

<http://doi.org/10.17223/1814147/72/09>

УДК 616-089.168.1-06:617.55-007.43-031.3]-089.844

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО СПОСОБА ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ СРЕДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В.В. Павленко¹, Д.Г. Постников², С.М. Лесников², О.В. Ооржак³,
А.Б. Старцев², Н.И. Батуева², И.А. Зимин², О.Н. Егорова²

¹ ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Российская Федерация, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а

² ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. М.А. Подгорбунского»,
Российская Федерация, 650000, г. Кемерово, ул. Николая Островского, д. 22, корп. 2

³ ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»
Российская Федерация, 650066, г. Кемерово, пр. Октябрьский, д. 22

Изучены результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, проведенного за период с 2015 по 2019 г. в хирургическом отделении № 1 ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово). Оперированные пациенты были разделены на группы по 30 человек. Большинство оперированных больных составили люди трудоспособного возраста. Пациентам проводили дренирование области расположения синтетического протеза разработанным нами трубчатым дренажом (патент РФ № 123670). Было проведено сравнение сроков госпитализации и осложнений в группах исследования.

Установлено, что усовершенствованный способ дренирования оригинальным дренажом позволяет не только уменьшить частоту сером, но и снизить процент раневых осложнений в группе больных с послеоперационными вентральными грыжами срединной локализации малых размеров.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, серома.

Конфликт интересов: авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Для цитирования: Павленко В.В., Постников Д.Г., Лесников С.М., Ооржак О.В., Старцев А.Б., Батуева Н.И., Зимин И.А., Егорова О.Н. Результаты применения оригинального способа дренирования при различных вариантах герниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами срединной локализации. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2020;23(1):77–84. doi 10.17223/1814147/72/09

THE RESULTS OF APPLICATION OF THE ORIGINAL METHOD OF DRAINING FOR VARIOUS OPTIONS OF HERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA OF MEDIUM LOCALIZATION

V.V. Pavlenko¹, D.G. Postnikov², S.M. Lesnicov², O.V. Oorzhak³,
A.B. Startsev², N.I. Batueva², I.A. Zimin², O.N. Egorova²

¹ Kemerovo State Medical University,
22a, Voroshilov st., Kemerovo, 650056, Russia

² Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky,
2, 22, Nikolay Ostrovsky st., Kemerovo, 650000, Russia

³ Kemerovo Region Clinical Hospital named after S.V. Belayev,
22, Oktyabrsky Ave., Kemerovo, 650066, Russia

The results of surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias from 2015–2019 have been studied in the Surgical Department No. 1 of the Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky (Kemerovo, Russia). Operated patients are divided into groups. Each group consisted of 30 patients. Most of the operated patients were people of working age. Patients were drained of the location of the synthetic prosthesis by the tubular drainage developed and implemented by us (Russian patent No. 123670). A comparison of hospitalization and complications was made in the study groups. It has been established that the improved method of drainage by original drainage has not only reduced the frequency of gray punctures, but also reduces the percentage of wound complications in comparison groups with postoperative ventral hernias of median localization of small sizes.

Keywords: *postoperative ventral hernia, hernioplasty, seroma.*

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this paper.

Financial disclosure: no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

For citation: Pavlenko V.V., Postnikov D.G., Lesnicov S.M., Oorzhak O.V., Startsev A.B., Batueva N.I., Zimin I.A., Egorova O.N. Results of application of the original method of draining for various options of hernioplasty in patients with postoperative ventral hernia of medium localization. *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2020;23(1):77–84.
doi 10.17223/1814147/72/09

ВВЕДЕНИЕ

Развитие послеоперационной грыжи после различных вмешательств на органах брюшной полости является часто регистрируемым осложнением. Спектр применяемых вмешательств большой и включает в себя, как открытые методики, так и лапароскопические варианты закрытия грыжевых дефектов [1, 2]. Одним из осложнений герниопластики послеоперационных ventral hernias сетчатыми протезами является серома [1–4]. Частота развития сером у оперированных больных, по данным различных литературных источников, составляет от 25 до 81% [1–3]. Образование сером при наднапоневротическом расположении сетки связано с сохранением асептического воспаления и лимфорей

из-за травматизации тканей подкожной клетчатки сеткой, что приводит к увеличению сроков пребывания пациентов в стационаре в связи с необходимостью многократных пункций жидкостных скоплений [3].

