

Хабибуллаев Асилбек Паттохонович
Андижанский государственный медицинский институт

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Аннотация. В статье проанализирована частота разное осложнений после аллопластики брюшной стенки по поводу вентральных грыж. и меры по их снижению. Пациентам основной группы проведены комплексные мероприятия, направленные на профилактику послеоперационных осложнений со стороны послеоперационный раны.

Ключевые слова: аллопластики, вентральные грыжи, подкожно-жировой клетчатки.

Khabibullaev Asilbek Pattohonovich.

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

WOUND COMPLICATIONS AFTER ALLOPLASTY IN ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS AND THEIR PREVENTION

Annotation. The article analyzes the frequency of various complications after abdominal wall alloplasty for ventral hernias and measures to reduce them. The patients of the main group underwent complex measures aimed at preventing postoperative complications from the wound.

Keywords: alloplasty, ventral hernia, subcutaneous fat.

Введение. По зарубежным данным, вентральные грыжи возникают в 6-11% случаев после лапаротомий, выполненных по поводу различных хирургических заболеваний органов брюшной полости. (Мазурик М.Ф. и автор., 1985; Лещенко И.Г., Панов И.Ф., 1990; Мудке В., 1998). В настоящее время увеличивается количество обследований, проводимых при грыжах передней брюшной стенки. (Дерюгина М.С., 2001; Белоконев В.И. и др.,

2004). Летальность после обследований грыж передней брюшной стенки составляет 12-21%. (Тоскин В.П., Жебровский В.В., 1983; Кочнев О.С., изд., 1991; Ролыпиков И.М., изд., 2001). Рецидивы грыж наблюдают от 25 до 60% после проведенных исследований с местными тканями. (Тимошин А.Д., соавтор, 2003). Поэтому сегодня для радикального лечения грыж проводят аллопластику и добиваются радикального лечения грыж. А вот осложнения после аллопластики: увеличивается нагноение раны, образование серомы, удаление аллотрансплантата из организма. Лечение послеоперационных вентральных грыж остается актуальной задачей абдоминальной хирургии. Частота послеоперационных осложнений после операций по поводу грыж передней брюшной стенки колеблется от 20,9 до 67%.

Цель: профилактика раневых осложнений после аллопластик при грыжах передней стенки.

Материалы и методы: По нашим наблюдениям было обследовано 140 больных, из них в контрольной группе было 72 больных, из них 49 женщин, 68%, и 23 мужчины, 32%. Первичная грыжа брюшной стенки 8 (11,1 %) Послеоперационная грыжа брюшной стенки 18 (25 %) Поясничная грыжа 4 (5,5 %) Грыжа Чоу 24 (33,3 %) Брюшная правая подреберная грыжа 9 (12,5 %) другие грыжи 9 (12,5 %). В основную группу вошли 68 больных, оперированных по разработанной нами комплексной методике уменьшения осложнений травм, из них 23 женщины, 33,8%, и 18 мужчин, 26,5%. Первичная грыжа брюшной стенки 7 (10,3 %) Послеоперационная грыжа брюшной стенки 14 (20,6 %) Поясничная грыжа 2 (2,9 %) Грыжа Чоу 4 (6 %) Правосторонняя подреберная грыжа живота 2 (2,9 %) Возраст обеих групп (средний возраст в основной группе 54-57 лет, средний возраст в контрольной группе 57,65 лет)

Больные основной и контрольной групп были разделены по размеру грыжевых ворот передней стенки живота (по классификации J. Chevrel-A. Rath, в основной группе V1 - 40 больных (28,8%), V2 - 62 больных (42%), в

контрольной группе В1 - 13 больных (9%), В2 - 25 больных (17,8%). У больных контрольной группы послеоперационные раневые осложнения: нагноение - в 5 случаях (7%), серома - в 6 случаях (8,3%), раневой свищ 1 (1,4%), болевой синдром - 7 (9,7%). Средний срок лечения больных 8-10 дней.

Пациентам основной группы должны быть проведены комплексные мероприятия, направленные на профилактику послеоперационных осложнений травмы. По его словам, перед обследованием проводили антигистаминную терапию в течение 5-7 дней, антибактериальную терапию начинали за 1 день до обследования, после чего сетку аллоплант обрабатывали раствором декасана в течение 3-5 минут. Для создания гипотермических условий при обследовании использовали замороженный физиологический раствор. После этого сетка аллопланта фиксировалась к тканям необходимым образом. Для контроля и аспирации в область наложения сетки устанавливали дренажную трубку и создавали постоянное отрицательное давление. В послеоперационном периоде создавали локальную гипотермию в течение 2 часов. В послеоперационном периоде наряду с антибактериальной терапией был рекомендован препарат серратопептидаза.

Анализируя результаты примененных комплексных мероприятий, видно, что осложнения травм после аллопластики резко уменьшились.

Осложнения травм после осмотра в основной группе больных: нагноение - в 1 случае (1,5%), серома - в 2 случаях (3%), раневой свищ 0 (0%). Болевой синдром составил 3 (4,4%). Средний день лечения больных сократился с 8-10 дней до 5-7 дней..

Вывод: Поэтому мероприятия, направленные на профилактику осложнений послеоперационной травмы, можно разделить на несколько этапов. Это подготовка организма больного перед обследованием, для этого, в первую очередь, выявить больных с коморбидной патологией и аллергическим фоном. У них эозинофилия и гипергистаминемия. Поэтому десенсибилизирующее лечение требуется в преддиагностическом периоде, а оперативное лечение и аллопластика рекомендуются только после разрешения эозинофилии.

На втором этапе обработка аллопланта декасаном при обследовании. Несмотря на то, что аллоплантовая сетка стерильна, она может быть повреждена инфекцией даже при кратковременном нахождении на открытом воздухе. Это может привести к осложнениям послеоперационной травмы. Из-за расплавления подкожно-жирового слоя, который при осмотре отделяется в области раны, она также становится причиной гнойного воспаления. По этой причине у пациентов с толстым слоем подкожно-жировой клетчатки во время обследования проводилась гипотермия для предотвращения расплавления жира, а в постобследующем периоде поддерживалась локальная гипотермия.

На третьем этапе в послеоперационном периоде дренажная трубка, установленная в паховой области, адекватно аспирирована. Больному была назначена серратапептидаза.

Список ссылок

1. Деметриашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В. Лечение послеоперационных вентральных грыж// Хирургия. - 2008. - №11. - С. 44-46.
2. Загиров У.З., Салихов М.А., Исаев У.М. Анатомо-функциональное обоснование нового способа комбинированной пластики срединных вентральных грыж // Хирургия. - 2008. - №7. - С. 41-42.
3. Мирзабекян Ю.Р., Добровольский С.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи // Хирургия. - 2008. - №1. - С. 66-71.
4. Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия. - 2007. - №7. - С. 69-74.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
6. Васильев М.Н., Ванюшин П.Н., Григорьев К.Ю., Морозов В.С. СПОСОБ АЛЛОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 11. – С. 33-36;