

А.П. БАБАЕВ, М.Г. ГУЛЯЕВ

Самарский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней № 2**ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ
КОМБИНИРОВАННЫМ СПОСОБОМ**

Научный руководитель – профессор В.И. Белоконев

Аннотация: в статье проведен анализ лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, страдающих ожирением, с использованием комбинированной этажной протезирующей пластики. Данная методика по сравнению с классическим комбинированным способом герниопластики позволяет существенно сократить частоту раневых осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: метод комбинированной герниопластики, способ этажной герниопластики, раневые осложнения при грыжесечении вентральной грыжи.

Summary: The article analyzes the treatment of patients with postoperative ventral hernias, obese, using a combination of level prosthetic plastics. This technique, compared with the integrated traditional method of hernia repair, can significantly reduce the frequency of wound complications in the postoperative period.

Keywords: method of combined hernioplasty, level hernia repair method, wound complications in herniotomy of ventral hernia.

Наблюдения за больными с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ), страдающими ожирением, показывают, что наиболее частыми осложнениями при выполнении ненапряжной протезирующей комбинированной герниопластики являются асептический инфаркт с формированием серомы и инфицированный инфаркт подкожной клетчатки^{1, 2}. В настоящее время установлено, что связи этих осложнений с имплантируемым в ткани брюшной стенки синтетическим протезом нет^{3, 4}. Их причинами является широкая

мобилизация кожно-подкожного фартука от апоневроза при выделении грыжевого мешка, что сопровождается пересечением сосудов, кровоснабжающих глубокие слои подкожной клетчатки, расположенной под поверхностной фасцией. Ишемия жировой ткани приводит к асептическому некрозу и образованию серомы – полостного образования в тканях лишенной эпителиальной выстилки, а при ее инфицировании – к инфицированному инфаркту и распространенной флегмоне передней брюшной стенки. В этой связи усовершенствование способов герниопластики у пациентов с вентральными грыжами, направленное на профилактику развития данных осложнений имеет важное практическое значение.

Цель исследования – снизить риск развития послеоперационных раневых осложнений при выполнении у больных с грыжами больших и гигантских размеров протезирующей герниопластики комбинированным способом.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 34 пациентов в возрасте от 23 до 76 лет с ПВГ больших и гигантских размеров. Мужчин было 14, женщин – 20. Грыжи больших размеров MW₃R₀₋₁ отмечены у 25, гигантские MW₄R₀₋₁ – у 9 больных. При закрытии грыжевых ворот у всех больных был применен усовершенствованный комбинированный способ этажной про-

¹ Белоконев В.И. Послеоперационная вентральная грыжа (рекомендованное учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов и системы последиplomного образования врачей) / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин, А.В. Вавилов, А.А. Супильников, С.В. Нагапетян, Ю.А. Вострецов, О.Н. Мелентьева, Ю.В. Пономарева. – Самара, 2007. – 278 с.

² Пушкин С.Ю. Характер морфофункциональных изменений в тканях при формировании жидкостных образований в подкожной клетчатке у пациентов после грыжесечения / С.Ю. Пушкин, В.И. Белоконев, Г.И. Шифрин, Т.В. Ларина, К.Е. Клоев, О.Е. Кузнецов // Новости хирургии – Витебск, 2011. Т. 19. – №2. С. 16–20.

³ Пушкин С.Ю. Оценка течения раневого процесса при грыжесечениях с использованием синтетических эндопротезов // Аспирантский вестник Поволжья № 3–4, Самара, Медицина, 2010, С. 114–115.

⁴ Гуляев М.Г. Динамика результатов при лечении больных грыжами в зависимости от способа операции // Аспирантский вестник Поволжья № 1–2, Самара, Медицина, 2013, С. 116–119.

тезирующей герниопластики (приоритетная справка № 2013109819 от 5.03.2013, авторы Белоконев В.И., Бабаев А.П., Пономарева Ю.В., Житлов А.Г.).