Риск образования сером связан со следующими факторами: пожилой возраст, ожирение (индекс массы тела более 30), использование электрокоагуляции при выполнении операции [5–7]. Выявлена непосредственная связь между жидкостным скоплением в передней брюшной стенке и увеличением частоты раневых инфекций, некрозов краев раны и длительности заживления [3, 7–9]. Образование сером приводит к значительному увеличению сроков реабилитации и общей стоимости хирургического лечения за счет длительного пребывания в клинике

оперированного больного [3]. Для профилактики возникновения сером многие хирурги используют дренирование – подведение дренажей непосредственно к протезу. Другие применяют пункционный способ эвакуации жидкостных скоплений в области протезирования грыжевых дефектов. Наиболее популярным является дренирование по способу Редона [4]. Однако нет единства во взглядах о том, кому показано дренирование области имплантации протеза и в какие сроки необходимо удалять дренаж [5, 9–11].

Таким образом, несмотря на значительные успехи в лечении послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) передней брюшной стенки (ПБС), многие тактические вопросы до сих пор остаются не решенными.

Цель исследования: оценить результаты применения оригинального дренажа при различных вариантах герниопластики у больных с ПОВГ ПБС срединной локализации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами за период с 2015 по 2019 г., проведенного в хирургическом отделении №1 ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово).

Исследования соответствовали этическим стандартам биоэтического комитета «ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского». Все лица, участвовавшие в исследовании, дали информированное согласие на участие в исследованиях.

Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие у них ПОВГ ПБС срединной локализации.

Критерии исключения из исследования:

1. Наличие сопутствующей патологии, требующей симультанного оперативного лечения (желчнокаменная болезнь, дивертикулез ободочной кишки и др.) у больных с ПОВГ ПБС.

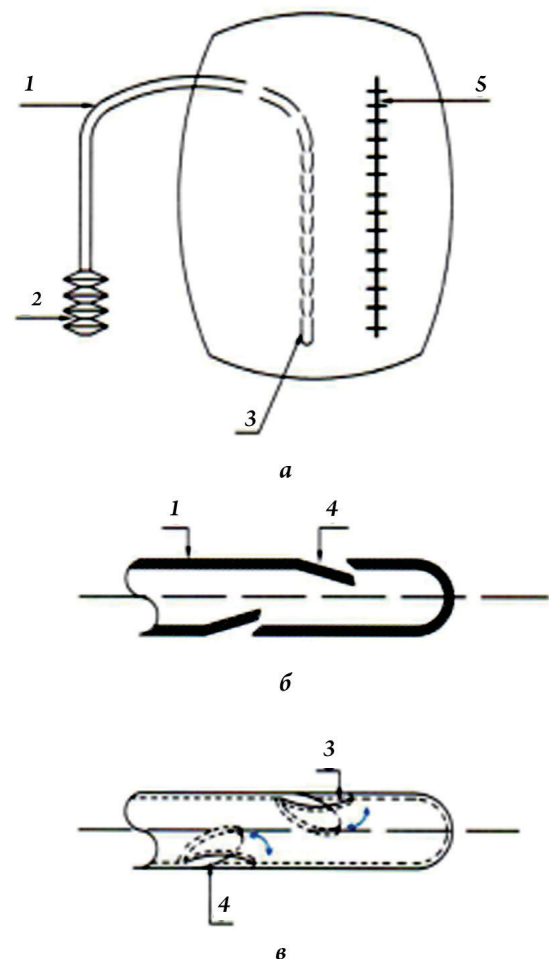
2. Латеральная локализация послеоперационных вентральных грыж по классификации вентральных и послеоперационных грыж Европейского общества герниологов [12].

