

**Стяжкина Светлана Николаевна**

д-р мед. наук, профессор, хирург  
БУЗ УР «Первая республиканская  
клиническая больница МЗ УР»  
г. Ижевск, Удмуртская Республика

**Саламатов Алексей Юрьевич**

студент  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная  
медицинская академия»  
г. Ижевск, Удмуртская Республика

**Огорельцева Людмила Сергеевна**

студентка  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная  
медицинская академия»  
г. Ижевск, Удмуртская Республика

**Салимова Гульназ Радиковна**

студентка  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная  
медицинская академия»  
г. Ижевск, Удмуртская Республика

**Семенов Юрий Васильевич**

студент  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная  
медицинская академия»  
г. Ижевск, Удмуртская Республика

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЖИВОТА**

*Аннотация:* статья посвящена вопросам лечения послеоперационных и рецидивирующих грыж при дисплазии соединительной ткани и сопутствующей патологией на основании анализа историй болезней. Авторами выявлено, что

*тактика лечения послеоперационных и рецидивных грыж зависит от степени выраженности дисплазии соединительной ткани.*

**Ключевые слова:** *послеоперационная грыжа, вентральная грыжа, коморбидная патология, дисплазия соединительной ткани, маркеры, аллогерниопластика, аутогерниопластика.*

**Актуальность темы.** Грыжа – одно из наиболее распространённых хирургических заболеваний, встречающееся в любом возрасте. Грыжами страдают 3–4% населения. Хирургическое лечение грыж далеко не всегда оказывается эффективным и, несмотря на разнообразие применяемых способов пластики, частота рецидивов остаётся высокой. Рецидивы отмечаются у 8–10% ранее оперированных пациентов по поводу неосложненных форм, ещё более часто они встречаются при осложнённых, рецидивных и редких формах. От 2 до 19% чревосечений сопровождаются формированием послеоперационных грыж. Возникновение грыж, возможно, после любой операции на брюшной полости, являясь следствием хирургических операций, а нередко – дефектом хирургической техники. Появление послеоперационных грыж, особенно обширных и гигантских, резко снижает качество выполняемых операций, иногда причиняя больным страданий больше, чем заболевания, по поводу которых они оперированы. Причины появления послеоперационных вентральных грыж и их рецидивов разнообразны – инфекционные осложнения со стороны операционной раны, повреждение нервов во время операции, пожилой возраст, повышение внутрибрюшного давления, сопутствующие хронические заболевания, технические ошибки во время операции, дисплазия соединительной ткани и др. Дисплазия соединительной ткани – группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, обусловленное нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Характеризуется дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомотор-

ных органов с прогрессирующим течением. У многих больных с грыжами существуют различные признаки дисплазии соединительной ткани, изменения в структуре которой приводят к снижению прочности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки и поперечной фасции живота, что снижает её сопротивляемость к повышению внутрибрюшного давления и способствует грыжеобразованию. Около 25% хирургических вмешательств, проводимых в стационарах, составляют операции, выполняемые по поводу грыж различной локализации. В клинической практике чаще всего встречаются наружные брюшные грыжи [1–5].

*Целью работы.* Целью работы является изучение принципа лечения послеоперационных и рецидивирующих грыж передней поверхности живота при дисплазии соединительной ткани и коморбидной патологии на основании анализа историй болезней.

*Материалы и методы исследования.* Материалами исследования послужили паспортные данные, клинический диагноз, анамнез, объективное исследование и протокол операции больных из хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская больница МЗ УР» за январь–октябрь 2015 г. Для подведения итогов использовались статистические методы анализа.

*Полученные результаты.* Результаты исследований показали, что общее число пациентов составило 119 (20,3%) из 587 историй болезней. С грыжами проходили лечение 52 мужчин и 67 женщин (43,7% и 56,3% соответственно). Преимущественно это были лица пенсионного возраста 54 случая (45,4%); работающие в 48 случаях (40,3%) и не работающие в 17 случаях (14,3%).

