

У степени — 1 (2,5%). Летальный исход — 1, в связи с развитием в раннем послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома. Поздние осложнения: серома — 13 (32,5%), гипостезия — 4 (10%). За время наблюдения, который составил $23,5 \pm 7,5$ мес., данных за рецидив нет. У пациентов, перенесших заднюю сепарационную пластику, в соответствии с классификацией Clavien-Dindo: осложнения I степени — 7 больных (13,7%), осложнения II степени — 6 (11,8%), осложнения IIIa степени — 1 (1,96%), IIIb степени — 4 (7,8%), осложнения IV степени — 1 (1,96%), осложнения V степени — 1 (1,96%). Летальный исход — 1, в связи с развитием в раннем послеоперационном периоде абдоминального компартмент-синдрома. Поздние осложнения: серома — 1 (1,96%), данное осложнение потребовало частичное удаление сетчатого имплантата, гипостезия — 3 (5,9%). Рецидив — 1 (1,96%). Период наблюдения $22,8 \pm 6,1$ мес.

Выводы. Различий по количеству общих осложнений в группах не отмечено. Количество местных осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших переднюю сепарационную пластику, встречается чаще. В обеих группах отмечено по 1 летальному исходу. Рецидив — 1 (1,96%), у пациента после задней сепарационной пластики.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ И ДЕФИЦИТА ТКАНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

ЕРМОЛОВ А.С., АЛЕКСЕЕВ А.К., БЛАГОВЕСТНОВ Д.А.,
КОРОШВИЛИ В.Т.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра общей и неотложной хирургии, Москва
vadimkorshvili@yandex.ru

Актуальность: в данной публикации представлен 15-летний опыт кафедры неотложной и общей хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО в лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) и в разработке современных алгоритмов диагностики и хирургической тактики при данной патологии.

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения у больных средними и гигантскими ПОВГ.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 472 пациентов, мужчин и женщин от 32 до 84 лет, оперированных в 2002–2017 гг. с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Диагноз устанавливался при помощи клинично-anamnestических и инструментальных методов исследования (ультразвукового метода исследования брюшной стенки, мультиспиральной компьютерной томографии — (рентгенкомпьютерной гернио-абдоминометрии (РКГАМ)). Согласно классификации европейского общества герниологов, все грыжи относились к категории средних и гигантских ПОВГ — площадь грыжевых ворот варьировала от 5 до 30 см², а относительный объем грыжи при РКГАМ варьировал от 10% до 32%. Реконструктивная пластика выполнялась

в подавляющем большинстве — у 389 (82,4%) пациентов с частичным натяжением тканей и возможным повышением внутрибрюшного давления (ВБД — интраабдоминальная гипертензия 1 степени). У 83 (17,6%) пациентов выполнена коррекция передней брюшной стенки (ненатяжная пластика) с моделированием объема брюшной полости под контролем внутрибрюшного давления. Из них 79 пациентам этой группы выполнялась коррекция передней брюшной стенки по стандартной методике «submuscular — inlay». При дефиците тканей передней брюшной стенки у 4 пациентов использовали модифицированную нами оригинальную методику корригирующей пластики передней брюшной стенки (№ заявки на изобретение 2018105012). Перед операцией у этих больных уровень внутрибрюшного давления (ВБД) от 3 до 8 мм.рт.ст. Далее интраоперационно выполнялся мониторинг с измерением оксигенации крови, сопротивления давления в дыхательном контуре наркозного аппарата, частоты пульса, а также уровень ВБД. Моделирование брюшной полости выполнялось с использованием показателей заданного диастаза (расстояние между мышечно-апоневротическими элементами) с увеличением ВБД не более чем на 2–3 мм рт. ст. В конце операции уровень ВБД варьировал от 7 до 10 мм. рт. ст., а заданный диастаз — от 6 см до 17 см.

Результаты. Ближайший послеоперационный период при корригирующей пластике по методике «submuscular-inlay»: раневые осложнения выявлены в двух наблюдениях, в одном инфильтрат, в другом — серома, эти осложнения не потребовали повторного хирургического вмешательства. При реконструктивной пластике осложнений не выявлено. При всех использованных методиках дренажные системы удалялись на 3–5 сутки. Обезболивание в послеоперационном периоде проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (наркотические препараты не применялись). Ранняя активизация пациентов в первые сутки после операции. Средний койко-день составил 14. УЗИ и КТ-контроль пластики перед выпиской и через 6–12 месяцев — передняя брюшная стенка без дефектов. В итоге, при успешности моделирования в отдаленном послеоперационном периоде (срок наблюдения — 15 лет) количество рецидивов при реконструкции передней брюшной стенки — 1 (0,26%), при корригирующей пластике по методике «submuscular — inlay» — 2 (2,5%). При использовании модифицированной методики в условиях дефицита тканей рецидивов не выявлено.

Выводы: реконструктивная (натяжная) пластика брюшной стенки показана при средних ПОВГ и иногда у молодых пациентов до 40 лет при гигантских ПОВГ под контролем ВБД с восстановлением функции передней брюшной стенки. С целью исключения компартмент-синдрома корригирующая, или ненатяжная, пластика с применением сетчатых материалов и интраоперационным моделированием объема брюшной полости должна выполняться под контролем показателей ВБД. Это позволяет избежать осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.