

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

Ф. Н. Ильченко, Н. Н. Деркач, Н. В. Ляшенко, М. М. Сербул

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь

THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN INCARCERATED POSTOPERATIVE ABDOMINAL HERNIAS

F. N. Ilchenko, N. N. Derkach, N. V. Lyashenko, M. M. Serbul

Ущемленная ПГЖ — сложная и актуальная проблема неотложной хирургии. Заболевание наиболее часто встречается в практике urgentных хирургов. В структуре ущемленных грыж, которые занимают по частоте второе место после острого аппендицита, ущемленные ПГЖ составляют 10 — 18%. Они сопровождаются тяжелыми осложнениями, высокой летальностью. В Украине в среднем летальность при всех формах грыж составляет 2,4 — 2,5%, в отдельных областях — 3,7 — 5,7% [1–4], при ущемленных ПГЖ — увеличивается до 9 — 33% [1, 5–7], что определяет практическую необходимость изучения различных аспектов данной проблемы.

Цель исследования: разработка оптимальной тактики при ущемленных ПГЖ на основании анализа факторов риска возникновения послеоперационных осложнений и неблагоприятного исхода операции у больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 пациентов с ущемленной ПГЖ, у которых выполнены неотложные хирургические вмешательства в хирургических клиниках за период с 2004 по 2014 г.

В историях болезни регистрировали следующие данные: возраст, пол, размер грыжи, особенности клинических проявлений, продолжительность заболевания с момента образования грыжи и ее ущемления, данные анамнеза, сопутствующие заболевания, индекс массы тела, степень операционного риска по классификации ASA (American Society of

Реферат

Проанализированы результаты хирургического лечения 82 больных по поводу ущемленной послеоперационной грыжи живота (ПГЖ). Предложена оптимальная хирургическая тактика в зависимости от наличия факторов риска возникновения послеоперационных осложнений. Обоснован выбор метода операции у больных при различной степени операционного риска.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа живота; ущемление; хирургическая тактика.

Abstract

The results of surgical treatment of 82 patients, suffering incarcerated postoperative abdominal hernia, were analyzed. Optimal surgical tactics, depending on presence of the risk factors for postoperative complications occurrence, was proposed. The choice of operative method in patients with different operative risk, was substantiated.

Key words: postoperative abdominal hernia; incarceration; surgical tactics.

Anesthesiologists), вид анестезии, хирургическое вмешательство и его продолжительность, послеоперационные осложнения, длительность лечения в клинике, летальность.

У каждого пациента установлен класс в соответствии со шкалой ASA [8], которая определяет уровень риска оперативного вмешательства и анестезии. Хирургическое вмешательство выполняли под местной (у 6 больных) или общей (у 76) анестезией в соответствии с функциональным состоянием пациента и заключением анестезиолога. Способ пластики грыжи определял оперирующий хирург. Использовали различные аутопластические и протезирующие "натяжные" и "ненатяжные" способы герниопластики [4, 9, 10].

Результаты проанализированы с учетом длительности лечения больного в стационаре, частоты осложнений, летальности и других факторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Неотложное хирургическое вмешательство по поводу ущемленной ПГЖ выполнено у 756 пациентов, из

них 82 (10,8%) включены в исследование.

Возраст пациентов от 29 до 89 лет, в среднем (63,4 ± 10,3) года, 44 (53,7%) из них были старше 60 лет. Мужчин было 11 (13,4%), женщин — 71 (86,6%). У 19 (23,2%) пациентов выявлена рецидивная грыжа (у 14 женщин и 5 мужчин). Грыжа срединной локализации отмечена у 72 (87,2%) больных, боковой — у 10 (12,8%). У 32 (39,0%) больных по классификации Тоскина — Жебровского [10] грыжа была средних размеров, у 45 (54,9%) — обширная, у 6 (7,3%) — гигантская. Верхнесрединную грыжу чаще отмечали у мужчин, нижнесрединную — у женщин. Боковые грыжи чаще локализовались справа в паховой, подреберной и поясничной областях.

Продолжительность существования грыжи установлена у 44 (53,7%) пациентов. Она составляла от 4 мес до 25 лет, в среднем (7,3 ± 6,5) года. У 18 пациентов грыжа существовала более 10 лет. У 64 (78%) больных грыжа была невправимая.

