

Паастомальная грыжа: причины, симптомы и методы лечения

Калашникова И.А., руководитель отдела реабилитации пациентов колопроктологического профиля ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России», кандидат медицинских наук, врач высшей категории

Паастомальная грыжа— выпячивание внутренних органов брюшной полости вокруг стомы из-за слабости мышечно-апоневротического слоя в месте выведения стомы.



Рисунок 1. А – паастомальная грыжа, Б – схема расположения стомы и тонкой кишки в грыжевом мешке

По данным разных авторов, частота паастомальных грыж колеблется в пределах 30-77% и увеличивается со временем. В половине случаев паастомальные грыжи возникают в течение первых 2 лет после операции, однако, риск их формирования сохраняется в течение всей жизни пациента. При колостоме грыжа встречается чаще, чем при илеостоме.

Предрасполагающие факторы развития паастомальной грыжи

Кишечная стома не является нормальной анатомической структурой. Поэтому, вне зависимости от места её выведения на переднюю брюшную стенку, отверстие в ней само по себе представляет собой основной фактор риска развития грыж. Мышцы живота и позвоночника, грудная и тазовая диафрагма образуют мышечный корсет, поддерживающий нормальное внутрибрюшное давление, рисунок 2 А. После абдоминальной хирургической операции физиология брюшной стенки изменяется из-за повреждения иннервации и возникновения атрофии мышечной стенки по средней линии. Формирование стомы приводит к таким же изменениям и создает дополнительный слабый участок в области отверстия в брюшной стенке, что приводит к изменению силы и давления на брюшную стенку, рисунок 2 Б и В.

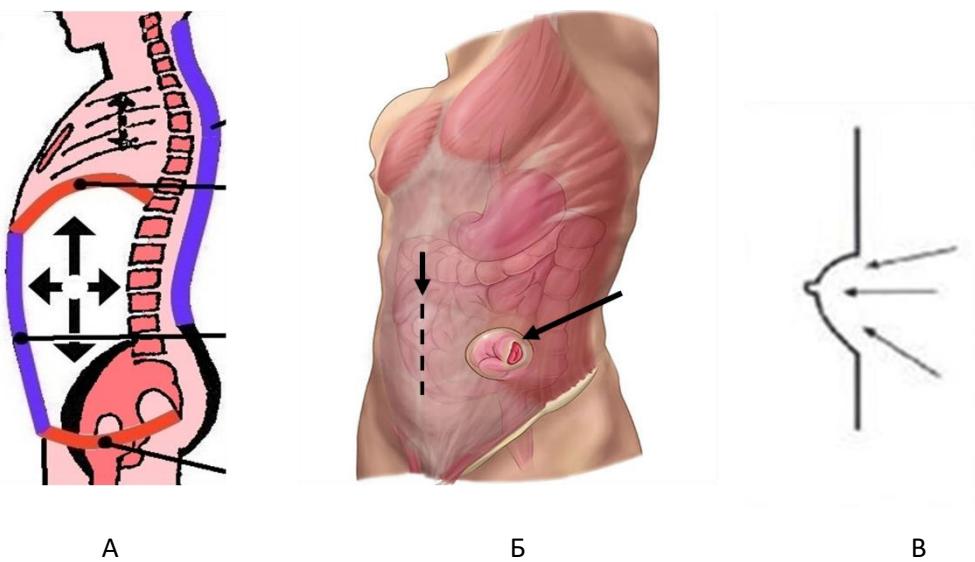


Рисунок 2. А – схема внутрибрюшного давления, Б – слабые места передней брюшной стенки после операции, В – направление силы внутрибрюшного давления при наличии стомы

По мнению разных авторов, частота образования паастомальных грыж варьирует в зависимости от места расположения кишечной стомы на передней брюшной стенке. Принято считать, что расположение стомы в проекции прямой мышцы живота снижает частоту развития грыж.

К основным причинам паастомальных грыж следует отнести некоторые особенности техники формирования кишечной стомы. Это могут быть большие размеры стомального канала по сравнению с шириной просвета кишки, избыточная травматизация и денервация мышечно-фасциального каркаса передней брюшной стенки. Нередко несоблюдение технологии формирования стомы объясняется экстренным характером операции.

Риск образования паастомальных грыж также увеличивается при развитии ранних послеоперационных гноино-воспалительных осложнений и выполнении операции на высоте кишечной непроходимости. Анемию, гипопротеинемию, метаболические нарушения, стероидную терапию, ожирение и другие состояния, препятствующие полноценному течению процессов регенерации, также можно отнести к факторам риска. Другим достоверным фактором риска развития паастомальных грыж является возраст старше 60 лет на момент формирования кишечной стомы.

Повышенное внутрибрюшное давление и его резкие колебания при сопутствующих заболеваниях, например, хронической обструктивной болезни лёгких и доброкачественной гиперплазии предстательной железы, избыточные физические нагрузки также способствуют вероятности возникновения грыжи.