Операции выполняли под общим эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких или спинномозговой анестезией. Во время вмешательства проводили выделение грыжевого мешка, укрепляли сетчатым протезом грыжевой дефект.

Через кожу в нижней трети раны проводили один либо два разработанных нами трубчатых дренажа (рисунок).

На рисунке показаны общая схема установки хирургического дренажа в ране (а), положение клапанов в дренажной части продольного корпуса (б) и клапаны, изготовленные путем непол-

ной просечки дренирующих отверстий (в). Дренирующее устройство устанавливают в операционное поле. Данное устройство содержит гибкий продольный корпус 1, приспособление 2 для создания отрицательного давления, отверстие 3 для дренирования экссудата и клапаны 4, расположенные в них. Клапаны 4 могут быть изготовлены из инертных материалов и установлены в отверстиях с помощью шарниров и пружин. Кроме того, клапаны 4 могут быть изготовлены из материала гибкого продольного корпуса 1 путем неполной просечки (на две трети диаметра) дренажных отверстий 3. При определенном отрицательном давлении в гибком корпусе 1, задаваемым приспособлением 2, часть стенки корпуса может перекрывать или открывать отверстие 3, исключая обратный ток воздуха и экссудата и предотвращая инфицирование раны.



Дренирующее устройство оригинальной конструкции (патент РФ № 123670)

The drainage device of the original design (RF patent No. 123670)

Хирургический дренаж устанавливают в операционной ране 5, так чтобы часть гибкого продольного корпуса 1 с отверстиями 3 находи-

лась в зоне дренирования. С помощью приспособления 2 внутри корпуса создают отрицательное давление, достаточное для частичного открытия клапанов 4 на заданную величину, обеспечивающее отток экссудата.

После установки дренажа операционную рану послойно ушивали. Дренажные трубки подсоединяли к пассивным одноразовым вакуумным баллонам производства компании «Медполимер» (С.-Петербург). Продолжительность дренирования зависела от объема эвакуируемой за сутки жидкости.

Дизайн исследования.

Анализ результатов операций при ПОВГ ПБС проводили в различных группах сравнения, которые были сформированы в зависимости от величины грыжевого дефекта (W1, W2, W3) и способа профилактики скопления жидкости в области протеза. На первом этапе был проведен анализ результатов операций для обоснования преимуществ оригинального дренажа и дренирующего способа по сравнению с пункционным способом при ПОВГ ПБС W1 в основной группе 1 и группе сравнения 1. Затем в основной группе 2 и группе сравнения 2 впервые применен оригинальный дренаж при герниопластике ПОВГ ПБС средних размеров (W2) и проанализированы полученные результаты. В основной группе 3 и группе сравнения 3 также применен оригинальный дренаж при герниопластике ПОВГ ПБС больших размеров (W3).

Основную группу 1 составили 30 больных (12 мужчин и 18 женщин) с ПОВГ ПБС срединной локализации малых размеров – W1, которым выполнялась Onlay пластика с дренированием области расположения протеза оригинальным дренажом. Возраст больных варьировал от 18 лет до 71 года (средний возраст – $(54,9 \pm 2,8)$ года).

Группа сравнения 1 была сформирована из 30 пациентов (13 мужчин и 17 женщин) с ПОВГ ПБС срединной локализации малых размеров, которым выполнялась Onlay пластика без дренирования области фиксации протеза, с последующим пункционным способом ведения сером. Возраст больных в данной группе варьировал от 19 до 69 лет (средний возраст – $(51,3 \pm 2,1)$ года).

В основную группу 2 вошли 30 человек (14 мужчин и 16 женщин) с ПОВГ ПБС срединной локализации средних размеров – W2, которым выполнялась Sublay пластика в eTER варианте с дренированием области расположения протеза по оригинальной методике. Возраст больных – от 21 года до 67 лет (средний возраст – $(55,1 \pm 2,9)$ года).

