

А.А. Лисица, М.В. Скачилова
СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.Г. Козлов
*Кафедра хирургических болезней с курсом повышения квалификации
и переподготовки*
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.A. Lisitsa, M.V. Skachilova
STRUCTURE OF POSTOPERATIVE HERNIAS
Tutor: PhD, associate professor V.G. Kozlov
Department of Surgical Diseases with Advanced Training and Retraining Course
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Проведен ретроспективного анализа стационарных карт пациентов с диагнозом послеоперационная грыжа определены локализация, этиология послеоперационных грыж, наличие предрасполагающих факторов для их образования. Проанализированы современные источники информации, изучены способы профилактики послеоперационных грыж.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа, ожирение, осложнения.

Resume. Based on the data of retrospective analysis of inpatient records of patients diagnosed with postoperative hernia, localisation, etiology of postoperative hernias, presence of predisposing factors for its formation were determined. The information available in modern sources describing modern methods of prevention of postoperative hernia was analysed.

Keywords: post-operative hernia, obesity, complications.

Актуальность. Актуальность проблемы послеоперационных грыж обусловлена их высокой распространенностью среди пациентов, перенесших хирургические вмешательства. Существующие методы профилактики и лечения послеоперационных грыж требуют дальнейшего совершенствования и адаптации к индивидуальным особенностям пациентов. Также необходимо углубленное изучение патогенеза грыж данного типа для разработки более эффективных хирургических техник и материалов. Таким образом, исследование послеоперационных грыж представляет собой важную задачу, имеющую значительное клиническое и социальное значение.

Цель: изучить факторы риска и структуру послеоперационных грыж.

Задачи:

1. Выявить факторы риска формирования послеоперационной грыжи в исследованной группе пациентов.
2. Проанализировать структуру послеоперационных грыж и их осложнений.
3. Оценить возможные направления профилактики послеоперационных грыж.

Материалы и методы. Изучена современная научная литература об этиологии и патогенезе послеоперационных грыж. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 65 историй болезни пациентов с клиническим диагнозом «Послеоперационная грыжа» в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска» за период 2020-2024 гг. База данных сформирована

с помощью программы Microsoft Excel. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные грыжи брюшной стенки формируются в области послеоперационного рубца. Грыжевые ворота представлены разошедшимися по линии рубца краями мышц и апоневроза, плотной рубцовой тканью. Чаще всего рубцовая ткань интимно сращена с грыжевым мешком, подкожной жировой клетчаткой, кожей. Грыжевой мешок нередко бывает многокамерным. Характерной особенностью послеоперационных грыж является развитие осложнений и частое рецидивирование [1].

Послеоперационные грыжи формируются в результате наличия предрасполагающих факторов. Различные авторы к предрасполагающим факторам относят почечную недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, нарушения функции внешнего дыхания и хронические заболевания лёгких, сопровождающиеся длительным кашлем, пожилой возраст, недостаточную массу тела, ожирение, курение, нагноение послеоперационных ран. Механическую прочность передней брюшной стенки снижают атрофические и дистрофические изменения в тканях, обусловленные ранними физическими нагрузками, заболеваниями, сопровождающимися повышением внутрибрюшного давления. Среди факторов риска у пациентов выявлены сахарный диабет 2-го типа (21,54%), ожирение (75,39%).

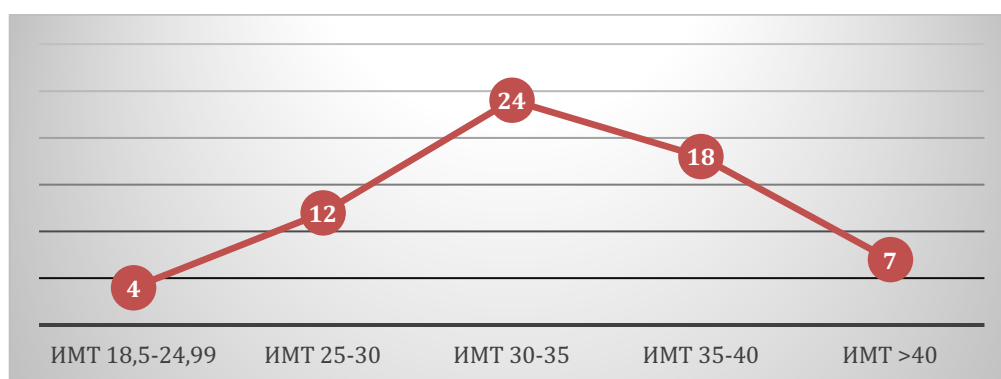


Рис. 1 – Распределение пациентов с послеоперационной вентральной грыжей по индексу массы тела

