протеза и профилактики осложнений при герниопластике послеоперационных грыж передней брюшной стенки (ПОГПБС).

Материал и методы

В основу настоящего исследования положены результаты клинической характеристики эффективности лечения 265 больных с ПОГПБС. Среди наблюдаемых больных представлены почти все возрастные группы от 18 до 75 лет и старше. Большинство из них составили лица женского пола, средний возраст которых 58 лет. Обращает на себя внимание то,

что 71,7% оперированных больных были лица трудоспособного возраста, что свидетельствует не только о медицинской, но и о социальной значимости рассматриваемой проблемы.

ПОГПБС образовались после операций, выполненных в неотложном и плановом порядке. Наиболее часто ПОГПБС развивались у больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний, осложненных острым разлитым перитонитом и развитием в послеоперационном периоде внутрибрюшных осложнений – 59,9% наблюдений, после экстренных оперативных вмешательств с гладким послеоперационным течением – 25,1% наблюдений. После плановых оперативных пособий грыжи образовались у 15% больных. Среди больных, госпитализированных по поводу послеоперационных грыж, у 28 был рецидив после грыжесечения, выполненного в разных медицинских учреждениях, и у 3 – многократно рецидивирующая послеоперационная вентральная грыжа.

При обследовании больных особое внимание уделяли выявлению сопутствующих заболеваний, а также их коррекции. Самыми распространенными сопутствующими заболеваниями являлись сердечно-сосудистая и хроническая легочная патология, а также ожирение.

Методом выбора анестезии был эндотрахеальный наркоз – 153, спинномозговая анестезия применена у 112 больных.

Все прооперированные больные по способу фиксации аллотрансплантата были раз-

делены на две группы. При этом по возрасту, полу, тяжести и характеру основной и сопутствующей патологии больные в обеих группах достоверно не отличались друг от друга ($p > 0,05$). В первую группу вошло 130 пациентов с ПОГПБС, оперированных по классической методике с размещением эндопротеза в «in lay» позиции с фиксацией его П-образными швами после предварительного отделения апоневроза от подкожной клетчатки на расстоянии 5-6 см. Во вторую группу вошло 135 пациентов оперированных с использованием разработанного нами способа фиксации сетчатого протеза (Патент № 15756, Украина, МПК А61В17/00). Суть данного метода заключается в следующем: после размещения эндопротеза приступают к его фиксации, подкожную клетчатку от кожи на 1 см в латеральном и косом направлениях перфорируют зажимом до апоневроза, так чтобы расстояние от края грыжевых ворот до оголенного участка апоневроза составило 5-6 см. При этом в клетчатке формируется канал к апоневрозу диаметром 1,5 см, через который П-образно, проленовой ниткой прошивают апоневроз, эндопротез, возвращая нитку обратно в канал в клетчатке. Далее формируют следующие каналы на расстоянии 4 см друг от друга. Данный способ позволяет не выполнять отделения клетчатки от апоневроза и тем самым избежать возможного нарушения кровообращения с дальнейшим некрозом, избежать повреждения лимфатических сосудов с последующим развитием лимфорреи и возникновением сером. В обеих группах подапоневротическое пространство дренировалось трубчатыми дренажами с активной аспирацией по типу Редона. Дренажи удалялись на 3-5 сутки.

Всем больным проводилась антибиотико-профилактика путем внутривенного введения 1,5 гр цефуроксима (Зинацеф®) за 30 минут до операции. Медикаментозное лечение в обеих группах в послеоперационном периоде было идентично, исключение составили пациенты, имевшие осложнение в раннем послеоперационном периоде.

После завершения операции на операционном столе всем пациентам надевали эластичный бандаж на область раны, что обеспечивало стабильный компрессионный эффект на передней брюшной стенке (ПБС), позволяло плотно сопоставить раневые поверхно-

сти, способствовало адекватной эвакуации отделяемого по дренажным системам из подапоневротического пространства. Кроме того, ранняя фиксация за счет бандажа обеспечивает хорошую иммобилизацию раны, уменьшает отек и инфильтрацию в области ее краев и уменьшает болевой синдром при ранней активации пациентов.

