

УДК 617.55 – 007.43

© Ф.Н. Ильченко, Н.Н. Деркач, М.М. Сербул, Н.В. Ляшенко, 2010.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ И ВЕДЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ

Ф.Н. Ильченко, Н.Н. Деркач, М.М. Сербул, Н.В. Ляшенко

Кафедра хирургии №2 (зав.кафедрой – профессор Ф.Н. Ильченко),
Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

CHARACTERISTICS OF CONTROL AND AGRICULTURE WOUNDS AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERY PATIENTS WITH POSTOPERATIVE HERNIAS

F. N. Ilchenko, N. N. Derkach, M. M. Serbul, N. V. Liashenko

SUMMARY

The article gives a method for monitoring the state of the wound, and especially its management after reconstructive surgery in 223 patients with postoperative hernias of the abdominal wall. The efficiency of timely diagnosis and treatment of puncture gray under ultrasound as a way to prevent festering wound in the postoperative period, 97.1% of patients with this pathology.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТРОЛЮ СТАНУ І ВЕДЕННЯ РАНИ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ

Ф. М. Ильченко, М. М. Деркач, М. М. Сербул, М. В. Ляшенко

РЕЗЮМЕ

У статті наводиться методика контролю стану рани та особливості її ведення після реконструктивної операції у 223 хворих з післяопераційними грижами черевної стінки. Показана ефективність своєчасної діагностики та пункційного лікування сіроми під контролем УЗД, як способу профілактики нагноєння рани в післяопераційному періоді у 97,1% хворих з даною патологією.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи брюшной стенки, рана, осложнения, профилактика, лечение.

Одной из основных причин образования грыжи после лапаротомии является нагноение раны. Это патоморфологически проявляется активными воспалительными процессами на ранних этапах ее образования и сменяется в более поздние сроки такими признаками их хронизации, как нарушение кровообращения, отёк ткани, тканевая гипоксия, «дремлющая инфекция» и другое.

Клинически и морфологически очаги хронического воспаления (ОХВ) в тканях брюшной стенки с такими проявлениями выявляются у 53,2% больных с послеоперационными грыжами (ПГБС) [1, 3, 4, 8]. Заживление раны после реконструктивной операции и пластики грыжевых ворот у этих больных отличается тем, что воспалительная фаза раневого процесса в послеоперационном периоде может приобретать торпидное течение с различными тканевыми проявлениями и экссудативной реакцией с образованием в области раны и вокруг имплантата полос-

тей, заполненных серозной жидкостью. Высока вероятность инфицирования таких сером с нагноением раны, образование длительно незаживающих лигатурных свищей, возникновение рецидива грыжи [1, 2, 6, 7, 9].

Цель работы – разработка способов контроля раневого процесса у больных с ПГБС и изучение эффективности консервативных и хирургических способов профилактики и лечения осложнений со стороны раны у них после реконструктивной операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты лечения 223 больных с ПГБС. Мужчин было 49, женщин – 174. Возраст больных – от 24 до 80 лет. В соответствии с классификацией К.Д. Тоскина и В.В. Жебровского [5] грыжи средних размеров были у 50; обширных у 149 и гигантских у 24 пациентов. Рецидивные грыжи были выявлены у 49 больных. У 2 больных – грыжи локализовались в области колостомы, у 58 больных в области грыжи фун-

кционировали лигатурные свищи, у 35 имелись трофические нарушения кожи.

Предоперационное обследование больных помимо общепринятых клинических и лабораторных методов исследования включало в себя УЗИ передней брюшной стенки что позволяло оценить состояние мышечно – апоневротических структур, выявить форму и размеры грыжевых ворот, дополнительные дефекты, распространенность спаечного процесса в брюшной полости, выявить симультанную хирургическую патологию.

При выявлении ОХВ в мягких тканях живота до операции с целью профилактики послеоперационных воспалительных раневых осложнений назначалась их фармакокоррекция с использованием инфузионной терапии, антиоксидантов, дезагрегантов, антибиотиков, энтеросорбентов, назначались физиопроцедуры. По показаниям проводилась хирургическая санация лигатурных свищей, воспалительных инфильтратов до выполнения грыжесечения. Купирование воспалительного компонента в мягких тканях живота на фоне такой консервативной терапии оценивалась по данным проводимых в динамике УЗИ, показателям лабораторных исследований.