Основные симптомы паастомальной грыжи

Заподозрить появление паастомальной грыжи нужно, если Вы отметили значительное

выпячивание живота в области стомы, это может приводить к затруднению крепления калоприемника и более частому протеканию кишечного содержимого. В таких случаях необходимо обратиться к врачу, чтобы подтвердить или отвергнуть диагноз и получить корректные рекомендации по лечению.

Паастомальные грыжи различают по размеру и клиническим проявлениям, которые не всегда соответствуют размерам грыжи. Пациенты даже с небольшими размерами грыжи могут испытывать боли, запоры, затруднения при использовании калоприемников.

Паастомальные грыжи могут вызывать нарушение функции стомы, а именно, затруднение отхождения газов и кишечного содержимого, сопровождающееся ущемлением кишки, кишечной непроходимостью, воспалительными осложнениями, формированием каловых камней.

Затруднение ухода за стомой при грыже из-за деформации паастомальной области нередко приводят к возникновению перистомального дерматита. В некоторых случаях из-за перерастяжения и истончения кожи возможно возникновения перистомальных язв, очень трудных для лечения (рисунок 3).



А



Б

Рисунок 3. А – перистомальный дерматит при грыже, Б – перистомальные язвы при грыже

Диагностика паастомальной грыжи

Установить диагноз паастомальной грыжи может только врач хирург путем внешнего осмотра и пальцевого исследования стомы. Подтверждают наличие этого осложнения УЗИ-исследование и компьютерная томография органов брюшной полости. Эти исследования позволяют объективно определить величину паастомальной грыжи, содержимое грыжевого мешка, особенности изменений передней брюшной стенки, что важно для выбора метода лечения осложнения.

Как проходит лечение паастомальной грыжи

Показанием к хирургическому лечению паастомальной грыжи (герниопластики) является не само ее наличие, а серьезные проблемы, возникающие при этом осложнении: нарушение

функции стомы, ущемление грыжи, кишечная непроходимость, существенные затруднения ухода за стомой, наличие выраженных повреждений кожи вокруг стомы.

В настоящее время не существует универсального и эффективного метода хирургического лечения паастомальной грыжи. Операции эти сложные, поэтому, прежде чем предложить пациенту хирургическое лечение, врачи тщательно обследуют пациента, взвешивают все риски операции, вероятность повторного возникновения грыжи

Хирургические вмешательства, ограничивающиеся выполнением оперативного приёма местным доступом только в области грыжевых ворот, неэффективны и сопровождаются 100% вероятностью рецидива. Также неэффективны операции без применения имплантов. Использование сетчатых имплантов достоверно снижают риск развития рецидивов в 3-4 раза, при этом частота осложнений не увеличивается.

Целью операции при паастомальных грыжах должно быть достижение наилучших условий для ухода за кишечной стомой. Для этого необходима ровная площадка, удобная для надежного крепления пластины калоприемника. Это возможно достичь при формировании кишечной стомы в новом месте, как на той же стороне передней брюшной стенки, где располагается стома, так и на противоположной, рисунок 4.

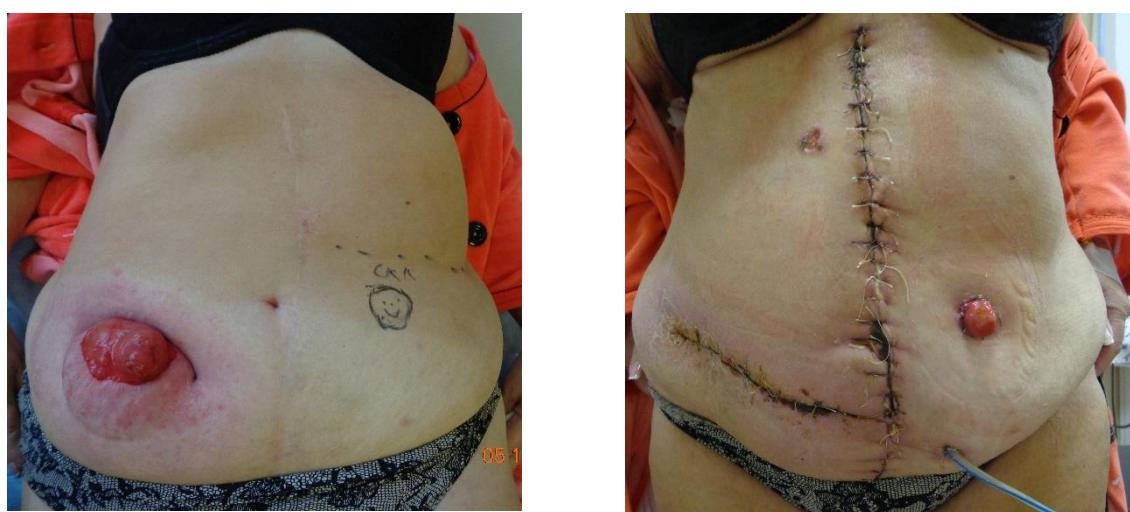
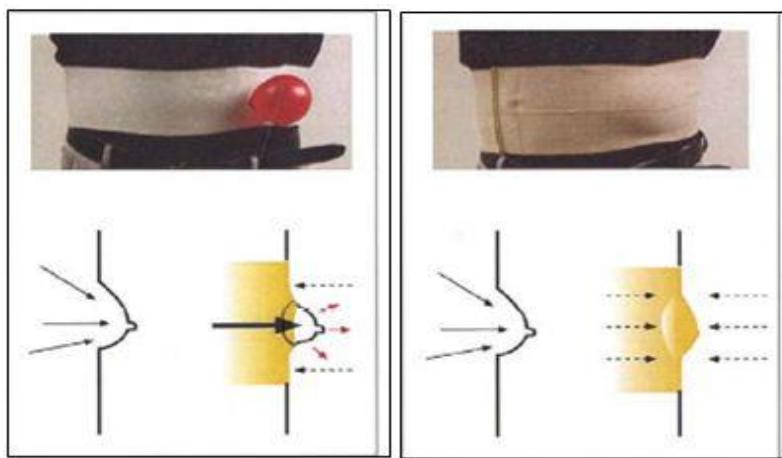


