Особливості хірургічного лікування защемлених післяопераційних гриж живота великих і гігантських розмірів

Сміщук В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Обґрунтування. Защемлення післяопераційних гриж живота (ПГЖ) великих і гігантських розмірів трапляється в 6,2-25,1 % випадків. Серед пацієнтів із защемленням ПГЖ переважають особи похилого та старечого віку. Клінічний перебіг защемлених ПГЖ залежить від величини грижового випинання та його локалізації, характеру та строку защемлення, тяжкості супутніх захворювань. При ПГЖ великих і гігантських розмірів із багатокамерним мішком защемлення може відзначатися в одній із камер, що утруднює діагностику. Летальність при защемленні ПГЖ у осіб похилого та старечого віку становить 25-30 %.

Мета. Описати особливості хірургічного лікування защемлених ПГЖ.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел із цього питання.

Результати та їх обговорення. Особливостями механізму защемлених ПГЖ є еластичне, пристінкове, калове та ретроградне защемлення. Еластичне защемлення виникає при різкому підвищенні внутрішньочеревного тиску, за якого грижові ворота надмірно розтягуються, а при зниженні внутрішньочеревного тиску скорочуються та стискають органи, що перебувають у грижовому мішку. У разі ретроградного защемлення защемлюється й некротизується та петля кишківника, що розташована в черевній порожнині. За умови пристінкового защемлення защемлюється стінка кишки, протилежна брижі. Калове защемлення виникає в результаті стиснення в грижових воротах вивідної петлі переповненою змістом привідною. Запідозрити защемлення ПГЖ дає змогу гострий біль, який виникає в ділянці післяопераційного рубця під час фізичного навантаження. Із метою диференційної діагностики виконуються оглядова рентгенографія й ультразвукове дослідження черевної порожнини. Основним принципом лікування защемлених ПГЖ є термінова операція. Обов'язковим є проведення короткочасної передопераційної підготовки

протягом 2 годин. Передопераційна підготовка передбачає детоксикацію (сольові розчини, Реосорбілакт, «Юрія-Фарм»), корекцію водно-електролітного обміну та порушень із боку серцево-судинної та легеневої систем, профілактику тромбоемболічних ускладнень. Життєздатність защемленої петлі визначають за її кольором, станом брижі, реакцією на подразнення теплим сольовим розчином. За нежиттєздатності тонкої кишки проводять її резекцію з видаленням привідної петлі, відступаючи на 30-40 см від зони некрозу, й відвідної петлі, відступаючи на 20 см від зони некрозу, з подальшим накладанням анастомозу бік-у-бік або кінець-у-кінець. За нежиттєздатності товстої кишки здійснюється її резекція у вищевказаних межах із виведенням проксимального відділу у вигляді колостоми. Промивання рани на етапах герніотомії, герніопластики та перед дренажуванням і зашиванням проводиться розчином Декасан («Юрія-Фарм») в об'ємі 800-1200 мл залежно від площі ранової поверхні. При флегмоні грижового мішка виконують лапаротомний доступ за межами запального процесу, резекцію некротизованого органа, а потім видаляють грижовий мішок із його вмістом. Після санації розчинами антисептиків (Декасан) і дренажування черевної порожнини її закривають власними тканинами. Алопластика в таких випадках протипоказана.

Висновки. 1. При защемленні ПГЖ великих і гігантських розмірів показано термінове оперативне лікування після короткочасної передопераційної підготовки. 2. Хірургічне лікування таких защемлень необхідно виконувати шляхом роз'єднання анатомічних компонентів черевної стінки в поєднанні з алопластикою. 3. При защемлених ПГЖ великих і гігантських розмірів у разі вкрай тяжкого стану пацієнта операція спрямована на ліквідацію защемлення без пластичного закриття дефекту.

Ключові слова: післяопераційні грижі живота, защемлення, алопластика, автопластика.

Features of surgical treatment of strangulated postoperative abdominal large and giant hernias

Smishchuk V.V.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Background. Strangulation of postoperative abdominal hernias (PAH) of large and giant size occurs in 6.2-25.1 % of cases. Elderly and senile patients predominate among patients with strangulation. The clinical course of strangulated PAH depends on the size of the hernial protrusion and its location, the nature and duration of strangulation, and the severity of comorbidities. In PAH of large and giant sizes with a multi-chamber bag, strangulation can occur in one of the chambers, which makes it difficult to diagnose. Mortality from PAH strangulation in the elderly and senile patients is 25-30 %.

Objective. To describe the features of surgical treatment of PAH strangulation.

Materials and methods. Analysis of literature sources on this issue.

Results and discussion. Strangulations can be elastic, parietal, fecal and retrograde. Elastic strangulation occurs when there is an acute increase in intra-abdominal pressure, during which the hernia gate is excessively stretched, and when the intra-abdominal pressure is reduced, the organs in the hernia sac are compressed. In retrograde compression, the intestinal loop in the abdominal cavity is strangulated

