



Газета про здоровье и про жизнь

# Палачуля

Учредитель – ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России»  
Лауреат Премии Санкт-Петербурга по качеству 2003 года  
Дипломант Премии Правительства России по качеству 2004 года

№ 1 (109)  
июль  
2018

## ГРЫЖА КАК ПОВОДО ДЛЯ ДИСКУССИИ

История хирургического лечения грыж имеет глубокие корни. Еще во времена Гиппократ и Цельсуса были заложены основы анатомических знаний, элементов первых видов пластик. В суровое Средневековье проблемой грыж занимались палачи, цирюльники и, как сказали бы мы сейчас, узкие специалисты – грыжесеки. Занимались они лечением, как следует из названия, радикальным. Хитрое это дело было и опасное. Чуть что: либо кровеносный сосуд можно задеть, либо нерв перерезать. Но некоторым пациентам все-таки везло.

Сейчас все, конечно, изменилось. И врачу, чтобы стать специалистом, нужно сделать не менее 50 самостоятельных операций после огромного количества ассистенций, и хирургия теперь совершенно другая, и наркоз, и материалы. А вот грыжи никуда не делись. И с ними нужно обязательно что-то делать. Наш собеседник сегодня – Азат Данисович Ахметов, хирург отделения хирургии № 1 Клинической больницы № 122 имени Л. Г. Соколова ФМБА России.



Фото Кирилла Сиротюка



Азат Данисович  
Ахметов, хирург,  
врач высшей  
категории

– Доктор, откуда такая напасть – грыжа?

– Грыжа (по-латыни – hernia, отсюда и название направления в хирургии, которым я занимаюсь, – герниопластика) – это следствие проблем с соединительной тканью. В брюшной стенке имеются участки, не защищенные мышцами или покрытые ими, но в меньшем количестве слоев. Это и есть так называемые слабые места. Под действием значительного разового или периодического сильного повышения внутрибрюшного давления происходит деформация и разволокнение тканей, и формируется отверстие, через которое рано или поздно появится грыжа.

Грыжа может быть врожденной, может быть приобретенной. Например, вследствие тяжелой физической нагрузки. Ранее перенесенная полостная операция также является мощным располагающим фактором, поскольку связана с нарушением анатомо-физиологической целостности брюшной стенки. Возникают грыжи и при травмах живота. Это – вариант посттравматической грыжи. Но такое деление относительно. Ибо, по словам знаменитого хирурга Маквея, вопрос о грыжах и способах их устранения является самой запутанной главой хирургии. Важно же помнить то, что единственным способом лечения грыж является операция.

Продолжение на стр. 2 ►

## ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ



На базе Центральной поликлиники КБ № 122 функционирует кабинет лазерной и радиоволновой медицины, где выполняются процедуры по новейшим лазерным технологиям. Область применения методов лазерной и радиоволновой медицины достаточно широка. Это – гинекология, хирургия, урология, проктология, дерматология, оториноларингология, травматология и онкологическая практика. Так, в частности, проводятся операции по лечению геморроя по современной инновационной технологии HeLP и LHP и FilaC. Продолжительность вмешательства не превышает 15–20 минут. В послеоперационном периоде пациент остается в стационаре от 5 часов до суток. Боль после операции обычно незначительная в течение 3–5 дней, которая легко устраняется обычными обезболивающими средствами.

