

**ՀԵՏԿԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԶԳՎԱԾ ՀՍԿԱ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐԻ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՈՐՈՇ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՈՒՄ***

*Գ. Ս. ՂԱՏՈՒՄՅԱՆ, Բ/Ծ փոխգնդապետ, Բ. Գ. Թ., ՀՀ ՊՆ Կենտրոնական
կլինիկական զինվորական հոսպիտալի առաջատար վիրաբույժ,
Մ. Վ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ, Բ/Ծ փոխգնդապետ, Բ. Գ. Ղ., դոցենտ, ՀՀ ՊՆ
Կենտրոնական կլինիկական զինվորական հոսպիտալի պետի՝
գիտաուսումնական գծով տեղակալ, Գ. Դ. ԱԶԻԶՅԱՆ, Բ/Ծ
փոխգնդապետ, ՀՀ ՊՆ Կենտրոնական կլինիկական զինվորական
հոսպիտալի պետ, Ա. Հ. ՄԵԼԻՔՅԱՆ, Բ. Գ. Թ., դոցենտ,
«Էրեբունի» ԲԿ ավագ վիրաբույժ*

Ներածություն

Սինթետիկ ցանցային պրոթեզի կիրառմամբ որովայնի առաջապատի պլաստիկան համարվում է մեր ժամանակների ճողվածքապլաստիկայի** ոսկե ստանդարտը, մասնավորապես՝ հետվիրահատական որովայնային (վենտրալ) ճողվածքների դեպքում: Վերջին ժամանակներում գրականության տվյալներում և պրակտիկ վիրաբուժության մեջ մեծ ճանաչում է ստացել ճողվածքների առանց ձգման պլաստիկայի կիրառումը¹: Դրանով վիրաբույժը զգուշանում է ներորովայնային ճնշման կտրուկ աճումից, որը, իր հերթին, հանգեցնում է ներկրծքային ճնշման մեծացմանը: Դա հետվիրահատական շրջանում սիրտ-անոթային բարդությունների և մահվան ելքերի հիմնական պատճառներից մեկն է: Տվյալ զարգացումները բնորոշ են հատկապես քրոնիկական բրոնխա-թոքային և սիրտ-անոթային հիվանդություններ ունեցող մեծահասակ հիվանդների դեպքերին:

* Հոդվածն ստացվել է 01.07.2025: Հոդվածի գրախոսությունը ստացվել է 29.08.2025:

** Ճողվածքապլաստիկա՝ վիրահատություն, որը կատարվում է ճողվածքի առաջամասնում դեպքում որովայնի առաջապատի ախտաբանությունը շտկելու համար: - *Խմբ.:*

¹ Stu B. П. Газизова, Э. Е. Власова, А. А. Ширяев, Р. С. Акчурин. Острая сердечная недостаточность в хирургии ишемической болезни сердца. «Кардиологический вестник», 2022, Т. 17, № 3 (<https://doi.org/10.17116/Cardiobulletin2022170315>); В. В. Лихванцев, Ю. В. Убасев. Предоперационная профилактика сердечной недостаточности в некардиальной хирургии. «Проблемы анестезиологии», 2023, Т. 71, № 2 (<https://doi.org/10.15360/1813-9779-2023-2-94>); K. A. Schlosser, S. R. Maloney, T. Prasad, P. D. Colavita, V. A. Augenstein, B. T. Heniford. Too big to breathe: predictors of respiratory failure and insufficiency after open ventral hernia repair. "Surgical Endoscopy", 2020, Vol. 34, PP. 4131–4139 (<https://doi.org/10.1007/s00464-019-07181-3>):

Ինչպես հայտնի է, վիրահատական միջամտությունների ժամանակ թոքային զարկերակի և դրա ճյուղերի մակարդուկախցանումային բարդություններով պայմանավորված մահացության հավանականությունը տատանվում է 1- 10 %-ի սահմաններում, իսկ հետվիրահատական շրջանում առանձնապես վտանգավոր է նաև որովայնային կոմպարտմենտային համախտանիշի* զարգացումը²:

