

POSTOPERATIVE HERNIAS

Stjzhkina S.¹, Lopareva E.², Babich E.³, Nikolaeva D.⁴ (Russian Federation)

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ

Стяжкина С. Н.¹, Лопарева Э. Е.², Бабич Е. В.³, Николаева Д. С.⁴

(Российская Федерация)

¹Стяжкина Светлана Николаевна / Stjzhkina Svetlana - доктор медицинских наук, профессор;

²Лопарева Элина Евгеньевна / Lopareva Ellina – студент;

³Бабич Екатерина Васильевна / Babich Ekaterina – студент;

⁴Николаева Дарья Сергеевна / Nikolaeva Daria – студент,
педиатрический факультет,

Федеральное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования

Ижевская государственная медицинская академия

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск

Аннотация: в статье рассматриваются одни из частых осложнений после операций - послеоперационные грыжи - состояние, при котором органы брюшной полости (кишечник, большой сальник) выходят за пределы брюшной стенки в области рубца, образовавшегося после хирургической операции. Исследуются наиболее типичные места их возникновения, такие как область белой линии живота — после проведения лапаротомии; правая подвздошная область — как правило, возникают после аппендэктомии и операции на слепой кишке; область пупка; правое подреберье - после холецистэктомии, резекция печени; левое подреберье — после хирургии на селезенке; боковая часть поясничного отдела — после операций на почках; надлобковая область — после гинекологической и урологической операций. Анализируются основные причины, вследствие которых появляются грыжи, например Послеоперационная грыжа может возникать практически после любого хирургического вмешательства в области брюшной полости. Но наиболее часто недуг образуется после таких хирургических вмешательств, как: аппендицит, кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка, холецистит, перитонит, грыжа пупка или белой линии живота, кисты яичника, миомы матки и др. Как показывает медицинская практика, многие послеоперационные грыжи происходят по причине экстренного хирургического вмешательства. При этом невозможно осуществить адекватную подготовку внутренностей к операции. В результате это приводит к нарушению моторики, повышению внутрибрюшного давления, ухудшению функции дыхания и значительно осложняет процесс заживания послеоперационного рубца. К сожалению, имеют место и разные дефекты во время оперирования. Это может быть использование некачественно шовного материала, чрезмерное натяжение местных тканей, воспаление, гематомы, нагноение, расхождение швов. Послеоперационная грыжа также может образоваться, если пациент нарушает режим в период восстановления. Это одна из самых основных причин. Человек, еще не успев достаточно оправиться, начинает злоупотреблять повышенной физической нагрузкой, отказывается от соблюдения диеты или ношения бандажа. Рассматривается классификация грыж: по величине послеоперационного дефекта они могут быть: малыми (не изменяет конфигурацию живота), средними (занимает часть отдельной области брюшной стенки), обширными (занимают отдельную область брюшины), гигантскими (занимают 2-3 и более областей); по анатомо-топографическому признаку различают: медиальные (срединные, верхние срединные и нижние срединные), латеральные (верхние боковые, нижние боковые, лево- и правосторонние), кроме того выделяют вправимые и невправимые, одно- или многокамерные, рецидивирующие, а также диагностика (объективное обследование, УЗИ, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, органов брюшной стенки, лапаро-торакоскопия) и лечение данного осложнения после операций Единственным эффективным способом лечения послеоперационной грыжи является операция. Консервативная терапия назначается только при наличии серьезных противопоказаний к операции. Практикуется два вида герниопластики: 1) С использованием местных тканей – другими словами, ушивание апоневроза. Применение этого способа возможно только при незначительных размерах образовавшегося дефекта – до 5 см. Такое вмешательство может проводиться под местной анестезией. В настоящее время этот способ практикуется все реже. Применение собственных тканей человека, не отличающихся особой прочностью, нередко приводит к рецидивам. К тому же необходимость перемещения тканей с целью устранения дефекта провоцирует нарушение нормальной анатомии брюшной стенки. 2) С применением синтетических протезов. В современной медицине используют сетчатые аллотрансплантаты. Это особые сети, изготовленные на основе гипоаллергенных очень прочных материалов. Сети бывают следующих видов: нерассасывающиеся; полурассасывающиеся; рассасывающиеся полностью; неадгезивные – их установка возможна в непосредственной близости от внутренних органов. С течением времени аллотрансплантат приживляется и прорастает тканями самого организма. Искусственный протез

