

ВАРИАНТ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии¹
6-я городская клиническая больница г.Минска²*

Резюме: *в данном сообщении представлен вариант ненапряжной пластики передней брюшной стенки при послеоперационной вентральной грыже, позволяющий рассматривать его в качестве эффективного способа ликвидации грыжевого дефекта*

Ключевые слова: *послеоперационная вентральная грыжа, пластика передней брюшной стенки*

Частые рецидивы (от 10 до 40%) после традиционной пластики срединных вентральных грыж послужили причиной широкого использования сетчатых имплантатов. Использование синтетических материалов в настоящее время позволило не только снизить количество рецидивов при послеоперационных вентральных грыжах в среднем до 5%, но и достигнуть ощутимого улучшения качества жизни пациентов после операции.

Цель исследования: повышение эффективности оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Разработан способ пластики передней брюшной стенки при послеоперационной вентральной грыже (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы, № а 20170493 от 18.06.2018 г.).

Данный способ состоит в следующем. Послеоперационный рубец от предыдущей операции иссекается на всем его протяжении. Из рубцово-

измененных тканей выделяется грыжевой мешок. Если грыжевых мешков несколько, то выделяются все, независимо от их величины. Грыжевые ворота выделяются без вскрытия грыжевых мешков. В случае вынужденного нарушения целостности грыжевого мешка проводится местная визуальная ревизия, и место повреждения брюшины ушивается. Принципиальным является тот факт, что лапаротомия не выполняется, и этим исключается дополнительная травматизация органов брюшной полости. В продольном направлении по линии соединения переднего листка влагалища прямой мышцы живота и заднего листка влагалища прямой мышцы живота вскрываются влагалища прямых мышц живота по всему периметру грыжевых ворот. Далее прямые мышцы живота справа и слева тупым путем отделяются от задних листков влагалищ прямых мышц живота. Отделение прямых мышц живота выполняется латерально до сухожильных линий (место соединения сухожильных частей наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц) с обеих сторон. Мобилизованные задние листки влагалищ прямых мышц живота полностью или частично сшиваются одиночными швами. Поверх их под прямые мышцы живота укладывается полипропиленовый сетчатый имплантат на всю длину грыжевого дефекта. Ширина полипропиленового сетчатого имплантата определяется исходя из суммарной ширины влагалищ прямых мышц живота и белой линии. Фиксация полипропиленового сетчатого имплантата производится по периметру одиночными П-образными швами, проходящими по линии слияния сухожильных частей наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц с апоневрозом прямых мышц живота справа и слева. Узлы формируются поверх апоневроза в подкожной жировой клетчатке. При избыточно развитом слое подкожной жировой клетчатки, завязывание узлов производится через создаваемые зажимом Бильрота тоннели в подкожной жировой клетчатке. На полипропиленовый сетчатый имплантат по всей его длине укладывается дренажная трубка для вакуум-аспирации по Редону. Полипропиленовый сетчатый имплантат и дренажная трубка укрываются прямыми мышцами живота. Передние листки влагалищ прямых мышц живота сшиваются между собой одиночными швами. Пространство над ушитым апоневрозом также дренируется по Редону. Накладываются швы на подкожную жировую клетчатку и кожу.

Описанный вариант пластики апробирован и внедрен в практику в хирургическом отделении 6-й ГКБ г. Минска. По разработанной методике с 01.01.2017 по 30.06.2018 г. оперированы 20 пациентов, страдающих послеоперационными вентральными грыжами. У всех оперированных пациентов грыжесечение выполнялось с пластикой полипропиленовой сеткой Ethicon. Все пациенты оперированы в плановом порядке. На амбулаторном этапе им выполнено стандартное лабораторное обследование. Независимо от величины грыжи специальная подготовка кишечника не применялась. С целью профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции всем пациентам вводили внутримышечно 1,0 цефазолина. Мужчин в исследуемой группе было 9 (45%), женщин – 11 (55%). Средний

возраст оперированных пациентов 55,9 года.

Длительность операций составила в среднем 182 минуты. В послеоперационном периоде у всех пациентов применялось активное дренирование поддиафрагмального и наддиафрагмального пространства. Активная вакуум – аспирация до 3-х дней проводилась у (15%) пациентов, до 5 дней у 5 (25%) пациентов. У 12 (60%) пациентов дренажи стояли более 5 суток. Показанием для удаления дренажа служило количество отделяемого – меньше 30 мл за сутки. У 4 (20%) пациентов грыжесечение сочеталось с абдоминопластикой. У них время стояния дренажей доходило до 16 суток. Ранние послеоперационные раневые осложнения (серомы с инфильтратом) имели место у 2 (10%) пациентов. Осложнения ликвидированы консервативными мероприятиями. Показаний к повторным операциям не было. Средняя длительность лечения составила 10-25 дней. Отдаленные результаты на данный период не исследовались.

Выводы:

Применение разработанной методики позволяет:

1. Практически исключить травматизацию органов брюшной полости;
2. Снизить количество ранних послеоперационных раневых осложнений;
3. Сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре;
4. Существенно улучшить качество дальнейшей жизни пациентов.