В отличие от комбинированных протезирующих способов герниопластики, предложенных В.И. Белоконевым с соавт. (1995, 1998)⁵, данный вариант операции выполняется следующим образом. Двумя окаймляющими грыжевое выпячивание разрезами с иссечением старого послеоперационного рубца, рассекали кожу, подкожную клетчатку, выделяли грыжевой мешок до грыжевых ворот, которыми являются апоневроз белой линии живота и стенки влагалищ прямых мышц живота. При выполнении операции мы отказались от широкой мобилизации кожно-подкожного лоскута от апоневроза передних стенок влагалищ прямых мышц живота. После вскрытия грыжевого мешка его содержимое погружали в брюшную полость. Избыток грыжевого мешка иссекали. Брюшную полость закрывали оболочками грыжевого мешка. Для закрытия дефекта передней брюшной стенки на расстоянии 1,5 см от грыжевых ворот и белой линии живота рассекали передние листки влагалищ прямых мышц живота. Затем медиальные лоскуты апоневроза в верхнем и нижнем полюсах сшивали между собой путем их разворота на 180 градусов до появления натяжения нитей. После этого в дефект по всему периметру между медиальными лоскутами вшивали первый протез, используя для этого нити викрил или ПГА 2,0. Сверху первого протеза укладывали второй протез, который также по всему периметру подшивали к наружным лоскутам апоневроза рассеченных передних листков влагалищ прямых мышц живота, используя аналогичный шовный материал. Затем верхний и нижний протезы сшивали между собой непрерывным швом в месте фиксации нижнего протеза к медиальным листкам влагалища прямых мышц живота. При варианте, когда ушиваются медиальные листки апоневроза выше и ниже грыжевых ворот, верхний протез дополнительно фиксируется к сшитым листкам непрерывным швом. Дренажирование подкожной клетчатки проводили двумя сквозными трубчатыми дренажами. После наложения матрацных швов и швов на кожу их подключали к вакуумному аспиратору. При таком варианте операции нарушения кровоснабжения подкожной клетчатки минимизированы.

Результаты исследования и их об- суждение. При использовании этажной пластики комбинированным способом у 34 пациентов со срединными ПВГ у 21 был применен вертикальный доступ, у 9 – горизонтальный с широкой отслойкой и удалением кожно-подкожного лоскута, у 4 – комбини-

рованный $\perp$ -образный доступ, при котором вертикальный разрез дополняли горизонтальным разрезом с иссечением кожно-подкожного фартука. Все больные перенесли операции, дыхательных нарушений в послеоперационном периоде не отмечено. Раневые осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 4 пациентов (табл. 1).

Таблица 1
Характер и частота раневых осложнений у пациентов с грыжами после этажной протезирующей герниопластики комбинированным способом

Характер осложнения	Размер грыжи					
	MW ₁ R ₀₋₁		MW ₁ R ₀₋₁₋₂		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Асептический инфаркт подкожной клетчатки	0		1		1	2,94
Инфицированный инфаркт подкожной клетчатки	1		0		1	2,94
Серома	1		1		2	5,88
Краевой некроз кожи	0		0		0	
Итого	2		2		4	11,76

Из таблицы следует, что у 1 (2,94 %) пациента возник асептический, у 1 (2,94 %) – инфицированный инфаркт подкожной клетчатки, у 2 (5,88 %) – серома. Асептический и инфицированный инфаркты подкожной клетчатки возникли при выполнении операций горизонтальным (1) и $\perp$ -образным (1) доступами. Серомы развились после операций у пациентов, оперированных вертикальным доступом.