Группа сравнения 2 была образована из 30 больных (11 мужчин, 19 женщин) с ПОВГ ПБС срединной локализации средних размеров,

которым выполнялась Sublay пластика в MILOS варианте с дренированием области расположения протеза по оригинальной методике. Возраст больных данной группы – от 24 до 69 лет (средний возраст – $(50,9 \pm 3,6)$ года).

Основную группу 3 составили 30 больных (12 мужчин, 18 женщин) с ПОВГ ПБС срединной локализации больших размеров W3, которым выполнялась ретромускулярная (РМП) Sublay-bridge пластика без сепарации с дренированием области расположения протеза по оригинальной методике. Возраст больных варьировал от 22 лет до 61 года (средний возраст – $(50,2 \pm 3,9)$ года).

Группа сравнения 3 состояла из 30 человек (13 мужчин и 17 женщин) с ПОВГ ПБС больших размеров срединной локализации, которым выполнялась ретромускулярная (РМП) Sublay пластика с задней сепарацией по Новицкому – TAR с дренированием области расположения протеза по оригинальной методике. Возраст больных – от 21 года до 70 лет (средний возраст – $(51,7 \pm 3,3)$ года).

В предоперационном периоде проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование. В группах основной 3 и сравнения 3, помимо стандартного инструментального предоперационного обследования применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) органов брюшной полости с болюсным контрастированием.

Все пациенты были оперированы в плановом порядке с использованием различных методик протезирующих герниопластик. Использовался полипропиленовый сетчатый эндопротез фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург) «Эсфил-стандарт» с поверхностной плотностью полипропиленовой составляющей 62 г/м^2 . Эндопротез фиксировали монофиламентной, нерассасывающейся полипропиленовой нитью Prolene (фирма Ethicon).

В отдаленном периоде (в сроки до 1 года) прослежены результаты лечения 120 больных (38 мужчин и 82 женщин) с ПОВГ ПБС. Возраст пациентов варьировал от 19 до 70 лет, средний возраст составил $(57,5 \pm 2,6)$ года.

Результаты отдаленного периода оценивались по количеству рецидивов заболевания, субъективной оценке пациентами своего самочувствия (на основе предложенной анкеты) и качества жизни по стандартному опроснику «The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey» (MOSSF-36), разработанному J.E. Ware и соавт. в 1988 г. [13].

Результат оценивали, как хороший, при отсутствии рецидива грыжи и каких-либо жалоб пациентов со стороны желудочно-кишечного тракта и послеоперационного рубца при воз-

возможности продолжения профессиональной деятельности и выполнения обычных домашних работ для лиц пенсионного возраста. Удовлетворительным считали результат при отсутствии рецидива грыжи, но наличии ряда расстройств, нарушающих состояние комфорта, связанных с перенесенной операцией грыжесечения. Рецидив грыжи, независимо от наличия других проявлений, расценивался как плохой результат.

Статистическую обработку полученных в ходе исследования количественных показателей проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 с вычислением среднего значения M и ошибки среднего m . Статистическую значимость различий сравниваемых средних величин определяли на основании критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Интраоперационных осложнений в группах сравнения больных с ПОВГ ПБС отмечено не было.

Образование сером после пластики ПОВГ ПБС чаще наблюдалось в группе сравнения 1 (в 10% случаев), когда применялся пункционный способ лечения. Этот показатель в три раза превысил таковой при применении дренажной системы оригинальной конструкции, который составил 3,3%.

По мере увеличения травматизации тканей в области расположения протеза, связанной с размерами грыжевого мешка, длительность дренирования раны закономерно увеличивалась.

Новым в конструкции хирургического дренажа является наличие в дренирующих отверстиях клапанов, которые были выполнены в виде частей, образованных неполной просечкой, что предупреждает обратный ток воздуха и жидкости в рану, предупреждает инфицирование и обеспечивает отделение раневого экссудата наружу.