**– Грыжа – это всегда больно и опасно? Может ли пациент сам определить, что с ним?**

– Грыжи бывают разные: пупочные, паховые, бедренные, вентральные, эпигастральные, грыжи поясничного треугольника – это практически на спине. Случается и сочетание разных видов грыж. Дефект, через который выходят внутренние органы, носит название «грыжевые ворота». Содержимым грыжи являются подвижные внутренние органы, как правило, петли тонкого или толстого кишечника, сальник; другие органы. При этом внешне грыжа может выглядеть достаточно «мирно» и не вызывать настороженности. Пациент вряд ли может поставить себе диагноз сам. В крайнем случае – лишь предположить наличие грыжи. Поэтому сразу следует обращаться к врачу, который специализируется на герниопластике. Существуют косвенные признаки предрасположенности к грыжам. Как правило, это свидетельства дисплазии соединительной ткани: наличие аневризм, деформации суставов, пороки сердца (всего таких признаков более 100). Значительная физическая нагрузка и поднятие тяжестей в профессии или быту, хронические запоры, хронический кашель, затрудненное мочеиспускание, часто сопутствующее аденоме простаты, роды, особенно трудные или затяжные, в анамнезе тоже могут говорить о вероятности возникновения грыжи. А диагноз ставится после проведения УЗИ, магнитно-резонансной и спиральной компьютерной томографии. Причем проводится исследование в двух вариантах: вначале с расслабленными мышцами живота, а затем – с напряжением (проба Вальсальвы). И сразу видно, где происходит выпячивание и насколько это серьезно.

**– Известны случаи, когда пациенты живут с огромными грыжами весом (как потом оказывается) в несколько килограммов. Причем мучаются ужасно – и от боли, и от сопутствующих проблем: трудно ходить, работать, приходится даже одежду особую шить. Но к врачу не идут!!! Как такое можно объяснить?**

– Такие случаи характерны для отдаленных уголков страны. В крупных городах врачи сталкиваются с другой тенденцией – склонностью откладывать лечение. И заканчивается все это осложнением – ущемлением грыжи. И то, что можно спокойно сделать в плановом порядке, приходится делать экстренно.

**– Это критично?**

– Это совсем другая ситуация. Стремительно развивается рефлекторный отек тканей, начинается нарушение кровоснабжения ущемленного органа, что чревато его омертвением и стремительным развитием системной интоксикации. Причем нарушение кровообращения распространяется на другие органы в брюшной полости. Доля ущемленных грыж достигает в нашей стране 15–18% (по некоторым данным – и до 20%) от общего числа обращений за помощью (или до 5% среди острых хирургических заболеваний живота), что является очень высоким показателем. В экстренном случае речь идет в первую очередь о спасении жизни, и во вторую – о том, как поступить с самой грыжей. Иногда приходится сначала спасать, а потом, после выздоровления, оперировать повторно, исправляя дефект.

**– Возможности современной медицины, вероятно, позволяют многое?**

– Трудно поверить, но 200 лет назад французский хирург Жан-Николя Маржолин сказал, что хирургия достигла такого уровня развития, что нельзя более что-то в ней улучшить, все главные слова сказаны, и ждать от науки в этой области уже нечего. Сейчас такое утверждение вызывает лишь улыбку. Прогресс не стоит на месте. Взлет начался в середине 1990-х годов: пришли новые технологии, новое оборудование, материалы. И пациент выписывается сегодня на 3–4-е сутки, а не как раньше – на 7-е или 10-е. За последние 5 лет мы претерпели очередной виток эволюции. Были открыты методики, позволяющие полноценно закрывать гигантские вентральные грыжи, причем с прекрасным функциональным результатом: к нормальной полноценной жизни возвращаются даже пациенты, перенесшие не одну операцию. Из множества методик наиболее эффективной является операция sublay – установка импланта в специально созданное ретромускулярное пространство, которым полностью закрывают дефекты в брюшной стенке. В случае, если ширина дефекта более 7–8 см, применима операция TAR – задняя сепарация компонентов по Новицкому (это наш соотечественник, долгое время работал над созданием этой операции в США) или же PCST по А. М. Carbonell. Максимальный дефект, который удалось таким способом ликвидировать, имел 16 см в ширину. Пациентка выписалась из клиники на 4-й день и при контрольной явке показала отличный эстетический результат. Концепция Milos и ее полностью эндоскопический вариант eMilos (endoscopic mini/less open sublay), показанная профессором W. Reinhold в 2015 году, заставила пересмотреть нас проблему небольших пупочных грыж на фоне диастаза мышц, особенно у рожавших пациенток, молодых девушек и у пациентов с ожирением. Операция выполняется без травмирующих разрезов, при этом устанавливается большой (наиболее эффективный) имплант. Операция eTER Rives Stoppa (вариант профессора I. Belyansky от 2015 года) – тотально экстраперитонеальная пластика так же с установкой максимального протеза производится через 3–4 прокола, с минимальными сроками восстановления. Это достигается прежде всего за счет отсутствия травмирующего доступа и точной техники работы хирурга, буквально под микроскопом. Всего известно более 600 методик операций, из которых применяются порядка 300.

