

© В. И. ЛУПАЛЬЦОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Хирургическая тактика у больных с острой кишечной непроходимостью, обусловленной ущемленной грыжей

V. I. LUPALTSOV

Kharkiv National Medical University

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH AN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY INCARCERATED HERNIA

Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 51 больного по поводу острой кишечной непроходимости, обусловленной ущемленной грыжей живота, находившихся в клинике с 1983 по 2012 год. Отмечено, что острая кишечная непроходимость, обусловленная ущемлением кишечника в грыжевом мешке, является тяжелым, порой трудно диагностируемым осложнением. Подчеркивается, что методом выбора оперативного вмешательства у больных с острой непроходимостью кишечника, обусловленной ущемленной грыжей с некрозом участка кишечника, является её резекция из лапаротомного доступа.

The study is based on a retrospective analysis of surgical treatment of 51 patients with an acute intestinal obstruction caused by incarcerated hernia, hospitalized from 1983 to 2012. It was noted that an acute intestinal obstruction caused by intestinal incarceration in the hernial sac is the severe complication, sometime with difficulties of its diagnostics. It was emphasized that surgical method of choice in cases of an acute intestinal obstruction with necrosis of the part of the intestine due to incarcerated hernia should be its resection through the laparotomic approach.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Грыжи живота являются распространенным заболеванием [2, 6]. И как подчеркивают [7, 3, 1], потенциальным грыженосителем является каждый 3–5 житель планеты Земля. Среди них паховые грыжи составляют 70–80 % [4] в структуре всех грыж брюшной стенки, а частота оперативных вмешательств по поводу грыж в хирургических стационарах составляет 10–25 %.

Наиболее частым осложнением грыж живота, относящимся к области неотложной хирургии, является ущемление органов брюшной полости, представляющее непосредственную угрозу для жизни. Ущемлению могут подвергнуться многие органы брюшной полости, однако чаще всего ущемляются петли кишечника.

Ущемление кишки более опасно, чем других органов брюшной полости, так как при этом не только имеется угроза омертвления ущемленной петли, но и возникают явления странгуляционной кишечной непроходимости, обуславливающие, наряду с болевым шоком, сравнительно раннюю и быстро прогрессирующую интоксикацию с развитием перитонита.

Диагностические и тактические ошибки при ущемленных грыжах возникают у больных, длительно не обращающихся за медицинской помощью, что чаще наблюдается у пациентов старшего возраста, у которых снижена иммунологическая реактивность организма [5], когда наступает омертвление участка кишки, развивается перитонит или флегмона грыжевого мешка, увеличивается летальность.

Учитывая, что сегодня хирургия переживает глубокий кризис подготовки абдоминальных хирургов, с одной стороны, из-за снижения финансирования здравоохранения, а с другой – из-за нарушения существующей долгие годы пирамиды взаимоотношений между клиническими базами и лечебными учреждениями, на которых они располагаются, которые в основном стали муниципальными, заметно снизилось качество подготовки хирургов, так как “новая администрация” бесконтрольно относится к багажу знаний молодых специалистов. Нарушен контроль за принимаемыми на хирургических пленумах и съездах решениями по тактическим вопросам хирургии.

Цель работы: оптимизация хирургической тактики при острой кишечной непроходимости, обусловленной ущемленной грыжей.

Матеріали і методи. В клініці за період з 1983 по 2012 рік по поводу гострої кишкової непроходимості (ОКН), обумовленої ущемленням кишечника в грыжевому мешку, оперировано 51 больноу в візасті 45–81 рік. Подавляюче більшість больноу пожілого і старческого візаста (61,9 %). Женцін – 14, мужчін – 37. Во внутрішньому кільці пахового каналу ущемлення отмечено у 27 больноу, бедренному – 11, в вентральной грыже передньої брюшної стінки – у 9, пупочноу – у 4.

Все больноу доставлені в стаціонар після 12 годин з моменту ущемлення, 11 із них – після 24 годин, троє із котрих з флегмоною грыжевого мешка спустя 3 сутки з моменту захворювання.

Как видно із представленного матеріалу, найбільше часто ущемлення кишечника происходит в пахових грыжах у мужчін. Ущемлення кишечника в вентральных і бедренних грыжах отмечено у 9 жінок.

