

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской
Федерации

**Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М.Дыхно с
курсом ПО**

Заведующий кафедрой: д.м.н. профессор Черданцев Д.М.
Рецензент: д.м.и. профессор Первова О.В.

Реферат на тему:
«Послеоперационная вентральная грыжа»

Выполнила: ординатор 105 группы
Специальность: Хирургия
Дергачева Кристина Максимовна

Содержание

Общие положения.....	
Классификация, этиология, патогенез.....	
Диагностика.....	
Лечение.....	
Заключение.....	
Список используемой литературы.....	

Общие положения

По определению Европейского Герниологического Общества послеоперационная вентральная грыжа — это любой дефект брюшной стенки, без или с грыжевым выпячиванием, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, определяющийся при клиническом исследовании или визуализации.

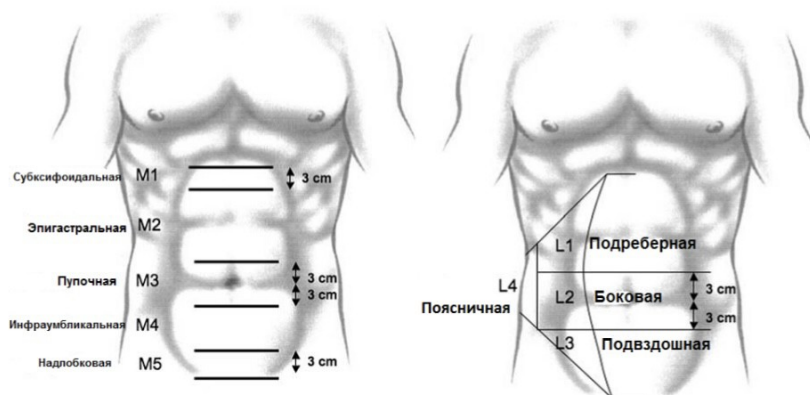
Составными элементами грыжи являются: грыжевые ворота, грыжевой мешок и содержимое грыжевого мешка. Встречаются случаи, когда нет выраженных грыжевых ворот, но на большом протяжении брюшной стенки отсутствует мышечный слой, вследствие чего рубцово измененный апоневротический слой под действием внутрибрюшного давления постепенно начинает выпячиваться.

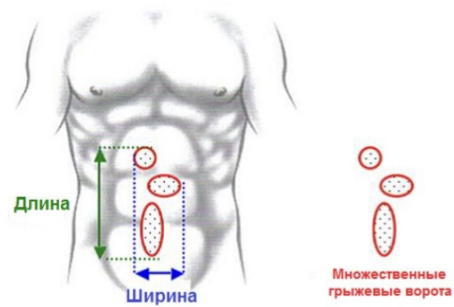
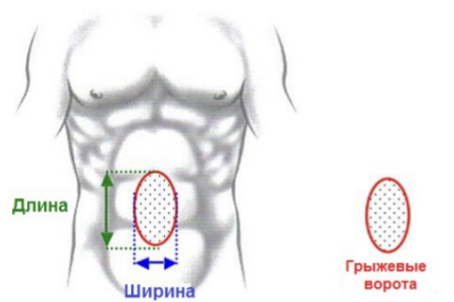
Классификация

Послеоперационные грыжи классифицируются по трем параметрам – локализации, ширине грыжевых ворот и наличию рецидива (рис. 1). **По локализации на брюшной стенке:** срединная (M); латеральная (L). **По ширине грыжевых ворот:** W1 (малая) – < 4 см; W2 (средняя) – ≥4-10 см; W3 (большая) – ≥10 см. **По частоте рецидивов:** R0; R1; R2; R3 и т.д.

Классификация послеоперационных вентральных грыж Европейского Герниологического Общества (EHS)

Классификация послеоперационных грыж Европейского Герниологического Общества (EHS)			
Срединная		Субксифоидальная M1	
		Эпигастральная M2	
		Пупочная M3	
		Инфраумбиликальная M4	
		Надлобковая M5	
Латеральная		Подреберная L1	
		Боковая L2	
		Подвздошная L3	
		Поясничная L4	
Рецидивная послеоперационная грыжа ?			Да о Нет о
Длина: см.		Ширина: см.	
Ширина см	W1 < 4 см. о	W2 ≥4-10 см. о	W3 ≥10 см. о





Этиология и патогенез

Причины возникновения послеоперационных вентральных грыж разнообразны. Хирургическая техника закрытия лапаротомной раны и послеоперационная раневая инфекция считаются наиболее важными причинными факторами увеличивающими риск образования послеоперационной грыжи. Факторами, способствующими увеличению риска возникновения послеоперационных грыж являются: мужской пол, ИМТ, пожилой возраст, сахарный диабет, желтуха, анемия, использование вазопрессорных препаратов, курение. К возникновению послеоперационных грыж приводят также послеоперационная дыхательная недостаточность, аневризматическая болезнь, хроническое расстройство питания, прием гормональных препаратов, почечная недостаточность, онкологические заболевания, несколько операций через один и тот же доступ, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), доброкачественная гипертрофия предстательной железы, запоры и асцит. Нарушение метаболизма коллагена и диастаз прямых мышц живота также предрасполагают к развитию послеоперационной грыжи. Подтверждено, что факторы риска влияют на количество повторных рецидивов. При планировании хирургической операции, при консультировании пациента относительно предполагаемого течения послеоперационного периода, а также прогноза рецидива в отдаленном периоде, необходимо принимать во внимание эти факторы риска.

