

Глава 1

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Осложнения паховой герниопластики условно разделяют на интраоперационные, ранние и поздние постоперационные.

К интраоперационным осложнениям относят непосредственное повреждение структур паховой области: пересечение *a. epigastrica superficialis*, *a./v. femoralis*, *vv. iliaca extern*, *corona mortis*; *vasa testicularis*; ущемление с последующим тромбозом *v. femoralis*; повреждение *ductus deferens*, *n. ilioinguinalis*, *r. genitalis des n. genitofemoralis*, *n. iliohypogastricus*, кишки или мочевого пузыря (троакарные повреждения достигают до 0,1–0,3%) [45, 61, 67, 75].

Ранние послеоперационные осложнения: длительно незаживающие, в том числе инфицированные, раны, гематомы, серомы, отек яичка и мошонки, острые боли, орхит и орхоэпидидимит [61, 75, 90, 95, 98, 106, 111].

По данным авторов, частота ранних послеоперационных осложнений колеблется от 0 до 21,9% [73, 96, 111, 115].

Поздние послеоперационные осложнения: хронические боли и парестезии в рамках илиоингвинального и генитофеморального синдромов, атрофия яичка, гипогонадизм, свищи [67, 73, 115].

Что касается рецидивов, то с патогенетической точки зрения выделяют ранние и поздние рецидивы.

Единственный в настоящее время общепризнанный факт — это то, что при применении протезов частота рецидивов статистически значимо меньше, чем при применении исключительно аутопластических методик [21].

Общие причины осложнений грыжесечения представлены на рис. 1.1.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ

Разрабатывая единый алгоритм тактики диагностики и лечения ретенционных осложнений пахового грыжесечения, на первом этапе диагностического поиска мы выделили три типа жидкостных скоплений в области герниопластики:

- I тип — острое жидкостное скопление, которое исчезает в течение месяца и не приводит к каким-либо последствиям;



Рис. 1.1. Общие причины осложнений герниопластики

- II тип — подострое жидкостное скопление, которое разрешается в течение полугода и может привести к расхождению послеоперационной раны, формированию свищей и (в самом неблагоприятном случае) ее нагноению;
- III тип — жидкостное скопление, существующее более полугода: вторичные гидроцеле, фуникулоцеле, сперматоцеле, киста послеоперационного рубца, полное и неполное отторжение протеза.

При отсутствии жидкостного скопления ставился диагноз «инфильтрат», ведение которого «традиционно» консервативное: антибиотикопрофилактика, физио-, витаминно- и пероральная ферментная терапия. При сочетании умеренных и выраженных болей, отека, лихорадки, а также при наличии жидкостного скопления проводятся тонкоигльная пункция и аспирация. В случае аспирации крови диагноз перекалифицировался в понятие «гематома».

С патогенетической и практической точек зрения мы выделили шесть типов гематом, являющихся осложнением пахового грыжесечения:

- 1) экхимозы кожи мошонки;
- 2) имбибиция краев раны кровью;
- 3) гематома семенного канатика (или его имбибиция кровью);
- 4) непосредственно гематома мошонки (гематоцеле);
- 5) гематома предбрюшинного пространства;
- 6) гематома отсеченного грыжевого мешка (ГМ), оставленного в мошонке.

АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Проводя дальнейший анализ и клиническую интерпретацию результатов, полученных при внедрении данной классификации в практику, мы разработали обобщенную анатомо-функциональную классификацию, подробно рассматриваемую в последующих разделах. С практической точки зрения целесообразно выделять:

- 1) осложнения на уровне кожи и подкожной жировой клетчатки;
- 2) осложнения на уровне пахового промежутка и мошонки;
- 3) осложнения на уровне мышечного слоя и предбрюшинного пространства;
- 4) осложнения со стороны органов брюшной полости.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Отдельно следует рассматривать такие вопросы нарушения функционального характера, как неврологические расстройства, изменения качества жизни (КЖ), нарушение эндокринной функции, гипогонадизм, фертильность, а также рецидивы.