Во время грыжесечения, с целью сокращения продолжительности первой воспалительной фазы раневого процесса в послеоперационном периоде и уменьшения риска возникновения осложнений со стороны раны широко иссекали рубцовые ткани кожных покровов, краёв грыжевых ворот и грыжевого мешка, содержащих по данным УЗИ ОХВ.

Для пластики грыжевого дефекта применяли различные способы [4] с применением имплантатов. Рану дренировали по методикам, описанным ниже. Со 2-3-х суток течение раневого процесса контролировали с помощью УЗИ раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во время реконструктивной операции у больных с ПГБС для профилактики раневых осложнений послеоперационную рану обязательно дренировали. Нами преимущественно использовались активные способы дренирования ран, что предполагало подключение дренажей к различным аспирационным устройствам. У 23 оперированных больных с обширными и гигантскими ПГБС была использована активная аспирационная система «Unovac» фирмы «Unomedical» (Дания).

Ее преимуществами являются легкость конструкции, автономность, удобство фиксации к поясу и постели, простота обслуживания, что сочетается с полным герметизмом, обеспечивающим стерильность, и постоянный уровень разрежения.

Это достигается благодаря применению эластичного резервуара с двумя механическими однонаправленными клапанами, обеспечивающего стабильное разрежение и прием жидкости и сменных мешков для сбора раневого отделяемого. Важным аспек-

том лечения была возможность благодаря системе Unovac обеспечить полноценное дренирование раны одновременно с возможно более ранней активизацией больных. Это один из основных факторов профилактики у больных с послеоперационными грыжами больших размеров длительного пареза кишечника, дыхательной недостаточности и тромбоэмболических осложнений.

При установке трубчатых дренажей в послеоперационном периоде с их помощью проводили вакуумирование, промывание растворами антисептиков и антибиотиков - до прекращения отделения содержимого. При отсутствии отделяемого из раны такие дренажи удаляли на 2-3 сутки после операции.

У 48 больных с размещением имплантата по методике onlay, по трубчатым дренажам отделялось серозное раневое содержимое в количестве до 100 – 150 мм, а у 3 больных до 300 – 400 мм. Дренажи у этих больных были удалены в сроки 4-9 суток, когда отделяемого из раны уже не было. При герниопластике по методике sublay трубчатые дренажи были установлены у 92 больных. Считаем необходимым такое дренирование выполнять у всех больных как минимум на 1 сутки для контроля гемостаза после препаровки ретромускулярного пространства с целью формирования «ложа» для имплантата. У этих больных количество отделяемого было значительно меньшим и у 82 больных дренаж был извлечен в течение 1-3 суток после операции, у 6 больных на 4-5. Длительное отделение серозной жидкости из зоны установки имплантата наблюдали у 4 больных.

Контроль состояния раны у всех больных осуществляли с помощью УЗИ брюшной стенки, начиная с 1-3 суток послеоперационного периода. Сканирование раны проводили и после извлечения дренажей.

У 104 (46,6%) из 223 обследованных с помощью УЗИ раны больных в раннем послеоперационном периоде (1-10 сутки) диагностировали начальные признаки различных осложнений в виде инфильтрации тканей, а также одиночных или множественных полостных образований со скоплением жидкого содержимого размерами от 0,5 до 10-15 см в диаметре. У остальных больных при сканировании раны констатировалось нормальное течение раневого процесса.

В случае выявления патологического процесса в области послеоперационной раны устанавливали его точную локализацию.

Инфильтрация окружающих тканей в области послеоперационных раны в той или иной степени была выражена в ранние сроки после операции у всех больных. Она выглядела, как нечётко дифференцируемое образование округлой формы с размытыми контурами. Структура её была неоднородна и по плотности существенно отличалась от окружающих тканей. При этом преобладали более плотные участки, которые чередовались с участками разрежения (мозаичность структуры). В тоже время,

ткани, не вовлечённые в патологический процесс, в отличие от зоны инфильтрата, характеризовались чёткой анатомической структурой. Наличие серозной жидкости (серома) или несвернувшейся крови (гематома) при сканировании послеоперационной

раны было выявлено у 76 (34,6%) больных. Они выглядели как чётко ограниченные гипоэхогенные образования продолговатой или овальной формы, которые расслаивали и несколько деформировали окружающие ткани (рис. 1).

