

Ущемленные послеоперационные вентральные грыжи Стяжкина С. Н.¹, Казанцева Е. Г.², Бирюкова Е. В.³

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

²Казанцева Елена Геннадьевна / Kazantseva Elena Gennadevna – студент;

³Бирюкова Евгения Викторовна / Biryukova Evgeniya Victorovna – студент,

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Ижевск

Аннотация: ущемленные послеоперационные вентральные грыжи встречаются у 2,0-10 от общего количества больных, оперированных по поводу ущемленных грыж живота различных локализаций. Большинство больных — это люди пожилого и старческого возраста, перенесшие в прошлом оперативное вмешательство по поводу острой хирургической или гинекологической патологии. Через различное время после операции по мере нарастания дряблости передней брюшной стенки, появления запоров и затруднения мочеиспускания, способствующих повышению внутрибрюшного давления, появляются грыжи. Наличие спаечного процесса, как в брюшной полости, так и в грыжевом мешке, особенно при появлении невраваемой грыжи, способствует возникновению симптомов, характерных и для ущемленной грыжи, и для спаечной кишечной непроходимости, что создает определенные диагностические трудности. Также у тучных больных с грыжами не всегда удается выявить достоверные признаки ущемления и даже обнаружить грыжевое выпячивание. В подобных случаях необходимо провести тщательный сбор анамнеза, провести полное обследование больного, дать адекватную оценку полученным данным для выявления и дальнейшего лечения данного заболевания.

Ключевые слова: грыжа, ущемленная, послеоперационная, вентральная, диагностика.

Введение:

В последние годы, по данным Московской статистики, половину умерших после операции больных составили пациенты с ущемленной пупочной и послеоперационной грыжей. Ущемленные послеоперационные грыжи встречаются не так часто и составляют 2,2—10 % от ущемленных грыж вообще и сопровождаются высокой летальностью [Стручков В. И., Качков А. П., 1957; Федоров В. Д., Максимов В. И., 1972]. Среди прооперированных больных в первые сутки, от начала заболевания, летальность равнялась 2 %, в последующие двое суток 7 %, через 72 часа она достигала 20,1 % (С. В. Лобачева и О. И. Виноградовой (1958)). Причиной смерти чаще всего является перитонит (3/4 всех умерших), интоксикация, эмболия, тромбоз и шок. Смерти наблюдались в результате: запоздалых вмешательств, технических ошибок, у стариков, страдающих одновременно артериосклерозом, кардиосклерозом.

Под ущемленной послеоперационной грыжей понимают состояние, заключающееся в сдавлении содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах с obturацией просвета полых органов, либо с компрессией сосудов брыжейки тонкой или толстой кишки, а также большого сальника после операции.

Отчетливо заметно преобладание среди больных с грыжами лиц пожилого и старческого возраста, что обусловлено большим числом больных с осложненными послеоперационными грыжами. В 1901 г. вышла монография Н. Ф. Богоявленского «К вопросу о послеоперационных грыжах передней брюшной стенки, их причины и предупреждение». В работе автор довольно подробно излагает причины образования послеоперационных грыж. Большое значение он придает операционному разрезу. Так, грыжи нередко возникают при повреждении нервов и сосудов, а также при пересечении толстых мышечных пластов в поперечном направлении. В результате нарушения иннервации и кровоснабжения мышца атрофируется, и в этом месте образуется грыжа [4].

Основным механизмом ущемления грыжи служит резкое одномоментное или периодически повторяющееся повышение внутрибрюшного давления, которое может быть связано с чрезмерным физическим усилием, запорами, кашлем (при бронхите, пневмонии), затрудненным мочеиспусканием (при аденоме простаты), тяжелыми родами и прочее [2]. Развитию и ущемлению грыжи способствует слабость мускулатуры брюшной стенки, атония кишечника у пожилых людей, травматические повреждения живота, оперативные вмешательства, похудание [3].

Статистика ведущих научно-исследовательских и лечебных учреждений страны свидетельствует, что, несмотря на достигнутые успехи, результаты хирургического лечения больных ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными. Так, сохраняются высокие цифры послеоперационных осложнений, достигающие 50 %.