Больные с асептическим и инфицированным инфарктом подкожной клетчатки были оперированы. При этом отмечено, что связи осложнений с наличием протеза в ране не было. К этим срокам протез был погружен в ткань. Изменения были только в подкожной клетчатке, в которой выявлялись округлой формы гранулемы, образованные жировой тканью, являющиеся стенками полости, содержащие серозно-геморрагический экссудат с примесью фибрина (асептический) или гнойно-фибринозного экссудата – инфицированный инфаркт подкожной клетчатки. При повторных операциях проводили удаление экссудата и иссечение глубоких слоев измененной подкожно-жировой клетчатки вместе с поверхностной фасцией до участков здоровой ткани, на что указывало появление в ней капиллярного кровотечения. После санации рану дренировали, накладывали матрацные швы и швы на кожу. Дренажи подключали к вакуумному аспиратору.

Использование ненатяжных протезирующих комбинированных способов пластики позволило улучшить результаты лечения

⁵ Патент RU 2123292 C1 от 25.05.1995 г. – Белоконев В.И.
Патент RU 2137432 C1 от 11.02.1998 г. – Белоконев В.И., Пушкин С.Ю.

больных с ПВГ больших и гигантских размеров^{6,7}. Однако при их выполнении требуется широкое отделение кожи и подкожной клетчатки от грыжевого мешка и передних листков влагалищ прямых мышц живота. Следствием этого является нарушение кровоснабжения тканей и как его следствие развитие раневых осложнений. При использовании комбинированного способа при грыжах срединной локализации размером W_3 раневые осложнения возникают у 23,3 % больных, общие – у 6,3 %, при грыжах размером W_4 соответственно – у 11%, 8%, а сочетание общих и местных – у 4% пациентов⁸. При переднебоковых и боковых грыжах местные осложнения возникают у 12 %, общие – у 2 % больных⁹. По данным В.И. Белоконев с соавт. (2005)¹⁰ у пациентов с ожирением и тяжелыми сопутствующими заболеваниями осложнения со стороны раны приводили к резкому повышению факторов свертывания крови и риску развития ТЭЛА. Поэтому уменьшение площади раневой поверхности при грыжесечениях следует рассматривать как фактор профилактики данного фатального осложнения. С этих позиций переоценка некоторых технических приемов, применяемых при выполнении комбини-

рованных способов герниопластики, позволила разработать вариант операции, при котором снижен риск нарушения кровоснабжения кожно-подкожных лоскутов. Эффективность операции подтверждается тем, что частота местных раневых осложнений у оперированных больных снижена до 5,88%, что в 3 раза меньше, чем при выполнении операций комбинированным способом сопровождающихся широкой мобилизацией кожно-подкожных лоскутов.

Выводы:

1. Одним из способов профилактики раневых осложнений у пациентов с грыжами больших и гигантских размеров, страдающих ожирением, является сужение показаний к широкой мобилизации кожно-подкожных лоскутов при выполнении грыжесечения.

2. Комбинированная этажная протезирующая пластика является эффективным способом закрытия дефектов в брюшной стенке у больных с грыжами больших и гигантских размеров.

3. Использование комбинированной этажной протезирующей герниопластики у больных с грыжами W_3 и W_4 , страдающих ожирением, позволяет снизить частоту раневых осложнений в 3 раза.

⁶ Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко. – Симферополь, 2004. – 315 с.

⁷ Винник Ю.С. Хирургия грыж передней брюшной стенки / Винник Ю.С., Петрушко С.М., Горбунов Н.С. и др. – Красноярск: Поликом, 2008. – С. 456.

⁸ Пушкин С.Ю. Обоснование системного подхода при выполнении симульгантных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с центральной грыжей // Автореф. дисс. док. мед. наук // Самара, 2011 г. – 42 с.

⁹ Пономарева Ю.В. Клинико-морфологическое обоснование выбора способа операции у больных с послеоперационными переднебоковыми и боковыми грыжами живота // Автореф. дисс. канд. мед. наук // Самара, 2009 г. – 22 с.

¹⁰ Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин, С.В. Нагапетян, А.А. Сувильников. Монография. – Самара: ГП «Перспектива», 2005. – 208 с.