После формирования малых грыж на брюшной стенке со временем они увеличиваются в размерах из-за постоянного воздействия внутрибрюшного давления, сокращения диафрагмы и мышц переднебоковой стенки живота. В результате органы брюшной полости перемещаются через дефект брюшной стенки, расширяя последний и формируя грыжевое выпячивание. Факторы риска влияют на частоту рецидивов послеоперационных грыж.

Диагностика

Физикальное обследование

Диагноз устанавливается при физикальном обследовании пациента. При обследовании живота в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание, хорошо заметное при натуживании, в положении стоя или при поднимании верхней части туловища. Грыжевые ворота могут быть небольшими и таить опасность ущемления, а большие вызывают жалобы и чувство тяжести, обусловленные выходом внутренних органов в грыжевой мешок и спаечным процессом в нем. Увеличиваясь, грыжа может достигать значительных размеров, что приводит к потере трудоспособности.

Лабораторная и инструментальная диагностика

Рекомендуется в амбулаторных условиях проводить исследование крови на гепатиты В и С, ВИЧ, RW, определение группы крови и резус-фактора, определение общего анализа крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмму, рентгенографию органов грудной клетки, спирометрию, ЭКГ, ЭхоКГ (по показаниям), УЗИ органов брюшной полости и брюшной стенки, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту (по показаниям), колоноскопию (по показаниям). При сопутствующих заболеваниях рекомендуется дообследование и консультации специалистов.

Клиническое исследование занимает первое место в диагностике абдоминальных грыж. Однако в некоторых сложных случаях комплексное обследование дополняется СКТ или МРТ брюшной стенки. Например, гнойный свищ в области операционного рубца вызывается в большинстве случаев инфицированной лигатурой или ранее имплантированным эндопротезом, но может быть обусловлен кишечным свищем. В этих ситуациях рекомендуется СКТ с фистулографией. Существующие литературные источники концентрируются, преимущественно, на узких вопросах. Данных по использованию КТ и МРТ при всех типах грыж брюшной стенки недостаточно. В случаях травмы живота среди прочих диагностических процедур рекомендуется проведение КТ с целью выявления возможных посттравматических вентральных грыж. У пациентов с ожирением КТ-исследование может быть информативным. Rose et al. сообщили о трех пациентах с ожирением, у которых не удалось выявить грыжи при клиническом осмотре. По данным КТ была диагностирована вентральная грыжа, которая являлась причиной жалоб. В настоящее время отсутствуют исследования, посвященные предоперационной МРТ-диагностике вентральных грыж. В

настоящее время назначение КТ-исследования показано не при всех типах вентральных грыж. КТ рекомендуется в случаях ожирения, неоднократных операций в анамнезе, больших грыж с нечеткими контурами грыжевого мешка, посттравматических грыж и для диагностики редких вентральных грыж.

В настоящее время в ряде исследований описывается применение КТ после лапароскопической пластики вентральных грыж (LVHR). С. Gutierrez de la Pena et al. (2001) сообщили о 50 больных, которым выполнялась LVHR, и которые прошли клиническое обследование через 1 год после операции, включая компьютерную томографию и диагностическую лапароскопию. Рецидивы были диагностированы правильно в 98% случаев по данным КТ и в 88% случаев по данным клинического осмотра. A.L. Wagenblast et al. (2004) в рамках проспективного исследования 35 пациентов с LVHR сообщили о четырех пациентах с развитием отека в послеоперационном периоде, у которых при помощи КТ удалось дифференцировать серому и рецидив. КТ является методом выбора для послеоперационной дифференциальной диагностики рецидива, серомы и выбухания или остаточных грыж. Ультразвуковое исследование может оказывать помощь в диагностике сером, однако оно не выявляет необходимые анатомические ориентиры, в отличие от КТ, чтобы достоверно исключить рецидив.

Развитие симптомов наблюдается у 33-78% пациентов с послеоперационной вентральной грыжей.

В диагностике рецидива грыжи надежность КТ превосходит физикальное обследование.

Доказательств целесообразности использования КТ / МРТ в повседневной практике недостаточно. В некоторых случаях, например, при посттравматических грыжах, у пациентов с ожирением, а также у пациентов с грыжами большого размера без четких границ грыжевых ворот или с редкими грыжами, например, поясничными, проведение КТ или МРТ может быть оправданным.

В особых случаях, включающих, например, посттравматические грыжи, редкие грыжи, такие как поясничная или спигелиевой линии, или при ожирении, применение КТ или МРТ может быть оправданным.

КТ следует проводить с целью диагностики рецидива или сопутствующей патологии.

Функциональная МРТ может применяться для диагностики послеоперационного спаечного процесса.

