

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

Брылёва К.М., Смарж Т.М., Левдина Е.А.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецов А.В.

Актуальность. В последние годы, несмотря на внедрение новых технологий в хирургии, не удается добиться тенденции к снижению количества послеоперационных вентральных грыж. Среди больных, перенесших лапаротомию, частота встречаемости грыж составляет 5-11%. [2]. Течение послеоперационного периода после грыжесечения зависит от общего состояния организма, от материала и положения имплантируемого материала в брюшной стенке [5]. Четких подходов, по расположению протеза, до сих пор не разработано, и решение остается на усмотрение оперирующего хирурга. Причинами инфицирования раны и раневых осложнений являются неверный выбор способа пластики брюшной стенки и травматичное оперирование. [4]

Цель исследования. Оценка течения раневого процесса в раннем послеоперационном периоде у больных послеоперационными грыжами при различном положении сетчатого протеза в брюшной стенке.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы истории болезни 60 пациентов оперированных в плановом порядке по поводу послеоперационных вентральных грыж, в возрасте 35-75 лет, без тяжелой сопутствующей патологии. За 40 минут до операции проводилась антибактериальная профилактика - 1,0 цефазолина внутривенно однократно [1,3]. Все грыжи имели срединную локализацию и по классификации J.P. Chevrel, M.A. Rath (1999) укладывались в значение MW3-4R0-1. Выполнялось грыжесечение, пластика сетчатым протезом Prolene Mesh Ethicon поверхностная плотность 93 г/м², размер ячеек 0,56-0,63мм. По способу пластики больные были разделены на три группы: сетчатый протез устанавливался на

апоневроз (onlay), под апоневроз (sublay) и в брюшную полость изолированную прядью большого сальника (underlay). Брюшная стенка дренировалась в течение трех суток вакуумной системой по Редону. В послеоперационном периоде, в первые сутки, по показаниям, двукратно вводились ненаркотические анальгетики. Оценивали болевой синдром, размеры пальпируемого инфильтрата брюшной стенки, количество раневого отделяемого, количество и характер осложнений, размер сетчатого протеза, время операции.

Результаты и их обсуждение. Раневое отделяемое из брюшной стенки в количественном выражении преобладало в первой группе, средний показатель равен 294 мл, что связано с наибольшей степенью травматизации лимфатического коллектора при выделении грыжевого мешка и сепарации клетчатки от апоневроза при подготовке к пластике. Во второй группе отделяемое составило 246 мл в среднем, что на 17.4% меньше чем в первой группе, и в третьей группе 220 мл, что еще на 25% меньше.

Боль определялась по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В первые сутки наиболее выраженным болевой синдром был в третьей группе (10 баллов по ВАШ в первые сутки после операции), что связано с заинтересованностью париетальной брюшины вследствие ее подшивания и непосредственного контакта с сетчатым протезом. Однако средние показатели болевого синдрома за все время лечения в этой группе были самыми низкими (5,3 балла против 6,4 в первой группе и 6,6 во второй группе) ($p < 0,05$), что говорит о достаточно быстром протекании восстановительного периода. В первой группе, болевой синдром изначально был выражен умеренно (9 бал-

лов по ВАШ в первые сутки после операции), но сохранялся дольше (до 6-7 суток на уровне 4-5 баллов по ВАШ), чем в других группах, что возможно обусловлено длительно сохраняющимся инфильтратом.

Наибольшая площадь инфильтрата определялась в первой группе и была больше чем во второй на 25% по отношению к третьей на 33,4% ($p < 0,05$). Средняя площадь сетчатого протеза применявшегося для пластики была наибольшей в первой группе и составила 96 см² против 72 см² во второй и 64 см² в третьей группах.

По количеству осложнений лидировала первая группа, где определялись три лигатурных свища, четыре серомы и одно нагноение подкожной клетчатки. Во второй и третьей группе было по две серомы подкожной клетчатки. Удаления сетчатого протеза не потребовалось ни в одном случае.

Выводы. При пластике брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи, наименее предпочтительным является способ пластики onlay. Это связано с большим количеством раневого отделяемого из брюшной стенки вследствие травматизации подкожной клетчатки и наружной поверхности апоневроза, длительно сохраняющегося болевого синдрома, наибольшей площади инфильтрата, самым большим количеством имплантируемого материала и наибольшим количеством осложнений, что связано с поверхностным расположением протеза. Веским аргументом в пользу использования способа пластики underlay явля-

ется наименьшая травматизация подкожной клетчатки и апоневроза, что проявляется меньшим количеством раневого отделяемого, слабо выраженным и менее длительным болевым синдромом, и меньшим количеством раневых осложнений, что говорит о более благоприятном протекании послеоперационного периода. Весомых отличий в течении послеоперационного периода при пластиках underlay и sublay выявлено не было, что позволяет рекомендовать их как способы выбора в хирургическом лечении изучаемой группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброквашин, С.В. Периоперационная антибиотикопрофилактика в хирургии/ Волков Д.Е. // Казанский мед журн. – 2004. №5. – С. 323—327.;
2. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Симферополь: Издательский центр КГМУ 2000; 688.
3. Экстракорпоральная антибиотико-иммунокоррекция как профилактика инфекции в области хирургического вмешательства при использовании полипропиленовых сетчатых протезов у больных с послеоперационными вентральными грыжами /Кузнецов А.В., Кузнецов Ю.В., Добряков Б.С., Федин Е.Н. // Герниология. – 2008. №3. – С. 24-25
4. Янов, В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах/ Янов В.Н. // Хирургия. – 2000. №6. –С.23—26.;
5. de Vries Reilingh T.S. et al. Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques/de Vries Reilingh T.S. et al. // Hernia. – 2004. №8. –P. 56—59.