всю нагрузку берет на себя. При его использовании не происходит изменений анатомии брюшной стенки и значительно сокращается вероятность рецидивов. Для проведения операции разумным является открытый доступ. Эндохирургические методы (преперитонеальный, лапароскопический) не рекомендованы вследствие большого риска травмы внутренних органов. Их применение целесообразно при грыжах небольшого размера или отсутствии необходимости косметической коррекции.) Рассматриваются результаты: устраняется косметический дефект в форме выпячивания; исчезает послеоперационный рубец; улучшается внешний вид живота; устраняется болевой синдром; операция предупреждает тяжелые осложнения. Приводится клинический пример.

Abstract: this article discusses some of the common complications after surgery - postoperative hernias- condition where the abdominal organs (intestine, greater omentum) are outside of the abdominal wall in the area of the scar formed after surgery. We study the most typical place of their origin, such as an area of the white line of the abdomen - after laparotomy; the right iliac region - tend to occur after appendectomy surgery and cecum; the navel; right upper quadrant-after cholecystectomy, liver resection; left upper quadrant - after surgery on the spleen; side portion of the lumbar - after operations on the kidneys; suprapubic region - after urological and gynecological operations. Analyzes the main reasons for which there hernia, such as postoperative hernia can occur after virtually any surgery in the abdominal cavity. But the most common ailment is formed after such surgical procedures as appendicitis, bowel obstruction, perforated gastric ulcer, cholecystitis, peritonitis, navel hernia or a white line of the abdomen, ovarian cysts, uterine fibroids, and others. As the medical practice, many post-operative hernias occur due to emergency surgery. In this case it is impossible to carry out adequate training innards for surgery. As a result, this leads to disruption of motor skills, increased intra-abdominal pressure, worsening of respiratory function and significantly complicates the process of healing of postoperative scar. Unfortunately, there are also various defects during operating. This may be the use of poor quality of the suture, excessive tension of the local tissue, inflammation, hematoma, abscess, the divergence of seams. Postoperative hernia may also occur if the patient breaks the mode in the recovery period. This is one of the main reasons. Man, not yet having quite recovered, begins to abuse increased physical activity, refuses dieting or wearing a bandage. We consider the hernia classification: largest postoperative defect may be: small (not alter the configuration of the abdomen); means (it occupies part of a separate area of the abdominal wall); extensive (occupy a separate area of the peritoneum); very huge (take 2-3 or more areas); on the basis of anatomical and topographical - distinguished: medialnye (median, upper and lower median median), lateralnye (upper side, lower side, left and right hand) also release vpravimye and nepravimye, single or multi-chamber, recurrent, as well as diagnostics (physical examination, ultrasound, X-ray examination of the gastrointestinal tract, of the abdominal wall, lapar - torakoskopiya) and treatment of complications after surgery (the only effective treatment for post-operative hernias is surgery Conservative therapy is assigned only when there are serious contraindications to operatsii. Practiced two types of hernia repair: 1.) using local tissue - in other words, suturing fascia. Application of this method is only possible if the small size of the resulting defect - 5 cm. This intervention can be performed under local anesthesia. Currently, this method is practiced less and less. The use of a person's own tissues, are not very durable, often leads to relapse. In addition, the need to move tissue to eliminate the defect provokes a disturbance of the normal anatomy of the abdominal wall. 2) With the use of synthetic grafts. In modern medicine, used mesh allografts. This special network, made on the basis hypoallergenic durable materials. Networks are the following types: nonabsorbable; polurassasyvayuschiesya; fully absorbable; nonadherent - their installation is possible in the vicinity of the internal time organov.S allograft przhivlyvaetsya germinates and tissues of the organism. Artificial denture entire load takes over. When using it, there is no anatomical changes in the abdominal wall, and greatly reduced the likelihood of relapse. To carry out the operation is reasonable public access. Endosurgical methods (preperitonealny, laparoscopic) is not recommended because of the high risk of internal injuries. Their use is advisable when hernias small or no need cosmetic correction) consider the outcomes: eliminates the cosmetic defect in the form of protrusions; postoperative scar disappears; Improves the appearance of the abdomen look; Eliminates the pain; operation prevents severe complications. We present a clinical example.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, этиология, патогенез, лечение, клинический пример.

Keywords: postoperative hernia, etiology, pathogenesis, treatment, clinical example.

