НАУКА И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, № 1, 2006

Бондарчук А.В.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ

A.V. Bondarchuk

PREVENTION OF WOUND COMPLICATIONS AFTER INCISIONAL HERNIAS REPAIR WITH THE USE OF PROPYLENE MESH

Целью работы являлась профилактика гнойно-воспалительных осложнений при использовании пропиленовой сетки в пластике послеоперационных вентральных грыж. Наблюдали 19 больных, у которых грыжи возникли в различные сроки после операций на органах брюшной полости. До операции использовали в диагностике данные объективного исследования, показатели внешнего дыхания и ультразвуковое исследование. Операции выполнялись под перидуральной анестезией. Для профилактики воспалительных осложнений осуществлялась общая и местная озонотерапия. Общая включала внутривенное введение озонированного раствора поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл., а местная – обработка сетки и раны озонокислородной смесью и озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Учет показателей внешнего дыхания, артериального давления и частоты пульса позволили предотвратить легочные и сердечно-сосудистые осложнения. После операций воспалительных осложнений не наблюдали.

The purpose of the study was the prophylaxis of purulent – inflammatory complications that occur in incisional ventral hernias repair with the use of propylene mesh. 19 patients who suffered incisional hernias after operaitions on internal organs of abdominal cavity on a long – term period were observed. Before operation results of general examination of a patient, indexes of external breath and USI examination were used for a diagnosis. Operations were performed under spinal anesthesia. To prevent inflammatory complications general and local ozone – therapy was accomplished. The general one included intravenous infusion of ozone solution of table salt with the ozone concentration 3-4 mkg/ml and the local one was the treatment of the mesh. Wall and wound itself with ozone – oxygen mixture and ozone solution with the ozone concentration 8-10 mkg/ml. indexes of external breath, arterial blood-pressure and pulse rate supervision allowed preventing pulmonary and cardiovascular complications. Post surgical complications were not observed.

По сводным статистическим данным послеоперационные грыжи очень часто возникают после операций на органах брюшной полости. Особенно часто они отмечаются у больных, перенесших оперативное вмешательство в порядке экстренной помощи и их частота колеблется от 15 до 33 % 1,2]. Существенно возрастает частота грыж после операций, выполненных по поводу травм и ранений живота. Послеоперационные вентральные грыжи являются одним из наиболее распространенных форм грыж и к тому же количество больных с данным страданием имеет постоянную тенденцию к абсолютному и относительному росту, чему способствует увеличение продолжительность жизни населения, ежегодное увеличение числа операций на органах брюшной полости [4,5], частое возникновение осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Большинство исследователей [3,4] в основе причин возникновения послеоперационных грыж выделяют две группы:

1. Причины независимые от хирурга – это возраст больного, ожирение, наличие сопутствующих заболеваний, снижение реактивности организма.

2. Причины связанные с деятельностью хирурга – это нагноение раны, использование несоответствующего шовного материала, оставление тампонов при неуверенности в гемостазе, либо наличии гнилостной инфекции в брюшной полости, недостаточная квалификация хирурга.

Хирургические способы лечения данного заболевания многочисленны, но отдаленные результаты их не всегда успешны, особенно сложными в техническом решении проблемы являются грыжи многократно рецидивирующие и грыжи с обширными дефектами брюшной сетки.

В последние годы получены материалы, которые не вызывают реакцию тканей и применяются для создания сетки и закрытия ими грыжевых ворот [3,7,8], которые позволяют надежно укрепить целостность брюшной сетки и значительно уменьшить количество рецидивов- это полипропилен и политетрафторэтилен.

Но здесь хирурги встретились с другой проблемой – это нагноение, свищи, лизис материала, кисты, серомы, которые возникают после операции и снижают их эффективность, поэтому идут поиски мер профилактики этих осложнений.

Цель работы – профилактика гнойно-воспалительных осложнений при использовании пропиленовой сетки в лечении послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 19 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Возраст их колеблется от 38 до 76 лет.

В прошлом оперированы по поводу острого холецистита-7, острого аппендицита- 1, кишечной непроходимости- 3, гинекологических заболеваний- 5, резекция желудка- 1, эхиннококкэктомия печени- 1, по поводу пупочной грыжи-1.

Большинство больных (13 из 19) указывали на осложненное течение послеоперационного периода после первой операции и в основном это было нагноение операционных ран. Грыжа появилась в первые 3 месяца после операции у 8, от 3 до 6 месяцев – 5, от 6 месяцев до одного года – 4 и после года у 2 больных. Необходимо отметить, что в прошлом оперированы по поводу грыж один раз – 3, два раза – 4 больных. Рецидив после операции чаще возникал в первый год после операции.

