

**ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ МЕСТНЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИК У БОЛЬНЫХ С  
ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

*Обидов Иброхим*

*Бухарский Государственный медицинский институт*

Проблема послеоперационных вентральных грыж возникла одновременно с рождением хирургии брюшной полости и остается нерешенной до сих пор. С увеличением количества хирургических вмешательств растет и число больных с послеоперационными грыжами. Их количество огромно, от 2 до 15% чревосечений заканчивается формированием послеоперационных грыж [2,4,5]. Хирургическое лечение грыж далеко не всегда оказывается эффективным, и образуются рецидивные вентральные грыжи, представляющие еще более сложную задачу для хирурга [2,5]. Особенно сложными в техническом решении проблемы являются грыжи, многократно рецидивирующие и грыжи с обширными дефектами брюшной стенки. Увеличившееся число сложных грыж среди лиц трудоспособного возраста, низкая эффективность обычных методов грыжесечения, большое число местных и общих послеоперационных осложнений, частая инвалидизация и ограничение работоспособности грыженосителей, снижение качества жизни позволяет рассматривать данную проблему, как одну из важнейших социально-экономических задач практического здравоохранения. Правильный выбор метода пластики при послеоперационных вентральных грыжах является основным фактором, определяющим результаты лечения. Внедрение методов аллогерниопластики «пластика без натяжения» существенно улучшили показатели лечения. Использование синтетических материалов при герниопластике, в особенности при больших и гигантских вентральных грыжах связана с отсутствием натяжения ран, что позволяет избежать

повышения внутрибрюшного давления и развития абдоминального компартмент синдрома (кардиопульмонологические расстройства, парезы кишечника, рецидивы и т.д.) [1,2,3].

Применение синтетических протезов при оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж значительно снизило процент рецидивов, но реакция на имплантацию существенно повышает количество послеоперационных осложнений. На сегодняшний день лидирующие позиции в качестве материала для изготовления герниопротезов занимает полипропилен. Тем не менее, имплантация некоторых эндопротезов сопровождается выраженной воспалительной реакцией с преобладанием экссудации, образованием сером и нагноением послеоперационной раны.

В статье проанализирована частота местных осложнений при использовании в послеоперационном периоде нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и антигистаминных препаратов на фоне антибактериальной и инфузионной терапии, с целью профилактики возможных местных осложнений.

**Материалы исследования.** В Бухарском филиале РНЦЭМП за 2008-2009 год прооперирована 35 больных с вентральными послеоперационными грыжами, из них 4 (11,4%) мужчин и 31 (88,6%) женщин, средний возраст 52 года. Из сопутствующих заболеваний у 15 (42,8%) больных было гипертоническая болезнь I-II ст, у 23 больных (65,7%, только у больных женского пола) ожирение II-III степени, из них у 3 больных сахарный диабет II типа. Послеоперационные грыжи образовались после операций на органах гепатобилиарной системы 25 (71,5%), операций на почках 2 (5,7%), после операций на желудке и 12 перстной кишке - 4 (11,4%) и после гинекологических операций - 4 (11,4%) больных. Из них у 10 (28,6%) больных были рецидивные грыжи. Из общего количества оперированных у 26 (74,2%) больных большие и у 9 (25,8%), гигантские послеоперационные вентральные грыжи. С целью пластики

использовали синтетические материалы фирмы Линтекс «Эсфил». Имплантация сетки произведена в надапоневротической позиции «onlay».

Больные разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. I группа–15(42,8%) больных получали профилактическую антибактериальную терапию за 30 мин до операции и в течении 4-5 суток. II группа – 20(57,2%) наряду с антибактериальной терапией, в послеоперационном периоде с первых суток получали нестероидные препараты (диклоген 3.0 x 1 раз в/м) и антигистаминные препараты (супрастин, тавегил 1.0 x 1.0 раз в/м) в течении 4-5 дней

**Результаты исследования.** Оперативное вмешательство проводили по стандартной методике. Вкратце о методике: Окаймляющим разрезом иссекали старый послеоперационный рубец. При наличии больших грыжевых ворот, после выделения грыжевого мешка и мобилизации кожно-подкожного слоя от апоневроза, синтетический имплантат вшивали над мешком. Чаще всего послеоперационные грыжи окружены рубцами, имели большие размеры и многокамерное строение. При таких вариантах грыжевой мешок вскрывали, сращения между стенками мешка и кишечными петлями разделяли. При сильном натяжении местных тканей, пластику производили сшиванием имплантата по краям грыжевых ворот с дополнительной фиксацией имплантата к апоневрозу, с целью разгрузки первого ряда швов. Во всех случаях использовали монофиламентные нерассасывающиеся синтетические нити. Послеоперационную рану дренировали по Редону. Дренаж укладывали вдоль всей длины раны, по краям имплантата и выводили в нижнем углу. Чтобы дренаж не смещался к центру раны накладывали 2 шва с каждой стороны между подкожной клетчаткой и имплантатом.



Рис.1. Серома имплантата.



Рис.2. Нагноение имплантата.