Материал и методы

Было исследовано 85 историй болезни с грыжами за 2012-2013гг, из них лишь 20 историй с ущемленными грыжами, и только одна ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. Необходимо

обратить внимание на то, что частота встречаемости данного заболевания не велика и диагностика сталкивается с определенными трудностями.

Рассмотрим историю болезни: пожилая женщина 91 –го года (20.12.1921), неработающая пенсионерка. Имеет инвалидность 1 группы, связанную с перенесенным ишемическим инсультом. Сопутствующие заболевания - гипертензивная болезнь сердца, перенесенные в прошлом инфаркт миокарда, пневмония, вызванная стрептококком группы В, язва двенадцатиперстной кишки.

Жалобы больной: появление невоспалительного выпячивания 3x4 см в проекции послеоперационного рубца после аппендэктомии. В данной области отмечает боли средней интенсивности, иррадиирующие в область пупка и поясницу (механизм их появления связан со сдавлением нервов и сосудов брыжейки). Она мечется, беспокойна, не находит себе места. Больную беспокоят тошнота, многократная рвота, задержка стула и газов, общая слабость.

По данным объективного исследования язык сухой, живот ассиметричный, положительные симптомы Валя, Кивуля, Склярова. При пальпации ущемлённое грыжевое выпячивание невоспалительное, плотное, напряженное, болезненное, симптом «кашлевого толчка» отрицателен. При перкуссии над выпячиванием выслушивается тупой звук.

При помощи инструментальных методы исследования – прежде всего УЗИ, было обнаружено небольшое грыжевое выпячивание в слое подкожно-жировой клетчатки, оценено состояние содержимого грыжевого мешка – отсутствие грыжевых вод, толщина, отечность, слоистость кишечной стенки.

Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении больного позволила выявить грыжевое выпячивание в правой подвздошной области, уровень жидкости в петлях кишки, наличие чаши Клойбера, а также исследован пассаж по кишечнику.

Важное значение в диагностике ущемленных послеоперационных грыж имеет тщательный сбор анамнеза, данные физикального исследования и непосредственное участие пациента. Диагноз упрощается, когда больной в течение некоторого времени знает о существовании у него грыжи и сам обращает свое внимание и внимание врача на внезапное изменение обычного состояния грыжевого выпячивания – невоспаление и болезненность. Ошибки возможны при небольших грыжах и выраженном ожирении больного, особенно при пристеночном ущемлении. Сложности так же могут возникнуть при диагностике ущемления, развившегося на фоне невоспалительной грыжи. Необходимо тщательно исследовать и оценить симптом кашлевого толчка. В случае невозможности полностью исключить ущемление невоспалительной грыжи сомнения следует трактовать в пользу ущемления как состояния, опасного для жизни, и выполнить срочное грыжесечение. В некоторых ситуациях приходится проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями, которые могут имитировать ущемленную грыжу. Следует помнить о так называемом «ложном ущемлении» или грыже Брока. Такая ситуация возникает при поступлении из брюшной полости в грыжевой мешок воспалительного экссудата при таких острых воспалительных заболеваниях, как острый холецистит, острый аппендицит, острый панкреатит, прободение полых органов, перитонит. При этом грыжа увеличивается в размерах и становится болезненной, напряженной, невоспалительной. У некоторых больных может возникнуть необходимость провести дифференциальную диагностику между ущемлением.

Результаты исследования и их обсуждение

Больные с ущемлением грыжи подлежат срочному оперативному лечению вне зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, длительности ущемления и локализации грыжи. При поставленном диагнозе и отсутствии необходимости в предоперационной подготовке больные должны быть оперированы сразу после поступления. Обратим внимание, что попытки насильственного вправления ущемленной грыжи недопустимы из-за опасности разрыва органа, брыжейки, вправления в брюшную полость нежизнеспособного органа. Если в течении часа не произошло самопроизвольного вправления, то больного все же следует оперировать, при отказе от операции необходимо продолжать настойчиво рекомендовать хирургическое лечение.

Хирургическая тактика при ущемленной послеоперационной вентральной грыже:

1. Лечение ущемленной послеоперационной вентральной грыжи заключается в выполнении экстренной лапаротомии в течение 2-х часов от момента поступления в стационар.