Из сопутствующих заболеваний у 4-х больных имел место сахарный диабет, у 8 больных гипертоническая болезнь II – III ст., хронический обструктивный бронхит у 3, варикозное расширение вен нижних конечностей у 2, ожирение II – III ст. у 4 поступивших.

До операции, помимо общеклинического обследования, выполняли ультразвуковое, которое позволяло выявить размеры дефекта брюшной стенки, величину грыжевого мешка и характер его содержимого. Для более оптимального метода выбора пластики исследовали показатели внешнего дыхания, артериальное давление, частоту пульса до вправления грыжевого содержимого и после вправлений. Оценивая полученные результаты решали вопрос о выборе метода пластики. У всех больных для ликвидации дефекта в брюшной стенке использовали пропиленовую сетку. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовали общую и местную озонотерапию, учитывая механизм действия озона [6]

Результаты и их обсуждение

На основании данных объективного и ультразвукового исследования больных с наличием грыж разделили в зависимости от диаметра грыжевых ворот и размера грыжевого мешка: средние (от 10 до 15см.) – у 11 больных; большие (до 25см.) – у 6 больных; гигантские (более 25 см.) – у 2 больных.

Все 19 больных оперированы под перидуральным обезболиванием. В момент выполнения операции осуществляли внутривенное введение озонированного раствора поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400,0-600,0мл.

После обработки операционного поля иссекали кожный рубец над грыжей и очень осторожно выделяли из сращений грыжевой мешок где острым, а где тупым путем, затем вскрывали грыжевой мешок и тщательно грыжевое содержимое обрабатывали озонированным раствором с концентрацией озона 8-10мкг/мл, после чего содержимое грыжевого мешка вправлялось в брюшную полость, грыжевой мешок иссекался. Пропиленовая сетка, подготовленная для пластики обрабатывалась озоно-кислородной смесью, а затем фиксировалась по краям дефекта брюшной стенки (грыжевых ворот). Операционная рана на всем протяжении обрабатывалась озонированным раствором, осушалась и вновь обрабатывалась озонокислородной смесью. Рана ушивалась до резинового выпускника, который оставлялся в подкожной клетчатке, через дополнительный разрез.

В послеоперационном периоде антибиотики больным не назначали, в первые сутки после операции вновь больные получали озонированные растворы поваренной соли с концентрацией озона 3-4мкг/мл., перевязки осуществлялись на первые и вторые сутки и выписывали домой. На контрольный осмотр и перевязки приходили больные через 3 дня. Послеоперационный период протекал без осложнений, ни у одного не отмечено повышение температуры. У одной больной выявлен небольших размеров инфильтрат в области операционной раны, который быстро самостоятельно рассосался. Резиновый выпускник уделяли на 10 сутки после операции, когда полностью прекращалось выделение серозного отделяемого. Заживление раны у всех первичным натяжением. При контрольном обследовании 12 больных в сроки от 6 до 12 месяцев рецидив грыж не обнаружен.

Таким образом наши немногочисленные исследования показали, что в лечении средних, больших и гигантских размеров послеоперационных грыж методом выбора является применение полипропиленовой сетки. Использование общей и местной озонотерапии является надежным методом в профилактике гнойно-воспалительных осложнений при оперативном лечении послеоперационных грыж и должно найти широкое применение при пластике грыж полипропиленовой сеткой.

Литература:

1. Веретник Г.И., Алексеев Г.И. Хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки /Вестник Российского университета дружбы народов // Серия «Медицина» -1999-№1.- С. 131-133.
2. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. Современные методы лечения брюшных грыж. Киев: Здоровья, 2001-280с.
3. Зотов В.А. – Хирургическое лечение грыж брюшной стенки: Автореф. дис…д. м.н., Новосибирск, 2000-42с.
4. Измайлов С.Г. Профилактика гнойно- воспалительных ран в неотложной абдоминальной хирургии: Автореф. дис…докт.мед.наук, 140027 М, 1994-44с.
5. Нарцисов Т.В. Послеоперационные вентральные грыжи //Советская медицина. - 1991-№2.-С. 35-37.
6. Родоман Г.В., Лаберко Л.А., Оболинский В.Н. Озонотерапия в лечении больных с хирургической инфекцией //Российский медицинский журнал. -1999.-№4.-С. 32-36.
7. Schmupelik V, Klosterhaffen B., Muller M., Mininired polypsopulene mesh for psepesitonal net plasty (PNP) of incisional heznias //Chirurgic.– 1999.-Vol 70, №4.-P. 422-430
8. Trupka A.W., Hallfeld K.K. Schmidhauer S. Management of complicated incisional heznias with unterlay – techigue implanted polypropulene mesh Aneffective techuigue in French heznia susgery //Chirurg. -1998.-Vol. 69, №7- P. 766-772.