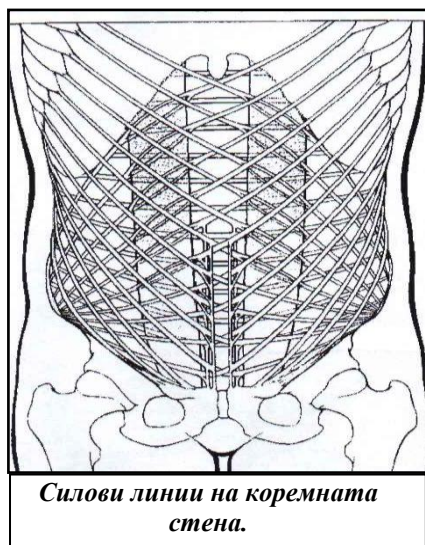


ХЕРНИИ

Социалната значимост при херниите се определя от тяхната честотата, ограничението на трудоспособността, риска от усложнения и рецидиви, потенцирането на този риск при определени професии и съпътстващи хронични заболявания на други органи и системи. Сроковете на нетрудоспособност варират от 10 дни до три и повече месеца, като зависят от вида на хернията, наличието на усложнения, възрастта и професията на пациента и не на последно място от вида на проведеното оперативно лечение.

Какво представляват херниите? Съгласно възприето определение, независимо локализацията и големината си всяка херния представлява **вроден или придобит дефект на мускулно-сухожилната цялост, през който се създава възможност да изпаднат тъкани и органи, които в**

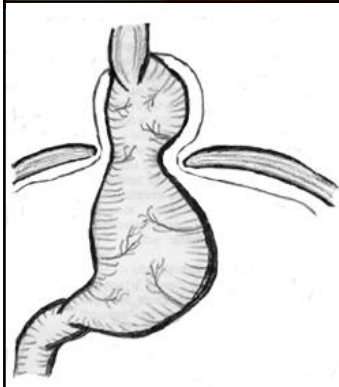
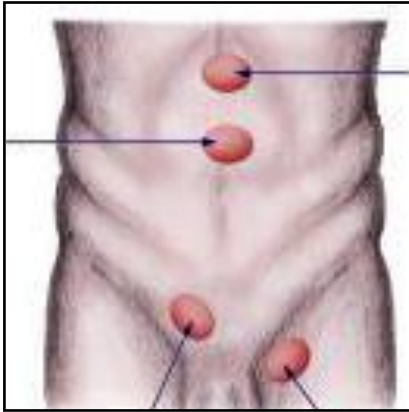


нормални условия не би трябвало да се намират там. Огромен дял (над 95%) се заема от различните хернии на коремните стени, докато мозъчните, гръдните, мускулните и други хернии са относително редки.

Коремните стени имат многослойна мекотъканна структура, която се формира от сливането и взаимното преплитане на различни хоризонтални, вертикални и коси мускулни, сухожилни и фасциални примки (фиг. 1). Структурата на коремната стена притежава своите анатомични особености и слаби места предразполагащи формирането на хернии.

Какви са предразполагащите фактори за възникване на херния и как се формира тя? Формирането на херния е комплексен процес, като освен добре известната анатомична слабост на определени места, значение имат редица биохимични, патофизиологични и биомеханични фактори. Такива фактори са: хроничните белодробни и сърдечни заболявания, хроничния запек, простатната хиперплазия, захарния диабет, недохранването, мастната мускулна дистрофия, наличието на асцит, стероидите и химиотерапията. "Болестите на цивилизацията", като преяждането, затлъстяването и заседналият живот водят до отпускане на мускулатурата на коремната стена и намаляване на мускулната защита на анатомично слабите места. Непълноценният или нарушен колагенов метаболизъм, се явява съществена предразполагаща причина за поява на хернии. Нарушената инервация и архитектурата на тъканите след претърпяни операции водят до нарушаване на биомеханиката и също намаляват мускулната защита. За възникването на постоперативните хернии значение имат вида на оперативния разрез, вида на използвания шевен материал както и отклоненията в процеса на зарастване (събиране в раната на течност – сероми; кръв - хематоми, инфекция и гноене). Вътрекоремното налягане, което в легнало положение е около 0,2 kPa, а в изправено 1,7 kPa може да достигне стойности до 20kPa при екстремни физически натоварвания и

напрягане на коремната преса. Това довежда до нарушаване на мускулно-апоневротичния интегритет и херниране на подлежащи структури и органи.



Кои са най-често срещаните хернии

(фиг. 2) ? Най-често срещани са херниите в слабинната област. Те са три вида: индиректни(по-често в млада възраст); директни(по-често в напреднала и старческа възраст) и бедрени (по-често при жени). Освен тях по предната коремна стена са разположени още няколко слаби места: в областта на пъпа-пъпни и околопъпни хернии; над пъпа: епигастрални хернии; изключително рядко странично и малко под пъпа хернията на **Spiegel**. Накрая в отделна група ще посочим значително често срещаните в практиката (10-20%) постоперативни хернии на коремната стена(фиг.3). Тяхното разположение и големина са различни и най-общо съответстват на белега от достъпа при претърпяната в миналото операция. Към тях спадат и все по актуалните с развитието на ендоскопската хирургия трокарни хернии.