Послеоперационная грыжа - это состояние, которое характеризуется выходом внутренних органов (большого сальника, кишечника) за пределы брюшной стенки через дефекты в области хирургического рубца. Послеоперационная грыжа обычно определяется в виде опухолевидного выпячивания в зоне послеоперационного рубца.

Причины образования послеоперационных грыж.

Послеоперационные грыжи могут возникать после любых хирургических вмешательств в области брюшной полости.

Но наиболее часто грыжи образуются после таких хирургических вмешательств как: аппендэктомия, холецистэктомия и др.

Как показывает практика, многие послеоперационные грыжи возникают вследствие необходимости проведения экстренных хирургических вмешательств, так как при этом зачастую невозможно осуществлять адекватную подготовку к операции. В результате этого происходит повышение внутрибрюшного давления, нарушение моторики, ухудшение функции дыхания и гораздо сложнее происходит процесс заживления послеоперационного рубца.

Кроме того, могут быть и различные дефекты во время операций, такие как чрезмерное натяжение местных тканей, воспаление, гематомы, нагноение, расхождение швов вследствие использования некачественного шовного материала.

Послеоперационная грыжа также может образоваться, если пациентом нарушается режим во время периода восстановления. Это, возможно, одна из главных причин. Человек отказывается от соблюдения диеты, ношения бандажа, начинает злоупотреблять физическими нагрузками, еще не успев достаточно оправиться [2, с. 328].

Самые типичные зоны образования послеоперационных грыж:

- область пупка;
- правое подреберье - после холецистэктомии, резекция печени;
- левое подреберье — после хирургии на селезенке;
- область белой линии живота — после проведения лапаротомии;
- надлобковая область — после гинекологической и урологической операций;
- правая подвздошная область — как правило, возникают после аппендэктомии и операции на слепой кишке;
- боковая часть поясничного отдела — после операций на почках.

Классификация послеоперационных грыж

1) по величине послеоперационного дефекта, выделяют:

- малые (не изменяет конфигурацию живота),
- средние (занимает часть отдельной области брюшной стенки),
- обширные (занимают отдельную область брюшины),
- гигантские (занимают 2-3 и более областей);

2) по анатомо-топографическому признаку — различают:

- медиальные (срединные, верхние срединные и нижние срединные)
- латеральные (верхние боковые, нижние боковые, лево- и правосторонние).

Отдельно выделяют:

- рецидивирующие
- много- и однокамерные
- несправимые и вправимые.

Симптомы послеоперационной грыжи

Главным симптомом является выпячивание, которое внешне походит на опухоль. Послеоперационные грыжи могут располагаться под кожным рубцом, рядом с ним или же на небольшом расстоянии от рубца [3, с. 103].

На первых стадиях, когда болезнь только развивается, выпячивание бывает безболезненным и вправимым. Оно вызывает лишь небольшой дискомфорт у пациента.

На более поздних стадиях обычно возникают проблемы с возможностями вправления грыжи, которая становится более болезненной и твердой.

Болевой синдром будет расти, независимо от стадии заболевания. Резкие наклоны, подъемы тяжести, напряжения, стресс будут провоцировать его усиление. Если человек располагается в горизонтальном положении, то выпячивание уменьшается или легко вправимо.

Выделяют и другие симптомы послеоперационных грыж, к которым относят: тошноту, запоры, вздутие кишечника, чрезмерную отрыжку, снижение общей активности. Если происходит ущемление - самое опасное осложнение любой грыжевой болезни, то симптомы резко увеличиваются.

Диагностика

Как правило, диагностика грыж обычно не вызывает сложностей и даже не требует специальных методов исследования для постановки диагноза.

Обычно послеоперационная грыжа проявляется несимметричным выбуханием живота в области рубца.

К дополнительным методам исследования, которые помогут подтвердить наличие грыжи, относят: Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, органов брюшной стенки, УЗИ, лапароторакоскопия. [4, с. 233].

Операция считается единственным эффективным способом лечения. Консервативная терапия применяется лишь при серьезных противопоказаниях к операциям. В данной ситуации рекомендуется:

- специальная диета;
- профилактика запоров;
- сокращение физических нагрузок;
- обязательное ношение бандажа.

Хирургическая операция по удалению послеоперационной грыжи носит название герниопластики.

