

УДК 617.55-007.43-089-06-07-08

*И.Е. Верхулецкий, Ф.К. Папазов, А.Ф. Медведев, А.Г. Осипов,
Н.А. Синенцов, В.В. Волков, И.Г. Чертков*

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Оперированы 63 больных по поводу ущемленных послеоперационных вентральных грыж, из которых 14,9% были лица в возрасте до 60 лет и 84,1% – больные пожилого и старческого возраста с грыжевым анамнезом от 4 до 30 лет. С момента ущемления в клинику поступили до 1 суток 25 человек и от 1 до 11 суток – 38 больных. Причиной поздней госпитализации были поздняя обращаемость больных за медицинской помощью и диагностические ошибки на догоспитальном этапе. У 21 больного с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами малых и средних размеров проблем с оперативным вмешательством не было и все они выздоровели. Из 42 больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами больших размеров у 24 оперативное вмешательство заключалось в устранении ущемления и необходимой манипуляции на ущемленном органе, но без грыжепластики – умерли 2 больных. У 18 больных оперативное вмешательство завершилось грыжепластикой, в результате которой резко повысилось внутрибрюшное давление и у 6 больных наступила острая сердечно-легочная недостаточность с летальным исходом. Рекомендовано при больших ущемленных послеоперационных вентральных грыжах у больных пожилого и старческого возраста воздерживаться от выполнения грыже пластики.

Ключевые слова: грыжа, ущемленная, послеоперационная, вентральная, грыжепластика.

Ущемленные послеоперационные вентральные грыжи встречаются у 2,0-10 от общего количества больных, оперированных по поводу ущемленных грыж живота различных локализаций. Большинство больных это люди пожилого и старческого возраста, перенесшие в прошлом оперативное вмешательство по поводу острой хирургической или гинекологической патологии. Через различное время после операции по мере нарастания дряблости передней брюшной стенки, появления запоров и затруднения мочеиспускания, способствующих повышению внутрибрюшного давления, появляются грыжи от малых до средних и больших размеров. Наличие спаечного процесса как в брюшной полости, так и в грыжевом мешке, особенно при появлении невправимой грыжи, способствует возникновению симптомов, характерных и для ущемленной грыжи и для спаечной кишечной непроходимости, что создает определенные диагностические трудности. [1, 4-8].

По данным М.Н. Яцентюк и Н.П. Флеметинского (1989) в отличие от малых паховых и бедренных грыж, при послеоперационных малых грыжах живота в окружности у краев грыжевых ворот передней брюшной стенки часто формируются спайки, фиксирующие органы брюшной полости и препятствующие их сме-

щению и выходу через грыжевые ворота, чем и обеспечивается малая склонность к ущемлению послеоперационных грыж небольших размеров. У таких больных ущемление развивается только при кратковременном значительном физическом напряжении и не представляет каких-либо диагностических затруднений. Однако у тучных больных с малыми грыжами не всегда удается выявить достоверные признаки ущемления и даже обнаружить грыжевое выпячивание. В подобных случаях остро возникающая боль в области послеоперационного рубца, усиливающаяся при физическом напряжении или в вертикальном положении больного позволяет предположить наличие ущемленной грыжи.

Ю.Т. Коморовский и И.Г. Климяк (1980) отмечают, что диагностические ошибки возникают в случаях, если ущемление происходит на фоне предшествующей хронической частичной спаечной послеоперационной кишечной непроходимости с длительными запорами и с резким болевым синдромом. При этом ущемление может быть принято за очередной приступ динамической кишечной непроходимости, что в свою очередь ведет к ошибочному назначению консервативного лечения.

Некоторые хирурги считают, что грыжи

больших размеров редко ущемляются. Это объясняют большими грыжевыми воротами, амортизирующей ролью сальника, фиксацией содержимого грыжевого мешка и другими факторами. Однако И.А. Ерюхин с соавторами (1983), М.Н. Яцентюк (1986) и другие авторы, располагая большим опытом хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, отмечают, что послеоперационные вентральные грыжи больших размеров у больных старше 60 лет отличаются особой склонностью к ущемлению. Причиной этого авторы считают несоответствие величины грыжевого содержимого и размеров грыжевых ворот, многокамерное строение грыжевого мешка и наличие в нем рубцовых перетяжек, значительное смещение, перегибы, рубцово-спаечные сдавления, сужения и возрастные изменения кишечника, периодически сопровождающиеся его частичной непроходимостью. При таких грыжах ущемление носит каловый характер и возникает непосредственно после обострения частичной кишечной непроходимости. Этим объясняется постепенное начало и медленное усиление явлений ущемления. Такой механизм развития и характер ущемления значительно затрудняет диагностику его. Только явления кишечной непроходимости, увеличение напряжения и болезненность грыжевого выпячивания, наличие газа и уровня жидкости в петлях кишечника, расположенных в грыжевом мешке, у большинства больных позволяют диагностировать ущемление и ставить вопрос об экстренном оперативном вмешательстве.