2. Задачи хирургического лечения при ущемленной послеоперационной вентральной грыже:

- тщательная ревизия грыжевого мешка, учитывая его многокамерность и ликвидация спаечного процесса;

- оценка жизнеспособности ущемленного в грыже органа;

- при наличии признаков нежизнеспособности ущемленного органа - его резекция.

3. При ущемлении больших многокамерных послеоперационных вентральных грыж брюшной стенки операция завершается рассечением всех фиброзных перегородок и ушиванием только кожи с подкожной клетчаткой.

4. При обширном грыжевом дефекте более 10 см в диаметре с целью предотвращения абдоминального компартмен-синдрома возможно закрытие грыжевых ворот сетчатым эксплантатом.

Необходимо обратить внимание, что в послеоперационном периоде возможны следующие осложнения:

- со стороны раны (гематома, нагноение, инфильтрат, эвентрация, лигатурный свищ);
- со стороны брюшной полости (несостоятельность швов межкишечного анастомоза, межкишечные абсцессы, спаечная непроходимость);
- со стороны других органов и систем (острая сердечно-сосудистая недостаточность, сердечно-легочная недостаточность, инфаркт миокарда, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии).

Притом, что пациентка имеет коморбидную патологию [5, 6] и входит в группу риска при ущемленных грыжах: возраст больной (старше 60 лет), наличие сопутствующих заболеваний (сердечно-легочная патология, патология мозга, заболевания легких) послеоперационный период прошел без осложнений.

Выводы:

Таким образом, по данным статистического исследования ущемленные послеоперационные вентральные грыжи встречаются относительно редко. Клиническая картина и жалобы носят общий характер. Соответственно данный диагноз трудно дифференцировать от заболеваний, которые могут симулировать ущемленную грыжу.

Необходимо:

- госпитализировать пациента,
- провести тщательный сбор анамнеза,
- провести полное обследование больного,
- дать адекватную оценку полученным данным,
- выбрать правильную тактику для успешного хирургического лечения больного и предотвращения послеоперационных осложнений,
- лечение: при сопутствующей патологии необходима консультация терапевта, кардиолога и других специалистов [1],
- в послеоперационном периоде должна проводиться профилактика венозных тромбоэмболических осложнений,
- после хирургического лечения необходим период реабилитации пациента с приемом препаратов флебодиа и ромазулана.

Литература

1. Анализ послеоперационного периода у больных с мышечно-апоневротической и ненатяжной герниопластикой / В. В. Ларин, С. Н. Стяжкина // Международный журнал экспериментального образования. -2011. - № 5. – С. 25.
2. *Коморовский Ю. Т.* Предупреждение врачебных ошибок при ущемленных наружных грыжах живота (методические рекомендации) / Ю. Т. Коморовский, И. Г. Климнюк. – Тернополь, 1980. – 68 с.
3. *Куницкий Ю. Л.* Ущемленные грыжи / Ю. Л. Куницкий, В. П. Танцюра, С. В. Межаков. – Донецк, 2002. – 143 с. 5. Лобачев С. В. Ущемленные грыжи / С. В. Лобачев, О. И. Виноградова // Вест.хирургии. – 1957. – № 3. – С. 62-72.
4. Проявления дисплазии соединительной ткани в хирургической практике // С. Н. Стяжкина, В. А. Ситников, А. В. Леднёва, В. В. Ларин, В. И. Коробейников // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.- 2012. - № 2. – С. 77-80.
5. Риск осложнений у больных с высоким индексом коморбидности // С. Н. Стяжкина, В. А. Ситников, А. В. Леднёва, В. В. Ларин, В. И. Коробейников и др.// Трудные и нестандартные ситуации в клинической практике: материалы республиканской научно-практической конференции. – Ижевск, 2011. - С. 129-131.
6. Роль коморбидной патологии в хирургии // С. Н. Стяжкина, К. В. Журавлев, А. В. Леднёва, В. В. Ларин, М. Н. Климентов, Т. Е. Чернышова // Фундаментальные исследования. - 2011. - № 7. – С. 138-140.