

УДК 617.55

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ.

Стяжкина С.Н.

доктор медицинских наук, профессор,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

Гришина А.А., Миннеханова Т.И., Хузина А.В.

студенты 4 курса педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Развитие послеоперационных грыж полиэтиологично и обусловлено как объективными, так и субъективными. Доказано преимущество применение синтетических и биологических имплантатов перед пластикой брюшной стенки собственными тканями. Послеоперационные грыжи брюшной стенки выходят из брюшной полости в область послеоперационного рубца и располагаются под кожными покровами. Они составляют около 6-8% от общего числа грыж. Около 5% всех осложнений после чистых чревосечений и около 10% после нагноившихся операционных ран приходится на долю послеоперационных грыж. Нами было исследовано 20 историй болезни, изучены закономерности протекания этого заболевания за 2016 год.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, причины послеоперационных грыж, пластика.

Postoperative hernia.

Styazhkina SN

MD, Professor,

Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

Grishina AA, Minnehanova TI, Huzina A.V.

4th year students of pediatric faculty,

Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

The development of post-operative hernias polyetiology and due to both objective and subjective. Proven benefits of the use of synthetic and biological implants in front of the abdominal wall plastics own tissues. Postoperative abdominal wall hernia bryushnoy out of the cavity in the area of postoperative scar and raspolagayutsya under the skin. They account for about 6-8% of obshchego of hernias. About 5% of all complications after clean chrevosecheny and about 10% after the festering wounds prihoditsya operating at a fraction of post-operative hernias. We have 20 case histories, studied patterns of occurrence of the disease for 2016 was examined.

Keywords: postoperative hernia, postoperative hernia causes, plastic.

Проблема послеоперационных грыж (ПГ) является ровесницей органов брюшной полости, но остается не до конца решенной до сих пор. ПГ считают послеоперационным осложнением, однако, с другой стороны, их можно рассматривать и как в некоторой степени вероятный исход оперативного вмешательства - такой же, как послеоперационный рубец или спаечный процесс в брюшной полости. Несмотря на

постоянное проведение исследований и работу по профилактике и предотвращению ПГ, можно предположить, что количество ПГ никогда не будет равно нулю, поскольку объективно существуют факторы, предрасполагающие к их образованию, которые полностью устранить или корректировать невозможно.

Вентральная, или послеоперационная грыжа, – это заболевание, характеризующееся тем, что некоторые внутренние органы живота, к примеру, кишечник или большой сальник, выпадают за границы передней стенки живота на месте рубца, который образовался после хирургического вмешательства. При образовании ПГ нарушается нормальное взаимодействие мышц брюшной стенки, работа внутренних органов (часть их оказывается в грыжевом мешке), функция дыхания. Большую ПГ следует рассматривать как самостоятельное комплексное заболевание, которое создает проблему не только для органов дыхания, но и для кожных покровов, мышц и внутренних органов и которое тем более отягощено, чем больше размеры грыжи.

Послеоперационные грыжи появляются чаще всего в тех местах, где обычно проводится оперативный доступ к внутренним органам. К ним можно отнести область белой линии живота, район пупка, правая подвздошная область (при аппендэктомии, проводящийся при резекции аппендикса), правая подреберная область (при манипуляциях на печени и желчном пузыре), левая подреберная область, латеральная поясничная область (вмешательства, проводимые на почках), лобковая область (гинекологические операции на внутренних половых органах и на мочевом пузыре). Вентральная грыжа живота визуально проявляется как мягкое образование в области послеоперационного дефекта, которое изменяется или исчезает, когда пациент находится в горизонтальном положении. Появляются вентральные грыжи только при наличии послеоперационного шва.

Вероятность образования послеоперационных грыж достаточно велика - до 20%. Этот показатель в большей мере зависит от сроков наблюдения. Как правило, послеоперационные грыжи (рубцовые грыжи, грыжи рубца, вентральные грыжи) развиваются в ранние или отдаленные сроки после операций. Частота образования послеоперационных грыж после вмешательств на брюшной полости в оперативной гастроэнтерологии составляет 6-10%. Среди других грыж брюшной полости на долю послеоперационных дефектов приходится до 20–22%. Большинство больных — это люди пожилого и старческого возраста, перенесшие в прошлом оперативное вмешательство по поводу острой хирургической или гинекологической патологии.