При небольших послеоперационных ущемленных грыжах без выраженных расстройств общего состояния, оперативное вмешательство проводится без интенсивной предоперационной подготовки.

У больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами больших размеров обязательна интенсивная предоперационная подготовка в течение 2 часов, направленная на борьбу с интоксикацией и сердечно-легочными расстройствами.

В выборе характера и объема хирургического вмешательства при ущемленных вентральных грыжах небольших размеров, которые чаще наблюдаются у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний, обычно проблем не возникает. Однако

выбор оптимального варианта операции при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах больших размеров у лиц пожилого и старческого возраста при пролонгации времени в связи с допущенными ошибками в диагностике представляет сложную задачу. Для ее решения необходим индивидуальный подход с учетом общего состояния больного, сопутствующих заболеваний, степени нарушения функциональной деятельности органов и систем. При тяжелом общем состоянии таких больных единственно допустимой операцией может быть только устранение ущемления, необходимой манипуляции на ущемленном органе и без пластики грыжевых ворот [9].

Материал и методы

В течение 20 лет с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами в клинике оперировано 63 больных – 4,5% от общего количества оперированных по поводу ущемленных грыж живота различных локализаций. Женщин было 47 (76,6%), мужчин – 16 (23,4%), из которых в возрасте до 60 лет – 10 (15,9%) и старше 60 лет – 53 (84,1%) больных с грыжевым анамнезом от 4 до 30 лет. Грыжи малых и средних размеров были у 21 (33,3%), а больших размеров у 42 (66,7%) больных. 19 больных с грыжами малых и средних размеров поступили в клинику в первые сутки с момента ущемления, в то время как абсолютное большинство больных с грыжами больших размеров – 38 человек поступили на 2 – 11 сутки с момента ущемления грыжи. При этом 24 человека слишком поздно обратились за медицинской помощью, а у 14 больных были допущены диагностические ошибки на догоспитальном этапе.

При грыжах малых и средних размеров вначале ущемления появлялась боль в области грыжевого выпячивания, затем тошнота, рвота, задержка стула и газов. Грыжевое выпячивание болезненно при пальпации, напряжено, неврагиво, кашлевой толчок не определяется. У некоторых больных в более поздние сроки при появлении кишечной непроходимости состояние значительно ухудшилось, нарастала тахикардия, понижалось артериальное давление. Язык становился сухой, живот ассиметричный, положительные симптомы Валя, Кивуля, Склярова.

При ущемлении больших послеоперационных вентральных грыж с большими грыжевыми воротами болевой синдром развивался медленно, иногда носил схваткообразный характер. В связи с наличием у большинства больных подобных явлений с благоприятным исходом в прошлом, они не обращались своевременно за медицинской помощью, а поступали в клинику с большой пролонгацией времени в тяжелом состоянии, когда невозможно дифференцировать ущемление грыжи от кишечной непроходимости, что можно подтвердить одним из таких наблюдений:

Больная 62 лет, 6.04.92 поступила в клинику с диагнозом острая кишечная непроходимость. Заболела 4.04.92, когда после физического напряжения появились незначительные боли в животе и в области грыжевого выпячивания. Больная принимала обезболивающие, однако интенсивность болей медленно нарастала, а через 2 суток они стали схваткообразными, появились тошнота и рвота, задержка стула и газов. Каретой скорой помощи доставлена в клинику. 10 лет назад перенесла операцию по поводу перекрученной кисты придатков матки. Через 6 месяцев после операции появилась послеоперационная вентральная грыжа, которая периодически ущемлялась, но больная сравнительно легко вправляла ее самостоятельно. 4 года назад грыжа стала невправимой. Иногда после физического напряжения появлялись боли в области грыжи, которые вскоре прекращались после приема обезболивающих. Более 8 лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда. Общее состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 96 в 1 мин., АД 100/80 мм рт.ст. Язык суховат, покрыт белым налетом. Живот слегка вздут, болезнен в области пупка. Между пупком и лобком выпячивание до 15 см в диаметре, упруго-эластической консистенции, слегка болезненное при пальпации. Кожа над выпячиванием не изменена. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости отмечены 2 чаши Клойбера. Диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость? Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа? В течение 2 часов проведена интенсивная предоперационная подготовка. Операция: В грыжевом мешке рубцово измененный большой сальник, срощен-

ный со стенками мешка. В верхней части мешка между его стенкой и сальником ущемлена кишечная петля. Острым путем сальник отделен от грыжевого мешка. Высвобождена ущемленная часть тонкой кишки, которая в 1 м от илеоцекального угла на протяжении 10 см явно нежизнеспособна. Резекция 80 см кишки с наложением анастомоза «бок-в-бок». Резекция $\frac{2}{3}$ рубцово измененного сальника. Грыжевые ворота до 10 см в диаметре, пластика их не произведена. Наложены швы на грыжевой мешок и на края раны. Послеоперационное течение тяжелое. В результате проведения интенсивной комплексной терапии наступило выздоровление.

