



Sog'liqni saqlash
vazirligi



Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligi



Innovatsion rivojlanish
vazirligi



Andijon davlat
tibbiyot instituti

PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH



MAVZUSIDAGI RESPUBLIKA
ILMIY-AMALIY ANJUMANI



MATERIALLARI

ANDIJON
10-11-IYUN
2022-YIL

**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

Исмаилов С.И., Бабаджанов А.Х., Хужабаев С.Т., Хаялиев Р.Я.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент*

Актуальность. Параметры грыжи и операционно-анестезиологический риск существенно влияют на выбор способа протезирования. При больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ) не всегда можно применить натяжные способы протезирующей пластики. Выбор доступа и способа ликвидации гигантских вентральных грыж все еще является нерешенной проблемой современной хирургии.

Цель исследования: разработать модифицированный метод пластики, снижающий риск развития раневых осложнений и рецидивы.

Материалы и методы. Проведенные клинические исследования позволили определить пути улучшения протезной пластики ПОВГ. В данной работе мы выделили два направления, способствующих улучшению качества фиксации и приживления протеза, а также снижающих риск развития специфических раневых осложнений – совершенствование технических аспектов выполнения протезной пластики при обширных и гигантских ПОВГ и совершенствование тактических аспектов протезной пластики для усиления локальных репаративных свойств, обеспечивающих снижение риска формирования местных осложнений и усиление антимикробных свойств.

Был усовершенствован метод протезной пластики, который в экспериментальных условиях выполнялся следующим образом. Производилось выделение грыжевых ворот и вправление содержимого в брюшную полость. С учетом оценки размера грыжевых ворот выполнялось рассечение переднего листка влагалища прямых мышц живота с обеих сторон. Под контролем измерения внутрибрюшного давления выполняется ушивание грыжевых ворот местными тканями узловыми швами пролен 4/0. Затем выкраивается проленовая сетка соответственно размеру дефекта апоневроза прямых мышц живота. Далее сетка вшивается в участок дефекта прямых мышц живота конец в конец без захлеста краев. Контроль на гемостаз. Ушивание кожной раны после иссечения ее краев непрерывной нитью капрон 4/0. Для усиления локального антимикробного и репаративного эффектов перед ушиванием кожной раны методика дополнена выполнением лазерной стимуляции. Производится обработка операционного поля раствором ФарГАЛС с последующим облучением лазером в спектре 337нм, плотностью мощности до 10мВт/см² в течение 2 минут.

Лазерное облучение вызывает фотосенсибилизирующий и фотодинамический эффект, что усиливает антимикробный эффект ФарГАЛСа, при этом независимо от чувствительности микробов к антибиотикам. Лазерное излучение обладает стимулирующим и ранозаживляющим действием. Особенно это касается стихания 1 фазы воспаления и стимуляции ее второй фазы - регенерации. В сроки 7-14-21-30 суток после операции производилось выведение животных из эксперимента. При этом оценивался макро и микроскопически процесс заживления со стороны брюшной полости.

Результаты. Оперативное вмешательство выполнялось, как и в контрольной группе, на 7 сутки после формирования ПОВГ. Релапаротомия выполнялась путем удаления швов кожи и тупого разъединения кожной раны. Мобилизация грыжевого мешка и грыжевых ворот. В случаях повреждения брюшины, целостность восстанавливалась узловыми швами Викрил 5/0. Для разведения краев грыжевых ворот формировались гофрирующие швы с обеих сторон по наружному краю апоневроза прямых мышц живота. При сведении краев грыжевых ворот внутрибрюшное давление

поднималось свыше 150 мм.вод.ст. Далее по передней поверхности прямых мышц живота рассекали апоневроз и частично мышечные ткани. Ушивали грыжевые ворота узловыми швами Пролен 4/0 под контролем внутрибрюшного давления, которое не превышало значения 5,0 мм рт.ст. На разошедшийся дефект прямых мышц живота соответственно их размеру и форме вырезали фрагмент сетки. Дефект мышечной ткани укрывали сеткой и фиксировали края конец в конец узловыми швами пролен 4/0. Операционное поле обрабатывали раствором ФарГАЛС – 0,5 мл с последующим облучением лазером. Просушивание раны марлевым шариком. Кожная рана ушивалась непрерывным швом Пролен 4/0 после иссечения краев раны.

На 14-е сутки признаков инфицирования или смещения краев нет, органы брюшной полости интактные. На 21-е сутки кожный шов практически не прослеживается. Заживление тканей первичное, признаков воспаления нет. Швы лежат хорошо. Еле прослеживается сетка, укрепленная в область дефекта мышц брюшной стенки, хорошо фиксирована к тканям, не смещается. Брюшная полость интактная, спаек с передней брюшной стенкой в зоне вмешательства нет.

При осложненном течении послеоперационного периода на 7 сутки после модифицированной аллопластики п/о грыжи кожная рана была с признаками гнойного воспаления. Имелись расхождения краев раны на ограниченном участке 0,7x0,6 см, края были покрыты некротическим налетом. В некоторых случаях отмечалась инфекция имплантата и сморщивание, с наличием на дне раны некротического налета. При вскрытии брюшной полости имелись спайки с передней брюшной стенкой в месте ликвидации грыжевых ворот и салъником.

Модифицированный способ аллопластики был разработан для смещения проекций кожного разреза и области коррекции грыжевого дефекта. Таким образом снижается риск сочетанного инфицирования кожной раны и области аллопластики грыжи. Модифицированный способ позволяет достичь реконструкции передней брюшной стенки в области средней линии вследствие выполнения послабляющих разрезов переднего листка апоневроза прямых мышц живота, что значительно снижает риск развития инфекции, так как в области дремлющей инфекции (лигатуры, свищи) отсутствует инородный материал. Укрытие дефекта после расхождения переднего листка апоневроза прямых мышц живота сеткой снижает риск инфицирования, а также улучшает процессы резорбции серозного отделяемого из лимфатических протоков и тканей. Следующим обстоятельством является то, что при модифицированном способе пластики используется значительно меньший размер сетки, что также снижает риск инфицирования. И наконец восстановление дефекта грыжи путем сшивания местными тканями в условиях отсутствия натяжения тканей, а также закрытие сеткой мышечного массива значительно снижает риск формирования парапротезных грыж.

Выводы. Разработанная модель формирования ПОВГ в эксперименте адекватно отражает клиническую ситуацию и позволяет объективно оценить эффективность мероприятий в предупреждении инфекционных раневых осложнений. Корректирующая аллопластика в позиции onlay при ПОВГ повышает риск инфицирования протеза, с развитием спаечного процесса в брюшной полости. Этому способствует также частичное расхождение листков брюшины в области фиксации полипропиленовой сетки. Новый способ аллопластики ПОВГ позволяет добиться адекватной реконструкции передней брюшной стенки, снизить частоту развития инфекции в ране с 70% до 40%, а также использовать меньший размер аллопластического материала. ФДТ посредством лазерной активации антибактериального эффекта отечественного антисептического препарата ФарГАЛС позволяет в 2 раза снизить вероятность развития инфекции в ране, а также стимулировать процессы заживления ран. Все методы антисептического воздействия и лазерной стимуляции эффективны в профилактике развития инфекции, но малоэффективны при уже развившемся гнойно-воспалительном процессе на фоне применения аллопластического материала.