Тъй като коремната кухина се ограничава освен от предната и задна коремни стени, така също и от диафрагмата и тазовото дъно в тези две стени също присъстват слаби точки. Относително по-често срещани са диафрагмалните хернии. Голямата част от тях са хернии в областта на връзката между хранопровода и стомаха – хиатални хернии. При тях част или целия стомах преминава над диафрагмата в гръдния кош (фиг.4). Те биват три вида, като най-често се срещат тези от тип I и представляват част от големия симптомокомплекс на ГЕРБ (гастроезофагеална рефлуксна болест). Значително по-рядко се срещат

херниите на **Morgagni** и хернията на **Bochdaleck** при деца. Към групата на диафрагмалните хернии следва да бъдат причислени и случаите с травматични разкъсвания на диафрагмата, при тъпи непроникващи коремни травми.

Като най-рядко срещани могат да бъдат изброени херниите на тазовото дъно. Те са няколко разновидности преминаващи в различни точки между мускулите на тазовото дъно.

Какви са симптомите на херниите? Херниите на коремните стени с различна локализация се проявяват с най-различни симптоми. При херниите на предната коремна стена водещите два симптома са появата на подутина и чувството за болка в тази област при физическо напрежение. Обикновено в изправено положение на тялото подутината е налице, а в легнало положение изчезва спонтанно. Те се диагностицират лесно при преглед от хирург и не са необходими никакви специални изследвания.

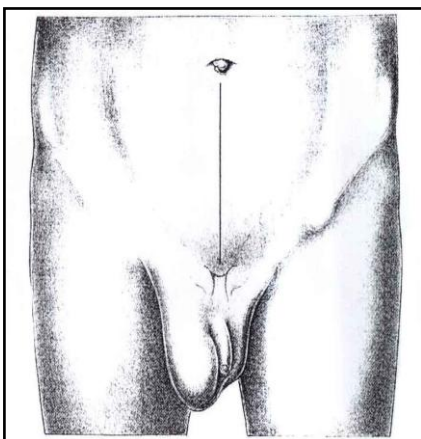
Диафрагмалните хернии имат специфични симптоми. При тях обикновено водещи признаци са оригване, киселини, парене зад гръдната кост и понякога задух или сърцебиене. При тях диагностиката е трудна и е необходимо извършването на рентгенови и фиброгастроскопски изследвания.

Херниите на задната коремна стена и тазовото дъно по правило се проявяват само с болка, засилваща се при физически усилия. При тях диагнозата е много трудна и се поставя след обстойни прегледи и рентгенови изследвания.

Какви са възможните усложнения при херниите? Основното и най-често усложнение при всички видове хернии на коремната стена е заклещването. Това е изключително опасно и животозастрашаващо състояние. Състоянието е драматично, пациента обикновено има силна болка, гадене или повръщане и до няколко часа спира да изпуска газове. Всъщност това е една от формите на илеус (преплитане на червата). Ако не се преодолее заклещването довежда до още по тежки усложнения – перфорация на черво и перитонит. В някои случаи е възможна репозиция (прибиране) на хернията, но обикновено се налага спешна оперативна хирургическа намеса.

Не се прави опит за репозиция при съмнение за заклещване на хернията в условията на доболничната помощ от какъвто и да било специалист, дори и от лекар със специалност по хирургия! При съмнение за инкарцерация пациента се насочва веднага към най-близкото клинично хирургическо заведение!

Друго възможно усложнение са срастванията и постоянното оставане на орган или част от него вътре в херниалния сак. В някои случаи срастванията също могат да предизвикат чревна непроходимост (преплитане на червата), без да има заклещване. Перфорацията на кух орган (стомах, черва и др.) в херниалния сак може да доведе до образуване на абсцес в хернията и пробив през кожата навън с образуване на чревна фистула – отвор през който изтича чревно съдържимо.



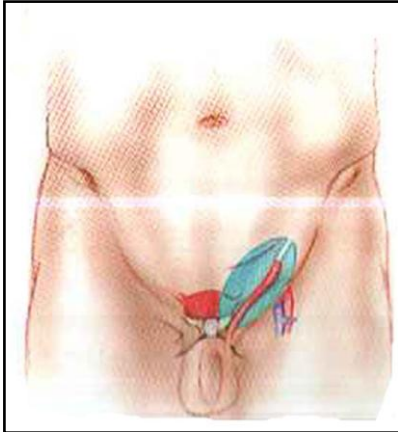
По правило размерът на херниалния дефект постепенно нараства под въздействието на вътрекоремното налягане. Хернията може да достигне гигантски размери, като голяма част от коремните органи “пропадат” в нея, а корема остава “празен”. При слабинните хернии това състояние е познато като “изсипване”(фиг. 5). Функцията на хернираните органи е нарушена, появяват се нарушения в храносмилането, повишено отделяне на газове, упорит запек, смущения в уринирането и други.