Следовательно, слишком позднее обращение больной за медицинской помощью способствовало значительному ухудшению ее состояния, когда сложно было поставить точный диагноз. Однако адекватное тактическое решение вопроса относительно оперативного вмешательства нивелировало неточность диагностики.

Отказ от герниопластики во время операции мотивирован общим тяжелым состоянием больной, наличием сердечной патологии и большими размерами грыжевых ворот, при ушивании которых значительно повысилось бы внутрибрюшное давление с последующим развитием сердечно-легочной недостаточности.

Результаты и обсуждение

При ущемленных послеоперационных вентральных грыжах малых размеров с диаметром грыжевых ворот до 3 см, из 9 больных у 7 был ущемлен сальник, а у 2 – петля тонкой кишки. У 3 человек наступил некроз ущемленного сальника, который был резецирован в пределах здоровых тканей, а у 2 отмечен некроз ущемленной кишечной петли – произведена резекция 80 см тонкой кишки с наложением анастомоза бок в бок.

При ущемленных послеоперационных грыжах средних размеров с диаметром грыжевых ворот до 8 см, из 12 больных у 9 было ущемление пряди сальника и петли тонкой кишки одновременно, а у 3 – только ущемление сальника. У 3 больных выявлен некроз сальника, который был резецирован в пределах здоровых тканей. У 6 больных с подозрением на нежизнеспособный участок ущемленной петли,

произведена резекция кишки на протяжении 80 см с наложением анастомоза бок в бок. В этих двух группах больных летальных исходов не было.

Из 42 больных с большими послеоперационными вентральными грыжами у 38 ущемлены были сальник и петля тонкой кишки, а у 4 – сальник и часть толстой кишки. Некроз сальника отмечен у 12 больных с одновременным некрозом ущемленной тонкой кишки – у 8 больных и с одновременным некрозом ущемленной толстой кишки – у 2 больных. Произведены резекция сальника и резекция тонкой кишки на протяжении 80 см с наложением анастомоза бок в бок и резекция толстой кишки с формированием колостом. Из этой группы оперированных умерли 9 человек в результате прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности. 8 умерших были пожилого и старческого возраста с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем и ожирением III-IV степени, поступившие в клинику в крайне тяжелом состоянии на 2-4 сутки с момента ущемления.

Лишь одна больная в возрасте 53 лет поступила в клинику в крайне тяжелом состоянии на 11 сутки с момента ущемления послеоперационной вентральной грыжи. Причиной столь поздней госпитализации были как поздняя обращаемость больной за медицинской помощью, так и просмотренный диагноз участковым врачом на догоспитальном этапе.

Из всех больных с большими ущемленными вентральными грыжами грыжепластика не произведена у 24, находившихся в тяжелом состоянии, из которых умерли 2 человека. У 18 больных выполнена грыжепластика, после которой наблюдалось очень тяжелое течение послеоперационного периода со смертельным исходом у 6 человек в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности. Таким образом, проблема диагностики и лечения ущемленных послеоперационных вентральных грыж является наиболее актуальной в герниологии. При этих ущемлениях клиническая картина заболевания и хирургическая тактика часто не однозначны. Они зависят от длительности заболевания, продолжительности ущемления, размеров грыжи, возраста больных и наличия сопутствующих заболеваний.

Выводы

1. Клиническая картина ущемленной по-

слеоперационной вентральной грыжи нередко идентична клинической картине частичной спаечной кишечной непроходимости, чем и обусловлены трудности в диагностике этого осложнения.

2. Активная хирургическая тактика даже при подозрении на ущемление послеоперационной вентральной грыжи способствует предупреждению пролонгации времени ущемления и возможных неблагоприятных исходов.

3. При больших ущемленных послеоперационных вентральных грыжах у больных пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующих заболеваний следует ограничиться устранением ущемления и оценкой состояния ущемленного органа, но без выполнения грыжепластики.