Рисунок 4 - Местоположение стомы, А – маркировка местоположения стомы до операции, Б – вид после герниопластики и переноса стомы

Операции по поводу паастомальной грыжи целесообразно делать в специализированных клиниках, имеющих большой опыт в проведении такого рода вмешательств.

Консервативные мероприятия при лечении паастомальной грыжи заключаются в использовании эластичного бандажа с целью профилактики дальнейшего прогрессирования грыжи. Вырезание отверстия в бандаже в проекции стомы недопустимо из-за увеличения риска возникновения пролапса и паастомальной грыжи, рисунок 5.



А

Б

Рисунок 5. А – схема механизма возникновения грыжи при вырезании отверстия в бандаже в проекции стомы, Б – механизм уравновешивания внутрибрюшного давления для профилактики прогрессирования грыжи

кишка из грыжевого мешка возвращается в брюшную полость, и бандаж не сдавливает кишку и стому, а лишь уравновешивает внутрибрюшное давление, препятствуя выходу кишки. Для облегчения ухода за стомой, контроля наполнения мешка и его опорожнения можно сделать поперечный разрез на бандаже для выведения дренируемого конца стомного мешка (рисунок 6).



Послеоперационные бандажи для стомы: какой выбрать, виды

Только лечащий врач пациента решает, нужен ли бандаж после операции. Необходимые требования к бандажам: эластичность, воздухопроницаемость, легкость стирки. Наиболее практичны модели с многоступенчатой системой регулировки, которая дает возможность точно подогнать изделие по фигуре, застежкой в виде широкой липкой ленты. Важно правильно выбрать размер бандажа, он определяется по окружности линии талии, при небольшом росте следует выбирать модели меньшей высоты. Следуйте инструкции по применению данного изделия.

ВАЖНО! Бандаж надевается в положении лежа, поверх калоприемника, без особого натяжения, поэтому он не сдавливает брюшную стенку (и стому в том числе), а лишь поддерживает ее. Ночью

бандаж не используют.

Особенности ухода за стомой при паастомальной грыже

Учитывая выраженную деформацию передней брюшной стенки из-за грыжевого выпячивания в области стомы рекомендуется использование однокомпонентных калоприемников или двухкомпонентных с мягким фланцем, как более пластичных. Для дополнительной фиксации пластины калоприемника показано использование адгезивных пластин-полуколец.

Так как кожа при паастомальной грыже перерастянута и истончена, она требует дополнительного ухода во избежание развития перистомального дерматита механической природы и даже перистомальных язв. Необходимо для бережного отклеивания пластины калоприемника использовать очиститель в спрее. Для ухода за перистомальной кожей обязательно использование защитной пленки и защитного крема.

Профилактика паастомальной грыжи.

Лечебная физкультура – основа профилактики возникновения и прогрессирования паастомальной грыжи. В ближайшем послеоперационном периоде дыхательные упражнения и ходьба. Впоследствии упражнения для мышц брюшного пресса выполняют в исходном положении «лежача и сидя», продолжительность процедуры - 7-12 мин., 2-3 раза в день. Нагрузки следует наращивать постепенно и согласовывать их с врачом.

Полезна ежедневная зарядка с ограничением упражнений, связанных с повышением внутрибрюшного давления (качание брюшного пресса, маховые движения ногами). Эти упражнения можно делать, но повторять не более 5-7 раз и равномерно распределить их в течение всего занятия.

С целью профилактики возникновения паастомальной грыжи рекомендуется пациентам воздерживаться от подъема тяжелых предметов в течение не менее 3 месяцев после операции. А, впоследствии, при физических нагрузках, связанных с повышением внутрибрюшного давления, обязательно использовать эластичный бандаж.