Каждая из представленных классификаций имеет свое значение. Предложенные нами классификации жидкостных послеоперационных скоплений, а также анатомическая (соответствующая повреждениям на различных уровнях передней брюшной стенки) и функциональная классификации, находят свое ведущее

практическое применение и будут подробно рассмотрены в дальнейшем в совокупности с разработанным нами алгоритмом тактики диагностики и лечения осложнений абдоминального грыжесечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Новейшие разработки в хирургии не только вселяют новые надежды, но и преподносят новые проблемы. Один из ведущих герниологов современности Джорджа Вантца как-то сказал: «Лучше иметь рецидив, чем инфицированную сетку». Это высказывание говорит не только о новых проблемах, но и об отсутствии стройной герниологической школы, способной подготовить хирургов для решения данных проблем.

Считается, что возникновение твердого рубца при использовании тяжелых протезов в ряде случаев влечет за собой появление ощущения инородного тела у пациента, дискомфорт и ограниченность при движениях. Эти жалобы возникают реже при использовании крупнопористых и легких сеток. Возможно, подобные осложнения в большей степени являются прерогативой протезирующих операций, однако при проведении собственного исследования неоднократно отмечалось, что у больных, перенесших аутопластические операции, также возникают подобные жалобы. Непосредственное соприкосновение сетки (в особенности ее острого края) с кишкой может привести к адгезии, аррозии, а также к возникновению свища.

Частота возникновения инфекций при использовании сетчатых имплантатов сопоставима с таковой при проведении аутопластических операций. Тем не менее снова и снова возникают единичные сообщения о возникновении инфекционных осложнений через несколько месяцев, а то и лет после имплантации протеза.

Следует отметить, что по частоте возникновения раневые осложнения, а также рецидивы, преобладают большей частью в «открытой» хирургии. С другой стороны, многие осложнения, встречающиеся в эндоскопической хирургии остаются нераспознанными либо диагностируются с запозданием.

Частота некоторых осложнений при различных операциях представлена в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Частота некоторых осложнений при различных операциях, в процентах

Осложнение	По Лихтенштейну	По Бассини	TAPP	Полностью внебрюшинная герниопластика
Послеоперационное кровотечение, гематома	1–3,1	5	6,8	2,5–16,8
Инфильтрат послеоперационной раны	2,1	—	—	—
Нагноение послеоперационной раны	0,7–9	1,72	0	0–5,5

Окончание табл. 1.1

Осложнение	По Лихтенштейну	По Бассини	TAPP	Полностью внебрюшинная герниопластика
Серома послеоперационной раны	1,6–72	5,17	—	2,9–15,2
Ощущение инородного тела	17–49	—	—	0,7
Послеоперационная невралгия	6–14	—	0,6	0–7,6
Отек яичка и его оболочек	7,5	—	1,1	0–1,5
Атрофия яичка	0,03–0,46	—	—	—
Проблемы с эякуляцией	—	—	3,1	—
Паховые боли во время секса	—	—	10,9	—
Задержка мочи	—	—	—	2,0–3,6
Инфекция мочеполовых путей	—	—	—	0,4
Пневмония	—	—	—	0,4
Рецидивы	1,4–4	13,8	0,9	0–1,1

Примечание. TAPP — трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (*trans-abdominal pre-peritoneal*).

Как правило, причины осложнений авторы усматривают в технических ошибках, допущенных в ходе самой операции, однако не указав, какие это ошибки, и не приводя статистического анализа этих ошибок.

Глава 2

ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ (ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ). ОСЛОЖНЕНИЯ НА УРОВНЕ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Отсутствие единой классификации осложнений пахового грыжесечения побудило нас провести собственное исследование, одной из основных задач которого был учет всех возможных отклонений в послеоперационном периоде. Конечно, не все осложнения можно назвать клинически значимыми. Вместе с тем каждый хирург, выполняющий грыжесечение, должен иметь четкие представления, что является значимым, а что нет, и своевременно принимать необходимые меры. Подобное отношение к рассматриваемому вопросу наглядно иллюстрирует набирающая в последние годы популярность среди практикующих хирургов классификация послеоперационных осложнений по Clavien–Dindo.

- Степень I — любое отклонение от нормального течения послеоперационного периода без необходимости фармакологических, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств.
- Степень II — отклонение, требующее специальной фармакотерапии и/или гемотрансфузии, и/или тотального парентерального питания.
- Степень III — необходимы хирургические, эндоскопические или радиологические вмешательства.
- Степень IV — жизнеугрожающие осложнения, требующие интенсивного лечения в отделении реанимации.
- Степень V — смерть больного.