Наиболее частыми показаниями к неотложной госпитализации пациентов были локальная боль и не-

вправимость грыжевого образования в области послеоперационного рубца — у 70 (83,4%). Нечеткие клинические признаки отмечены у 11 пациентов, что потребовало проведения дополнительных диагностических исследований и наблюдения. У 36 (43,9%) пациентов обнаружены признаки механической непроходимости кишечника. Срок от появления симптомов ущемления до госпитализации от 2 — 4 ч до 5 сут, в среднем $(1,9 \pm 0,7)$ сут. В сроки до 24 ч от появления симптомов госпитализированы 64 (78,0%) пациента, позже — 18 (12,0%).

Сопутствующие заболевания обнаружены у 62 (75,6%) пациентов, преимущественно хронические сердечно-сосудистые (артериальная гипертензия, кардиоваскулярные расстройства).

У 16 (19,5%) пациентов состояние оценено как II класса по ASA, у 39 (47,6%) — III класса, у 27 (32,9%) — IV класса. Все пациенты, у которых установлен II класс по ASA, живы, III класс — умерли 3% больных, IV класс — 3%.

Содержимым грыжевого мешка явились: тонкая кишка — у 36 (43,9%) пациентов, большой сальник — у 19 (23,1%), толстая кишка — у 1 (1,2%), несколько органов — у 26 (31,7%). При ущемлении кишки у 8 (9,8%) пациентов осуществлена резекция ее некротизированного участка. Из этих больных 6 (75,0%) были старше 65 лет. Резекция тонкой кишки произведена 7 больным, ободочной кишки — 1. При нижнесрединной грыже частота ущемления кишки с ее резекцией больше (у 6 больных), чем при верхнесрединной (у 2).

Радикальные операции (различные аутопластические и протезирующие способы) выполнены у 54 больных, паллиативные ("ненатяжная" паллиативная герниопластика) — у 27. Всего протезирующие способы герниопластики применены у 38 (46,3%) больных, из них паллиативная коррекция произведена у 23 (60,5%), радикальная герниопластика — у 15 (39,5%). Необходимо отметить, что с 2003 г. использование ССМ у больных при ущемленной

ПГЖ является в клинике обязательным. В настоящее время у больных при ущемленной ПГЖ наиболее надежной и соответствующей требованиям неотложной хирургии в плане снижения травматичности считаем протезирующую герниопластику по методу *on lay*. Она технически не сложна, в большинстве ситуаций обеспечивает достаточную стабильность брюшной стенки даже у больных при высокой степени операционного риска.

Из симулированных хирургических вмешательств наряду с герниопластикой аппендэктомия выполнена у 1 больного, тубэктомия — у 1, удаление дивертикула Меккеля — у 1, рассечение спаек в брюшной полости и устранение непроходимости кишечника — у 16 (19,5%) больных. Дополнительная декомпрессионная интубация тонкой кишки с послеоперационным лаважем кишечника и энтеросорбцией произведена 14 больным.

Послеоперационные осложнения возникли у 26 (31,7%) больных: пневмония и экссудативный плеврит — у 2, сердечно-сосудистые расстройства — у 5, острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей — у 1. Местные осложнения заживления раны выявлены у 16 пациентов, из них у 3 — нагноение раны, у 1 — гематома, у 10 — серома, у 1 — эвентрация. У одного больного после операции образовался тонкокишечный свищ, который закрылся самостоятельно. Повторные операции выполнены у 3 больных: у 1 — по поводу эвентрации, у 1 — при возникновении после операции перитонита с некрозом ущемленной кишки, которая до того была признана жизнеспособной; у 1 — при ранней спаечной непроходимости кишечника.

После операции умерли 6 (7,3%) больных, все были старше 65 лет, у всех диагностированы тяжелые сопутствующие заболевания, из них 4 — поздно госпитализированы. Только 1 больной оперирован позже чем через 6 ч после госпитализации.

Причиной смерти были острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность — у 1 больного

при хроническом обструктивном заболевании легких (III класс по ASA); острая сердечно-сосудистая недостаточность в раннем послеоперационном периоде — у 2 (III и IV класс по ASA); тромбоэмболия легочной артерии — у 1 (III класс по ASA); абдоминальный сепсис и полиорганная недостаточность — у 2 пациентов при текущем перитоните, нагноении раны, двусторонней пневмонии (IV класс по ASA).

