

**Послеоперационные грыжи живота. Современное состояние проблемы
диагностики.**

Толкачёв Константин Сергеевич

Кандидат наук

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутская область, Россия

E-mail: bazisman@yandex.ru

Хирургическое лечение ПОВГ остаётся одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии. Частота их возникновения после различных вариантов лапаротомии составляет по данным разных авторов от 2 до 20%. Постановка диагноза ПОВГ как правило не вызывает затруднений. Вместе с этим, могут возникать трудности с определением истинных размеров грыжевых ворот (ГВ), содержимым грыжевого мешка (ГМ), а также состоянием тканей передней брюшной стенки (ТПБС) в зоне возникновения грыжи. Как правило, анамнез грыженосительства у данной категории больных является довольно продолжительным. Это способствует возникновению выраженных анатомо-морфологических изменений ТПБС в зоне ГВ. Клиническое описание образования, основанное лишь на данных локального осмотра, определении размеров ГВ и самого образования в настоящее время не отвечает требованиям современной герниологии. Отсутствие точной информации об истинном состоянии ТПБС требует от хирурга комплексного обследования пациента с использованием современных способов визуализации с целью решения вопроса об оптимальном способе герниопластики. Цель исследования: Улучшить качество диагностики ПОВГ. Материалы и методы: В клиниках ГБОУ ВПО ИГМУ обследованы 46 пациентов с ПОВГ на МСКТ GE «Bright Speed 16». Всем пациентам ранее было выполнено оперативное вмешательство на органах брюшной полости в различных учреждениях г. Иркутска и Иркутской области. Среди них 79,6% женщин и 20,4% мужчин. Средний возраст больных составил 59 лет. Анамнез грыженосительства составил от 2 до 9 лет. Для характеристики грыжевых образований в дооперационном периоде мы придерживались классификации вентральных грыж по J.P. Chevrel and A.M. Rath (SWR-classification). Всем пациентам проведена высокоразрешающая четырехфазная МСКТ брюшной полости: нативное исследование, ранняя артериальная, портально-венозная и ранняя отсроченная фазы, с внутривенным болюсным введением ультрависта со скоростью 4 мл/с, при помощи автоматического инжектора, с первичной коллимацией 16 x 0,6 мм, толщиной реформированных срезов 1,0 - 5,0 мм и последующим трехмерным анализом изображений в MPR и VRT реконструкциях. Сканирование выполнено на глубоком вдохе по аксиальной оси от диафрагмы до таза (нижняя ветвь лонной кости). По причине нахождения грыжевого мешка в подкожно жировой клетчатке выбиралось максимально широкое поле исследования. Проводилось томографическое измерение состояние ТПБС: локализация грыжи, величина ГМ, размеры ГВ и их количество, рубцовые сращения элементов ГМ и его содержимого, а также дегенеративные изменения мышечно-апоневротических структур брюшной стенки: изменения структуры, плотности, толщины и контуров тканей. У больных с ПОВГ по средней линии живота наблюдался дефект в мышечно-апоневротическом слое (грыжевые ворота). В область дефекта пролабировала жировая клетчатка, петли тонкого и толстого кишечника. Содержимое было плотно спаяно с элементами стенки грыжевого мешка и между собой. Анатомо-топографические соотношения элементов передней брюшной стенки были значительно нарушены. Брюшная стенка в области дефекта была резко истончена, толщиной до 2-3 мм., образована кожей и париетальной брюшиной. На основании полученных данных были выделены типы нарушения топографии брюшной стенки в области грыжевого дефекта. Первый тип (Т1 - «Tomography») характеризуется тем, что дефект на передней брюшной стенке образован медиальными краями m. rectus

abdominis без нарушения их целостности. Второй тип (Т2) характеризуется тем, что визуализируется нарушение анатомо-топографического расположения и непрерывности m. rectus abdominis. Формирование грыжевой полости большого размера приводит к перераспределению давления из брюшной полости в зону ГМ, что сопровождается дислокацией органов брюшной полости в сторону грыжевого мешка. Третий тип (Т3) характеризуется тем, что имеются признаки, свойственные первому и второму типу с явлениями атрофии, истончения, жирового перерождения мышечной и апоневротических тканей. Четвёртый тип (Т4) характеризуется тем, что имеются признаки, свойственные второму и третьему типу с нарушением анатомо-топографической целостности боковых мышц живота и их апоневротических структур. В реферируемой литературе нам не встретились классификации, позволяющие врачу, выполняющему описание томограммы оценить состояние ТПБС. Для максимально точного описания состояния ТПБС у больных с ПОВГ предлагаем использовать с классификацией SWR типы нарушения ТПБС (Т1, Т2, Т3, Т4). Пример: MW3R0T3 - послеоперационная грыжа с локализацией по средней линии живота, размерами грыжевых ворот 10-15 см., возникшая впервые, с нарушением анатомо-топографического расположения и непрерывности m. rectus abdominis, а также с явлениями атрофии, истончения, жирового перерождения мышечной и апоневротических тканей. Выводы: МСКТ является высокоинформативным методом диагностики у пациентов с ПОВГ. Использование предложенной методики описания ТПБС при выполнении МСКТ позволит врачу - рентгенологу дать более подробное и чёткое описание изменений, повлиявших на топографию ТПБС в зоне грыжевых ворот, а также параметры грыжи. Полученные типы изменения топографии позволят выработать оптимальную предоперационную подготовку, способ герниопластики у данной категории больных в зависимости от состояния ТПБС. **Литература:**

1. Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Федорина Т.А., Нагапетян С.В. Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж.// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2000. - № 5. - С. 23 - 27.2. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Миллер С.В., Яковлев А.В., Назарьянц Ю.А. Сравнительная характеристика вживаемости сетчатых эндопротезов в лечении послеоперационных вентральных грыж.// Сибирское медицинское обозрение. - 2007. - № 4 - С. 32 - 35. 3. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В., Хуцишвили К.Р., Лабаури Л.З. Лечение послеоперационных вентральных грыж.// Хирургия. - 2008. - № 11. - С. 44 - 46.4. Мирзабекян Ю.Р., Добровольский С.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи.// Хирургия. - 2008. - № 1. - С. 66 - 71.

Слова благодарности

От всей души благодарим и выражаем искреннюю признательность коллективу общества «Ломоносов» за огромный вклад в развитие науки молодых учёных, а также за поддержку наших начинаний и проектов.