

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА**

Василевич А.П., Кондратенко Г.Г., Куделич О.А., Неверов П.С.,

Введение. Несмотря на многовековую историю герниологии, проблема хирургического лечения ущемленных грыж (УГ) живота не потеряла своей актуальности, что связано с большим числом рецидивов заболевания, достигающих 40%, и летальностью - 1,4-1,6%.

Причинами неудовлетворительных результатов лечения являются пожилой и старческий возраст пациентов, наличие у них сопутствующих заболеваний, что обуславливает высокую послеоперационную летальность; поздние время обращения в стационар; ущемление полого органа (до 20%), приводящее к острой кишечной непроходимости (ОКН), а в ряде случаев к некрозу участка кишки (12-18%), что отягощает состояние пациента и ограничивает выбор способа пластики; трудности диагностики УГ у пациентов, страдающих ожирением с невосприимчивыми обширными, гигантскими многокамерными грыжами и большими грыжевыми воротами. Всё это заставляет рассматривать УГ не как локальный процесс, а как сложное заболевание, обусловленное множеством отягощающих факторов.

Цель исследования. Изучить диагностику и непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами живота.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения пациентов с ущемленными грыжами брюшной полости в отделении экстренной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в период с 01.10.2014 по 01.10.2019 г. Общее число поступивших с грыжами живота различной локализации составило 792, из них с наличием ущемления было 283 пациента. В экстренном порядке по поводу ущемлённых грыж оперированы 160 пациентов (1-я группа). У 123 пациентов после ущемления наступило самопроизвольное вправление, что потребовало динамического наблюдения за этой категорией больных (2-я группа), выполнения операций по требованию (при развитии перитонита, ОКН) или в интервале по медицинским показаниям.

Результаты и обсуждение. Диагностика ущемленной грыжи в типичных случаях была не сложной. При опросе выясняли, что у больного в области грыжевого выпячивания внезапно появилась резкая боль, которая возникала чаще в момент физического напряжения и не стихала. При осмотре грыжевое выпячивание не вправлялось в брюшную полость, было плотным и болезненным, грыжевые ворота не определялись, симптом «кашлевого толчка» был отрицательным. Со временем при ущемлении петли кишки появлялась клиника кишечной непроходимости. Однако у пожилых пациентов, страдающих ожирением II-IV степени, с бедренными и невосприимчивыми многокамерными грыжами больших размеров клиническая картина ущемления не всегда бывала отчетливой. Кроме того, ущемлённые бедренные грыжи обычно небольших размеров, самостоятельно не вправлялись и у тучных пациентов их трудно было обнаружить при осмотре. Нередко это становилось причиной запоздалой госпитализации, вы-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

нуждало проводить дополнительные диагностические мероприятия для определения показаний к срочной операции. Рентгеноконтрастное исследование в таких случаях позволяло определить наличие кишечника в грыжевом мешке, состояние его петель (раздувшиеся или спавшиеся), перистальтику, а также наличие признаков ОКН. Одним из объективных методов диагностики в ургентной ситуации явилось УЗИ, которое у 80% больных позволило выявить вид и характер ущемления, наличие жидкости в грыжевом мешке, размер грыжевых ворот и даже жизнеспособность ущемленного органа. При диагностической неопределенности для дифференциации острой абдоминальной хирургической патологии проводили компьютерную томографию (КТ) с болюсным усилением.

В 1-й этой группе пациентов средний возраст составил $60 \pm 1,4$ лет, женщин было 90(55,4%), мужчин – 70(44,6%). Время от начала ущемления до поступления в больницу составило менее 6 часов у 23(14,4%) пациентов, с 7 до 24ч – у 81(50,6%) и позднее 24 часов – у 56(35%). Среднее время нахождения в приёмном отделении 55 минут.