Анализ выявил, что число грыж составило 121 случай: 69 у женщин и 52 у мужчин (57% и 43% соответственно).

Послеоперационные грыжи зарегистрированы в 55 случаях (45,6% от всех грыж): 46 женщин (83,6%) и 9 мужчин (16,4%).

Паховые грыжи – 31 случай (25,6% от всех грыж): 26 мужчин (83,8%) и 5 женщин (16,2%), из которых прямых 17 (54,8%) и косых 14 (45,2%). Пупочные

грыжи была диагностирована в 29 случаях (23,9% от всех грыж): 17 мужчин (58,6%) и 12 женщин (41,4%).

Диагноз грыжа белой линии живота был выявлен у 5 пациенток (4,1% от всех грыж).

Бедренная грыжа обнаружена у 1 женщины (0,8% от всех грыж).

Рецидивирующие грыжи выявлены в 15 случаях (12,4% от всех грыж): 12 женщин (80%) и 3 мужчин (20%).

У 80% пациентов с послеоперационными и рецидивирующими грыжами обнаружено 6 и более маркеров дисплазии соединительной ткани. Клинически это проявлялось синдромами: астеническим, висцеральным, вертеброгенным и косметическим.

При анализе выявлены наиболее распространенные маркеры дисплазии соединительной ткани: стрии, тонкая кожа, варикозное расширение вен нижних конечностей, нарушение зрения, нарушение осанки, ишемическая болезнь сердца, пролапс митрального клапана, продольное плоскостопие, искривление нижних конечностей, гиперподвижность суставов, гиперэластичность кожи.

Также были обнаружены и другие признаки патологии соединительной ткани: поперечное плоскостопие, ложные хорды левого желудочка, положительный признак «запястья» и «большого пальца», дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, высокое небо, короткая уздечка языка, деформация грудной клетки и дискинезия желчевыводящих путей.

Дисплазия соединительной ткани обуславливает неспособность формирования полноценного рубца.

Причиной грыж является сочетание предрасполагающих факторов и производящих.

Предрасполагающими факторами выступили патология соединительной ткани 11 случаев (4,1% от всех факторов), пол – 27 (10% от всех факторов), возраст – 54 (20,2% от всех факторов), ожирение – 25 (9,4% от всех факторов), патология передней брюшной стенки в 62 случаях (23,1% от всех факторов): ранее перенесенные хирургические вмешательства брюшной полости – 55 случая

(88,7% от всех факторов) и диастаз прямых мышц живота в 7 случаях (11,3% от всех предрасполагающих факторов).

К производящим причинам относятся факторы, значительно повышающие внутрибрюшное давление: тяжелая физическая нагрузка в 40 случаях (14,9% от всех производящих факторов); патология ЖКТ, сопровождающаяся обстипацией в 31 случае (11,6% от всех производящих причин); патология дыхательной системы, сопровождающаяся длительным кашлем в 14 случаях (5,2% от всех факторов), затруднение мочеиспускания – 4 случая (1,5% от всех производящих факторов).

По клиническому течению были диагностированы 98 вправимых грыж (81% от всех грыж): 51 женщин (52%) и 47 мужчин (48%). Осложненное клиническое течение в 23 случаях (19% от всех грыж): 18 женщин (78,3%) и 5 мужчин (21,7%).

Невправимость в 17 случаях (14% от всех грыж и 73,9% от осложнений): 13 женщин (76,5%) и 4 мужчин (23,5%).

Ущемление в 4 случаях (3,3% от всех грыж и 17,4% от осложнений): 3 женщин (75%) и 1 мужчина (25%).

Киста грыжевого мешка диагностирована у 2 женщин (1,7% и 8,7% соответственно).

Было проведено 116 операций (95,9% от исходов). Отказ от оперативного вмешательства в 5 случаях (4,1% от исходов).

Пик грыжесечений приходится на март – апрель: 35 случаев (30,2% от всех операций).

В 46 операциях был использован эндопротез из полипропиленовой сетки (39,6% от всех операций): 34 женщины (73,9%) и 12 мужчины (26,1%).