Длительность лечения в стационаре от 7 до 64 дней, в среднем $(11 \pm 6,7)$ дня, при наличии послеоперационных осложнений она увеличивалась в среднем до $(16,4 \pm 12,2)$ дня. Продолжительность лечения больных в стационаре значительно увеличивалась при возникновении осложнений у пациентов пожилого возраста, длительном (более 10 лет) существовании симптомов заболевания, позднем (позже чем через 24 ч) обращении, наличии сопутствующих заболеваний, высоком классе по ASA, выполнении хирургического вмешательства под общим обезболиванием продолжительностью более 2 ч.

Все эти факторы оценены как оказывающие существенное влияние на частоту послеоперационных осложнений.

Различные осложнения выявлены у 12 (75%) пациентов, которым осуществляли обширный висцеролиз и декомпрессионную интубацию кишечника. Этот фактор также определен как оказывающий значительное влияние на осложненное течение послеоперационного периода, он отмечен только у одного из 6 умерших больных.

Также установлено, что летальность лишь в определенной степени соотносится с жизнеспособностью ущемленной кишки. Из 6 умерших больных только у 3 произведена резекция кишечника.

Нами не установлена связь между летальностью и способом герниопластики. Только у одного из умерших больных была выполнена радикальная операция с пластикой грыжевых ворот по Сапежко, у остальных — пластика без натяжения или паллиативная коррекция: у 2 — уста-

новлен полипропиленовый имплантат по методу on lay; у 2 — осуществлена паллиативная коррекция грыжевого дефекта по Тоскину — Жебровскому; у 1 — при флегмоне грыжевого мешка выполнена герниорафия краев грыжевого мешка с наложением провизорных швов на кожу.

Выбор способа герниопластики патогенетически обоснован и направлен на уменьшение неблагоприятного влияния повышения внутрибрюшного давления (ВБД) после грыжесечения на показатели гемодинамики и дыхания. Обоснованность выбора "ненатяжных" методов в таких ситуациях подтверждается тем, что в группе пациентов с сопутствующими заболеваниями старше 65 лет после таких операций отмечено неосложненное течение послеоперационного периода, несмотря на высокий класс по ASA, указывающий на высокий уровень операционного риска. Вместе с тем, летальность достоверно соотносится с классом по ASA ($p < 0,01$), в которой не учитывается травматичность вмешательства.

Не только летальность, но и частота осложнений увеличивалась в зависимости от исходного функционального статуса пациента; они возникли соответственно у 1 (6,3%), 14 (35,9%) и 13 (48,1%) больных (II, III и IV класс по ASA, $p < 0,01$).

На основании анализа собственных результатов и данных литературы предложена такая хирургическая тактика ведения больных при ущемленной ПГЖ.

1. При выборе лечебной тактики необходим дифференцированный подход с учетом клинической формы и продолжительности заболевания, наличия осложнений и класса операционного риска по ASA.

2. Операцию следует выполнять в максимально короткие сроки после госпитализации пациента и проведения адекватной предоперационной подготовки. При нечетких клинических признаках заболевания необходимо проводить динамическое наблюдение, активно использовать для дифференциальной диагностики дополнительные методы

исследования, в том числе ультразвуковое исследование брюшной стенки и брюшной полости.

3. При выполнении операции у больных по поводу ущемленной ПГЖ необходимо выбирать наименее травматичный, но в то же время достаточно надежный способ операции для обеспечения стабильности передней брюшной стенки в послеоперационном периоде. Этим требованием соответствует протезирующая герниопластика по методу on lay. При удовлетворительном физическом состоянии больного возможно применение метода протезирующей герниопластики sub lay. Осуществление аутопластики при ущемленной обширной и гигантской ПГЖ нецелесообразно в связи с высоким риском возникновения рецидива заболевания.

4. У больных при III и IV классе операционного риска по ASA патогенетически обосновано использование паллиативных ("без натяжения") способов герниопластики. Этот метод также обоснован при осложнении ущемленной ПГЖ острой непроходимостью кишечника и перитонитом, в том числе при интубации кишечника. Противопоказанием к ее использованию является флегмона грыжевого мешка и брюшной стенки.