and necrotized. Under conditions of parietal compression, the intestinal wall opposite the mesentery is strangulated. Fecal strangulation occurs as a result of compression of the efferent loop by the overfilled afferent loop. Acute pain that occurs in the area of the postoperative scar during exercise allows to suspect PAH strangulation. For the purpose of differential diagnosis, radiography and ultrasound examination of the abdominal cavity are performed. The main principle of treatment of strangulated PAH is to carry out an urgent surgery. Short-term preoperative preparation for 2 hours is mandatory. Preoperative preparation includes detoxification (saline solutions, Reosorbilact, "Yuria-Pharm"), correction of fluid and electrolyte metabolism and disorders of the cardiovascular and pulmonary systems, prevention of thromboembolic complications. The viability of the strangulated loop is determined by its color, the condition of the mesentery, and the reaction to irritation with warm saline. If the small intestine is not viable, it is resected with removal of the afferent loop at the distance of 30-40 cm from the necrosis zone and the efferent loop at the distance of 20 cm from the necrosis zone, followed by creation of a side-to-side or end-to-end

anastomosis. If the large intestine is not viable, it is resected within the above limits with the formation of colostoma. At the stages of herniotomy, hernioplasty and before drainage and suturing antiseptic washing is performed with a help of Dekasan ("Yuria-Pharm"); 800-1200 ml are used depending on the area of the wound surface. When there is a phlegmon of the hernia sac, one should perform laparotomy outside the inflammatory process, resect the necrotized organ, and then remove the hernia sac with its contents. After washing with antiseptics solutions (Dekasan) and drainage of the abdominal cavity, it is covered with the own tissues. Alloplasty is contraindicated in such cases.

Conclusions. 1. Strangulations of PAH of big and giant sizes require urgent surgery after short preoperative preparation. 2. Surgical treatment of such strangulations should be performed with separation of the anatomical components of the abdominal wall in combination with alloplasty. 3. In case of strangulation of PAH and extremely severe condition of the patient, operation is aimed at the elimination of strangulation without defect closure.

Key words: postoperative abdominal hernias, strangulation, alloplasty, autoplasty.

Особенности хирургического лечения защемленных послеоперационных грыж живота крупных и гигантских размеров

Смищук В.В.

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Обоснование. Защемление послеоперационных грыж живота (ПГЖ) крупных и гигантских размеров имеет место в 6,2-25,1 % случаев. Среди пациентов с защемлением ПГЖ преобладают лица пожилого и старческого возраста. Клиническое течение защемленных ПГЖ зависит от величины грыжевого выпячивания и его локализации, характера и срока защемления, тяжести сопутствующих заболеваний. При ПГЖ крупных и гигантских размеров с многокамерным мешком защемление может иметь место в одной из камер, что затрудняет диагностику. Летальность при защемлении ПГЖ у лиц пожилого и старческого возраста составляет 25-30 %.

Цель. Охарактеризовать особенности хирургического лечения защемленных ПГЖ.

Материалы и методы. Анализ литературных источников касательно данного вопроса.

Результаты и их обсуждение. Особенности механизма защемленных ПГЖ являются эластичное, пристеночное, каловое и ретроградное защемление. Эластичное защемление возникает при резком повышении внутрибрюшного давления, при котором грыжевые ворота чрезмерно растягиваются, а при снижении внутрибрюшного давления сокращаются и сжимают органы, находящиеся в грыжевом мешке. При ретроградном защемлении защемляется и некротизируется петля кишечника, находящаяся в брюшной полости. При пристеночном защемлении защемляется стенка кишки, противоположная брыжейке. Каловое защемление возникает в результате сжатия в грыжевых воротах выводной петли приводной петель, переполненной содержимым. Заподозрить защемление ПГЖ позволяет острая боль, возникающая в области послеоперационного рубца при физической нагрузке. С целью дифференциальной диагностики проводятся обзорная рентгенография

и ультразвуковое исследование брюшной полости. Основным принципом лечения защемленных ПГЖ является срочная операция. Обязательным является проведение кратковременной предоперационной подготовки в течение 2 часов. Предоперационная подготовка предусматривает детоксикацию (солевые растворы, Реосорбилакт, «Юрия-Фарм»), коррекцию водно-электролитного обмена и нарушений со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем, профилактику тромбоэмболических осложнений. Жизнеспособность защемленной петли определяют по ее цвету, состоянию брыжейки, реакции на раздражение теплым солевым раствором. При нежизнеспособности тонкой кишки проводят ее резекцию с удалением приводящей петли, отступая на 30-40 см от зоны некроза, и отводящей петли, отступая на 20 см от зоны некроза, с последующим наложением анастомоза бок-в-бок или конец-в-конец. При нежизнеспособности толстой кишки осуществляется ее резекция в вышеуказанных пределах с выводом проксимального отдела в виде колостомы. Промывание раны на этапах герниотомии, герниопластики и перед дренированием и зашиванием проводится раствором Декасан («Юрия-Фарм») в объеме 800-1200 мл зависимо от площади раневой поверхности. При флегмоне грыжевого мешка выполняют лапаротомный доступ за пределами воспалительного процесса, резекцию некротизированного органа, а затем удаляют грыжевой мешок с его содержимым. После санации растворами антисептиков (Декасан) и дренирования брюшной полости ее закрывают собственными тканями. Аллопластика в таких случаях противопоказана.

Выводы. 1. При защемлении ПГЖ крупных и гигантских размеров показано срочное оперативное лечение после кратковременной предоперационной подготовки.

2. Хирургическое лечение таких защемлений необходимо выполнять путем разъединения анатомических компонентов брюшной стенки в сочетании с аллопластикой. 3. При защемленных ПГЖ крупных и гигантских размеров в случае

крайне тяжелого состояния пациента операция направлена на ликвидацию защемления без пластического закрытия дефекта.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи живота, защемление, аллопластика, аутопластика.