Сопутствующая патологія діагностована у 32 (62,7 %) больноу: в частности, ішеміческая болезнь серця – у 23, гіпертоніческая болезнь – у 17, хронічний бронхіт – у 14, сахарний діабет II типу – у 9, ожирення II–III ступені – у 17, що отягощало їх стан.

Всім больным при поступленні виконувалась обзорная рентгенографія органів брюшної порожнини. О кишкової непроходимості при ущемленні кишечника в грыже свидетельствовало наявність рівней рідини в петлях кишечника со скопленням газу над ними (чаші Клойбера). Діагностическі труднощі виникали у больноу з ожиренням і, в частности, при діагностиці вентральных і бедренних грыж. Найбільше інформативним діагностическим методом у них являлось ультразвукове дослідження (УЗД), при котрому візуалізувався просвіт грыжевого мешка з утолщенням кишкової стінки і розширенням приводячого участка кишки з характерним маятникообразним переміщенням кишкового вмісту. Следует отметить, что в двох випадках первопричина ОКН, вследствие ущемлення кишечника в ущемленній грыже, как істинна причина роззнана не була. В одному випадку із-за ожирення, а во другому – із-за відсутності грыженосительства в анамнезі. Окончателльний діагноз у них був установлен після лапаротомії, виконаноу по поводу ОКН.

Встретившаяся у 3 больноу флегмона грыжевого мешка труднощі в діагностиці не складала, так как клініческі проявлялась характерними для неї місними признаками: гіперемією кожных покровів в місці грыжевого выпячення, общоу інтоксикацією з вздутием живота і признаками перитоніта.

У більшості аналізованих больноу ущемлення клініческі проявлялось общезвестними признаками ущемлення; внезапно усилюючаяся біль в місці грыжевого выпячення, на котроу не всегда обращается внимание, разлиная біль по всьому животу, вздутие живота, напруження м'язів передньої брюшної стінки.

Следует отметить, что в некоторых случаях ошибки в установленні діагнозу на догоспітальному етапі і при поступленні допускались із-за невнимательно собранного анамнезу і недостаточного дослідження передньої брюшної стінки, а схваткообразные боли в животі принимали за острую кишкоу непрохідність, не задумываясь о її причинах.

Результати досліджень і їх обговорення. Все аналізовані больноу оперировано. Общепринятоу хірургіческою тактикою у больноу з ущемленною грыжею при відсутності признаків флегмони грыжевого мешка і перитоніта являлось грыжесечение герніотомним розрізом з виконанням всіх правил грыжесечения при ущемленній грыже.

У 13 больноу з ущемленною вентральной і пупочноу грыжами оперативне втручання виконувалось герніотомним розрізом шкіри і підшкірної клітчаткі. Після виділення грыжевих воріт з дотриманням додаткових заходів асептики вскривали грыжеву мішок, производили ревизию его вмісту. При виявленні некротизованих петель кишечника їх оборачивали салфетками і після фіксації розсекали ущемлюче кільце. При багатокамерних грыжах, при переносимості больным оперативного пособия все камери соединяли, виділяли приводячий і відводячий кінці кишки, определяли життєспосібність зміненоу кишки. В случаях ее нежиттєспосібності некротизованний сегмент кишки резецировали, отступая от странгуляционной борозди приводячої кишки 40 см, відводячої – до 15 см. В условиях перитоніта анастомоз накладывали “бок в бок”.

Особого внимания заслуживали больноу з ущемленням кишечника в паховоу і бедренноу грыжах. Общепринятоу хірургіческою тактикою у больноу цієї групи (11), у котрих відсутствовали явлення перитоніта, грыжесечение виконувалось герніотомним розрізом, через грыжеву выпячення після розсічення шкіри і підшкірної клітчаткі виділяли грыжеву мішок. Выделенний грыжеву мішок обкладывали стерильними салфетками, вскривали, грыжева вода бралась на бактеріологіческе дослідження. Его содержи-

мое фиксировалось, после чего рассекалось ущемляющее кольцо, при возникновении трудностей его рассечение производили на желобоватом зонде. После определения жизнеспособности кишки и признания ее нежизнеспособной производили нижнесрединную лапаротомию. При свободном прохождении кишечника из грыжевого мешка выводился в брюшную полость. С соблюдением всех правил асептики производилась резекция нежизнеспособной кишки, отступая от странгуляционной борозды в приводящей петле 35–40 см, а в отводящей – до 15 см. Восстановительный этап производили “конец в конец”. После санации и дренирования брюшная полость зашивалась наглухо. Пластику пахового канала производили по Postempski.