Оригинальный хирургический дренаж является более простым по конструкции и более эффективным в действии, чем известные прототипы.

Техническим результатом разработанного дренажа является упрощение его конструкции, предупреждение обратного тока воздуха и жидкости в рану, ее инфицирования, за счет снабжения дренирующих отверстий клапанами, реагирующими на отрицательное давление.

У одного пациента с серомой в группе сравнения 1 сформировался инфильтрат в подкожной клетчатке с последующим нагноением.

Дренажи удаляли при уменьшении продукции по ним до 10,0 мл.

Мы установили наличие статистической значимости различий в группах 1 (основной и сравнения) по длительности существования сером ($p = 0,03$), что позволяет считать преимуществом использование оригинального дренажа в сравнении с пункционным методом. При этом не наблюдалось существенных различий в частоте развития сером в группах 2 и 3 (основных и сравнения). При мостовидной пластике, близкой по концепции к надапоневротической, их частота была выше, чем при комбинированной задней сепарационной пластике по Новицкому.

Длительность существования сером заметно увеличивалась в группах сравнения с большими размерами грыжевых выпячиваний. При ретромускулярной пластике необходимое время дренирования области расположения протеза было меньше, чем при мостовидной пластике. Это согласуется с результатами, полученными большинством исследователей [1–5]. Однако, по данным А.Р. Westphalen и соавт. (2015), частота возникновения сером и инфекции не показала существенных различий между группами больных с послеоперационными грыжами с дренажами или без дренирования [9].

Сравнение частоты развития местных раневых осложнений в основной группе 3 и группе сравнения 3 показало соотношение 1:5 при ретромускулярной пластике с задней сепарацией по Новицкому в сравнении с Inlay-мостовидной пластикой. При Sublay-способе размещения протеза в ретромускулярном пространстве имел место 1 случай образования гематомы при мобилизации задней стенки влагалища прямой мышцы вследствие травматизации ее сухожильных перемычек.

Всего в отдаленном периоде было отмечено 5 рецидивов заболевания. Мы проанализировали их причины.

Одна из причин рецидива, по нашему мнению, связана с особенностями течения послеоперационного периода. Анализ результатов лечения больных ПОВГ ПБС показал, что местные раневые осложнения статистически значимо ухудшают прогноз лечения. Выявлено влияние послеоперационных раневых осложнений на частоту развития рецидива при герниопластике у больных с ПОВГ ПБС ($p = 0,001$). Нами отмечено увеличение частоты рецидивов заболевания при наличии у больного сопутствующих патологий, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления. Статистически значимые различия показателей отмечены только в основной группе 3 и группе сравнения 3.

Результаты отдаленного периода также оценивались по разработанной нами анкете и стандартному опроснику MOSSF-36. Так, хорошие результаты отмечены у 90 (75,0%) больных,

удовлетворительные – у 19 (20,8%) пациентов. У 5 (4,2%) больных результат лечения из-за рецидива грыжи оценивался, как плохой.

У пациентов, которым проводились оперативные вмешательства по Inlay-мостовидной пластике, отмечено статистически значимое снижение показателей по шкалам «физическое функционирование» и «социальное функционирование». Также выявлено снижение показателей по шкалам «болевого синдром», «психическое здоровье» и «эмоциональное состояние». Низкие баллы социального функционирования свидетельствовали об ограничении социальных контактов больных, снижении уровня их общения в связи с ухудшением эмоционального состояния. Низкие показатели психического здоровья

свидетельствовали о депрессивных состояниях и тревожных переживаниях.

ВЫВОДЫ

1. При использовании дренирующего способа лечения сером с использованием трубчатых дренажей сокращаются сроки ликвидации сером по сравнению с таковыми при применении пункционного метода.