ЭКХИМОЗЫ

Наиболее благоприятно протекающим осложнением со стороны кожи являются ее экхимозы. Экхимозы — кровоизлияния в кожу диаметром более 3 мм пурпурной или голубовато-черной окраски с неправильными границами, «выцветающие» со временем, изменяя цвет до коричневого, желто-коричневого (рис. 2.1). Пальпаторно сама кожа и подкожная клетчатка мягкоэластической консистенции, не напряжена, безболезненна.

Как правило, патофизиологически это лучший вариант удаления геморрагического компонента из послеоперационной раны, который не вызывает клинически значимого отека, болей, изменений температуры тела больного, т.е. не требует активного вмешательства со стороны лечащего врача.



Рис. 2.1. Экхимозы кожи мошонки

ИНФИЛЬТРАТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

Второе место по клинической значимости занимает инфильтрат послеоперационной раны. Это осложнение разделяют на собственно инфильтрат (рис. 2.2) и инфильтрат с геморрагическим компонентом, а точнее, имбибицию краев раны кровью (рис. 2.3). Проявляется отеком, уплотнением, гиперемией, напряжением кожи и подкожной клетчатки вдоль послеоперационной раны. Инфильтрат может распространяться на всю область, где выполнен разрез, а также переходить на смежные отделы. При наличии геморрагической имбибиции внешне картина дополняется экхимозами. Причинами этих осложнений считаются грубые тракции во время операции и недостаточный гемостаз. Причем как первое, так и второе может быть следствием технической сложности интраоперационной ситуации (глубина раны, тучность пациента, наличие спаечного процесса при рецидивной и/или невправимой грыже, ломкость сосудов при атеросклерозе, медикаментозная гипотензия и отсутствие явного кровотечения интраоперационно, прием дезагрегантов и антикоагулянтов, гемофилия и пр.), недостаточной квалификации, а также самим подходом к выбору оперативного пособия. Последнее приобретает все большее значение с развитием новых доступов. Так, при стандартном трансингуинальном доступе с разрезом до 8 см, при котором создается достаточная экспозиция, шанс совершения технических ошибок, равно как и возникновения гематом, по-видимому, меньше, чем при стремлении сократить длину операционной раны.



Рис. 2.2. Выпячивание плотноэластической консистенции, появившееся через 3 нед после операции по Лихтенштейну, — «инфильтрат»



Рис. 2.3. Имбибиция краев раны кровью после открытого протезирования — «инфильтрат»



Рис. 2.4. Дренаживание инфильтрата послеоперационной раны после протезирующей герниопластики. Стрелкой указан участок расхождения краев раны

Собственно инфильтрат послеоперационной раны «рассасывается» за 2–3 нед без каких-либо активных вмешательств, однако при его значительном размере возможно расхождение, как правило, каудального края раны с последующим ее дренированием (рис. 2.4). Основное лечение — перевязки с антисептиками. Возможно проведение физиотерапии. Кроме этого, иногда происходит также формирование гранулем, сером, свищей и нагноения раны (рис. 2.5, 2.6). Осложнения



Рис. 2.5. Вид послеоперационной раны после неоднократных пластик ventральных грыж, протекавших на фоне гнойно-септических осложнений (перитонит, нагноение ран). Расхождение краев раны (стрелка)



Рис. 2.6. Свищевое отверстие в области послеоперационного рубца после протезирования по Лихтенштейну