Վերը շարադրվածի հաշվառմամբ՝ վիրաբույժները գրեթե միշտ խուսափում են ձգման մեթոդով ճողվածքահատման կիրառումից և ձգում են պլաստիկան (վերականգնողությունը) կատարելու առանց հյուսվածքային ձգման՝ սինթետիկ ցանցն օգտագործելով որպես «պլոմբ» կամ «կարկատան»: Նման դեպքերում ճողվածքի դարպասը չի փոքրանում և ներորովայնային ճնշման ամբողջ ուժն ընկնում է ալոտրանսպլանտատի վրա: Տվյալ մեթոդի կիրառումն ունի նաև թերություններ, մասնավորապես՝ որովայնի պատի պրոթեզավորված հատվածը չի մասնակցում որովայնի առաջապատի մկանների կծկմանը, ինչի հետևանքով խանգարվում է որովայն-սիներալային պոմպի աշխատանքը³: Ընդամին այդ պոմպի անբավարար գործունե-

* Որովայնային կոմպարտմենտային համախտանիշը այն ախտաբանական փոփոխությունների համալիրն է, որոնք առաջանում են ներորովայնային ճնշման կայուն մեծ արժեքների պայմաններում և հարուցում են բազմաօրգան անբավարարության զարգացում: - *Խմբ.*

² Stu С. А. Белякин, А. Н. Лищук, А. Н. Колтунов, Б. Л. Шкловский, Н. Н. Рыжман, А. А. Прохорчик, А. Н. Корниенко, Л. Е. Бровко, А. А. Саломов, Г. А. Есион, Т. Ю. Колтунова. Опыт хирургического лечения тромбоэмболии легочной артерии у больных с высоким риском ранней смерти. «Вестник Российской военно-медицинской академии», 2013, № 2(42) (<https://www.vmeda.org/wp-content/uploads/2016/pdf/7-11.pdf>); Ю. Л. Журавков, А. А. Королева. Тромбоэмболия легочной артерии: Диагностика, лечение и профилактика. Методические рекомендации. Минск, 2011, сс. 48- 61 (<https://surl.li/vcwjow>); A. W. Kirkpatrick, D. Nickerson, D. J. Roberts, M. J. Rosen, P. B. McBeth, C. C. Petro, F. Berrevoet, M. Sugrue, J. Xiao, C. G. Ball. Intra-Abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome after Abdominal Wall Reconstruction: Quaternary Syndromes? "Scandinavian Journal of Surgery", 2017, Vol. 106, Issue 2 (<https://doi.org/10.1177/1457496916660036>):

³ Stu И. А. Козлов, А. М. Овезов, Э. Л. Петровская. Периоперационные повреждения миокарда и сердечная недостаточность в некардиальной хирургии (обзор). Часть 1. Этиопатогенез и прогнозирование периоперационных кардиальных осложнений. «Общая реаниматология», 2019, Т. 15, № 2 (<https://doi.org/10.15360/1813-9779-2019-2-53-78>); Inneke E. De Laet, Manu L. N. G. Malbrain, Jan J. De Waele. (2020) A Clinician's Guide to Management of Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome in Critically Ill Patients. "Critical Care", N 24 (<https://doi.org/10.1186/s13054-020-2782-1>); C. C. Petro, S. Raigani, M. Fayeizadeh, J. R. Rowbottom, J. C. Klick, A. S. Prabhu, Y. W. Novitsky, M. J. Rosen. Permissible Intraabdominal Hypertension Following Complex Abdominal Wall Reconstruction. "Plastic and Reconstructive Surgery", 2015, Vol. 136, Issue 4 (<https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001621>):

ությունը կարող է ստորին սիներակի համակարգում կանգային երևույթներ հարուցել՝ ստեղծելով մակարդուկախցանումային բարդությունների վտանգ⁴:

Ուսումնասիրության նպատակն է գնահատել ծգման պլաստիկայի և ցանցային պրոթեզի զուգորդմամբ հսկա որովայնային ճողվածքների վիրահատական բուժման անմիջական և հեռավոր հետվիրահատական արդյունքները երկրորդային հիվանդությունների առկայության դեպքում:

Նյութը, մեթոդները. 2010–2016 թթ. ՀՀ ՊՆ Կենտրոնական կլինիկական զինվորական հոսպիտալի վիրաբուժական բաժանմունքում վիրահատվել են հետվիրահատական որովայնային ճողվածքով 42–78 տարեկան 80 հիվանդներ: Հիվանդներից 68-ի դեպքում հայտնաբերվել է հսկա ճողվածք, իսկ 12-ի ճողվածքները եղել են համեմատաբար փոքր չափերի:

Հետազոտվող հիվանդների դասակարգումն ըստ տարիքի և սեռի ներկայացված է աղ. 1-ում:

Աղյուսակ 1

Հետազոտվող հիվանդների դասակարգումն ըստ տարիքի և սեռի

Տարիք, տարեկան	40–50	51–60	61 և բարձր	Ընդամենը, հոգի
Արական	8	5	13	26
Իգական	7	18	29	54

Վիրահատված հիվանդներից 26-ը եղել են արական սեռի, 54-ը՝ իգական: Ըստ տարիքի՝ հիվանդների հիմնական մասը եղել է 61 տարեկանից բարձր խմբում, որում ներառված անձանց բնորոշ է ֆիզիոլոգիական առումով թրոմբազոյացման, անոթների աթերոսկլերոտիկ ախտահարման և սիրտ-անոթային ռիսկերի մեծ հավանականությունը:

Բոլոր հետազոտված հիվանդների ճողվածքը տեղակայված է եղել որովայնի առաջապատի միջային հատվածում՝ գերազանցապես միջնաորովայնային (մեզոգաստրալ) շրջանում: Ըստ հիվանդության պատմության տվյալների՝ հիվանդությունը ունեցել է միջինը 6 ամսից 1 տարվա վաղեմություն,

⁴ Сту «Периоперационное ведение пациентов с хронической сердечной недостаточностью». Методические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2020 (<https://ru.alfasigma.com/wp-content/uploads/2021/09/Klinicheskie-rekomendatsii-Perioperatsionnoe-vedenie-patsientov-s-HSN.pdf>); С. А. Федоров, А. П. Медведев, И. В. Абдульянов, К. Б. Вапаев, Л. М. Целоусова, Н. Б. Амиров. Послеоперационная тромбоэмболия легочной артерии: возможности антикоагулянтной терапии. «Вестник современной клинической медицины», 2020, Т. 13, вып. 5 ([https://doi.org/10.20969/VSKM.2020.13\(5\).31-34](https://doi.org/10.20969/VSKM.2020.13(5).31-34)); М. Leon, L. Chavez, S. Surani. Abdominal compartment syndrome among surgical patients. "World Journal of Gastrointestinal Surgery", 2021, Vol. 13, Issue 4 (<https://doi.org/10.4240/wjgs.v13.i4.330>):

40 հիվանդի դեպքում ճողվածքներին բնորոշ է եղել կրկնման հակում, իսկ 17-ի դեպքում եղել են չներուղղվող ճողվածքներ: Հետվիրահատական որովայնային ճողվածքներով հոսպիտալացված հիվանդների վիրահատական պատճառների և ուղեկցող հիվանդությունների նկարագրությունը ներկայացված է աղ. 2-ում:

Աղյուսակ 2

Հիվանդների դասակարգումն ըստ վիրահատական պատճառների և ուղեկցող հիվանդությունների

Ճողվածքի պատճառներ	Հիվանդների թիվը		Ուղեկցող հիվանդություններ	Հիվանդների թիվը	
	Արական	Իգական		Արական	Իգական
Լեղապարկի հեռացում	8	20	Հիպերտոնիկ հիվանդություն	16	8
Պորտային ճողվածքահատում	7	12	Կորոնար անոթների ստենոտավորում	11	4
Ենթաստամոքսային գեղձի սուր բորբոքում	2	3	Սրտային անբավարարություն	5	2
Որովայնամզի բորբոքում	6	9	Շաքարախտ	8	3
Այլ	3	10	Վահանաձև գեղձի աուտոիմուն բորբոքում	1	8
			Թոքերի քրոնիկական խցանող հիվանդություն	4	1
			Բրոնխիալ ասթմա	2	1
			Ստորին վերջույթների հետթրոմբոֆլեբիտային հիվանդություն	1	3
			Այլ	3	2

Ինչպես երևում է աղյուսակ 2-ից, վիրահատված հիվանդներից 28-ի դեպքում հետվիրահատական ճողվածքի առաջացման պատճառ եղել է լեղապարկի հեռացումը, ընդ որում, այն գերակշռել է կանանց խմբում, 19-ի դեպքում այն զարգացել է պորտային ճողվածքահատումից հետո (կանանց թիվը եղել է 12, իսկ տղամարդկանցը՝ 7), ենթաստամոքսային գեղձի սուր բորբոքման կապակցությամբ կատարված վիրահատական միջամտություն-

