

## **УЩЕМЛЕННЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

***Василевич А.П., Кондратенко Г.Г., Куделич О.А., Альнадфа М.Н.,  
Есепкин А.В., Ачылов Б.Ч.***

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Грыжи живота относятся к одним из распространенных заболеваний в абдоминальной хирургии, заболеваемость ими составляет 50 на 1000 населения в год, а самым грозным осложнением является ущемление, которое встречается в 10-17% случаев. Несмотря на многовековую историю герниологии, проблема хирургического лечения ущемленных грыж (УГ) не потеряла своей актуальности, что связано с большим числом рецидивов болезни и высокой летальностью (до 3% и выше).

**Цель исследования.** Анализ и оценка результатов хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами живота для выявления проблемных вопросов и путей их решения.

**Материалы и методы.** В основу исследования положен опыт хирургического лечения 332 пациентов с ущемленными грыжами брюшной полости, которые находились в 1-м хирургическом отделении УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с 2014 по 2019 гг., 2023 и в 1-ом квартале 2023 года. Женщин было 200(60,2%), мужчин – 132(39,8%). Возраст пациентов колебался от 28 до 94 лет: до 60 лет – 99(29,8%), 61-70 лет – 100(30%) и старше -133(40%). Из 206 пациентов были оперированы в экстренном порядке впервые 2-4 часа вне зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, длительности ущемления и локализации грыжи. И еще у 85 пациентов при поступлении имелись обоснованные сомнения о наличии ущемления в хирургическом отделении они были подвергнуты экстренному дообследованию для уточнения диагноза. 41 пациент был госпитализирован для динамического наблюдения после самопроизвольного вправления УГ на догоспитальном этапе.

Дополнительные обследования включали - УЗИ, КТ, лапароскопию, и необходимые клинические анализы. Из этой группы (n=126) хирургические вмешательства выполнены у 92 (73%) пациентов.

**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 в последующем не стихала. При осмотре грыжевое выпячивание не вправлялось в брюшную полость, было плотным и болезненным, грыжевые ворота не определялись, симптом «кашлевого толчка» был отрицательным. При наличии ущемленной грыжи с гангреной грыжевого содержимого и воспалением грыжевых оболочек к вышеперечисленным симптомам присоединялись симптомы эндотоксикоза,

лихорадка, локально появлялась гиперемия кожи и отек подкожной клетчатки. При ущемлении петли кишки со временем развивалась клиника острой кишечной непроходимости (ОКН). Однако у пожилых пациентов, страдающих ожирением II-IV степени, с бедренными и невправимыми 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. Довольно часто сложности возникали при диагностике ущемления, развившегося на фоне невправимой послеоперационной многокамерной грыжи. Нередко это становилось причиной запоздалой госпитализации, вынуждало проводить дополнительные диагностические мероприятия для определения показаний к срочной операции. Одним из объективных методов диагностики в ургентной ситуации явилось УЗИ с цветным доплером, 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 с другой острой абдоминальной хирургической патологией проводили экстренную компьютерную томографию (КТ) с болюсным усилением.

В случае невозможности полностью исключить ущемление при невправимой грыже больших размеров сомнение трактовали в пользу ущемления и выполняли срочное грыжесечение. В 3-х случаях проводили дифференциальную диагностику с «ложным ущемлением» или грыжей Брока. Такая ситуация возникла при затекании в грыжевой мешок воспалительного экссудата при остром холецистите, аппендиците и распаде опухоли ректосигмоидного отдела ободочной кишки. При таких ситуациях грыжа увеличивалась в размерах, становилась болезненной и напряженной.

В группе экстренно оперированных пациентов время от начала ущемления до поступления в больницу составило менее 6 часов у 28(13,6%) пациентов, с 7 до 24 ч – у 102(49,5%) и позднее 24 часов – у 76(37%). Среднее время нахождения пациента в приёмном отделении не превышало 1-го часа.

По анатомической локализации наблюдались следующие грыжи живота:  
*пупочные и параумбиликальные в сочетании с грыжами белой линии* – 75(37,9%) случаев, из них у 9(12%) пациентов развился некроз тонкой (7) и поперечно-ободочной (2) кишок с ОКН и перитонитом, у остальных пациентов имело место ущемление большого сальника (26) и явления динамической кишечной непроходимости (25));

*паховые* – 52 (26,3%) пациента, у 5(9,6%) из них наблюдался некроз участка подвздошной кишки, ОКН и ещё у 8(15,4%) некроз пряди большого сальника;

*бедренные* – 29(14,6%) наблюдений, из них у 11(37,9%) была гангрена тонкой кишки, ОКН и местный перитонит;

*послеоперационные* – 42(21,2%) случая, из них некроз тонкой кишки и ОКН возникли у 7(16,6%) пациентов;

*спигелевой линии* – 1(0,6%) пациент без некроза грыжевого содержимого.