эти редки, поэтому не удостоены активного внимания со стороны хирургов. К тому же многие из них проходят клинически малозаметно либо ускользают от взгляда стационарных хирургов, переходя на попечение хирургов поликлинического звена. На наш взгляд, своевременное активное выявление и разрешение подобных осложнений должно быть прерогативой стационарной хирургической помощи. Ультразвуковое исследование (УЗИ) в раннем послеоперационном периоде у пациентов с отклонениями в течение раневого процесса оказывается простым и достаточно достоверным скрининговым методом, позволяющим вовремя начать необходимое лечение. При наличии технической возможности сам оперирующий хирург способен выполнить исследование мягких тканей, не имея специализированной подготовки, а рутинная практика таких исследований позволяет наиболее полно оценивать результаты своих собственных действий. Ультразвуковая (УЗ) картина инфильтрата послеоперационной раны представляет собой диффузные неоднородные изменения подкожной жировой клетчатки с возможными очагами секвестрируемой жидкости, представленными анэхогенными включениями неправильной формы (рис. 2.7). Основная практическая задача исследования — оценить объем жидкостного компонента. Любая травма (в том числе хирургическая) сопровождается всеми элементами воспаления, и в первую очередь экссудацией. Механическое повреждение тканей непосредственно ведет к их геометрической трансформации. На рис. 2.8 показана УЗ-картина послеоперационной раны сразу после ее ушивания. Мы видим все признаки «инфильтрата»: неоднородная эхогенность в проекции диссекции тканей и наличие жидкостного компонента. Очевиден прецедент — травма тканей, способная привести к ряду последствий. Возникает вопрос о целесообразности активного лечения таких ран, помимо выполнения перевязок: противовоспалительные и ферментные препараты, физиотерапия, применение гипотермии в раннем послеоперационном периоде. При наличии явного отграниченного скопления жидкости, увеличения жидкости в динамике либо отсутствия его сокращения встает вопрос о его пункции и аспирации. Именно такой подход, как мы считаем, способен снизить частоту формирования сером, гематом, а также послеоперационных свищей. Определение минимального объема жидкости, необходимой для аспирации, не представляется возможным, так как в ее формировании задействовано много патогенетических факторов. Кроме того, объективизировать точный объем определяемой структуры не представляется возможным ввиду ее сложной геометрии, возможного наличия множества затеков и пр.

Роль антибиотиков при данном осложнении дискуссионна. Считается, что однократное введение антибиотика перед плановой операцией достаточно для профилактики гнойно-септических осложнений. Вместе с тем в предоперационном периоде необходимо оценить риски таких осложнений у ряда больных.

На наш взгляд, целесообразно проводить продленную антибиотикопрофилактику у следующих групп пациентов:

- больные сахарным диабетом;
- пациенты с ожирением;



Рис. 2.7. Ультразвуковая картина инфильтрата послеоперационной раны. Описание в тексте

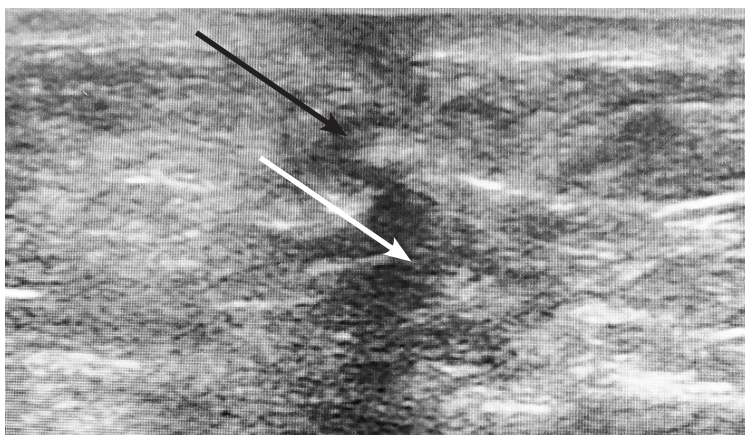


Рис. 2.8. Ультразвуковая картина послеоперационной раны сразу после ее ушивания. Видны деформация тканей в области шва подкожной клетчатки (черная стрелка), жидкостный компонент в проекции всего разреза (белая стрелка)

- пациенты с хронической почечной и/или печеночной недостаточностью;
- пациенты с иммунодефицитом;
- пожилые пациенты;
- пациенты с персистирующей инфекцией: хроническая обструктивная болезнь легких, хронический пиелонефрит, склонность к акне и фурункулезу;
- пациенты с хроническими заболеваниями кожи (псориаз, экзема);

- пациенты с язвенными дефектами кожи (на фоне хронической венозной или артериальной недостаточности);
- больные злокачественными новообразованиями.