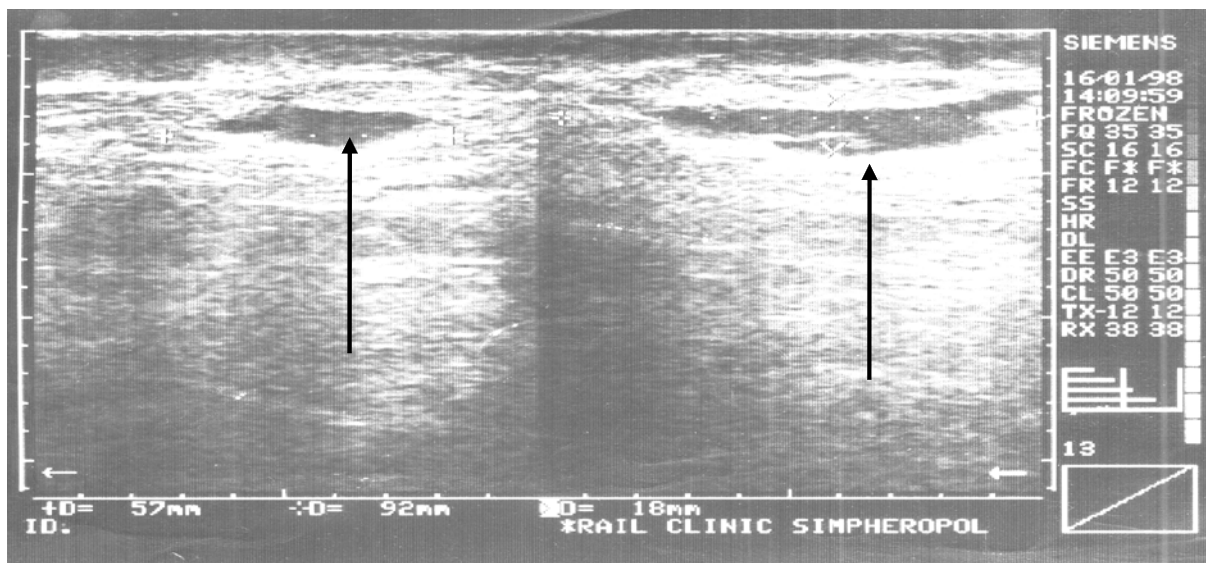


Рис. 1. УЗИ брюшной стенки. Осложненное течение раневого процесса после герниопластики. Серома. Указано стрелкой.

Структура данных образований у большинства больных была однородной, что расценивалось как признак серомы, а у 16 - неоднородной, что позволяло предположить наличие не свернувшейся гематомы. В эти сроки отсутствовала чётко выраженная капсула, что указывало на асептический и непродолжительный характер патологического процесса.

При протезирующей герниопластике нагноение раны у больных с надапоневротическим (onlay) рас-

положением имплантата во время УЗИ нами было диагностировано у 2 больных, у больных с sublay-позицией - у одного больного.

При УЗИ у этих больных были определены признаки абсцедирования: гипоэхогенное образование неправильной формы, которое содержало гиперэхогенные включения (свободные некротические ткани) и гиперэхогенную оболочку шириной до 2-3 мм (рис. 2).