2. Применение дренажа оригинальной конструкции позволяет уменьшить частоту осложнений в области имплантации протеза при пластике послеоперационных грыж W1 более чем в 2 раза по сравнению с пункционным методом.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р., Копыльцов А.А., Токарев Т.В. Современный взгляд на лечение послеоперационных грыж брюшной стенки. *Consilium Medicum, Хирургия*. 2016;(2):6-9 [Gogia B.Sh., Kopylov A.A., Tokarev T.V. Sovremenniy vzglyad na lechenie posleoperacionnyh gryzh [A modern look at the treatment of postoperative abdominal hernias]. *Consilium Medicum, Khirurgia*. 2016;(2):6-9 (In Russ.)].
2. Юрасов А.В., Шестаков А.А., Курашвили Д.Н., Абовян Л.А. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2014;4(7):405-413 [Yurasov A.V., Shestakov A.L., Kurashvili D.N., Abovyan L.A. Sovremennaya koncepciya hirurgicheskogo lecheniya bolnih s posleoperacionnimi gryzhami peredney bryushnoy stenki [The modern concept of surgical treatment of patients with postoperative hernias of the anterior abdominal wall]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy hirurgii – Journal of Experimental and Clinical Surgery*. 2014; 4(7):405-413 (In Russ.)].
3. Gardner A., Pass H.A., Prance S. Techniques in the prevention and management of seroma: an evaluation of current practice. *The Women's Oncology Review*. 2005, September;5(3):135-143.
4. Шаймарданов Р.Ш. Дренирование раны в профилактике раневых осложнений после пластики послеоперационных грыж. *Анналы хирургии*. 2004;(5):75-78 [Shaimardanov R.V. Drenirovanie rany v profilaktike ranevykh oslozhneniy posle plastiki posleoperacionnyh gryzh [Draining wound in prevention of wound complication safter surgery of postoperative hernias]. *Annaly Khirurgii – Russian Journal of Surgery*. 2004;(5):75-78 (In Russ.)].
5. Постников Д.Г., Павленко В.В., Краснов О.А., Ооржак О.В., Егорова О.Н., Лесников С.М. Проблемы профилактики раневых осложнений у больных с послеоперационными вентральными грыжами. *Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание*. 2015;(3). URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1825 [Postnikov D.G., Pavlenko V.V., Krasnov O.A., Oorzhak O.V., Egorova O.N., Leshnikov S.M. Problemy profilaktiki ranevykh oslozhneniy u bolnyh s posleoperacionnimi ventralnymi gryzhami [Problems of prophylaxis of wound complications at patients with postoperative ventral hernias]. *Medizina i obrazovanie v Sibiri: setevoe nauchnoe izdanie – Journal of Siberian Medical Sciences*. 2015;(3) (In Russ.)].
6. Jain P.K., Sowdi R., Anderson A.D. et al. Randomized clinical trial investigating the use of drains and fibrin sealant following surgery for breast cancer. *Br j of surg*. 2004. V91. P. 54-60.
7. Klink C.D., Binnebosel M., Lucas A.H. et al. Serum analyses for protein, albumin, and IL-1RA serve as reliable predictors for seroma formation after incisional hernia repair. *Hernia*. 2011;15:69-73.
8. Чарышкин А.А., Фролов А.А. Проблемы герниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами. *Ульяновский мед.-биол. журнал*. 2015;(2):39-46 [Cherushkin A.L., Frolov A.A. Problemy gernioplastiki u bolnyh s posleoperacionnimi ventralnymi gryzhami [Gernioplasty problems at patients with postoperative ventral hernias]. *Uliaynovskiy med.-biol. zhurnal – Ulyanovsk Medico-Biological Journal*. 2015;(2):39-46 (In Russ.)].
9. Westphalen A.P., Araújo A.C.F., Zacharias P., Rodrigues E.S., Fracaro G.B., Gaspar de J.L. Repair of large incisional hernias. To drain or not to drain. Randomized clinical trial. *Acta Cir Bras*. 2015;30(12):844-851. URL: <https://doi.org/10.1590/S0102-865020150120000009>
10. Тарасова Н.К., Дыньков С.М., Тетерин А.Ю., Кузнецов А.А. Профилактика осложнений в раннем послеоперационном периоде и рецидива при лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Анналы хирургии. 2012;(6):26-30 [Tarasova N.K., Dynkov S.M., Teterin A.Yu., Kuznetsov A.A. Profilaktika oslozheniy v rannem posleoperazionnom periode i rezidiva pri lechenii bolnih s posleoperazionnimy ventralnimy grizhamy [Prevention of complications in the early postoperative period and relapse in the treatment of patients with postoperative ventral hernias]. *Annaly Khirurgii – Russian Journal of Surgery.* 2012;(6):26-30 (In Russ).]