По анатомической локализации наблюдались следующие грыжи живота: а) *белой линии* – 11(6,9%) пациентов (из них с развитием ОКН без некроза участка кишки – 3(27,3%)); б) *послеоперационные* – 30(18,7%) случаев (из них некроз тонкой кишки и ОКН развилась у 6(20%)); в) *бедренные* – 21(13,1%) наблюдение (из них у 10(47,6%) была гангрена тонкой кишки и ОКН); г) *паховые* – 44 (29,4%) пациента (у 3(6,8%) из них наблюдался некроз участка подвздошной кишки, ОКН и ещё у 5(11,4%) некроз пряжи большого сальника); д) *пупочные и параумбиликальные* – 47(29,4%) и 7(4,4%) случаев соответственно (у 7(13%) пациентов развился некроз тонкой (6) и поперечно-ободочной (1) кишок с непроходимостью и перитонитом; е) *спигелиевой линии* – 1(0,6%) пациент без некроза грыжевого содержимого.

Рецидивные грыжи различной локализации имели место у 17(10,8%) пациентов. Большинству пациентов 1-й группы пластика грыжевых ворот выполнялась местными тканями и различными способами. При ущемлении больших и гигантских многокамерных послеоперационных грыж завершение операции сопровождалось полным или частичным иссечением грыжевого мешка, всех фиброзных перегородок и ушиванием только брюшины и кожи с подкожной клетчаткой. Это необходимо для профилактики фатального абдоминального компартмент-синдрома и перитонита. Закрытие дефекта брюшной стенки проводили вторым этапом и в плановом порядке. Условий для «ненатяжной» пластики сетчатым протезом наблюдалось не всегда, и она применена только у 5(3,1%) пациентов.

Резекция кишки с анастомозом «бок в бок» произведена у 26 пациентов и у 1 пациента с гангреной ободочной кишки была сформирована трансверзостома. Умерло в этой группе 2-е пациентов, летальность – 1,25%.

Во 2-й группе пациентов средний возраст составил $66 \pm 1,5$ лет. Женщин было 62(50,4%), мужчин – 61(49,6%). Время от начала ущемления до поступления в больницу составило менее 6 часов у 13 (10,57%) пациентов, с 7 до 24ч – у

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

68(55,3%) и позднее 24 часов – у 42(34,1%). Среднее время нахождения в приёмном отделении составило 50 минут.

По анатомической локализации были выявлены ущемления следующих грыж живота: *белой линии* – 6(4,9%), *послеоперационных* в различных областях передней брюшной стенки – 31(25,2%), *пупочных* – 19 (15,4%), *паховых* – 60 (48,8%) и *бедренных* – 8 (5,7%). В 5 (6,7%) случаях грыжи были *рецидивными*. У 1 (0,8%) больного с ущемленной паховой грыжей после самопроизвольного вправления развились явления ОКН, что потребовало выполнения срочного оперативного вмешательства. Из пациентов 2-й группы оперировано 74 (60,2%), большинству из них выполнена натяжная пластика грыжевых ворот местными тканями. Пластика грыжевых ворот сетчатым имплантом использована у 15(12,2%) пациентов. Умер в этой группе 1 пациент, летальность – 0,81%.

Как видно из представленных данных, обе группы пациентов были относительно однородны и сопоставимы по возрасту, гендерным характеристикам, длительности ущемления до поступления в стационар ($p > 0,005$). Отсутствие самопроизвольного вправления грыж живота в ранние сроки после ущемления привело к развитию некроза кишки и большого сальника, ОКН в 22% наблюдений. Наиболее часто эти осложнения выявлены при бедренных и гигантских многокамерных послеоперационных грыжах у пожилых людей с избыточным весом – 18,7% и 47,6% соответственно, с летальностью – 1,25%. У 35% пациентов возникновение грыж брюшной полости было связано с ранее выполненным оперативным вмешательством.

Выводы. Таким образом, приведенные данные показывают, что: трудности диагностики и лечения ущемления бедренных и гигантских многокамерных послеоперационных грыж живота возникли у возрастных пациентов с избыточным весом. Это привело к поздней госпитализации пациентов – 85,6%, вынуждало проведение дополнительных диагностических исследований (УЗИ, КТ и др.), явилось причиной развития некроза кишки и ОКН – 22% с летальностью – 1,25%. В структуре пациентов с ущемленными грыжами чрезвычайно высока доля послеоперационных и рецидивных грыж, что указывает на необходимость дальнейшего изучения вопросов в выборе способов пластики грыжевых ворот.