Через день выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) ПБС в области расположения эндопротеза. Учитывая то, что УЗИ предоставляет информацию о положении дренажей и адекватности их функции, данный метод проводили с 1 суток после операции. Если при повторном УЗИ увеличивалась эхонегативная зона – проводили пункцию и аспирацию экссудата. Последнее УЗИ желательно выполнять также через 3-4 недели после операции.

Назначали нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак) для снижения реакции тканей на имплантацию протеза.

Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ результатов лечения свидетельствует, что заживление ран после операций с отслаиванием кожно-жирового лоскута на значительном протяжении таит в себе большой риск развития в раннем послеоперационном периоде местных осложнений. Среди больных первой группы наблюдались следующие местные осложнения: инфильтрат в ране (9), нагноение раны (3), частичный краевой некроз кожи (1), расхождение краев кожи (1). Серомы отмечены у 17 пациентов, что потребовало их дальнейшее дренирование под УЗ-контролем. В одном случае наблюдали некроз подкожно-жировой клетчатки в области ее отсепаровывания от апоневроза, в связи с чем больная оперирована повторно, произведено иссечение некротически измененной клетчатки. У 8 пациентов развилась лимфоррея с образованием множественных жидкостных скоплений в подкожно-жировой клетчатке. Пункционный метод под контролем УЗИ был малоэффективен. В пределах жидкостных скоплений снимались кожные швы, разводились края раны с удалением и соединением между собой жидкостных скоплений. В дальнейшем рана велась открыто до образования розовых, сочных грануляций с последующим наложением вторичных швов.

Краевой некроз и расхождение краев раны были связаны с исходно плохим состоянием кожи у больных с обширными вентральными грыжами. Иссечение измененной кожи в пределах здоровых участков не всегда выполнимо, и нередко приходится оставлять растянутую, истонченную кожу.

Во второй группе местных осложнений было значительно меньше. Среди них у 2 пациентов отмечены инфильтрат в ране, у 1 – нагноение раны. Серомы возникли у 2 больных, которые были удалены пункционным методом под контролем УЗИ.

На основании полученных данных можно заключить, что значительное снижение местных осложнений после применения предложенного способа герниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами указывает на его достаточную адекватность.

Выводы

Таким образом, разработанный нами метод фиксации эндопротеза за счет минимальной травматизации тканей позволил в раннем послеоперационном периоде полностью избежать развития некроза подкожно-жировой клетчатки и лимфорреи, снизить в 3 раза возникновение нагноения раны, на 11,5% образование сером, уменьшить средний койко-день пребывания больного в стационаре в 1,7 раза.

ПРОФІЛАКТИКА РАНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Р.В. Бондарев, О.Л. Чибісов, О.А. Орехов, Л.П. Чибісов

В ході даної роботи нами була розроблена нова методика фіксації ендопротезу в «in lay» позиції, яка дозволила у ранньому післяопераційному періоді повністю запобігти розвитку некрозу підшкірно-жирової клітковини та лімфорреї, знизити у 3 рази виникнення нагноєння рани, на 11,5% утворення сером, скоротити середній термін перебування хворого у стаціонарі у 1,7 рази.

Ключові слова: післяопераційні вентральні грижі, ендопротез, серома.

PROPHYLACTICS OF EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AT HERNIOPLASTY OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

R.V. Bondarev, A.L. Chibisov, A.A. Orehov, L.P. Chibisov

During this study we developed a new method of fixation of endoprosthesis in «in lay» position, which let us to prevent the necrosis of subcutaneous layer and lymphorrhea in early postoperative period, decrease the number of cases of wound infection in 3 times, decrease the development of seromas on 11,5%, and decrease the term of hospitalization in 1,7 times.

Key words: postoperative ventral hernias, endoprosthesis, seromas.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж / В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, М.В. Сватковский // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 18-22.
2. Андреев С.Д. Принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / С.Д. Андреев, А.А. Адамян // Хирургия. – 1991. – № 10. – С. 119-120.
3. Кашибадзе К. Тактика лечения вентральных грыж методами ненатяжной герниопластики / К. Кашибадзе, В. Телорадзе, Е. Диасамидзе // Хирургія України. – 2008. – № 2 (додаток). – С. 102-103.

Стаття надійшла 14.05.2011