Рецидивные грыжи различной локализации имели место у 26(12,6%) пациентов. Большинству пациентов 1-й группы пластика грыжевых ворот выполнялась местными тканями по традиционным способам. При ущемлении больших и гигантских многокамерных послеоперационных грыж завершение операции сопровождалось тщательной ревизией грыжевого мешка, ликвидацией спаечного процесса, иссечением всех фиброзных перегородок и укрытие грыжевых ворот только брюшиной и фиброзными элементами грыжевого мешка (тип «сэндвич»), подкожной клетчаткой и кожей. Это было необходимо для профилактики фатального абдоминального компартмент-синдрома и перитонита. Закрывание дефекта брюшной стенки проводили вторым этапом и в плановом порядке. Условия для применения «ненатяжной» пластики сетчатым протезом были не всегда, и она применена только у 9(3,1%) пациентов.

Резекция кишки с анастомозом «бок в бок» произведена у 36 пациентов и у 1 пациента с гангреной ободочной кишки была сформирована трансверзостома. Умерло в этой группе 4-е пациента, летальность – 1,9%.

В группе пациентов, госпитализированных после самопроизвольного вправления или с сомнительной клиникой ущемления, средний возраст составил  $66 \pm 1,5$  лет. Время от начала ущемления до поступления в больницу составило менее 6 часов у 21 (16,6%) пациентов, с 7 до 24ч – у 61(54,8%) и позднее 24 часов – у 44(34,9%).

По анатомической локализации были грыжи *белой линии* – 6(4,7%), *пупочные* и *параумбиликальные* – 29 (23%), *паховые* – 46 (36,5%), послеоперационные – 39(31%) и *бедренные* – 8 (6,3%). Из них оперировано 92 пациента. При грыжесечениях выявлено, что наиболее часто ущемлялся большой сальник - 71 %, у 18% - петли тонкой кишки и сальник, реже угол мочевого пузыря, сигмовидная слепая кишка с червеобразным отростком. Некроз стенки кишки развился у 5-и пациентов - при паховой (2), бедренной (1) и послеоперационной (2) грыжах, что потребовало выполнения резекции измененного участка кишки. Большинству пациентам этой группы выполнена пластика грыжевых ворот местными тканями, сетчатый протез применен у 15(12%), включая 1-н случай лапароскопической герниопластики. Умерли в этой группе 3 пациента, летальность – 2,4%. 34 пациента были выписаны из стационара без оперативного лечения под наблюдения врачей поликлиники в удовлетворительном состоянии. Это пациенты, у которых УГ была вправлена самостоятельно в ранние сроки после ущемления и при динамическом наблюдении осложнений не возникло, но был самоотказ или противопоказания к грыжесечению в тот период.

Из 7 умерших с УГ причинами смерти были: несостоятельность швов кишечных соустьев и перитонит (3), инфаркт миокарда (1), тромбоэмболия легочной артерии (1), сепсис и полиорганная недостаточность (1), ИБС и полипатия у пациентки 94 лет.

Как видно из представленных данных, особого внимания заслуживает вопрос о послеоперационных грыжах. Отмечается увеличение их частоты среди прочих форм, они достигают больших размеров, и ущемление их протекает особенно тяжело с развитием внутрибрюшной гипертензии, полиорганной недостаточности. Среди 7 больных, умерших от УГ, 5 имели послеоперационную ущемленную грыжу.

Трудности диагностики и лечения УГ возникали у пациентов, страдающих ожирением, сахарным с невраправимыми большими, гигантскими многокамерными грыжами и большими грыжевыми воротами. Пожилой и старческий возраст пациентов, наличие у них сопутствующих заболеваний обуславливал тяжелое течение послеоперационного периода, что обуславливало увеличение летальности.

Заслуживает также внимания фактор, определяющий прогноз, - время доставки заболевших в стационар. Так, пациенты с УГ были доставлены в первые часы 6 часов – 14%, до суток - 49% и больше 24 часов - 37 %. Все 7 умерших пациентов с УГ были доставлены позже 24 часов.

Всё это заставляет рассматривать УГ не как локальный процесс, а как сложное заболевание, обусловленное множеством отягощающих факторов.

#### **Выводы.**

1. Вероятность возникновения такого жизнеугрожающего осложнения, как некроз кишки, ОКН значительно выше при определенных локализациях УГ (бедренная и большая невраправимая послеоперационная), а также при больших сроках поступления в стационар и выполнения операции позже 6 часов.

2. В структуре пациентов с ущемленными грыжами чрезвычайно высока доля послеоперационных и рецидивных грыж, что указывает на необходимость дальнейшего совершенствования техники пластики грыжевых ворот.

3. Большая доля (70%) пациентов пожилого и старческого возраста, позволяет считать лечение УГ проблемой не только хирургической, но и гериатрической, а расширение плановой хирургической помощи этим больным является существенным резервом в профилактике возможных ущемлений.