11. Кузнецов А.В., Шестаков В.В., Алексеев Б.В. Ведение пациентов с серомами после грыжесечений в раннем послеоперационном периоде. *Бюл. ВСНЦ СО РАМН.* 2011;1-2:75-79 [Kuznetsov A.V., Shestakov V.V., Alekseev B.V. Vedenie pazientov s seromami posle grizhesecheniy v rannem posleoperazionnom periode [Treatment of patients with seromas after herniotomies in early postoperative period]. *Bul VZNH SO RAMN.* 2011;1-2: 75-79. (In Russ.)].
12. Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F., Campanelli G., Champault G.G., Chelala E., et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia.* 2009;13(4):407-414. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-009-0518-x>.
13. Ware J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF-36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view. *BMJ.* 1993;306:1429-1430.

Поступила в редакцию 17.01.2020, утверждена к печати 06.02.2020
Received 17.01.2020, accepted for publication 06.02.2020

Сведения об авторах:

Павленко Владимир Вячеславович*, д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России (г. Кемерово).

E-mail: pavlenkovv@list.ru

Тел. 8 (384-2) 46-51-44, 8 (384-2) 46-51-43, 8-903-907-9740

Постников Дмитрий Геннадьевич, врач-хирург хирургического отделения №1 ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово).

E-mail: postnikov.ru@mail.ru

Лесников Степан Михайлович, врач-хирург хирургического отделения №1 ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово.

E-mail: stepa86@mail.ru

Ооржак Орлан Валерийович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1 КОКБ им. С.В. Беляева» (г. Кемерово).

E-mail: oorjakov@mail.ru

Старцев Андрей Борисович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением №1, ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово).

Батуева Наталья Игоревна, врач-рентгенолог рентгенологического отделения №1 «ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского» (г. Кемерово).

Зимин Игорь Анатольевич, врач-рентгенолог рентгенологического отделения №1 ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово).

Егорова Оксана Николаевна, канд. мед. наук, зав. бактериологической лабораторией ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского (г. Кемерово).

E-mail: egorovaon@mail.ru

Information about authors:

Vladimir V. Pavlenko*, Dr. Med. sci, Professor, the Department of Hospital Surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: pavlenkovv@list.ru.

Tel. +7 (384-2) 46-51-44, 8 (384-2) 46-51-43, +7-903-907-9740.

Dmitriy G. Postnikov, surgeon, the Surgical Department No. 1, Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

E-mail: postnikov.ru@mail.ru

Stepan M. Lesnikov, surgeon, the Surgical Department No. 1, Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

E-mail: stepa86@mail.ru

Orlan V. Oorzhak, Cand. Med. sci, head of Surgery Department No. 1, Kemerovo Region Clinical Hospital named after S.V. Belayev, Kemerovo, Russia.

E-mail: oorjakov@mail.ru

Andrew B. Startsev, Cand. Med. sci, head of Surgery Department №1, Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

Natalia I. Batueva, physician, X-ray Department, Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

Igor A. Zimin, physician, X-ray Department, Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

Oksana N. Egorova, Cand. Med. sci, head of Bacteriological Laboratory, Regional Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

E-mail: egorovaon@mail.ru