Данный список можно продолжить, однако многие из читателей захотят возразить, что до планового хирургического лечения грыжи передней брюшной стенки стоит допускать полностью компенсированного по сопутствующим заболеваниям пациента. В идеале действительно это так. Вместе с тем в своей практике мы неоднократно встречались с такими пациентами, которые длительное время были грыженосителями, неоднократно обращались за медицинской помощью, однако всегда им было отказано в хирургическом лечении (делалось заключение о возможности лечения по «витальным показаниям») и рекомендовалось ограничение нагрузки и ношение бандажа. Со временем грыжевой дефект значительно увеличивался, появлялись признаки невраивимости грыжи. Нередко таких пациентов госпитализировали в экстренном порядке с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями, были оперированы, послеоперационный период протекал с осложнениями (см. клинический пример далее). В условиях современной медицины, при наличии соответствующего хирургического оборудования, высококвалифицированной анестезиологической службы необходимо качественно пересмотреть противопоказания для выполнения грыжесечения у пациентов повышенного операционно-анестезиологического риска. При необходимости предварительно целесообразно госпитализировать пациента в профильное терапевтическое отделение для подбора медикаментозного лечения, возможна хирургическая коррекция сопутствующих заболеваний (варикозная болезнь, атеросклероз и пр.). Вместе с тем не следует забывать, что хирургическая травма, несмотря на проведенную предоперационную подготовку, способна негативно сказаться на механизмах защиты организма. Кроме этого само по себе наличие хронического заболевания, вызывающее иммуносупрессию и замедление репаративных свойств организма, требует особого подхода к данным категориям пациентов. Конечно, принципы доказательной медицины требуют выделения четких критериев для проведения той или иной медикаментозной поддержки, однако, по всей вероятности, провести качественное исследование, позволяющее выявить такие критерии, не вполне представляется возможным, так как проблема коморбидности поливалентна, что требует, в свою очередь, привлечения популяционного многофакторного исследования.

Еще одним немаловажным фактом является то, что клиническое проявление инфильтрата напоминает по течению начальную картину инфицирования раны. У пациента в раннем послеоперационном периоде, как правило, развивается субфебрильная температура, в клиническом анализе крови — лейкоцитоз. Особенно после протезирования и в этих условиях оставлять пациента без антибактериальной поддержки достаточно рискованно в плане возможного развития гнойно-септических осложнений.

Учитывая сказанное выше, тактика ведения пациента с развитием инфильтрата послеоперационной раны должна складываться из проведения динами-

ческого контроля состояния белой крови, суточной термометрии, проведения УЗ-контроля всей области инфильтрата, при необходимости из динамики, своевременного пункционного удаления возникших отграниченных жидкостных скоплений, а также эвакуации экссудата путем зондирования послеоперационной раны на 2-е сутки после операции. Все эти мероприятия выполняются на фоне продолженной антибактериальной профилактики.

РАСХОЖДЕНИЕ КРАЕВ РАНЫ

Разрешение геморрагического инфильтрата может произойти путем спонтанного «рассасывания», как правило, с формированием клинически незначимых экхимозов кожи мошонки, а также путем дренирования через расхождение краев раны (см. рис. 2.4 и 2.5). Основное условие для этого — дать возможность дренироваться экссудату до полного разрешения инфильтрата. В противном случае раннее наложение вторичных швов, стягивание краев раны стрипами, как правило, оказывается неэффективным. Другой причиной данного осложнения может стать травма краев раны во время операции. Как правило, это ожог дермы во время гемостаза при использовании электрокоагулятора либо растяжение и сжатие тканей при ретракции (рис. 2.9). В обоих случаях развивается асептический некроз разной степени выраженности. При неблагоприятном течении раневого процесса возможны инфицирование и нагноение раны. Третья причина расхождения краев раны — неадекватное сопоставление краев раны, особенно у пожилых пациентов либо у пациентов с другими причинами нарушения регенерации (см. рис. 2.5). Как правило, это происходит у тучных пациентов либо у пациентов



Рис. 2.9. Ожог кожи и дермы электрокоагулятором (стрелка) — возможная причина расхождения краев раны в послеоперационном периоде

с избытком неэластичной кожи при наложении отдельных простых узловых швов, в частности при большом (более 1,5 см) расстоянии между швами, даже при применении сопоставляющих швов (например, по Донати). Стремление к удлинению интервала между швами обычно обусловлено желанием создать благоприятные условия для дренирования раны у пациентов с избыточной рыхлой клетчаткой, неустойчивым гемостазом, риском инфицирования (например, при ущемленных, параколомических грыжах, при мацерации кожи над грыжевым выпячиванием). Дренирование раны резиновым выпускником также способствует смещению ее краев. Точное сопоставление краев раны интраоперационно при увеличенном интервале между швами не всегда предотвращает дислокацию между ними в раннем послеоперационном периоде, что может быть связано с естественным перемещением кожи пациента при его транспортировке и активизации.