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ ЗАЩЕМЛЕНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

І.Є. Верхулецький, Ф.К. Папазов, А.Ф. Медведенко, О.Г. Осипов, М.А. Синяпунов, В.В. Волков, І.Г. Чертков

Оперовано 63 хворих з приводу защемлених післяопераційних вентральних гриж, з яких 14,9% були особи віком до 60 років і 84,1% – хворі літнього та старечого віку з грижовим анамнезом від 4 до 30 років. З моменту защемлення до клініки вступили до 1 доби 25 осіб і від 1 до 11 діб – 38 осіб. Причиною пізньої госпіталізації було пізнє звернення хворих за медичною допомогою та діагностичні помилки на до госпітального етапу. У 21 хворого з защемленими післяопераційними вентральними грижами малих і середніх розмірів проблем з оперативним втручанням не було і всі вони одужали. З 42 хворих з защемленими післяопераційними вентральними грижами великих розмірів у 24 оперативне втручання полягало в усуненні защемлення та необхідності маніпуляції на защемленому органі, але без грижопластики; з них померло 2 хворих. У 18 хворих оперативне втручання закінчилося грижопластиком, у результаті якої різко підвищився внутрішньочеревний тиск, і у 6 хворих настала гостра серцево-легенева недостатність з летальним кінцем. Рекомендовано у разі великих защемлених післяопераційних вентральних гриж у хворих похилого та старечого віку утримуватися від виконання грижопластики.

Ключевые слова: грижа, защемлення, післяопераційна, вентральна, грижопластика.

DIAGNOSTIC DIFFICULTIES AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE STRANGULATED VENTRAL HERNIAS.

I.E. Verkhuletsky, F.K. Papasov, A.F. Medvedenko, A.G. Osipov, V.V. Volkov, I.G. Chertkov

Sixty three patients were operated for strangulated postoperative ventral hernias. Of then, 14,9% were subjects aged before 60 and 84,1% – patients of advanced and old age with a history of hernia from 4 to 30 years.

Twenty five subjects were admitted at the period of up to 1 day after hernia strangulation, while 38 patients – from 1 to 11 days. The reason for their late admission was late visits of the patients to their doctors and diagnostic errors at the prehospital stage. Twenty one patients with strangulated postoperative ventral hernias of a small or medium size had no problems with operative interventions and recovered. Of 42 patients with strangulated postoperative ventral hernias of a large size, 24 underwent operative for elimination of strangulation and an indispensable manipulation on the strangulated organ, but without plastic repair of their hernias, two patients died. In 18 patient operative intervention was completed with plastic repair of their hernias which resulted in a sharply increased intraabdominal pressure, while 6 patients developed acute cardiopulmonary failure with a fatal outcome. It is recommended that in case of large strangulated postoperative ventral hernias in patients of advanced and old age surgeon should refrain from performing plastic repair of hernias.

Key words: hernia, strangulation, postoperative, ventral hernioplasty.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зашемлені грижі / І.Е. Верхулецький, О.Г. Грінцов, Ю.Л. Куніцький [та інш.] – Донецьк, 2003. – 160 с.
2. Ерюхин И.А. Некоторые пути улучшения результатов хирургического лечения больных с грыжами брюшной стенки по материалам городской больницы скорой помощи / И.А. Ерюхин, Ю.П. Богородский, В.В. Алексеев // Вест. Хирургии. – 1983. – № 1. – С. 34-38.
3. Коморовский Ю.Т. Предупреждение врачебных ошибок при ущемленных наружных грыжах живота (методические рекомендации) / Ю.Т. Коморовский, И.Г. Климяк. – Тернополь, 1980. – 26 с.
4. Куніцький Ю.Л. Ущемленные грыжи / Ю.Л. Куніцький, В.П. Танцюра, С.В. Межаков. – Донецк, 2002. – 143 с.
5. Лобачев С.В. Ущемленные грыжи / С.В. Лобачев, О.И. Виноградова // Вест.хирургии. – 1957. – № 3. – С. 62-72.
6. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. / В.С. Савельев. – Москва: «Медицина», 1986. – 606 с.
7. Стручков В.И. Ущемленные грыжи и пути снижения летальности при них / В.И. Стручков. – В кн.: «Ущемленные грыжи. Внематочная беременность» (Тезисы). – Москва, 1957. – С. 4-5.
8. Тоскин К.Д. Грыжи живота / К.Д. Тоскин, В.В. Желтецкий. – М., «Медицина», 1983. – 240 с.
9. Хирургическое лечение ущемленных брюшных грыж и пути его улучшения. / М.П. Череньков, Я.П. Бойков, П.А. Шпита [и др.] // Республиканский межведомственный сборник. – Киев, «Здоровья». – 1989. – вып. 19. – С. 91-95.
10. Яцентюк М.Н. Ущемленные большие и огромные послеоперационные вентральные грыжи у больных пожилого возраста / М.Н. Яцентюк // Вест. Хирургии. – 1986. – № 7. – С. 52-56.
11. Яцентюк М.Н. Клинические особенности и хирургическое лечение ущемленных послеоперационных вентральных грыж / М.Н. Яцентюк, Я.П. Фелештинский // Общая и неотложная хирургия. Республиканский межведомственный сборник. – Киев, «Здоровья». – 1989. – вып. 19. – С. 110-115.

Стаття надійшла 18.03.2011