В ходе проведенного исследования послеоперационные грыжи были зарегистрированы у 65 пациентов: 55 женщин (84,61%) и 10 мужчин (15,39%). Распределение по возрасту было следующим: в возрасте от 60 до 69 лет – 21 случай (32,31%), от 70 до 79 лет – 21 (32,31%); в возрасте до 50 лет – 10 (15,39%), от 51 до 59 лет - 6 (9,23%), старше 80 лет – 7 (10,77%).

Локализация послеоперационных грыж согласно классификации послеоперационных грыж Европейского герниологического общества (EHS) M2 – эпигастральная (15,38%), M3 – пупочная (78,46%), M4 – инфраумбиликальная (6,16%) [4].

Осложненное клиническое течение наблюдалось в 39 случаях (60% от всех послеоперационных грыж): 34 женщины и 5 мужчин. Из осложнений чаще всего наблюдали невраивимость в 18 случаях (27,69%) и ущемление в 21 случае (32,31%).

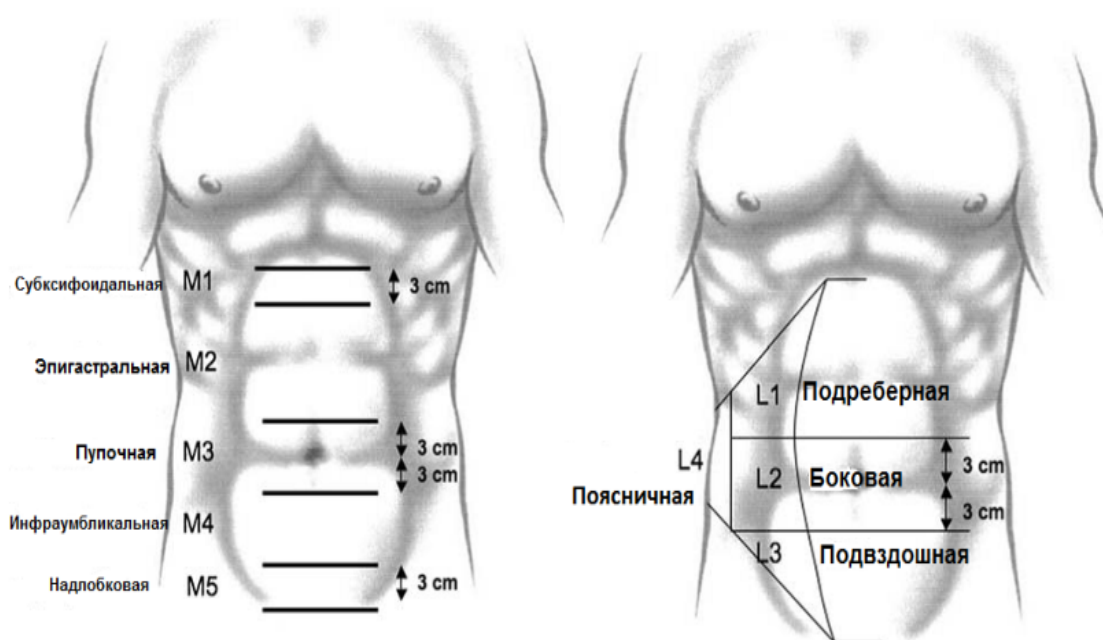


Рис. 2 – Европейская классификация грыж по расположению послеоперационных грыж на брюшной стенке

В структуре хирургических вмешательств послеоперационные грыжи чаще возникали после таких операций, как верхняя срединная лапаротомия по поводу билиарной патологии (30,77%), прободной язвы желудка (1,54%), ушивания печени при травматическом повреждении (1,54%). После нижнесрединной лапаротомии по поводу экстирпации матки (15,39%), спаечной кишечной непроходимости (1,54%), резекции толстой кишки (6,16%), перфорации дивертикула сигмовидной кишки (1,54%). Кроме того, причинами образования грыж явились: аппендэктомия с косым переменным доступом по Волковичу-Дьяконову (4,61%), нефрэктомия из косого поясничного доступа по Федорову (3,08%), лапароскопическая холецистэктомия (16,92%).