Следует также иметь в виду, что в паховой области могут возникать заболевания, по своему клиническому течению сходные с бедренной грыжей. Одним из них является лимфаденит, который в одном из наших наблюдений ошибочно был принят за бедренную грыжу. И только внимательно выполненное оперативное вмешательство позволило установить правильный диагноз.

Большое значение представляет хирургическая тактика при флегмоне грыжи. В наших наблюдениях все трое больных с флегмоной грыжевого мешка поступили в клинику с перитонитом. После кратковременной анестезиологической подготовки всем троим было выполнено оперативное вмешательство. Во всех трех случаях оперативное вмешательство выполняли со срединно-срединной лапаротомии, так как наличие гнойного воспаления в области грыжи создает реальную дополнительную опасность инфицирования брюшной полости. Произведя лапаротомию, выполняли санацию брюшной полости. Определяли степень распространенности перитонита, после чего отыскивали приводящий и отводящий концы кишечника. С соблюдением правил асептики приводящий конец кишки, отступая 40 см

от странгуляционной борозды, а отводящий – 15 см, прошивали УКЛ или перевязывали и пересекали. Между приводящим и отводящим отделами мобилизированной кишки накладывали анастомоз “бок в бок”. После наложения анастомоза кишечник интубировали и после санации и дренирования брюшную полость закрывали наглухо.

Вторым этапом оперативное вмешательство выполнялось на грыже. Через грыжевое выпячивание рассекалась кожа и подкожная клетчатка, с соблюдением правил асептики вскрывался грыжевой мешок, грыжевая вода бралась на бактериологическое исследование, грыжевые ворота надсекали, извлекалась ущемленная петля кишечника с перевязанными со стороны брюшной полости концами. Грыжевой мешок выделялся из окружающих тканей, стенки мешка рассекали радиарными разрезами и перевязывали у основания, чем и заканчивали вмешательство. Пластику грыжевых ворот не производили. Выполнялась рыхлая тампонада салфетками с “Левасином”. Умер 1 больной, причиной смерти был сепсис.

Таким образом, следует отметить, что диагностика острой кишечной непроходимости, причиной которой является ущемленная грыжа, порой очень сложна и требует выполнения строгой хирургической тактики.

Выводы. 1. ОКН, обусловленная ущемлением кишечника в грыже, является тяжелым осложнением ущемленных грыж.

2. Поздние сроки госпитализации больных с ОКН, обусловленной ущемленной грыжей, приводят к развитию флегмоны грыжевого мешка и развитию перитонита.

3. Методом выбора оперативного вмешательства у больных с ОКН, обусловленной ущемленной грыжей с некрозом участка кишечника, является ее резекция из лапаротомного доступа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власов В. В. Передочеревинна алопластика паховинного каналу / В. В. Власов, І. В. Бабій // Клінічна хірургія. – 2010. – № 3. – С. 27–30.
2. Современные методы лечения брюшных грыж / В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев. – К. : Здоров'я, 2001. – 278 с.
3. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. – Симферополь : Бизнес-Информ, 2002. – 424 с.
4. Атлас оперативной хирургии грыж / [В. Н. Егиев, К. В. Лядов, П. К. Воскресенский и др.]. – М. : Медпрактика, 2003. – 228 с.
5. Лупальцов В. И. Острая непроходимость кишечника, обусловленная ущемленной грыжей / В. И. Лупальцов, А. Н. Яценко, И. А. Дехтярук // Клінічна хірургія. – 1996. – № 8. – С. 3–5.
6. Ничитайло М. Е. Современные аспекты эндовидеохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булик // Клінічна хірургія. – 2010. – № 10. – С. 10–16.
7. Фелештинский Я. П. Преперитонеальная герниопластика доступом через паховый канал с использованием имплантата при рецидивных паховых грыжах / Я. П. Фелештинский // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1998. – № 2. – С. 64–65.

Получено 10.01.13