Пластика собственными тканями в 11 случаях (9,5% от всех операций): 7 женщин (63,6%) и 4 мужчины (36,4%).

Также применялась герниопластика по Сапежко 27 случаев (23,3% от всех операций): 15 женщин (55,6%) и 12 мужчин (44,4%).

По Лихтенштейну у 8 мужчин (6,9% от всех операций).

Пластика передней брюшной стенки по Мейо в 12 случаях (10,3% от всех операций): 6 женщин (50%) и 6 мужчин (50%).

Пластика дефекта по Жирару-Спасокукоцкому у 1 пациентки (0,9% от всех операций).

Способ Бассини был применен в 11 случаях (9,5% от всех операций): 2 женщин (18,2%) и 9 мужчин (81,8%).

Отмечено, что у 90% пациентов с рецидивирующими грыжами, ранее проводились аутопластические способы пластики передней брюшной стенки, в 5% из них использовалась натяжная герниопластика, результаты которых оказались неэффективны.

При рецидивирующих грыжах в 11 случаях применялась аллогерниопластика (73,3% от лечения рецидивирующих грыж).

После оперативного лечения имелись осложнения в 10 случаях (8,3% от всех операций).

Серома была диагностирована в 7 случаях (5,8% от всех операций и 70% от послеоперационных осложнений): 6 женщин (85,7%) и 1 мужчина (14,3%).

Лигатурный свищ был выявлен у одной женщины (0,8% от всех операций и 10% от послеоперационных осложнений).

Диагноз тромбоэмболия легочной артерии был выставлен одной женщине (0,8% от всех операций и 10% от послеоперационных осложнений).

Нагноение послеоперационной раны обнаружено у одной женщины (0,8% и 10% соответственно).

Больше всего сером было выявлено при аллогерниопластике (6 случаев). Распространенность сером после аллогерниопластики синтетическим материалом не зависит от наличия сопутствующей патологии и дисплазии соединительной ткани, причиной их появления является усиленная экссудация на искусственный материал.

Частота и распространенность осложнений при аутопластических способах пластики дефекта передней брюшной стенки при послеоперационных и рецидивирующих грыжах зависит от выраженности коморбидной патологии и дисплазии соединительной ткани.

*Вывод.* Одним из главных факторов в возникновении послеоперационных и рецидивирующих грыж является дисплазия соединительной ткани. От выраженности патологии соединительной ткани зависит метод пластики дефекта. Аутопластические способы пластики передней брюшной стенки приносят положительный результат при наличии не более 5 признаков дисплазии соединительной ткани. Аутогерниопластика, как правило, не эффективна при 6 и более маркеров дисплазии соединительной ткани. Целесообразно использовать аллогерниопластику синтетическим материалом при наличии 6 и более признаков дисплазии соединительной ткани, учитывая коморбидную патологию.

### ***Список литературы***

1. Ситников В.А. Грыжи живота. Различные виды грыж / В.А. Ситников // Учебно-методическое пособие для студентов. – 2008. – С. 3.
2. Стяжкина С.Н. Роль коморбидной патологии в хирургии / С.Н. Стяжкина, К.В. Журавлев, А.В. Леднева, В.В. Ларин, М.Н. Климентов, Т.Е. Чернышова // Фундаментальные исследования. – 2011. – №7. – С. 138–140.
3. Стяжкина С.Н. Анализ послеоперационного периода у больных с мышечно-апоневротической и ненатяжной герниопластикой / С.Н. Стяжкина, В.В. Ларин // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – №5. – С. 25.
4. Стяжкина С.Н. Роль коморбидной патологии в хирургии / С.Н. Стяжкина, К.В. Журавлев, А.В. Леднева, В.В. Ларин, М.Н. Климентов, Т.Е. Чернышова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – №8. – С. 27–29.
5. Стяжкина С.Н. Проявления дисплазии соединительной ткани в хирургической практике / С.Н. Стяжкина, В.В. Ларин, А.В. Леднева, В.И. Коробейников // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2012. – №2. – С. 77–80.