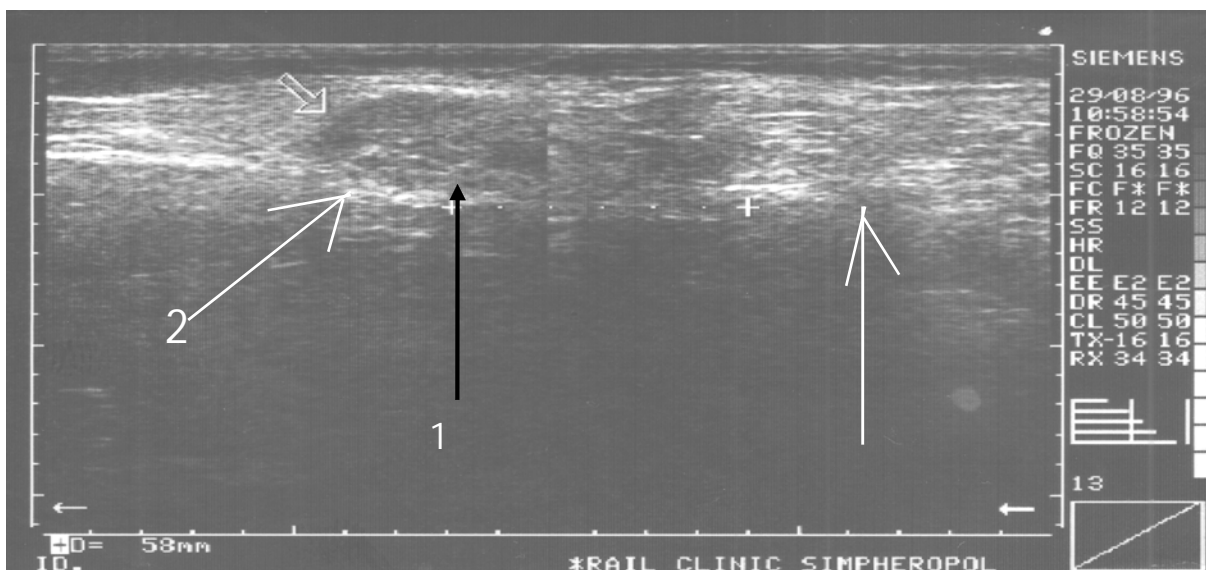


Рис. 2. УЗИ брюшной стенки. Осложненное течение раневого процесса после герниопластики. Абсцедирование воспалительного инфильтрата. Стрелкой указаны: 1 - полость абсцесса; 2 - стенка абсцесса.

От плотной задней стенки гнойника определялась «дорожка», что подтверждало наличие сформированной пиогенной оболочки и позволяло дифференцировать нагноение со скоплением асептической жидкости. При абсцедировании инфильтрата сама структура и форма гипоехогенной зоны, в отличие от нагноившейся серомы или гематомы, зависела от степени расплавления тканей, наличия перегородок, карманов, затёков, секвестров, свободных лигатур, тканевого детрита и часто была неоднородна и включала нескольких гипоехогенных участков.

При выявлении зон инфильтрации проводилась консервативная терапия и тщательное динамическое наблюдение за течением раневого процесса.

Такая тактика была использована и у больных, у которых на фоне воспалительной инфильтрации, имелись одиночные или несколько изолированных полостей размером менее 2,5-3 см. При этом в течение 10-14 суток после операции наблюдалось их рассасывание. У больных с полостными образованиями

более 3 см в диаметре, которые мы относили к «клинически значимыми», по сравнению с полостями меньшего диаметра, выполнялись лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ с удалением содержимого. Эвакуированную жидкость направляли для бактериологического исследования. Изучали его цитологический состав, проводили бактериологические посевы. В составе раневого отделяемого выявляли клетки мезотелия, эритроциты, нейтрофилы, макрофаги, лимфоциты в различных соотношениях, что свидетельствовало о воспалительном характере экссудата. Однако наличие микрофлоры обнаружено было только у 2 больных после протезирующих операций.

После пункции полость промывали растворами антисептиков и антибиотиков. По показаниям пункции повторяли. После пункции при контрольном УЗИ отмечалось отчётливое уменьшение размеров гипоехогенной зоны (рис. 3) вплоть до её полного исчезновения.