Лечение

Наличие послеоперационной грыжи является прямым показанием для плановой операции. На ранних сроках формирования грыжи менее выражены изменения в тканях и органах, а само хирургическое вмешательство является менее сложным и более эффективным. Хирургическое лечение послеоперационных грыж направлено на устранение грыжи, облегчение симптомов (боли и дискомфорта), предотвращение осложнений (ущемления, дыхательных нарушений или поражений кожи), или на борьбу с острыми осложнениями (кишечной непроходимости и ущемления).

Точные сведения о частоте ущемления или острой кишечной непроходимости при послеоперационных грыжах отсутствуют. Контролируемых исследований, в которых бы анализировалась динамика размера послеоперационных грыж с течением времени, факторы риска ущемления или развития дискомфорта и болевого синдрома, не проводилось.

Хирургическое вмешательство по поводу острых осложнений (ущемление, непроходимость кишечника) проводится у 5-15% пациентов с вентральными или послеоперационными грыжами. Экстренная хирургическая пластика сопровождается высокой частотой осложнений. Ущемление при пупочных грыжах происходит в пять раз чаще по сравнению с другими вентральными и послеоперационными грыжами.

Лечение послеоперационных грыж только хирургическое. На сегодняшний день для пластики брюшной стенки у больных послеоперационными грыжами используются традиционные методы пластики брюшной стенки (аутопластика) и современные методы с использованием эндопротезов.

При пластике послеоперационных вентральных грыж возможны несколько способов имплантации эндопротеза: **Onlay, Sublay, IPOM, Inlay**

- Методика “**Onlay**” состоит в том, что эндопротез фиксируют поверх фасциального дефекта.
- При методике “**Sublay**” эндопротез размещают за мышцами.
- Методика “**IPOM**” подразумевает расположение эндопротеза интраперитонеально и фиксацию его к передней брюшной стенке.
- Подшивание эндопротеза к краям фасциального дефекта в виде мостика – методика “**Inlay**” не укрепляет его и не предотвращает рецидива грыжи.

Методика “Onlay”.

При этой методике после грыжесечения и ликвидации дефекта брюшной стенки эндопротез располагается предфасциально с фиксацией к брюшной стенке. При этом площадь размещения эндопротеза должна быть больше дефекта брюшной стенки. Эндопротез подшивается к подлежащему апоневрозу непрерывным швом таким образом, чтобы исключить сморщивание и смещение эндопротеза. По данным литературы, в большинстве случаев при этой методике эндопротез выкраивают на 3-5см шире ушитых грыжевых ворот. Над эндопротезом устанавливается дренаж по Redon.

Методика “Sublay”.

После стандартного грыжесечения по краям грыжевых ворот выполняют вскрытие влагалищ прямых мышц живота. Далее производят диссекцию ретромускулярного пространства. Последнее с помощью электрохирургического скальпеля освобождают до его латеральной границы на всём протяжении прямых мышц краниально и каудально в зависимости от размеров грыжевых ворот и локализации грыжи на брюшной стенке. Осуществляют тщательный гемостаз. В последующем выполняется размещение эндопротеза в ретромускулярном пространстве. Эндопротез фиксируется узловыми швами к задним листкам влагалищ прямых мышц живота. Наложение швов необходимо для правильного позиционирования и полного расправления сетки, чтобы обеспечить её хорошее прилегание к подлежащим тканям по всей их поверхности. Ретромускулярное пространство следует дренировать, используя любой из доступных вариантов с отрицательным давлением. После завершения ретромускулярной имплантации эндопротеза производят ушивание передних листков влагалищ прямых мышц живота.

Открытая методика “IROM”.

При этой методике после грыжесечения проводится имплантация композитного эндопротеза интраперитонеально с фиксацией его к задней поверхности передней брюшной стенки. Для осуществления этой задачи края эндопротеза на расстояние 3-4см подшиваются к передней брюшной стенке узловыми швами или с помощью герниостеплера. Эндопротез должен перекрывать края фасциального дефекта как минимум на 3-5см. Затем над имплантатом ушиваются края грыжевых ворот.

После этой методики возможно образование спаек с петлями кишки, развитие кишечной непроходимости и даже формирование кишечного свища. Поэтому данная методика нуждается в изучении и нельзя рекомендовать ее к использованию в отделениях, не специализирующихся на лечении грыж.

Заключение

1. Больные послеоперационными грыжами нуждаются в оперативном лечении при отсутствии противопоказаний.
2. При ущемлении послеоперационной грыжи показана экстренная операция с использованием простейших методов пластики со стремлением минимизировать послеоперационные осложнения.
3. На современном этапе все пациенты послеоперационными грыжами должны быть оперированы с использованием эндопротезов.
4. Пациенты с малыми грыжами (<4см в диаметре) при отсутствии факторов риска могут быть оперированы аутопластическим способом путем ушивания грыжевых ворот, но без создания дубликатуры апоневроза.
5. Открытая пластика грыжевых ворот является стандартом у больных послеоперационными грыжами.

Список литературы

1. Российское общество хирургов «послеоперационные вентральные грыжи»
2. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия. 2000; 1:
3. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Курашвили Д.Н., Абовян Л.А. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2014; 4(7):