

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ

Стяжкина С. Н.¹, Лопарева Э. Е.², Бабич Е. В.³, Николаева Д. С.⁴

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

²Лопарева Элина Евгеньевна / Lopareva Ellina Evgenievna – студент;

³Бабич Екатерина Васильевна / Babich Ekaterina Vasilevna - студент;

⁴Николаева Дарья Сергеевна / Nikolaeva Daria Sergeevna - студент, педиатрический факультет,

Федеральное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования
Ижевская государственная медицинская академия

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск

Аннотация: в статье рассматриваются одни из частых осложнений после операций - послеоперационные грыжи. Исследуются места их возникновения, основные причины, вследствие которых появляются грыжи после операций. Анализируется классификация грыж, а так же диагностика и лечение данного осложнения после операций и приводится клинический пример.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, этиология, патогенез, лечение, клинический пример.

Послеоперационные грыжи

Послеоперационная грыжа – состояние, при котором органы брюшной полости (кишечник, большой сальник) выходят за пределы брюшной стенки в области рубца, образовавшегося после хирургической операции.

Этиология

Послеоперационные грыжи появляются в области послеоперационного рубца [2, с 328]. Это может произойти на раннем или позднем сроке реабилитации и восстановления.

Послеоперационная грыжа появляется в тех анатомических локациях, где проводились разрезы кожи во время оперативного вмешательства, чтобы создать оптимальный доступ к необходимому месту оперирования.

Самыми типичными зонами образования послеоперационных грыж считаются:

- область белой линии живота — после проведения лапаротомии;
- правая подвздошная область — как правило, возникают после аппендэктомии и операции на слепой кишке;
- область пупка;
- правое подреберье - после холецистэктомии, резекция печени;
- левое подреберье — после хирургии на селезенке;
- боковая часть поясничного отдела — после операций на почках;
- надлобковая область — после гинекологических и урологических операций.

Причины образования послеоперационных грыж

Послеоперационная грыжа может возникать практически после любого хирургического вмешательства в области брюшной полости.

Но наиболее часто недуг образуется после таких хирургических вмешательств как: аппендицит, кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка, холецистит, перитонит, грыжа пупка или белой линии живота, кисты яичника, миомы матки и др.

Как показывает медицинская практика, многие послеоперационные грыжи происходят по причине экстренного хирургического вмешательства. При этом невозможно осуществить адекватную подготовку внутренностей к операции. В результате это приводит к нарушению моторики, повышению внутрибрюшного

давления, ухудшению функции дыхания и значительно осложняет процесс заживания послеоперационного рубца.

К сожалению, имеют место и разные дефекты во время оперирования. Это может быть использование некачественно шовного материала, чрезмерное натяжение местных тканей, воспаление, гематомы, нагноение, расхождение швов.

Послеоперационная грыжа также может образоваться, если пациент нарушает режим в период восстановления. Это одна из самых основных причин.

Человек, еще не успев достаточно оправиться, начинает злоупотреблять повышенной физической нагрузкой, отказывается от соблюдения диеты или ношения бандажа [2, с. 328].

На фоне общего ослабления организма повлиять на развитие грыж могут разные факторы:

- ослабленность;
- рвота;
- развитие пневмонии или бронхита в послеоперационном периоде;
- запоры;
- беременность и роды;
- ожирение;
- сахарный диабет;
- системные заболевания, сопровождающиеся изменениями структуры соединительной ткани.

Классификация послеоперационных грыж

1) по величине послеоперационного дефекта, могут быть:

- малыми (не изменяет конфигурацию живота);
- средними (занимает часть отдельной области брюшной стенки);
- обширными (занимают отдельную область брюшины);
- гигантскими (занимают 2-3 и более областей);

2) по анато-топографическому признаку — различают:

- медиальные (срединные, верхние срединные и нижние срединные);
- латеральные (верхние боковые, нижние боковые, лево- и правосторонние).

Отдельно выделяют:

- вправимые и невправимые;
- одно или многокамерные;
- возможность рецидива.

Симптомы послеоперационной грыжи

Главным симптомом является выпячивание, которое внешне похоже на опухоль. Послеоперационные грыжи могут располагаться под кожным рубцом, рядом с ним или же на небольшом расстоянии от рубца [3, с. 103].

На первичных стадиях, когда болезнь только развивается, выпячивание бывает вправимым и почти безболезненным. Оно приносит лишь небольшой дискомфорт.

На более поздних стадиях возникают проблемы с возможностью вправить грыжу. Она становится твердой и болезненной.

Болевой синдром будет расти, независимо от стадии заболевания. Его провоцировать будут резкие наклоны, подъем тяжести, напряжения. Если человек находится в горизонтальном положении, вываливание будет уменьшаться или легко вправляться обратно.

Встречаются и другие симптомы. Среди них: запоры, тошнота, снижение общей активности, вздутие кишечника, чрезмерная отрыжка.

Симптомы резко увеличиваются, если происходит ущемление – самое опасное осложнение любой грыжевой болезни.

Диагностика

Диагностика послеоперационных грыж обычно не вызывает сложностей и в типичных случаях не требует даже специальных исследований для ее выявления.

Послеоперационная грыжа часто проявляется несимметричным выбуханием части живота в области рубца. Дополнительные методы исследования легко подтверждают наличие грыжи, к которым относятся: УЗИ, Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, органов брюшной стенки, лапаро-торакоскопия [4, с. 233].

