

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Соколова С.В., Кузнецов С.М., Агрызков А.Л., Лупсанов А.В., Карелина Н.В.

Кафедра факультетской хирургии ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, г. Иркутск, Клиники ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, г. Иркутск

За период 2003 – 2007 гг в хирургической клинике медицинского университета ненатяжная герниопластика «on lay» выполнена 285 пациентам с послеоперационными вентральными грыжами. Женщин было – 227 (79,6%), мужчин – 58 (20,4%). Средний возраст больных составил – 54,2 года. По локализации верхнесрединные грыжи составили 124 (43,5%), нижнесрединные – 133 (46,6%), боковые грыжи – 28 (9,9%). При определении размеров грыж использовали классификацию К.Н.Тоскина и соавт. 1983г., при этом большие и гигантские грыжи отмечались у 196 (68,7%) пациентов. Рецидивные грыжи наблюдались в 96 (33,6%) случаях.

Для замещения дефекта передней брюшной стенки использовалась полипропиленовая сетка (ППС) отечественного производства. Иссечение послеоперационного рубца производим в пределах, обеспечивающих сопоставление краев кожи без натяжения. В 81 (31,3%) случаях при невосприимчивых грыжах произведено вскрытие и иссечение грыжевого мешка. В остальных случаях мешок после выделения инвагинировали в брюшную полость без вскрытия. Апоневроз выделяем на протяжении 3 – 5 см по периметру грыжевых ворот, соответственно выкраивается лоскут сетки с последующей ее фиксацией. Для фиксации во всех случаях использовали полипропиленовую нить с наложением непрерывного и отдельных узловых швов по краю грыжевых ворот. Операцию заканчиваем послойным ушиванием раны и дренированием подкожной клетчатки по Редону, как правило, с применением двух дренажей.

Особенностями ведения послеоперационного периода после ненатяжной герниопластики считаем следующее. С первых часов послеоперационного периода обеспечиваем постоянную компрессию зоны операции при помощи эластического бандажа. Наркотическое обезболивание используем только в течение первых суток. В остальном для обезболивания и уменьшения реакции тканей на ППС назначаем кетонал и его аналоги в течении 2 – 3 суток. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде назначается дифференцированно, во всех случаях проводилась антибиотикопрофилактика. Дренажи Редона удаляем при уменьшении дебита отделяемого до 20 – 30 мл/сутки, обычно на вторые – третьи сутки послеоперационного периода. Начиная со 2-3 суток производим ультразвуковое мониторирование области послеоперационного шва. Серома в зоне операции лоцируется в виде эхонегативной полосы различной ширины и протяженности. Скопление жидкости шириной более 10 мм служит показанием для пункции. Пункцию проводим под контролем УЗИ, количество пункций определяется динамикой процесса, в среднем составляет 1 – 3 пункции. В анализируемой группе больных послеоперационный период протекал с образованием серомы у 18 (6,3%). Во всех случаях применялся функциональный способ ведения. В единичных случаях (5 (1,7%) пациентов) при упорном течении серомы нами применен метод склерозирования полости в подкожной клетчатке. В качестве склерозанта использовался 95% этиловый спирт. Во всех случаях достигнут положительный результат. В 1(0,6%) случае наблюдалось инфицирование серомы, что проявляло себя наличием мутного серозного с примесью фибрина отделяемого. В данном случае применяли пролонгированное (до 14 суток) дренирование, с ежедневной двукратной санацией раны через дренажи Редона. После удаления дренажей рана в течение 3 суток закрылась самостоятельно. У 3 (1,1%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны, проводились saniрующие перевязки, удаления ППС не потребовалось. В 5 (1,7%) случаях наблюдали образование «тканевых» свищей. Сроки образования свищей были различными и составили от 1 до 12 месяцев после операции. В подавляющем большинстве (4 наблюдения) свищи образовались у пациентов, оперированных по поводу рецидивных послеоперационных грыж. Это может свидетельствовать о том, что наиболее вероятной причиной свищеобразования в подобных случаях являются лигатуры швов предыдущей пластики. Лечение свищей saniрующими перевязками проводили у всех пациентов, при этом в 3 случаях произошло заживление свищевого хода, 2 пациентам выполнено иссечение свищевого хода с удалением участка ППС, рецидивов свищей не наблюдали. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8, 3 суток. В течение 6 месяцев после операции результаты оценены у 164 (57,5%). Рецидива грыж не выявлено.