Послеоперационные грыжи в начале заболевания все являются вправимыми и обычно не сопровождаются болью. Но при любых действиях, при которых повышается давление в брюшной полости, например резкое напряжение, падение или поднятие тяжелых предметов, боли могут появиться или усилиться, и эвентрация увеличивается. Установление диагноза, как правило, не вызывает затруднения, однако вместе с тем у некоторых пациентов, в особенности со значительным избытком массы тела и ожирением, первичная диагностика может представлять значительные сложности. В таком случае приходится прибегать к вспомогательным диагностическим методикам — ультразвуковому исследованию, магнитно-резонансной и компьютерной рентгеновской томографии.

Как лечить послеоперационную грыжу? Как правило, все рекомендации сводятся к выполнению операции, которая заключается в хирургической коррекции передней брюшной стенки, удаления грыжевого мешка и пластического закрытия дефекта. Существует три вида операции:

1. Традиционная (натяжная) пластика - суть операции сводится буквально к зашиванию дефекта брюшной стенки хирургическими нерассасывающимися нитями. Такой способ допустим только при небольших грыжах у молодых пациентов без сопутствующих факторов риска, поскольку частота рецидивирования доходит до 30 процентов.

2. Ненатяжная (протезирующая) герниопластика - суть сводится к установке синтетического протеза (заплаты) на место дефекта брюшной полости. Протез выкраивается из полипропиленовой сетки, устанавливается под кожу или фасцию.

3. Лапароскопическая протезирующая герниопластика - наиболее технически совершенный и физиологически обоснованный способ реконструкции. Суть сводится к помещению сетчатого трансплантата в брюшную полость к грыжевым воротам. При этом в области грыжи не производится никаких разрезов, что практически полностью защищает от возникновения раневых осложнений.

Нами было исследовано 20 человек. Возраст пациентов от 35 до 78 лет. Наиболее часто грыжи встречаются у лиц в возрасте от 50 до 62 лет. Мужчин было 8 (40%), а женщин – 12 (60%). Из них на долю вправимых приходилось 6 случаев, на долю невправимых 12, 30% и 70% соответственно.

Клинический случай послеоперационной грыжи после оперирования по поводу «ущемленной пупочной грыжи»

Больная Ф., 1957 года рождения. -59 лет

Дата поступления в стационар: 12.09.16г.

Диагноз клинический: «Послеоперационная гигантская вентральная грыжа»

Жалобы при поступлении: Увеличение грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке до гигантских размеров (25*20*15 см), и периодические боли в нем. Грыжевое выпячивание мешало в повседневной жизни, пациентке стало сложно передвигаться самостоятельно. Предъявляла жалобы на общую слабость и на потерю веса, 28 кг за 2 месяца.

Развитие заболевания: больной себя считает с января 2016 года. Именно тогда на месте послеоперационного рубца (в январе 2015 года была прооперирована по поводу ущемленной пупочной грыжи) появилось грыжевое выпячивание и начало расти. Начало своего данного заболевания связывает с тем, что не соблюдала предписания врача, так как ухаживала за тяжелобольным супругом, иногда поднимала и переворачивала его. Когда грыжевое выпячивание достигло вышесказанных размеров, в августе 2016 года обратилась в больницу в 1РКБ. Но в связи с гипертонической болезнью (II стадии, 3 степени), с дисгармональной кардиомиопатией в операции ей было отказано. После этого пациентка до сентября наблюдалась у кардиолога, который позже дал разрешение на оперативное лечение. 14 сентября 2016 года пациентке было произведено грыжесечение по типу апоневротической апогерниопластики.

Объективно при поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Гиперстенического типа. Повышенного питания (масса тела=120кг, ПЖК=5 см). Кожные покровы бледные. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД=18 в минуту. Пульс 75 ударов в минуту. АД=140/90 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот значительно увеличен в размерах за счет грыжи и подкожно-жировой клетчатки, свисает в виде кожно-жирового «фартука», при пальпации мягкий, незначительно болезненный в области грыжевого выпячивания. Симптом раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные и инструментальные данные:

Общий анализ крови от 26.09.2016: WBC= $10,1 \cdot 10^9$ /л, RBC= $3,68 \cdot 10^{12}$ /л, HGB= 123 г/л, PLT= $346 \cdot 10^9$ /л, СОЭ= 34 мм/ч. Общий анализ крови от 10.10.16г.:

WBC= $5,3 \cdot 10^9$ /л, RBC= $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, HGB=122 г/л, PLT= $348 \cdot 10^9$ /л, СОЭ=51мм/ч.

