



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, центральная 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 остаются высокой. Рецидивы отмечаются у 8–10% ранее оперированных пациентов по поводу неосложненных форм, еще более часто они встречаются при осложненных, 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 моррофункциональных нарушений висцеральных и локомотор-

ных органов с прогредиентным 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 обстипиацией в 31 случаях (11,6% от всех производящих причин); патология дыхательной системы, сопровождающая 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 женщин (73,9%) и 12 мужчина (26,1%).

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