

Особенности Аллопластики Передней Брюшной Стенки

Кадилов Рустам Надирович, Мансуров Тулкин Тургунович,

Муродуллаев Сардорбек Олимжон угли

Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, Самарканд, Узбекистан

Аннотация: статья посвящена изучению грыж передней брюшной стенки и факторам, влияющим на их возникновение. В статье представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития грыж. Описан клинический случай повторной рецидивирующей паховой грыжи слева.

Ключевые слова: грыжи, грыжи передней брюшной стенки, рецидивирующие грыжи.

Грыжа (от лат. hernia) - выходение органов из полости, через патологически образованные или естественно существующие отверстия передней брюшной стенки [3].

Этиология и патогенез

В патогенезе формирования грыж первостепенная роль принадлежит наличию «слабых мест» передней брюшной стенки (анатомический предрасполагающий фактор) и повышению внутрибрюшного давления (функциональный производящий фактор). Образование грыжи - результат нарушения динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Наиболее частыми причинами повышения внутрибрюшного давления или резких его колебаний служат поднятие тяжестей, хронический запор, затруднение мочеиспускания при аденоме простаты и стенозе уретры, кашель при хронических лёгочных заболеваниях, беременность и роды. К «слабым» участкам брюшной стенки изначально относят паховую область, пупочное кольцо, белую линию живота, полулунную (Спигелиеву) линию и ряд других мест. Прочность брюшной стенки снижается после перенесённых хирургических вмешательств, особенно при дефектах ушивания раны или её нагноении. Предрасполагающим фактором также служит наследственная слабость соединительной ткани. В таком случае у пациента наряду с формированием грыжи нередко развиваются плоскостопие, варикозная болезнь или геморрой. Для грыж характерно постепенное прогрессивное увеличение их размеров. Чем дольше существует грыжа у пациента, тем выше опасность развития осложнений: ущемления, неврастимости, копростазы или воспаления. Грыженосительство ограничивает трудоспособность и снижает качество жизни пациентов. Летальность, связанная с грыжей, зависит от развития наиболее частого осложнения - ущемления, которое чревато некрозом грыжевого содержимого, развитием острой кишечной непроходимости и перитонита.

Классификация [2]

По локализации:

Наружные - выходят через отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна. Паховые (косые, прямые), бедренные, пупочные, белой линии живота (надчревные, параумбиликальные, подчревные), поясничные; запираательные; седалищные; промежностные; мечевидного отростка и др.

Внутренние - образуются внутри брюшной полости, в брюшных карманах или проникают в грудную полость через естественные и приобретенные отверстия диафрагмы внутрибрюшные

грыжи; диафрагмальные грыжи.

По степени развития:

начальные - листок париетальной брюшины и содержимое брюшной полости лишь начинают внедряться в углубление брюшной стенки (предбрюшинная липома).

канальные - грыжа в пределах грыжевого канала.

полные - грыжи, вышедшие под кожу.

больших размеров - объем грыжевого мешка составляет существенную часть объема брюшной полости.

По происхождению:

врожденные,

*приобретенные (в том числе послеоперационные, рецидивные, травматические, невропатические).

По клинике:

вправимые;

невправимые: а) полная невправимость; б) частичная невправимость.

ущемленные: а) эластическое ущемление; б) каловое ущемление; в) пристеночное ущемление; г) ретроградное ущемление (грыжа Майделя); д) ущемление меккелева дивертикула (грыжа Литтре); е) грыжа Брока.

воспаление грыжи (со стороны кожи или исходящее из внутренних органов).

травмы грыжи;

инородные тела грыж;

новообразования грыж.

Эпидемиология

Грыжи передней брюшной стенки достаточно широко распространены. Потенциальный грыженоситель - каждый пятый житель Земли. Ежегодно диагноз паховой грыжи в Российской Федерации устанавливают у 220 тыс. человек, в США - у 500-700 тыс. пациентов, а в Германии - у 180 тыс. человек. Каждый год в мире по поводу грыж выполняют более 20 млн хирургических вмешательств, что составляет от 10 до 15% всех проводимых операций. Пик заболеваемости наблюдается преимущественно у людей старше 50 лет, что обусловлено частичной атрофией, гипотонией и жировым перерождением мышц живота, истончением и уменьшением эластичности апоневрозов и фасций, увеличением размеров «слабых мест» передней брюшной стенки.