Биохимический анализ от 10.10.2016г.:

Общий белок: 75,0 г/л, билирубин общий: 10,000 мкмоль/л, прямой билирубин:

3,1мкмоль/л, непрямой билирубин:4,4мкмоль/л, АСТ:22,56Е/л, АЛТ:18,12Е/л, альфаамилаза:70Е/л, калий:3,5ммоль/л, натрий:144,8ммоль/л, хлор:101 ммоль/л, мочевины:6,7 ммоль/л, креатинин:78 ммоль/л, фибриноген:11,65 г/л.

Гликемический профиль (от 03.09.16г.): время исследования-концентрация глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л) 7.30-6,18, 10.30-6,59, 14.30-7,53, 19.30-7,74

Гликемический профиль (от 26.09.16г.): время исследования-концентрация глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л) 7.30-5,6, 10.30-8,2, 14.30-7,59, 19.30-9,99

Общий анализ мочи от 03.09.2016:

Цвет- желтый, прозрачность – прозрачная,

плотность-1025 г/л, белок:0,3 г/л, Ph: 5,5, лейкоциты:25

Инструментальные исследования:

1.Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (от 22.09.16г.): В проекции п/о рубца и дренажной трубки отчетливых жидкостных скоплений не выявлено.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости(от 19.10.16г.): у левого угла п/о раны на глубине 2 см скопление жидкости 1,0х1,0 см, толщиной 0,5 см. По середине п/о раны, ниже ее на 2 см линейное скопление жидкости на глубине 2,5 см, шириной 15 см (слева доходит до края раны), длиной max по середине раны – до 3,0 см, max толщина слоя до 0,5 см.

2.ЭКГ (19.10.16г.): диффузные нарушения процессов реполяризации.

Лечение:

Предоперационный эпикриз.

Клиника вентральной послеоперационной грыжи- показание к оперативному лечению. Планируется операция: Грыжесечение, аллогерниопластика. Анестезия: СА или ЭТН. Согласие пациента на операцию получено.

Протокол операции.

Показания: отсутствие признаков заживления. Операция: хирургическая обработка раны, наложение вторичных швов. Анестезия: СА.

Под СА иссечена кожа и подкожно-жировой слой вокруг старой раны до нормально кровоточащей и неинфильтрированной ПЖК. Аллоэксплантат (сетка) покрыт грануляционной тканью - не виден. Грануляции скарифицированы (верхний слой). Гемостаз в ране - электрокоагуляцией и лигированием. После дренирования раны дренажем Редона, рана послойно зашита. Наложена асептическая повязка.

Режим: стационарный

Диета: № 2

Медикаментозное лечение с лекарственными препаратами:

- 1) Фенозепам 1 таб. per os
- 2) Триналгин 4 мл +0.9% раствор NaCl 250 мл внутривенно.
- 3) Аспаркам 10 мл+ раствор глюкозы 5% 500 мл+ раствор сульфата магния 25% 5 мл внутривенно.
- 4) Церукал 4 мл+0.9% раствор NaCl 200 мл внутривенно.
- 5)Нексиум 40 мг внутривенно.
- 6) Фуросемид 2 мл внутривенно 1 раз.
- 7) Кеторол 1,0 мл * 3 раза в день, внутримышечно.
- 8) Антибактериальная терапия: Цефтриаксон 1,0 (растворить в изотоничном растворе NaCl, вводить в/м 2 р/день) Ципрофлоксацин 100,0 (вводить в/в 2р/д).

Список литературы

- 1) Воскресенский Н.В. Хирургия грыж брюшной стенки. Издательство: Медицина 1965 г.
- 2) Грыжи живота: учебное пособие / сост. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., М.Н.Климентов., И.С.Кузнецов., М.В.Варганов., П.Г.Санников., Леднева А.В., Коробейников В.И. – Ижевск, 2011. –86 с.
- 3) Грыжи живота: учебное пособие / сост. Шимков В.В. 2015 год.
- 4) Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. Издательство: Медицина 1983 г.
- 5) Хирургические болезни: учебник под редакцией В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М: ГЭОТАР- МЕДИА, 2008. С. 608.