մից հետո զարգացած ճողվածքի պատճառով վիրահատվել են 5 հիվանդներ, որոնցից 2-ը՝ արական, 3-ը՝ իգական սեռի, որովայնամզի բորբոքման կապակցությամբ վիրահատական միջամտություններից հետո զարգացած ճողվածքի առիթով վիրահատվել են 15 հիվանդներ, որոնցից 6-ը՝ արական, 9-ը՝ իգական սեռի: Ուսումնասիրվող խմբից 50 հիվանդների դեպքում հայտնաբերվել են տարբեր աստիճանի արտահայտվածությամբ և համակցված ուղեկցող հիվանդություններ: 46 հիվանդներ ունեին սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդություններ, ընդ որում, նրանցից 15-ի դեպքում խնդիրները հայտնաբերվել են նախավիրահատական փուլում, և նախքան վիրահատական միջամտությունը կատարվել է նրանց կորոնարոգրաֆիա, իսկ 3-ի դեպքում ծեռնարկվել է կորոնար անոթների ստենոտավորում: Հիվանդներից 15-ը ունեցել են էնդոկրին համակարգի հիվանդություններ, 4 հիվանդներ որպես ուղեկցող հիվանդություն ունեցել են ստորին վերջույթների հետթրոմբոֆլեբիտային հիվանդություն, ընդամենը մեկի դեպքում այն՝ որպես հետվիրահատական բարդություն, ուղեկցվել է թոքային զարկերակի մանր ճյուղերի թրոմբոզով:

Բոլոր հիվանդները վիրահատվել են պլանային կարգով՝ համալիր լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններից հետո: Նախավիրահատական շրջանում կատարվել են բոլոր հիվանդների կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն՝ ԷՍԳ, ԷՍՈՍԳ, որովայնի օրգանների ուլտրաձայնային հետազոտություն, ստորին վերջույթների դոպլեր քննություն ըստ անհրաժեշտության, արյան և մեզի ընդհանուր քննություն, արյան ընդլայնված կենսաքիմիական քննություն, առանձնակի ուշադրություն է դարձվել արյան մածուցիկ հատկությունների փոփոխությանը նախավիրահատական, վաղ հետվիրահատական և ուշ հետվիրահատական շրջաններում: Բոլոր հիվանդները ենթարկվել են ընդհանուր ներշնչափողային անզգայացման: Նախկին հետվիրահատական սպիի հեռացումից հետո հյուսվածքները շերտ առ շերտ հատվել են մինչև ջլոնը: Ճողվածքապարկը բացվել է առավել անվտանգ և հասանելի մասում: Կատարվել է ներքին օրգանների մանրակրկիտ անջատում ճողվածքապարկից և ներուղղում որովայնի խոռոչ: Կատարվել է ներքին օրգանների կպումների անջատում, անհրաժեշտության դեպքում նաև սիմպտոմատիկ վիրահատություն (մեծ ճարպոնի, աղու մասնահատում, աղիքի կար և այլն): Այնուհետև կատարվել է բոլոր հիվանդների ճողվածքային դեֆեկտի վերացում նրանց տեղային հյուսվածքներով: Դրվել են պոլիպրոպիլենային հանգուցակարեր, ինչից հետո վերապոնկրոզային տարածությունում ամրացվել է «Ուլտրապրո» (*"Ultrapro"*) ցանցային պրոթեզը: Ակտիվ արտածծման նպատակով հյուսվածքների ամբողջականությունը վերականգնելուց առաջ ցանցի հատվածում և ենթամաշկային ճարպաբջջանքում տեղադրված դրենաժները մնացել են:

Հետվիրահատական շրջանը կարևոր է ինչպես վիրահատական վերքի վարման, այնպես էլ սոմատիկ ստատուսի տեսանկյունից: Առավել հաճախ հանդիպող բարդությունը եղել է թոքային հիպերթենզիայի և մակարդուկա-

խցանման առաջացումը: Հիպերմակարդումային փոփոխությունների գնահատման նպատակով կատարվել է լաբորատոր հետազոտությունների համեմատական վերլուծություն նախավիրահատական, վաղ հետվիրահատական շրջաններում և դուրսգրման ժամանակ (տես աղ. 3):

