

## ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Х.С. Бебезов* – докт. мед. наук, профессор,  
*А.В. Бондарчук* – аспирант

48 patient underwent post-operative ventral hernia the prophylen mesh was used. Puring the surgery ozone enriched (3-4 mk/ml) was inserted and the wound itself and the mesh were dressed with ozone - oxygen mixture and ozoned solution.

Вентральная послеоперационная грыжа (ВПГ) – заболевание, существенно снижающее эффективность выполненной операции по поводу любой патологии органов брюшной полости. Частота ВПГ прогрессивно возрастает [1, 2]. Это обусловлено увеличением числа операций на органах брюшной полости; высоким процентом раневых осложнений после них, связанных с поздним поступлением в стационар больных с уже развившимися осложнениями, а также снижением защитных свойств организма у населения, увеличивающим риск возникновения раневых осложнений.

В лечении этой категории больных используются различные методы. Применение аутопластических методов, таких, как закрытие грыжевых ворот собственными тканями брюшной стенки, сухожилиями, фасциями, кожными лоскутами часто сопровождается напряжением тканей или быстрым рассасыванием. Использование синтетических сеток (капрон, лавсан), как правило, приводит к реакции тканей и высокому проценту рецидивов (10–25%) [3, 4]. Это диктует необходимость поиска методов герниопластики и профилактики осложнений.

В последние годы появились материалы, обладающие высокой прочностью и не вызывающие реакции окружающих тканей, однако угроза возникновения раневых осложнений и в этом случае не снимается, поэтому их профи-

лактика по-прежнему остается одной из важнейших проблем.

В литературе имеются сообщения о многокомпонентном действии медицинского озона, который может применяться местно и внутривенно в виде озонированных растворов [5, 6], однако его эффективность в профилактике раневых осложнений, особенно при использовании пропиленовых и проленовых сеток, остается неизученной.

**Цель исследования** – оценить эффективность профилактики раневых осложнений озонном при герниопластике ПВГ полипропиленовой сеткой.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 48 больных, которым была произведена операция по поводу ПВГ больших и гигантских размеров. Возраст больных колебался от 19 до 82 лет. Послеоперационные грыжи после холецистэктомии были у 16, аппендэктомии – у шести, кишечной непроходимости – у двух, после операций, выполненных по поводу гинекологических заболеваний, – у 13 больных, у 11 наблюдались рецидивные пупочные грыжи.

Трое пациентов прооперировано три раза, пятеро пациентов – два раза. Давность существовавших грыж – от шести месяцев до 20 лет, но у большинства – более пяти лет.

Для оценки состояния больных, выявления сопутствующих заболеваний, определения

размеров грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого использовали УЗИ, которое выполнялось на аппарате SONODGE (Южная Корея) с линейным датчиком реального времени. Применение УЗИ позволяло до операции наметить объем и размеры пропиленовой сетки для закрытия грыжевых ворот.

Особое внимание нами было обращено на профилактику воспалительных раневых осложнений. Многие исследователи утверждают, что на пропиленовой трансплантат реакции окружающих тканей не возникает, однако в связи с продолжительностью операции всегда есть угроза инфицирования раны в момент операции. Учитывая это, мы разработали систему мер профилактики раневых осложнений.

**Результаты и их обсуждение.** На основании выполненных исследований было установлено, что у 48 наблюдавшихся больных необходимо было сохранить объем брюшной полости, следовательно, полипропиленовая сетка должна была соответствовать размерам грыжевых ворот и тщательно фиксироваться. Все операции делали под перидуральным обезболиванием, которое обеспечивает оптимальные условия для выполнения операции и раннюю активизацию больных в послеоперационном периоде.

Доступы были различными – в зависимости от локализации грыж. Операционное поле тщательно обрабатывали 7–8%-ным водным раствором йода (повидон), иссекали старый послеоперационный рубец, очень осторожно выделяли грыжевой мешок, затем вскрывали его и содержимое вправляли в брюшную полость. У пяти больных наблюдались рубцовые изменения сальника, в связи с чем его пришлось частично резецировать.