Клиника

В начальных стадиях развития грыжи типичных симптомов, характерных для данной локализации, как правило, не бывает. Постепенно появляются симптомы, связанные главным образом с физическим напряжением. Больной ощущает небольшие тянущие боли, покалывания в области грыжи при повышении внутрибрюшного давления (поднятие тяжести, прыжки, бег, кашель, акт дефекации при запоре и др.). По мере развития грыжи болевые ощущения усиливаются и через определенное время больной (или врач) обнаруживает выпячивание в месте болей. Выпячивание появляется при физическом напряжении и исчезает в покое:

Болевые ощущения при начальных формах грыжи выражены более интенсивно, а по мере увеличения грыжевого выпячивания становятся менее выраженными или исчезают. Боли, как правило, локализуются в месте самой грыжи, в глубине живота, иногда в области поясницы (чаще при ущемленных грыжах). Грыжи могут достигать гигантских размеров.

Диагностика

У подавляющего числа пациентов диагностика наружных брюшных грыж не представляет особых трудностей. Диагноз ставится на основании жалоб больного и физикального осмотра. В начальной стадии у пациента имеются жалобы на умеренные тянущие боли в области формирующейся грыжи. Боли обычно возникают при поднятии тяжести, кашле или натуживании во время дефекации или мочеиспускания. Основным симптомом заболевания - наличие опухолевидного образования, которое изменяет свои размеры под влиянием различных факторов. Оно увеличивается в вертикальном положении пациента, при кашле и натуживании, а в горизонтальном положении уменьшается или перестаёт определяться. При пальпации неосложнённая грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента. После вправления грыжевого содержимого удаётся определить дефект в брюшной стенке - грыжевые ворота. Классическим признаком любых форм грыж, за исключением ущемлённых, является положительный симптом кашлевого толчка. При покашливании пациента врач пальцами ощущает толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.

Методы лечения [1]

Хирургическая операция - единственный способ радикального устранения грыжи. Сложность операции, её травматичность, вероятность осложнений пропорциональна размерам грыжи и давности заболевания. Небольшая грыжа - это, как правило, небольшая, эстетичная операция, хорошо переносимая пациентами. В противоположность небольшим грыжам, лечение гигантских грыж передней брюшной стенки - серьёзная проблема хирургии, требующая в ряде случаев нестандартных и даже рискованных решений. Естественно, что и технологичность, и травматичность подобных операций, и вероятность осложнений увеличивается в разы.

Исходя из этого, показанием к плановому оперативному лечению является наличие грыжи передней брюшной стенки, любых размеров, при любых (даже при малых) сроках заболевания. Противопоказания к операции должны быть максимально сужены.

Консервативное лечение (ограничение физической нагрузки, использование бандажа с пелотом или без него) применяется при наличии противопоказаний к операции или категорическом отказе от неё больного.

Противопоказания к плановым операциям:

абсолютные - тяжёлые сопутствующие хронические заболевания, злокачественные опухоли 4 стадии клиническая.

относительные (временные) - острые заболевания, беременность.

Осложнённые грыжи подлежат оперативному лечению в неотложном порядке по жизненным показаниям.

Приведем клинический пример.

Больной Л., 63 года, поступил 04.10.17 в хирургическое отделение клиники СамГМУ с диагнозом односторонняя или неуточненная паховая грыжа без непроходимости или гангрены.

Считает себя больным с 2015 года, когда при физической нагрузке в левой паховых области появились периодические ноющие боли, затем грыжесвое выпячивание в данной области. Обезболивающие средства не принимал, боль купировалась самостоятельно в покое.

Оперативное лечение по поводу паховой грыжи слева в 1997 году.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. АД 130/90. Пульс 74 в мин. Язык влажный, живот мягкий безболезненный. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Перистальтика активная. Симптом сотрясения отрицательный с двух сторон.

Локальный статус: в левой паховой области послеоперационный рубец, заживший первичным натяжением. В области рубца грыжесвое выпячивание 5*7 см., вправимое в брюшную полость, безболезненное.

Диагноз: односторонняя или неуточненная паховая грыжа без непроходимости или гангрены.

Рецидивная паховая грыжа слева. Сопутствующее заболевание: аденома простаты.

05.10.17 проведено грыжесечение по поводу левой паховой грыжи, пластика по Бассини.