Лечение

Лечение послеоперационных грыж хирургическое. Операция - единственный способ ликвидировать вентральную грыжу. Хирургическое лечение послеоперационных грыж заключается в выделении грыжевого мешка, разделении спаек между ним и внутренними органами и пластическом закрытии дефекта брюшной стенки [1, с. 432].

Вмешательство необходимо выполнить как можно раньше, т.к. длительно существующая грыжа склонна к прогрессированию и формированию различных осложнений. Так, с течением времени грыжа увеличивается в размерах, ткани ее окружающие истончаются, становятся дряблыми, поэтому операция становится более сложной, с худшими результатами.

Клинический пример

Больная Л, 49 лет. Поступила в стационар с жалобами на выпячивание в области послеоперационного шва, периодические ноющие боли в нем при поднятии тяжестей.

В апреле 2014 г. была прооперирована по поводу кровотечения из язвы желудка (выполнялась резекция Бильрот-I). Самостоятельно заметила выпячивание в области послеоперационного шва в мае 2016 года. Осенью 2016 года поступает на плановое оперативное лечение - грыжесечение, аллогерниопластику под общим обезболиванием.

Перенесённые заболевания: детские инфекции, простудные, ГБ III ст. риск 4 ХСН I ФК 2 (принимает «Валмосет»), оперированный желудок по Бильрот-I, гастрит культи желудка, хронический панкреатит ремиссия, варикозная болезнь нижних конечностей, умеренные нарушения вентиляционной способности легких по обструктивному типу.

СД, туберкулез, ВИЧ, гепатиты отрицает.

Гемотрансфузия в 2014 г., перенесла удовлетворительно.

Аллергоanamнез не отягощён.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное. ЧДД-16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/80. ЧСС-76 в минуту. При пальпации живот увеличен за счет подкожно жировой клетчатки, мягкий не вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка, почки не пальпируются. Аускультативно кишечная перистальтика активная. Газы отходят. Симптомы Ортнера, Лепене, Василенко отрицательные. Симптомы раздражения брюшины нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание не изменены.

St. localis: По белой линии живота имеется п/операционный рубец размерами 20*0.3 см, без признаков воспаления. В области рубца имеется грыжевое выпячивание размерами 18*6*4 см, вправимое в брюшную полость, безболезненное при пальпации. Также в области пупка имеется грыжевое выпячивание размерами 2*2*2 см, вправимое в брюшную полость, безболезненное.

Ds: Послеоперационная вправимая вентральная грыжа.

План ведения: госпитализация в х/о, грыжесечение, аллогерниопластика под общим обезболиванием, наблюдение в послеоперационном периоде.

Операция: Грыжесечение, комбинированная герниопластика сетчатым эксплантатом.

Под общей анестезией выделен грыжевой мешок, грыжевой дефект апоневроза. Послойно выделены передние листки апоневроза с прямой мышцей живота. Грыжевой мешок погружен в брюшную полость, сетчатый эксплантат установлен под прямые мышцы, фиксирован, листки апоневроза сшиты непрерывной проленовой нитью. Послойно наложены швы, на рану повязка.

Литература

1. Шевченко Ю. Л. Частная хирургия I том. М.: «Специальная литература», 1998. 518 с.
2. Кузин М. И., Шкроб О. С. Хирургические болезни. М.: «Медицина», 2002. 640 с.
3. Шимко В. В., Сысолятин А. А. «Грыжи живота» учебное пособие. Амурская государственная медицинская академия, 2010. 150 с.
4. Гарелик П. В., Макианов И. Я., Мармыши Г. Г. Хирургические болезни. Изд-во ГГМУ, 2003. 267 с.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В СЕТИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК

Волнухин А. В.

*Волнухин Артем Витальевич / Volnukhin Artem Vitalyevich – кандидат медицинских наук,
ассистент,*

кафедра семейной медицины,

Институт профессионального образования

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова
Минздрава Российской Федерации, г. Москва*

Аннотация: в современном представлении качество медицинской помощи - это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям и ожиданиям пациента, а также современному уровню медицинской науки, стандартам и нормативно-правовым актам. В современном здравоохранении качество медицинской помощи – это также элемент неценовой конкуренции медицинских организаций. В рамках комплексной оценки конкурентоспособности сети негосударственных поликлиник города Москвы, был проведен анализ качества оказываемой медицинской помощи. С этой целью экспертной оценке подверглось 1070 законченных случаев обращения к врачам первого контакта – врачам общей практики и терапевтам.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, конкуренция, негосударственная поликлиника.

В современном представлении качество медицинской помощи (КМП) - это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям и ожиданиям пациента, а также современному уровню медицинской науки, стандартам и нормативно-правовым актам [1, 2]. К критериям КМП относят доступность, своевременность, адекватность, преемственность, непрерывность, эффективность, ориентированность на пациента, безопасность, отсутствие (минимизацию) дефектов оказания медицинской помощи, научно-технический уровень [3-5]. В современном здравоохранении КМП – это также элемент неценовой конкуренции медицинских организаций [6, 7].

В рамках комплексной оценки конкурентоспособности сети негосударственных поликлиник города Москвы был проведен анализ качества оказываемой медицинской помощи. С этой целью экспертной оценке подверглось 1070 законченных случаев обращения к врачам первого контакта – врачам общей практики и терапевтам.

Анализ показал, что качество лечебного процесса нельзя оценить однозначно (табл. 1). С одной стороны, такие важные его индикаторы, как своевременность лечения, адекватность лечения и обоснованность использования дневного стационара (ДС) получили высокие оценки в 93,1%, 88% и 97,8% случаев соответственно. С