После вправления содержимого излишки брюшины иссекали и ушивали брюшную полость, освобождая края грыжевых ворот от сращений и фиксируя сетку по периметру грыжевых ворот обвивным швом. Через каждые три–четыре вкола делали два–три захлестывающих шва, что обеспечивало более надежную фиксацию сетки и предотвращало прорезывание швов. После фиксации сетки накладывали косметические швы на кожу, а в подкожную клетчатку подводили резиновый

или хлорвиниловый дренаж (один или два) для оттока раневого отделяемого.

Для исключения инфицирования раны принимали все необходимые меры профилактики: до операции операционную обрабатывали озонкислородной смесью, а сделав кожный разрез, проводили общую озонпрофилактику: внутривенно вводили озонированный раствор поваренной соли с концентрацией озона 3–4 мкг/мл в количестве 400–600 мл. Местная озонпрофилактика проводилась следующим образом: после иссечения рубца и вскрытия грыжевого мешка обрабатывали рану и грыжевое содержимое озонированным раствором с концентрацией озона 8–10 мкг/мл. Рану осушали и фиксировали пропиленовой сеткой, затем сетку и всю рану обрабатывали озонкислородной смесью. Озонирование растворов осуществляли аппаратом “Magic–Air”.

В послеоперационном периоде мы стремились как можно раньше активизировать больных. Сразу же после операции им разрешали движения в суставах верхних и нижних конечностей и дыхательную гимнастику. На следующий день разрешали ходить по палате, а на второй–третий день выписывали домой, рекомендуя явиться на контрольное обследование через семь дней, затем через 21 день и далее – каждые полгода на протяжении трех лет. Дренажи из подкожной клетчатки удаляли после прекращения отделяемого, обычно на седьмые–восьмые сутки. Присоединения вторичной инфекции у наблюдаемых больных не отмечалось.

Послеоперационный период протекал благоприятно, ни у одного больного не было ни пареза кишечника, ни легочно-сердечной недостаточности. У одной больной был выявлен инфильтрат в области шва, но он был быстро ликвидирован медикаментозными средствами.

В сроки от шести месяцев до двух с половиной лет обследовано 39 больных. Жалоб никто из них не предъявлял, при осмотре рецидивов не было обнаружено ни у одного пациента.

Таким образом, можно говорить о том, что разработанные нами меры профилактики обеспечивают не только благоприятное течение ближайшего послеоперационного периода, но и отдаленные результаты.

#### **Выводы**

1. При больших и гигантских послеоперационных грыжах применение полипропиленовой сетки оправдано.

2. Общая и местная озонпрофилактика предотвращают возникновение раневых осложнений и должны найти более широкое применение в абдоминальной хирургии.

#### Литература

1. *Антропова Н.В.* Тактика лечения больных послеоперационными грыжами с учетом индекса риска / Н.В. Антропова, А.М. Шулуто // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 45–48.
2. *Белоконев В.И.* Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом / В.И. Белоконев, С.Ю. Пушкин, Т.А. Федорина // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 24–26.
3. *Боровнев С.А.* Хирургическое лечение большой и гигантской грыж живота // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 101–105.
4. *Галимов О.В.* Новые подходы к аутодермопластике вентральных грыж / О.В. Галимов, С.А. Муслимов, В.О. Хонав // Хирургия. – 2000. – № 5. – С. 41–42.
5. *Даулбаева А.А.* Изменение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам под воздействием озона // Центральноазиатский медицинский журнал. – 2002. – Т. 8. – Приложение 2. – С. 305–307.
6. *Родоман Г.В.* Озонотерапия в лечении больных с хирургической инфекцией / Г.В. Родоман, Л.А. Лаберко, В.Н. Оболенский // Российский медицинский журнал. – 1999. – № 4. – С. 32–36.