**– Неужели так много?**

– Дело в том, что каждый случай грыжи индивидуален и требует взвешивания подхода. Иногда одновременно с иссечением грыжи приходится решать и другие

проблемы пациента. Вариантов таких симультанных, сочетанных операций множество. Поэтому много и подходов к хирургическому решению.

**– Чем закрываются дефекты?**

– Чаще всего используются полипропиленовые сетки. Они надежные и недорогие, что важно. Их внедрение снизило количество осложнений. Есть также сетки из натуральных материалов – специально обработанной свиной кожи, например. Это эксклюзив; но зато такую сетку можно ставить в самых тяжелых случаях, например, при текущем гнойном процессе.

**– Есть ли противопоказания к оперативному лечению?**

– Наличие онкологического заболевания, беременность. Осложнить послеоперационный период может сахарный диабет, ожирение, атеросклероз. Беда в том, что с пациентами доктора мало разговаривают, не объясняя элементарных вещей. А тонкостей в лечении грыж много, и их нужно учитывать. Ведь если говорить о плановой операции, то к ней необходимо долго готовиться, например, носить бандаж, чтобы внутренние органы привыкли к давлению извне, которое будет давать восстановленная мышечная стенка. Надо сбрасывать лишний вес, иначе повышается риск развития рецидива грыжи. Много нужно сделать, усвоить раз и навсегда и неукоснительно выполнять.

**– Иначе?**

– Грыжа может появиться снова. Даже курение может спровоцировать рецидив. Никотин настолько «встраивается» в обменные процессы, что организм начинает жить по-другому. Вредит, например, даже излишнее увлечение силовой гимнастикой: мышцы в том месте, где была грыжа, категорически нельзя качать.

**– Тип операции определяет врач?**

– Конечно! Специалисту всегда виднее. Ведь в конечном счете все решают руки хирурга. Даже если он работает с роботом. Впрочем, это – вопрос будущего...

**Эпилог:**

В Клинической больнице № 122 на базе отделения хирургии № 1 открыт Герниологический центр (или Центр хирургии передней брюшной стенки).

Проводятся операции и лечение грыж всех локализаций, любых сложностей, включая редкие виды грыжи (спигелиевые, диафрагмальные, боковые) тяжелые случаи, даже после множественных рецидивов, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Операции проводят хирурги, которые специализируются на данном типе патологии. Отбор пациентов ежедневно с 14.00 до 16.00.

Все пациенты в последующем наблюдаются в Национальном герниологическом регистре, что позволяет постоянно улучшать качество лечения. Применяются современные сетчатые импланты, протокол ускоренного восстановления Fast Track, максимально актуальные алгоритмы лечения, научный доказательный подход.

**Единый  
информационно-справочный центр  
Клинической больницы № 122  
363-1-122**

ПАЦИЕНТАМ КБ № 122 ДОСТУП В ИНТЕРНЕТ

ЧЕРЕЗ СЕТЬ WiFi – БЕСПЛАТНО

FREE ZONE



12+

Учредитель – ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России». Зарегистрировано Северо-Западным региональным управлением Комитета Российской Федерации по печати № 3129 от 01.06.1998. Отпечатано в ООО «БМН». Адрес: 190031, г. Санкт-Петербург, Столярный пер., д. 4, оф. 1, тел./факс (812) 570-6732. Тираж 1000 экз. Часть тиража распространяется бесплатно. Главный редактор – Ольга Морозова, редактор – Анна Василевская. Адрес редакции: 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4, КБ № 122 им. Л. Г. Соколова, т./ф. 559-9724. Рекламуемые товары и услуги лицензированы и сертифицированы. Лицензия КБ № 122 им. Л. Г. Соколова № ФС-78-01-003012 от 18.07.2017