Вывод:

Таким образом, из данных исследований можно сделать вывод, что грыжи любой этиологии могут рецидивировать, вследствие различных факторов. В данном клиническом случае вследствие чрезмерной физической нагрузки. Также на рецидив могла повлиять аденома предстательной железы.

Производящими факторами, которые способствуют повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, являются: тяжелый физический труд, затрудненное мочеиспускание при аденоме предстательной железы.

Список литературы

1. Абдуллаев, С. А., Мизамов, Ф. О., Исмаилов, А. И., & Шоназаров, И. Ш. (2003). Классификация сочетанной травмы груди и живота. *Скорая медицинская помощь*, 4(4), 18-18.
2. Абдуллаев, С. А., Мизамов, Ф. О., Исмаилов, А. И., & Шоназаров, И. Ш. (2003). ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА. *Скорая медицинская помощь*, 4(4), 19-20.
3. Бомаи Ю.М. Операции при грыжах брюшной стенки. В кн.: Г.Е. Островерхов, Д.Н. Лубоцкий, Ю.М. Бомаи. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. М., 1963. С. 574-586.
4. Каримов, Сардор Суванкулович, and Искандар Шоназарович Шоназаров. "Вентрал Чурралар Герниопластикасининг Асоратлари." *Miasto Przyszłości* 46 (2024): 1066-1070.
5. Методическая разработка к практическому занятию «ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ» / сост. к.м.н. Айрапетов Д.В. Изд. УГМА. Екатеринбург, 2011. 28 с.
6. Облакулов, З. Т., Нарзуллаев, С. И., Мизамов, Ф. О., Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев, С. О. У., & Тухтаев, Б. Х. (2020). Видеолaparоскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости. *Достижения науки и образования*, (1 (55)), 70-73.
7. Стяжкина С.Н. Грыжи живота: учебное пособие / сост. С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников,

М.Н. Климентов и др. Ижевск, 2011. 86 с.

8. Шимко В.В., Сысолятин А.А. Грыжи живота: учебное пособие. Благовещенск: Амурск. гос. мед. академия, 2010.
9. Шоназаров, И. Ш., Ахмедов, Р. Ф., & Камолидинов, С. А. (2021). ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ. *Достижения науки и образования*, (8 (80)), 66-70.
10. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). Ўткир панкреатит диагностикаси масалалари. *Miasto Przyszłości*, 46, 1061-1065.
11. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (Обзор литературы). *World scientific research journal*, 23(2), 25-30.
12. Шоназаров, И. Ш., & Муродуллаев, С. О. (2024). Оптимизация результаты исследования качества жизни больных после перенесенного инфицированного панкреонекроза. *Sustainability of education, socioeconomic science theory*, 2(14), 178-180.
13. Shonazarov, Iskandar Shonazarovich, and Shukhrat Khayrullougli Akhmedov. "Features of early enteral nutrition in patients with intraabdominal hypertension syndrome in severe acute pancreatitis." *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal* 12.7 (2022): 170-174.
14. Shonazarov, I., Murodullaev, S., Kamoliddinov, S., Akhmedov, A., & Djalolov, D. (2020). Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(3), 3192-3198.
15. Shonazarovich, S. I., Ugli, M. S. O., Abdurakhmanovich, K. O., Bobojonovich, K. Z., & Temirovich, A. M. (2022). Холецистэктомиядан кейинги асоратларни коррекциясида диапевтик ва рентгенэндобилиар аралашувларни қўллаш. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(6).
16. Shonazarovich, S. I., Ugli, M. S. O., Abdurakhmanovich, K. O., Bobojonovich, K. Z., & Temirovich, A. M. (2022). Ўт тош касаллиги сабабли ўтказилган операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашда миниинвазив усулларнинг клиник самарадорлиги. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(6).
17. Temirovich, A. M., Shonazarovich, S. I., Keldibaevich, A. G., Ismailovich, J. Z., Ugli, T. J. K., & Yashibayevich, S. Z. (2021). Prevention and treatment of intraabdominal hypertension in patients with peritonitis. *Вестник науки и образования*, (3-2 (106)), 75-79.
18. Temirovich, A. M., Keldibaevich, A. G., Inoyatovich, N. S., Shonazarovich, S. I., & Ochilovich, M. F. (2022). Features of diagnostics and surgical tactics for Hiatal hernias. *International Journal of Health Sciences*, (II), 6029-6034.