Из 65 пациентов по поводу послеоперационной грыжи были прооперированы 43 пациента. В ходе операции были использованы следующие способы герниопластики: пластика местными тканями в 20 случаях (46,51%), пластика по Сапежко в 15 случаях (34,88%), по Мейо в 1 случае (2,33%), пластика с использованием полипропиленовой сетки в 7 случаях (16,28%).

В послеоперационном периоде встречались такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны (3,08%), множественные лигатурные свищи (1,54%), скопление серозного отделяемого (1,54%), флегмона передней брюшной стенки (1,54%), распространённый серозно-фибринозный перитонит (1,54%).

Профилактика послеоперационных грыж должна осуществляться в нескольких направлениях. В раннем послеоперационном периоде важно предотвращать повышение внутрибрюшного давления, вызванное рвотой, задержкой

мочеиспускания и вздутием живота, поскольку это создает дополнительную нагрузку на швы брюшной стенки и может обусловить их несостоятельность. Применение дозированной компрессии раны в послеоперационном периоде, с использованием эластичного бандажа способствует снижению нагрузки на швы и поддерживает формирование прочного послеоперационного рубца. Также следует рационально применять глюкокортикостероиды и другие лекарственные средства, замедляющие репаративные процессы [2].

Выводы:

1. Послеоперационные грыжи возникают в результате нарушений заживления ран после операции. Самыми распространенными факторами риска развития послеоперационной грыжи в исследованной группе пациентов были: сахарный диабет 2-го типа (21,54%), ожирение (75,39%).

2. Послеоперационные грыжи формировались преимущественно у женщин в возрасте от 60 до 79 лет, чаще с локализацией МЗ (пупочная). Их осложненное клиническое течение наблюдалось в 60%.

3. Послеоперационная грыжа возникала чаще после таких хирургических вмешательств, как верхняя срединная лапаротомия по поводу билиарной патологии (30,77%), лапароскопическая холецистэктомия (16,92%), нижнесрединная лапаротомия по поводу экстирпации матки (15,39%).

4. Профилактика послеоперационных грыж должна проводиться с учетом индивидуальных факторов риска и характера оперативного вмешательства.

Литература

1. Харнас, С.С., Самохвалов, А.В., Ипполитов, Л.И. Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение). Учебное пособие для студентов медицинских вузов/ С.С. Харнас, А.В. Самохвалов, Л.И. Ипполитов. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2009. – 84 с.

2. Морозов А.М., Сергеев А.Н., Сергеев Н.А., Дубатов Г.А., Рыжова Т.С., Пахомов М.А. Пельтихина О.В. Современные методы стимуляции процесса регенерации послеоперационных ран / А.М. Морозов, А.Н. Сергеев, Н.А. Сергеев, Г.А. Дубатов, Т.С. Рыжова, М.А. Пахомов, О.В. Пельтихина // Сибирское медицинское обозрение. – 2020. – №3. – С. 54-60.

3. Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Праведникова Н.В., Герасимчук Е.В., Мутова Т.В. Профилактика послеоперационных вентральных грыж: современное состояние проблемы. Хирургия. / Б.С. Суковатых, Н.М. Валуйская, Н.В. Праведникова, Е.В. Герасимчук, Т.В. Мутова // Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 3. – С. 76-80.

4. Henriksen, N.A., Bougard, H., Gonçaves, M.R., et al. Primary ventral and incisional hernias: comprehensive review/ N.A. Henriksen, H. Bougard, M.R. Gonçaves, et al. // BJS Open. – 2024. – Vol. 9, iss. 1.

5. Jairam, A.P., López-Cano, M., Garcia-Alamino, J.M. et al. Prevention of incisional hernia after midline laparotomy with prophylactic mesh reinforcement: a meta-analysis and trial sequential analysis / A.P. Jairam, M. López-Cano, J.M. Garcia-Alamino et al. // BJS Open. – 2020. – Vol.4, iss. 3. – P.357-368.