Применяется два вида герниопластики:

1. С использованием местных тканей – другими словами, ушивание апоневроза. Применение этого способа возможно только при небольших размерах дефекта – до 5 см. Такую операцию можно проводить под местной анестезией.

В настоящее время этот способ практикуется все реже, так как собственные ткани человека, не отличаются особой прочностью, что приводит к частым рецидивам. К тому же необходимость перемещения тканей с целью устранения дефекта провоцирует нарушение нормальной анатомии брюшной стенки.

2. С применением синтетических протезов. На современном этапе используются сетчатые аллотрансплантаты, которые изготовлены на основе очень прочных, гипоаллергенных, материалов. Сети бывают нескольких видов:

- полурассасывающиеся;
- нерассасывающиеся;
- полностью рассасывающиеся;
- неадгезивные – их установка возможна в непосредственной близости от внутренних органов.

Спустя некоторое время, аллотрансплантат приживается и прорастает тканями самого организма. Искусственный протез берет на себя всю нагрузку. При его использовании значительно сокращается вероятность рецидивов и не происходит изменений в анатомии брюшной стенки.

В данном случае при проведении операции применяют открытый доступ.

Эндохирургические методы, такие как лапароскопические или преперитонеальные, не рекомендованы из-за большого риска развития травмы внутренних органов. Их применение допустимо при отсутствии необходимости косметической коррекции или грыжах небольшого размера.

Результаты:

- Устраняется болевой синдром.
- Послеоперационный рубец исчезает.
- Внешний вид живота улучшается.
- Косметический дефект в виде выпячивания устраняется
- Ликвидируются тяжелые осложнения.

Клинический случай

Больной Н, 41 год. Поступил в стационар с жалобами на грыжевое выпячивание в области послеоперационного шва, периодические ноющие боли в нем при физических нагрузках.

В 2013г. Была проведена операция по поводу панкреонекроза, спустя 3 месяца развилась послеоперационная грыжа. В 2015 году операция – аутогерниопластика, через 3 месяца развился рецидив грыжи, которая увеличивалась в размерах, без признаков ущемления.

Перенесённые заболевания: детские инфекции, простудные, хронический панкреатит, катаральный гастрит, катаральный бульбит.

СД, туберкулез, ВИЧ, гепатиты отрицает.

Аллергоанамнез не отягощён. Гемотрансфузий не было.

Объективно: Состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, патологических шумов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80. ЧСС-75 в минуту. При пальпации живот увеличен из-за подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка, почки не пальпируются. Аускультативно кишечная перистальтика активная. Газы отходят. Симптомы Ортнера, Лепене, Василенко отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без изменений.

St. localis: Рубец от тотальной срединной лапаротомии, в области него в мезогастррии – выпячивание, размером 25*20*12 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное, полностью не вправляющееся. Дефект апоневроза четко не пальпируется, так как грыжа невправимая. Симптом кашлевого толчка положительный.

Ds: Послеоперационная рецидивная невправимая вентральная грыжа.

План ведения: госпитализация в х/о, грыжесечение, герниопластика с использованием сетчатого эксплантата, спинно-мозговая анестезия, наблюдение в послеоперационном периоде.

Операция: Грыжесечение, комбинированная герниопластика сетчатым эксплантатом.

Под СМА выполнено иссечение послеоперационного рубца, выделено грыжевое выпячивание. Грыжевой мешок вскрыт, его содержимое – часть большого сальника, множественные спайки с сальником, которые рассекли. Большой сальник вправлен в брюшную полость. Грыжевой мешок иссечен, очищен от ПЖК. Апоневроз ушит непрерывным швом, поверх него уложен сетчатый эксплантат, фиксированный четырехузловыми швами к апоневрозу по периметру. Затем сетка прошита по краю непрерывным швом. Послойно наложены швы на рану, асептическая повязка.

Литература

1. *Шевченко Ю. Л.* Частная хирургия, I том, М.: «Специальная литература», 1998 год. 518 с.
2. *Кузин М. И., Шкроб О. С.* Хирургические болезни, М.: «Медицина», 2002 год, 640 с.
3. *Шимко В. В., Сысолятин А. А.* «Грыжи живота» учебное пособие, Амурская государственная медицинская академия, 2010 г., 150 с.
4. *Гарелик П. В., Макианов И. Я., Мармыш Г. Г.* Хирургические болезни, изд-во ГГМУ, 2003 год. 267 с.