Աղյուսակ 3

**Արյան լաբորատոր ցուցանիշների փոփոխությունները
նախավիրահատական, վաղ հետվիրահատական
և հետվիրահատական շրջաններում**

Լաբորատոր քննություններ	Նորմա	Նախավիրահատական շրջան	Վաղ հետվիրահատական շրջան	Դուրսգրման ժամանակ
Հեմոգլոբին	13,1-16,7 գ/դլ	13,0±1,85 p<0,05	14,0±4,37 p<0,25	11,5±0,98 p<0,25
Էրիթրոցիտներ	4,24-5,72 10/մլ	4,56±0,03 p<0,01	4,6±0,14 p<0,05	3,99±0,15 p<0,01
Լեյկոցիտներ	3.8-11,2 10/ մլ	10,98±2,25 p<0,01	7,66±2,15 p<0,05	8,18±0,24 p<0,01
ԷՆԱ	2,0-10,0 մմ/ժ	38,8±1,55 p<0,01	14,16±1,01 p<0,02	28,01±1,81 p<0,01
«Ց»ՈՍ	<5 մգ/լ	28,26±0,12 p<0,25	5,3±4,37 p<0,25	26,16±0,25 p<0,25
ԱՍԼ «Օ»	<200 մ/լ	640±50,85 p<0,01	240±4,37 p<0,01	400±20,98 p<0,01
ԱՍՏ	<37/31 մ/լ	88,9±5,85 p<0,05	39,3±3,37 p<0,05	78,12±5,48 p<0,05
ԱԼՏ	<42/32 մ/լ	120,1±5,85 p<0,05	44±6,37 p<0,05	95,4±5,98 p<0,02
Ալբումին	34-48 գ/լ	18,18±4,65 p<0,07	33,12±1,77 p<0,08	26,49±2,51 p<0,07
Կրեատինին	62-106 մկմոլ/լ	125,1±28,8 p<0,25	88±12,86 p<0,25	115,7±25,9 p<0,02
Պրոթրոմբինային ինդեքս	73-111 %	125,1±28,8 p<0,25	88±12,86 p<0,25	115,7±25,9 p<0,02
Պրոթրոմբինային ժամանակ	9,9-11,8 վրկ	8,3±2,8 p<0,25	7,3±1,86 p<0,25	8,9±1,9 p<0,025
ԱՊՏԺ	23,2-34,7 վրկ	22,1±2,8 p<0,25	21±1,86 p<0,25	22,7±3,9 p<0,025
ՄՆՕ	1-2	0,89±0,4 p<0,25	0,81±0,6 p<0,25	0,9±0,2 p<0,025
Ֆիբրինոգեն	1,8-3,5 գ/լ	4,8±1,85 p<0,05	3,26±3,9 p<0,05	4,3±2,6 p<0,05

Ինչպես տեսնում ենք, լաբորատոր քննություններում առկա են որոշակի փոփոխություններ կոագուլոգրամմայի ցուցանիշներում, առկա է հիպերմակարդելիություն, որը նկատվում է պրոթրոմբինային ինդեքսի, պրոթրոմբինային ժամանակի, ԱՊՏԺ, ՄՆՕ ցուցանիշներում: Ընդ որում, հիպերմակարդումային փոփոխություններն առավել նշանակալից են նախավիրահատական և վաղ հետվիրահատական շրջաններում:

Եզրակացություններ

Հիվանդների կլինիկալաբորատոր հետազոտությունների տվյալների վերլուծության հիման վրա կարելի է հավաստիորեն պնդել, որ հետվիրահատական որովայնային ճողվածքների դեպքում լավագույն մեթոդը սինթետիկ ցանցային պրոթեզի կիրառմամբ որովայնի առաջապատի պլաստիկան է, հատկապես երբ հիվանդները որպես հարակից հիվանդություններ ունեն սիրտ-անոթային, շնչառական համակարգի քրոնիկական հիվանդություններ: Այս մեթոդի կիրառման դեպքում տեղի չի ունենում ներորովայնային ճնշման բարձրացում, ինչն իր հերթին չի հանգեցնում ներկրծքային ճնշման աճման: Միևնույն ժամանակ, վիրահատական միջամտությունից հետո դուրսգրման ժամանակ կատարված լաբորատոր քննությամբ չի արձանագրվում կոագուլոգրամմայի ցուցանիշների վատացում, չեն գրանցվել նաև մակարդուկախցանումային բարդություններ:

