

ID: 2014-05-24-T-3647

Тезис

Козлов В.В., Хмара М.Б., Горохов С.В., Гнилосыр П.А., Ниязова С.А.

### **Абдоминопластика у пациентов перенесших операцию по поводу панкреонекроза**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

На кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета за последние 5 лет оперировано 32 пациента с тяжелыми формами панкреонекроза, осложненных флегмоной забрюшинного пространства.

Все пациенты оперированы верхнесрединным доступом, с широким вскрытием желудочно-ободочной связки, формированием оментобурсостомы, дренированием сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Санации сальниковой сумки осуществлялись "по программе". На протяжении первых 3 послеоперационных суток проводили сеансовую гипотермию. С целью купирования эндотоксикоза пациенты получили от 1 до 4 сеансов плазмафереза. Антибактериальная терапия строилась на основании бактериологических исследований и в основном заключалась в применении карбапенемов в комбинации с метронидазолом и флуконазолом.

В связи с многочисленными релапаротомиями, а также из-за тяжелого гнойного процесса в брюшной полости, в отдаленном послеоперационном периоде, у большинства пациентов сформировались обширные вентральные грыжи.

Из 32 оперированных по поводу панкреонекроза, в клинику в отдаленном периоде с вентральными грыжами обратились 21. Сроки с момента последней релапаротомии составили от 6 до 24 месяцев. Среди них 14 мужчин и 7 женщины. Возраст больных колебался от 22 до 67 лет.

Исходя из современной классификации у 17 пациентов – грыжи можно было охарактеризовать как «гигантские». У таких пациентов грыжевые ворота составляли более 10см в длину и более 4см в ширину. Кроме того, выраженные рубцовые изменения в краях апоневроза (а в 2 случаях – явления оссификации) не позволяли без значительного натяжения выполнить пластику дефекта собственными тканями. Этой группе пациентов выполнена пластика дефекта апоневроза синтетической сеткой «Prolen» по методике «on lay».

Гнойных осложнений не было отмечено. Лишь у двух пациентов отмечалось истечение серозной жидкости из раны в течение 15 дней после операции. У одной пациентки в раннем послеоперационном периоде отмечалась гипертермия до 38-39 С. При УЗИ зоны операции были выявлены признаки «реакции отторжения». Краткий курс глюкокортикоидной терапии купировал это осложнение.

У 4 пациентов дефект в апоневрозе был только в зоне оментобурсостомы и в диаметре составлял менее 5-6 см. В этих случаях была выполнена пластика дефекта местными тканями.

Сроки наблюдения оперированных пациентов составили от 6 месяцев до 4 лет. Рецидивов вентральных грыж не выявлено.

Таким образом, использование ненатяжных способов абдоминопластики позволяет успешно справиться с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, которые часто встречаются у пациентов, перенесших операции при панкреонекрозе. Определяющими факторами в выборе способа ликвидации дефекта являются размеры грыжевых ворот, а так же степень дегенерации краев апоневроза.

**Ключевые слова:** пластика, натяжение, панкреонекроз, грыжа вентральная