

УДК 617.55-007.43-089.844-74]- 06

Ускладнення після алогерніопластик післяопераційних вентральних гриж: шляхи вирішення проблеми.

Дзюбановський І.Я., П'ятночка В.І.

**Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського
Кафедра хірургії ННІ ПО**

Вступ. Збільшення чисельності і складності виконання оперативних втручань на органах черевної порожнини обумовило зростання кількості післяопераційних вентральних гриж. Сучасна герніологія переживає новий етап у своєму розвитку. Проведені дослідження традиційних “натяжних” герніопластик показали ряд недоліків, що проявляються підвищенням внутрічеревного тиску. З боку місцевих ускладнень спостерігається погіршення мікроциркуляції, порушення трофіки, виникнення некрозу тканин і формування неповноцінного рубця. Впровадження в хірургічну практику “ненатяжної” алогерніопластики значно розширило об’єм операбельності пацієнтів з великими і гігантськими післяопераційними грижами і суттєво вплинуло на результат їх лікування. Оцінка нових видів сітчастих матеріалів та способів алогерніопластики є стриманою, що пояснюється розвитком ряду ускладнень: інфільтрати, сероми, нагноєння післяопераційної рани, лігатурні нориці, секвестрація, відторгнення і міграція трансплантанта, краєвий некроз шкіри. Використання сітчастих протезів викликало і ряд нових ускладнень, які не виникають при традиційних методиках герніопластики, а саме: руйнування сітки, утворення кіст імплантанта, міграція протеза в просвіт кишківника з утворенням нориць.

Мета роботи – на основі аналізу характеру та частоти виникнення післяопераційних ускладнень розробити алгоритм профілактики післяопераційних ускладнень хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням сучасних синтетичних матеріалів методом “вільного натягу”.

Матеріали і методи дослідження. За період з 2010 до 2016 року в клініці прооперовано 532 хворих з приводу післяопераційних вентральних гриж різних локалізацій. Чоловіків було 171 (35,0 %), а жінок – 361 (65,0 %). За віком хворі були розподілені наступним чином: до 29 років прооперовано 2 (0,3%) хворих, 30-44 років – 114 (25,9%), 45–59 років – 349 (61,6%) хворих, 60-74 років 77 (12,2 %). З малими післяопераційними грижами прооперовано 196 (35,0%) хворих, з середніми грижами 274 (51,2%) та з великими післяопераційними грижами 62 (13,8%) хворих.

Частоту ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень нами вивчено у 364 пацієнтів групи порівня (І група), аналіз яких дозволив нам розробити шляхи покращання результатів хірургічного лікування, які впроваджено у 168 пацієнтів II – основної групи.

Для вивчення характеру та частоти післяопераційних ускладнень нами застосовані наступні методи досліджень: клінічні дослідження, сонографія передньої черевної стінки, черевної прожнини з доплерографією, цитологічна характеристика раневого ексудату, рентгенологічні дослідження, ехокардіоскопія, загально-клінічні лабораторні дослідження, статистичні дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед ранніх поопераційних ускладнень у хворих групи контролю найчастіше зустрічалися сероми (8,5%), тривала лімфорей (6,8%), при чому частота даних ускладнень корелювала з типом операційного втручання і спостерігалась у 18,7 % пацієнтів, яким виконано алогерніпластику по типу on lay та статистично достовірно рідше ($p < 0,05$) – у 3,4% пацієнтів, яким виконано ретромускулярну алогерніпластику по типу sub lay. Дані результати враховані нами у виборі способу алогерніопластики у пацієнтів основної групи, де у 66,9 % виконано алогерніпластику по типу sub lay. Це дозволило зменшити частоту сером до 5,5 %, тривалої лімфорей до 3,7 %. Незважаючи на проведену інтраопераційну антибіотикопрофілактику у пацієнтів групи контролю у 3,9 % діагностовано

нагноєння післяопераційної рани і у 4,3 % – інфільтрат післяопераційної рани у пацієнтів з морбідним ожирінням без виконання дерматоліпектомії.

У 2,9 % оперованих групи порівняння виник крайовий некроз шкіри, що на нашу думку пов'язано з неадекватним вибором етапу дерматоліпектомії, без ухакування особливостей кровопостачання шкірно-жирового шару передньої черевної стінки при морбідному ожирінні. Незважаючи на дотримання стандартів профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів групи порівняння у 1,0 % діагностовно ТЕЛА, що стало причиною смерті. Усім цим хворим проведено натяжну алогерніопластику з приводу великих післяопераційних вентральних гриж. Впровадження у пацієнтів основної групи безнатяжних алогерніопластик дозволило попередити розвиток абдомінального компартмент-синдрому і ТЕЛА.

Ускладнений перебіг раннього післяопераційного періоду призвів до утворення кіст імплантанту у 2,2 % випадків, його відторгнення у 1,9 % випадків, що призвело до рецидивування грижі у 9 пацієнтів (2,2 %). Нами спостерігалась міграція імплантанта в підшкірній жировій основі у 3 хворих, міграція імплантанта в просвіт кишківника з утворенням кишкової нориці – у 1 пацієнта.

Висновки:

1. Надання переваги виконанню ретромускулярної алогерніопластики по типу sub laу доповненої TAR, виконання симультанної дерматоліпектомії, використання внутрішкірного безперервного шва дозволило зменшити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень з 28,5 % і 13,0 % у групі порівняння до 13,8 % і 2,3 % у основній групі відповідно.

2. Обов'язковим вважаємо виконання в ранньому післяопераційному періоді сонографічного моніторингу, що дозволяє визначити наявність рідинних утворів в різних шарах післяопераційної рани та провести оцінку ехоструктури тканин передньої черевної стінки в зоні оперативного втручання.