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАТЯНУТЫХ ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПРИ КОМОРБИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Г. С. ДАТУМЯН, подполковник м/с, кандидат медицинских наук, ведущий хирург ЦКВГ МО РА; М. В. САРГСЯН, подполковник м/с, доктор медицинских наук, доцент, заместитель начальника по научно-учебной части ЦКВГ МО РА;

Г. Д. АЗИЗЯН, подполковник м/с, начальник ЦКВГ МО РА;

*А. О. МЕЛИКЯН, кандидат медицинских наук, доцент, старший хирург
Медицинского центра «Эребуни»*

РЕЗЮМЕ

Пластика передней брюшной стенки с применением синтетического сетчатого протеза считается «золотым стандартом» герниопластики нашего времени, особенно в случаях послеоперационных вентральных грыж. Данный подход особенно актуален у пожилых пациентов, страдающих хроническими бронхолёгочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Как известно, при хирургических вмешательствах риск летального исхода, связанный с тромбоэмболическими осложнениями лёгочной

артерии и её ветвей, варьирует в пределах 1–10 %, а в послеоперационном периоде особо опасным считается развитие абдоминального компартмент-синдрома (АКС). Оценены непосредственные и отдалённые послеоперационные результаты хирургического лечения гигантских вентральных грыж с применением сочетания натянутой пластики и сеточного протеза у 80 пациентов в возрасте от 42 до 78 лет, прооперированных по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Исходя из анализа данных клинико-лабораторных исследований пациентов, можно достоверно утверждать, что пластика передней брюшной стенки с применением синтетического сеточного протеза является наилучшим методом при послеоперационных вентральных грыжах, особенно у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Проведение данного метода не сопровождается повышением внутрибрюшного давления, что, в свою очередь, не приводит к повышению внутригрудного давления. В то же время, по данным лабораторных исследований, проведённых на момент выписки после хирургического вмешательства, не наблюдалось ухудшения показателей коагулограммы, тромбозмболические осложнения не были зарегистрированы.

MILITARY MEDICINE

SOME TREATMENT FEATURES OF GIANT POSTOPERATIVE VENTRAL TENSE HERNIAS IN COMORBIT DISEASES

G. S. DATUMYAN, Lieutenant Colonel of Medical Service, PhD in Medicine, Leading Surgeon, Central Clinical Military Hospital, MOD, RA;

M. V. SARGSYAN, Lieutenant Colonel of Medical Service, Doctor of Medicine, Associate Professor, Deputy Head in Science and Education, Central Clinical Military Hospital, MOD, RA;

G. D. AZIZYAN, Lieutenant Colonel of Medical Service, Head, Central Clinical Military Hospital, MOD, RA; A. H. MELIKYAN, PhD in Medicine, Associate Professor, Senior Surgeon, Erebuni Medical Center

SUMMARY

Plastic surgery of the anterior abdominal wall by means of synthetic mesh prosthesis is considered the "gold standard" of hernioplasty of our time, especially in cases of postoperative ventral hernias. This approach is especially relevant for elderly patients suffering from chronic bronchopulmonary and cardiovascular diseases.

As is known, the risk of death associated with thromboembolic complications of the pulmonary artery and its branches during surgical

interventions varies within 1–10 %, and in the postoperative period, the development of abdominal compartment syndrome (ACS) is considered especially dangerous. The immediate and remote postoperative results of surgical treatment of giant ventral hernias using a combination of stretched plastic surgery and mesh prosthesis were assessed in 80 patients aged 42 to 78 years, who underwent surgery for postoperative ventral hernia. Based on the analysis of patients' clinical and laboratory studies, it can be reliably stated that plastic surgery of the anterior abdominal wall using synthetic mesh prosthesis is the best technique for repairing postoperative ventral hernias, especially in patients with concomitant chronic diseases of cardiovascular and respiratory systems.

This method is not accompanied by an increase in intra-abdominal pressure, which, in turn, does not lead to an increase in intrathoracic pressure. At the same time, according to laboratory studies conducted at the time of post-surgery discharge, there was no deterioration in coagulation parameters, thromboembolic complications were not registered.