5. В целях прогнозирования и ранней диагностики нарушений гемодинамики и дыхания герниопластику у больных по поводу ущемленной ПГЖ целесообразно выполнять под контролем ВБД во время операции с последующим мониторингом после нее. Выбранный метод должен обеспечивать уменьшение неблагоприятного влияния повышения ВБД после грыжесечения на жизненно важные функции организма вследствие возможного формирования компартмент синдрома.

6. После операции пациентам показаны профилактика и коррекция нарушений гомеостаза и экстраабдоминальных заболеваний, применение антибиотиков и дезинтоксикационной терапии, в том числе с использованием энтеросорбентов, активное ведение операционной раны.

Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста обуславливает большую частоту осложненных форм заболевания. Опасность выполнения плановой операции у больных пожилого возраста со сложными формами ПГЖ особенно велика, поэтому очевидна тенденция в практическом здравоохранении оперировать их только по нетложным показаниям. Между тем, дряблость тканей брюшной стенки, склонность к запору и повышение с возрастом ВБД способствуют быстрому увеличению объема грыжевого выпячивания, что, в сочетании с образованием спаек, чревато возникновением таких осложнений, как ущемление и спаечная непроходимость кишечника.

ВЫВОДЫ

1. Выявление до операции факторов риска, способствующих возникновению послеоперационных осложнений и летальности, позволяет определить группу пациентов с ПГЖ высокого риска и на основании этого выбрать оптимальную хирургическую тактику и метод операции.

2. По мере прогрессирования заболевания резервные компенсаторные возможности организма пациентов при ПГЖ к стрессу, метаболическим расстройствам, нарушениям деятельности жизненно важных органов и систем значительно снижаются. Функциональная несостоятельность гомеостаза при таких состояниях, особенно у больных пожилого возраста, требует более активной предоперационной подготовки и своевременного раннего выполнения адекватного оперативного вмешательства, что, однако, не исключает неблагоприятного исхода.

3. Оптимальным способом профилактики ущемления ПГЖ является своевременное выполнение плановой операции, в том числе у пациентов при высоком риске по классификации ASA, поскольку при возникновении ущемления проблема степени операционного риска приобретает основное значение для исхода операции.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахматов Д. Ф. Оптимизация тактики хирургического лечения ущемленных грыж живота у пожилых больных / Д. Ф. Ахматов, С. Х. Захидова, Х. К. Карабаев // Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: материалы междунар. конф. — М., 2006. — С. 184 — 186.
2. Барков А. А. Особенности диагностики и лечения ущемленных послеоперационных грыж / А. А. Барков, К. Н. Мовчан // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1995. — № 2. — С. 37 — 39.
3. Бойко В. В. Диагностические, тактические и лечебные ошибки при ущемленных грыжах / В. В. Бойко, М. Н. Далавурак, Ф. П. Воробьев // Харк. хірург. школа. — 2004. — № 1 — 2. — С. 76 — 77.
4. Фелештинський Я. П. Післяопераційні грижі живота / Я. П. Фелештинський. — К., 2012. — 200 с.
5. Мариев А. И. Хирургическая тактика и лечение послеоперационных вентральных грыж у лиц пожилого и старческого возраста / А. И. Мариев, Н. Д. Ушаков, Е. В. Агапитова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1997. — № 4. — С. 108 — 109.
6. Ольшанецкий А. А. Особенности диагностики и лечения послеоперационных грыж / А. А. Ольшанецкий, В. К. Глазунов // Харк. хірург. школа. — 2004. — № 1 — 2. — С. 93 — 94.
7. Unusual diagnoses presenting as incarcerated inguinal hernia: a case report and review of literature / D. Bunting, R. Harshen, M. Ravichandra, P. Ridings // Int. J. Clin. Pract. — 2006. — Vol. 60, N 12. — P. 1681 — 1682.
8. Mens W. ASA Physical Classifications: a study of consistency of ratings / W. Mens, J. Felts, E. Spitznagel // Anesthesiology. — 1978. — N 49. — P. 239 — 243.
9. Жебровский В. В. Атлас операций при грыжах живота / В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко. — Симферополь: Эльиньо, 2004. — 315 с.
10. Тоскин К. Д. Грыжи брюшной стенки / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. — М.: Медицина, 1990. — 269 с.