При диафрагмалните хернии са възможни усложнения от страна на дихателната и сърдечно-съдовата системи, поради притискане на белите дробове и сърцето от хернията в гръдния кош.

Какво е лечението при херниите? Тъй като херниите не са функционално състояние, а се дължат на тъканен дефект (липса на тъкан), единственият начин на лечение е оперативния. Медикаментозно и хигиенно-диетично лечение не са възможни.

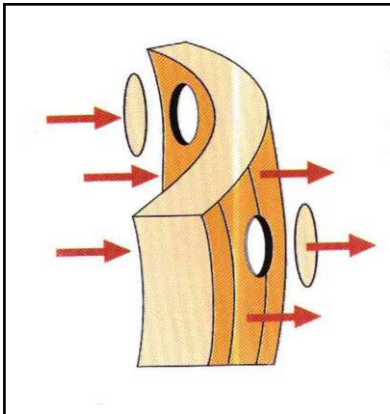
Какви са методите на оперативно лечение на херниите? Днес има три възможни оперативни метода на лечение на хернии.

Първият от тях е класическият метод на зашиване на херниалния дефект и пластика със собствени тъкани (разместване на сухожилни фасции и мускули в различни слоеве). За съжаление този метод има редица недостатъци: обширна оперативна травматична повърхност, множество шевове, напрежение на защитите тъкани поради превръщането на кръглата дупка в цепка и др. Поради това възстановителният период и

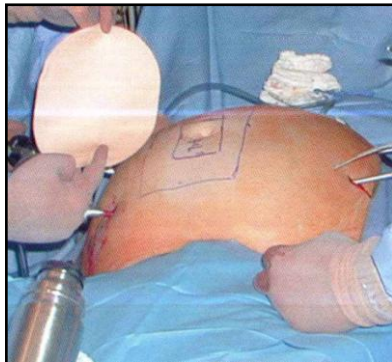


сроковете на временна нетрудоспособност са относително по-дълги. При този метод рискът от поява на рецидив или ре-херниране (поява на хернията отново или поява на нова херния в съседство поради "разнищване" на тъканите) е относително висок.

Друг метод е използването на протезен материал – синтетична мрежа за заместване на тъканния херниален дефект (фиг. 6). При него оперативната травматична повърхност е значително по-малка и няма напрежение на тъканите, възстановителният период и сроковете на временна нетрудоспособност са скъсени. Аналогията е с поставянето на парче найлон или мушама отвътре на пробита бъчва. Хидростатичното налягане притиска кръпката и запушва дупката (фиг. 7). Методът е изключително популярен в САЩ, където 87% от операциите по повод херния се извършват така. През последните 30-тина години добива все по-широка популярност в Европа, а от 20-25 години се разшири приложението му и у нас.



Третият метод на хирургично лечение на хернии е лапароскопският (фиг. 8). При този метод се правят три до четири малки разрези (0.5 - 1 см) на коремната стена, през които се вкарват специални хирургични инструменти, като оперативното поле се наблюдава чрез видеокамера. Камерата изпраща увеличен образ от вътрешността на корема на монитор. За възстановяването на херниалния дефект се използва синтетична протезна мрежа, но е възможно и обшиване на дефекта. Този метод притежава всички преимущества на минимално-инвазивните техники: няма голям разрез, оперативната ранева повърхност е



малка, възстановяването и сроковете на временна нетрудоспособност са

скъсени значително. Недостатъците му са свързани с необходимостта от обща анестезия (упойка), относително по-голямата продължителност на операцията и по-високия риск от рецидив поради разместване на протезата и високата цена на консумативите за лапароскопска хирургия. Лапароскопският метод има огромно преимущество при диафрагмалните, следоперативните и големите пъпни хернии, докато при слабинните приложението му все още е обект на дискусия.

Какви са алтернативните методи за лечение? Няма алтернативни методи на лечение. Като алтернатива на операцията се явява носенето на специални колани(бандажи). Този подход поначало е грешен поради невъзможността за фиксиране на бандажите постоянно на точното място – при движение те се разместват. Освен това притискането с бандажи на херниите довежда до сраствания на херниалния сак към неговото съдържание и оттам повишава риска от усложнения и усложнява евентуалната оперативна интервенция. Носенето на бандажи е допустимо само при пациенти с абсолютни противопоказания за оперативно лечение поради тежки съпътстващи заболявания и в преклонна старческа възраст.

Автор: Доцент Д^р Михаил Радионов, д. м.