К наиболее частым местным осложнениям относятся – длительная экссудация из раны, серомы, инфильтрат послеоперационной раны, нагноение ран и кисты имплантата.

**Частота развития местных послеоперационных осложнений, абс.**

(%)

Пластика	инфильтрат раны	серома	нагноение	киста	длительная экссудация
I-группа, n=15	5(33,3)	2(13,3)	2(13,3)	1(6,7)	3(20)
II-группа, n=20	-	3(15)	-	-	1(5)

Как видно из таблицы, наименьшей процент местных осложнений наблюдалось у больных второй группы (основной). Всего было 3(15%) серомы у больных страдающих инсулинзависимой формой сахарного диабета, с ожирением II-III степени наблюдалась серома и у-1 больной длительная экссудация, которые ликвидировались купировались самостоятельно.

У больных I-группы (контрольной) наличие местных осложнений было больше чем в 2 раза, по сравнению с второй группой.

Таким образом, разработанная нами схема использования препаратов НПВС и антигистаминных препаратов на фоне

антибактериальной и инфузионной терапии позволила снизить количество местных осложнений после аллогерниопластики у больных с вентральными грыжами.

**Литература:**

1. Дерюгина М.С. Способ пластики обширных дефектов передней брюшной стенки. Хирургия 2001;52-54стр.
2. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. М. Медпрактика 2002; 148.
3. Сажин В.Н., Климов Д.Е., Юришев В.А., и др. Ненатяжная герниопластика при больших послеоперационных вентральных грыжах, осложненных ущемлением и острой спаечной кишечной непроходимостью. Герниология. 2006; 34-36 стр.
4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М. Медицина 1990; 140 стр.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М. 2003. 143 стр.
6. Abidov U. O., Obidov I. U. A Rare Case from Practice: Strangulated Perineal Hernia //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 28-32.
7. Abidov U. O., Obidov I. U. Hepaticofasciolas (Fasciolosis) as a Cause of Mechanical Jaundice in a Woman (Case Study) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 38-41.
8. Abidov U. O., Obidov I. U. Appendicular Giant Mucinous Neoplasms (Case Report) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 33-37.
9. Абидов У. О. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ //Новый день в медицине. – 2020. – №. 4. – С. 623-625.

10. Нурбабаев А. У., Абидов У. О. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи //Биология и интегративная медицина. – 2020. – №. 6 (46). – С. 96-102.
11. Abidov U. O., Khaidarov A. A. MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE //Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografía e Historia. – 2022. – Т. 22. – С. 6.
12. Abidov U. O. Results of Treatment of Patients with Obstructive Jaundice //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 370-376.
13. Абдурахманов, М. М., Обидов, У. У., Рузиев, У. У., & Мурадов, Т. Р. (2020). Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. Журнал теоретической и клинической медицины, 1, 59-62.
14. Haydarov, A. A., Abdurakhmanov, M. M., Abidov, U. U., Sadiev, E. S., Mirzaev, V. I., & Bakae, M. I. (2021). Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. Journal of Natural Remedies, 22(1 (1)), 10-16.
15. Уроков, Ш. Т., Абидов, У. У., Хайдаров, А. А., & Хаджаев, К. Ш. (2019). ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. Новый день в медицине, (4), 316-320.
16. Utkir, A. (2024). TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH ANTIMICROBIAL THERAPY IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL. Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing, 2(5), 81-84.
17. Abidov Utkir. (2024). PREVENTION OF ACUTE EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL

TRACT IN PATIENTS WITH EXTENSIVE THERMAL BURNS. Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing, 2(5), 85–87.

18. Utkir, A. (2024). PREVENTION OF POSTOPERATIVE LOCAL COMPLICATIONS AFTER ALLOHERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS. Web of Discoveries: Journal of Analysis and Inventions, 2(5), 86-88.

19. Utkir, A. (2024). ENDOSCOPIC HEMOSTASIS FOR GASTRODUODENAL ULCERATIVE BLEEDING. Web of Teachers: Inderscience Research, 2(5), 149-154.

20. Utkir, A. (2024). PERFORATION OF AN ATYPICALLY POSITIONED DUODENAL ULCER IN A PATIENT WITH CONGENITAL FUNNEAL CHEST DEFORMITY. Web of Teachers: Inderscience Research, 2(5), 155-158.

21. Abidov, U. O. (2023). EIN SELTENER FALL AUS DER PRAXIS: STRANGULIERTE PERINEALE HERNIE. INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION, 2(22), 73-77.

22. Oktamovich, A. U. (2023). GALLENSTEINKRANKHEIT BEI SCHWANGEREN: DIAGNOSE, KOMPLIKATIONEN UND BEHANDLUNG. Scientific Impulse, 2(15), 587-595.

23. Abidov, U. O. (2023). HEPATIKOFASZIOLOSE (FASZIOLOSE) ALS URSACHE FÜR MECHANISCHEN IKTERUS BEI EINER FRAU (FALLSTUDIE). INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION, 2(22), 78-84.

24. Obidov, I. U. (2023). RIESIGE MUZINÖSE NEOPLASMEN DES APPENDIX (FALLBERICHT). INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION, 2(22), 85-89.