

УДК 617.55-007.43-06:616.341-089

© В. П. АНДРЮЩЕНКО, Ю. Ф. КУШТА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## Защемлена грижа передньої черевної стінки з сумнівною життєздатністю тонкої кишки: чи є альтернатива резекції?

V. P. ANDRIUSHCHENKO, YU. F. KUSHTA

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

### INCARCERATED HERNIA OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL WITH DOUBTFUL VIABILITY OF THE SMALL INTESTINE : DOES ALTERNATIVE OF RESECTION EXIST?

Защемлена грижа передньої черевної стінки... Сумнівна життєздатність петлі тонкої кишки в грижовому мішку... Старечий вік пацієнта з пізнім терміном госпіталізації... Інтоксикаційний синдром... Поєднана супровідна соматична патологія з боку серцево-судинної та дихальної систем... Чинники, які визначають високий ризик операційного втручання в об'ємі резекції тонкої кишки, яку необхідно виконувати в зазначеній субопераційній ситуації згідно з загальноприйнятими канонами невідкладної абдомінальної хірургії. А чи є альтернатива резекції з огляду на те, що досить травматична і тривала операція може призвести до декомпенсації основних життєзабезпечувальних систем організму хворого з вірогідним несприятливим наслідком лікування?

У клініці опрацьовано двоетапну тактику хірургічного лікування защемлених гриж передньої черевної стінки при субопераційній сумнівності життєздатності защемленої кишки у пацієнтів з високим ступенем операційного ризику (старечий вік, істотна супровідна соматична патологія).

Проведений аналіз результатів хірургічного лікування 296 хворих із защемленими грижами передньої черевної стінки. Принцип двоетапного операційного лікування реалізовано у 9 осіб (3,1 %) із загального контингенту пацієнтів. Середній вік даної групи прооперованих складав 81,1 року; чоловіків було 3, жінок – 6. Всі пацієнти прийняті у клініку в пізні терміни від початку захворювання: до 24 годин – один, від 24 до 48 – шестеро, більше за 48 годин – двоє. Верифіковано наступні види защемлених гриж: пахова – 4, стегова – 3, білої лінії живота – 1, післяопераційна вентральна – 1. У 8 госпіталізованих (88,7 %) констатовано наявність поєднаної супровідної соматичної патології в межах декількох життєзабезпечувальних систем.

Всі хворі піддані хірургічному лікуванню за життєвими показаннями з використанням внутрішньовенного наркозу або місцевої анестезії в поєднанні з внутрішньовенним наркозом. У всіх випадках підтверджено наявність защемленої грижі – вмістом грижового мішка була петля тонкої кишки сумнівної життєздатності. Підставою для висновку слугували класичні ознаки: мутний геморагічний випіт, ціанотичний або бурий колір стінки органа, поодинокі або зливні субсерозні крововиливи, наявність странгуляційної борозни, відсутність перистальтики та пульсації судин. Введення новокаїну в корінь брижі та зігрівання кишки до позитивного результату не приводили.

Двоетапна хірургічна тактика полягала у наступному. Через брижу защемленого сегмента тонкої кишки проводили турнікет (м'яка поліхлорвінілова трубочка діаметром 3 мм), який після занурення скомпрометованої петлі кишки у вільну черевну порожнину виводили на передню черевну стінку і фіксували до апоневроза. Герніопластику не виконували. У семи хворих через 24 години і у двох через 48 годин після втручання, в операційній, шляхом виведення в рану петлі кишки за допомогою турнікета здійснювали оцінку її життєздатності. У всіх спостереженнях констатували позитивну динаміку виявлених при первинній операції змін, що засвідчувало життєздатність кишки, яку остаточно занурювали у черевну порожнину і виконували герніопластику. Позитивний результат лікування спостерігали у всіх прооперованих.

Отже, при защемлених грижах передньої черевної стінки зі сумнівною життєздатністю кишки у обмеженої групи хворих з вкрай високим операційним ризиком доцільно використовувати запропоновану тактику двоетапного хірургічного лікування.

Отримано 15.04.13