В качестве первого этапа диагностики необходимо понять, является ли расхождение либо смещение краев раны самостоятельным осложнением, либо оно сочетается с инфильтратом (в том числе с геморрагическим инфильтратом или собственно гематомой). Это достигается визуальным осмотром краев раны, ее пальпацией, анализом общего состояния пациента (см. осложнение «инфильтрат»). Также мы рекомендуем на следующий день после операции проводить зондирование раны. По характеру раневого отделяемого можно дифференцировать нормальное течение раневого процесса (скудное серозное либо серозно-геморрагическое отделяемое), наличие серозного инфильтрата (умеренное или обильное серозное либо умеренное серозно-геморрагическое отделяемое), наличие геморрагического инфильтрата (умеренное либо обильное геморрагическое отделяемое). Обильное серозное отделяемое может быть признаком другого осложнения — продолжительной лимфореи (см. ниже), при которой пальпируемые уплотнения, характерные для инфильтративного процесса, могут быть минимальны либо мало выражены.

При нормальном течении раневого процесса и отсутствии некротических краевых дефектов целесообразно сопоставить края раны и зафиксировать их стрипой либо стрипами. Наиболее благоприятный для этого период — первые 3 сут после операции, так как в это время еще не сформировались первичные коллагеновые волокна. Если подобный маневр необходимо сделать на более поздних сроках (например, по причине стояния дренажа), то можно попробовать насильно развести края раны в данном месте, попытаться их сопоставить и наложить стрипы. Однако в этом случае необходимо сопоставить действительную пользу данного действия, так как в целом рана уже сформировалась и локально поменять ее геометрию без применения швов и новых разрезов может быть сложно, а насильственные воздействия на рану кроме физического дискомфорта для пациента в момент процедуры могут удлинить время ее заживления без нужного косметического эффекта.

При наличии небольшого краевого некроза и отсутствии инфильтративных изменений можно также ограничиться сопоставлением краев раны и фиксации ее стрипами. В этом случае есть вероятность, что при ежедневной обработке

раны дубящими антисептиками (бриллиантовый зеленый, Фукорцин[▲], калия перманганат) произойдет мумификация некротических тканей с формированием струпа, под которым произойдет эпителизация раны с последующим его отторжением. Этот процесс может занять несколько недель и применим при дефектах до 1 см. При желании врача и пациента ускорить процесс и при наличии большого дефекта возможно проведение глубокого иссечения некроза с наложением сопоставляющего шва. Глубокое иссечение подразумевает под собой проведение такого разреза, создающего оптимальную геометрию для прецизионного сопоставления краев раны. В противном случае экономная некрэктомия способна вызвать деформацию, приводящую к противодействию сил сжатия во вновь сформированной линии шва, что обычно приводит к формированию рубца даже хуже, чем если бы рана зажила самостоятельно под струпом. По этой причине, если наличие небольшого краевого некроза было замечено во время операции, может быть целесообразным либо сразу иссечь некротизированные ткани, либо наложить дополнительные прецизионные швы в области некроза, если он неглубокий и маловыраженный. Во втором случае существует благоприятная возможность формирования косметически удовлетворительного рубца под небольшим струпом.

Наличие серозного инфильтрата разрешается консервативно, а расхождение послеоперационной раны — одним из перечисленных способов (см. выше).

Наличие геморрагического отделяемого может быть признаком продолжающегося либо состоявшегося кровотечения.

ГЕМАТОМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

Уверенность в окончательном гемостазе во время операции не всегда служит гарантом отсутствия кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Известны случаи, когда кровотечение возобновлялось в течение нескольких дней после операции. Иногда это приводит к выраженной кровопотери, в том числе приводящей к летальному исходу. Именно поэтому раннее выявление геморрагических осложнений и своевременное принятие тактически верных решений способны предотвратить длительное и мучительное лечение как для пациента, так и для его лечащего врача.

Умеренное либо обильное промокание повязки кровью либо сброс геморрагического отделяемого по дренажу в первые часы послеоперационного периода считается показанием к проведению перевязки лечащим либо дежурным врачом с оценкой сложившейся ситуации. В случае если во время перевязки наблюдается малоинтенсивное кровотечение в одной области (особенно если перевязка выполняется лечащим врачом, у которого были сомнения в гемостазе во время операции, связанные именно с этой областью), при отсутствии напряжения краев раны как признаков напряженной гематомы возможно ограничиться широким прошиванием краев раны под местной инфильтративной анестезией с фиксацией под лигатурой плотного давящего тампона, сменой асептической повязки.