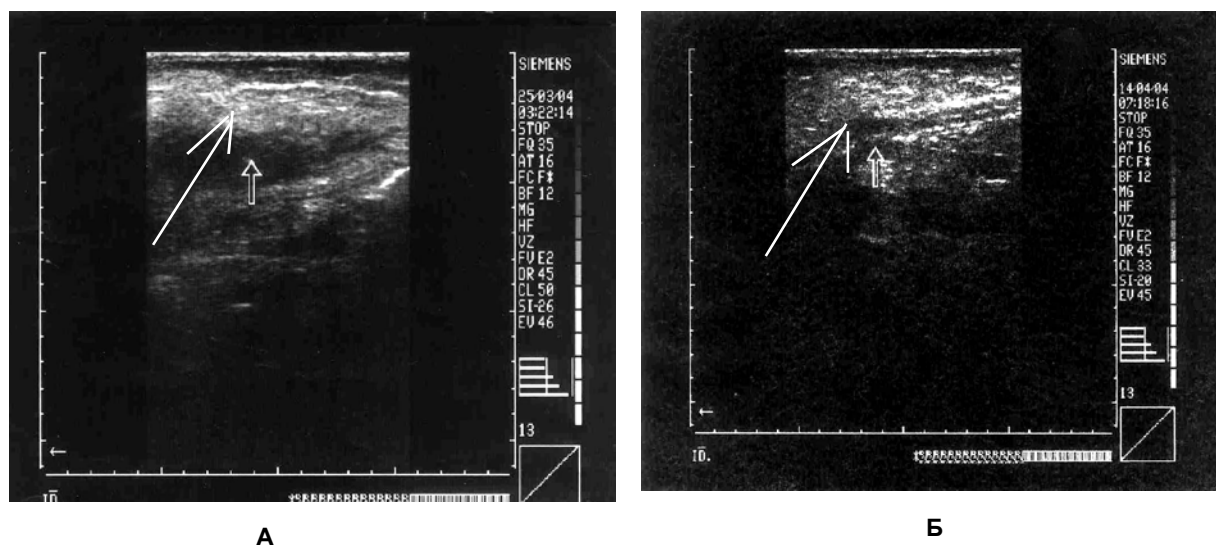


Рис. 3. УЗИ брюшной стенки. Осложненное течение раневого процесса после герниопластики. Серома. А. – до пункции. Б – после пункции. Полость серомы до и после пункции обозначена стрелкой.

Повторные пункции от 2 до 8-10 раз до выписки из стационара были выполнены у 56 больных. Из них необходимо выделить группу из 7 больных, которые были госпитализированы повторно в связи с возникновением у них явлений «хронической» серомы. При УЗИ у них были выявлены признаки образования «кисты» имплантата, что у 4 больных потребовало повторных пункций, а у 3 – оперативного вмешательства.

Необходимо отметить, что мы считаем образование скоплений серозной жидкости у больных при герниопластике вариантом нормального течения раневого процесса. В клинике такие серомы к раневым осложнениям мы относим лишь в случае их самопроизвольного вскрытия через кожные швы [2].

ВЫВОДЫ

1. У больных с ПГБС патогенетически обоснованная профилактика послеоперационных раневых осложнений позволяет предупредить развитие гнойно-воспалительных раневых процессов в большинстве случаев, при условии диагностики и коррекции ОХВ до операции и своевременной диагностики и устранения неинфицированных сером в послеоперационном периоде.

2. Малоинвазивный пункционный метод лечения сером, гематом у больных с ПГБС под контролем УЗИ, показан при размерах полостного образования содержащего жидкость в области послеоперационной раны более 2,5-3 см или множественных образованиях меньшего размера.

3. Использование разработанной тактики контроля состояния и ведения раны явилось эффективным способом профилактики нагноения раны у 97,1% больных, перенесших симультанную операцию по поводу ПГБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконев В.И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконев, З.В. Ковалева, С.Ю. Пушкин. – Самара, 2004. – 222 с.

2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. – Москва: «МИА», 2005. – 383 с.

3. Ильченко Ф.Н. Влияние характера предоперационной подготовки на выраженность воспалительного ответа у больных с послеоперационными грыжами брюшной стенки / Ф.Н. Ильченко // Таврический медико-биол. вестн. – 2005. – № 2. – С.35-39.

4. Славин Л.Е. Осложнения в хирургии грыж живота / Л.Е. Славин, И.В. Федоров, Е.И. Сигал. – М.: Профиль, 2005. – 178 с.

5. Тоскин К.Д. Грыжи брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – 269 с.

6. Четверіков С.Г. Рациональне ведення хворих після операції з приводу грижі черевної стінки з використанням композитних алотрансплантатів / С.Г. Четверіков, М.А. Каштальян, В.Ю. Вододюк, С.О. Пастерначенко // Клін. хірургія. – 2009. – № 9. – С.10–13.

7. Anthony T. Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy / T. Anthony, P. Bergen, L. Kim // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24. – P. 95-100.

8. Bendavid R. The Unified Theory of hernia formation / R. Bendavid // Hernia. – 2004. – № 8. – P.171-176.

9. Schumpelick V. Recurrent Hernia. Prevention and Treatment / Schumpelick V., R. Fitzgibbons. – Springer Berlin Heidelberg, 2007. – 356p.