

---

---

## В помощь практическому врачу

---

---

удк 617.55-007.43

### ОСЛОЖНЕННЫЕ ГРЫЖИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ (САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ)

Ю. И. Верушкин<sup>1\*</sup>, кандидат медицинских наук,  
А. Н. Терехов<sup>1</sup>,  
А. М. Фокин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

<sup>2</sup> ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 1

#### РЕЗЮМЕ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных с грыжами различного генеза, оперированных в экстренном порядке в условиях центральной районной больницы и областной клинической больницы. Рассмотрены причины вызова, дана краткая характеристика объема выполненных оперативных вмешательств, отмечены основные факторы, от которых зависят исходы лечения.

**Ключевые слова:** ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи, центральная районная больница, хирургическое лечение, исходы.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): yverushkin@mail.ru

Грыжи – один из наиболее изученных разделов клинической хирургии. Однако методика хирургического лечения этого заболевания пока далека от совершенства.

Цель настоящего исследования – анализ оказания экстренной хирургической помощи специалистами отделения экстренной и планово-консультативной помощи (ОЭПКП) больным с ущемленными грыжами в условиях центральных районных больниц (ЦРБ) и Ивановской областной клинической больницы (ОКБ) для определения путей улучшения результатов хирургического лечения данной патологии.

Проведен анализ 245 случаев хирургического лечения ущемленных грыж различной локализации за период с 1971 по 2011 гг.; среди больных преобладали женщины (72,4%). Лица пожилого и старческого возраста составили 63,7%. Из 245 человек 181 пациент доставлен в ЦРБ бригадой неотложной помощи, в последующем 28 больных для проведения лечения были эвакуированы из ЦРБ в ОКБ. Оперативное вмешательство в неотложном порядке в условиях ЦРБ было предпринято у 153 человек, в том числе первичное – у 135 больных, повторное, при диагностике ранних послеоперационных осложнений – у 18 (табл.). Оперативная активность в ЦРБ составила 84,5%. В анализ были

также включены 92 пациента (включая 28 человек, переведенных из ЦРБ), прооперированных в условиях специализированного отделения ОКБ по экстренным и отсроченным показаниям (табл.).

Причинами вызова хирурга-консультанта в ЦРБ являлись отсутствие в данном учреждении необходимого специалиста, трудности диагностики осложнений на фоне тяжелой сопутствующей патологии, особенно у больных старшего возраста. Диагностические и тактические ошибки хирургов ЦРБ, выявленные в 20,6% наблюдений, были связаны с тяжестью состояния больных; отмечены случаи позднего вызова специалиста и отказ от проведения оперативного вмешательства до приезда хирурга. Ошибки в тактике ведения пациентов консультантами ОЭПКП отмечены в 2,4% случаев.

Каждый второй пациент был госпитализирован в хирургическое отделение в сроки от 24 до 48 часов от начала заболевания. Как правило, оперативное вмешательство выполнялось консультантами через 1–2 часа с момента прибытия в хирургическое отделение ЦРБ. Оно задерживалось лишь при необходимости проведения дополнительной предоперационной подготовки с целью коррекции электролитного и белкового обмена, выявленных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем. У 54 больных

Таблица. Характеристика прооперированных больных

Вид грыжи	Всего	Число прооперированных пациентов (в т. ч. умерших), абс.		
		в ЦРБ (n = 153)		в ОКБ (n = 92)
		первично	повторно	
Всего наблюдений	245 (25)	135 (18)	18 (4)	92 (3)
Ущемленные грыжи, в том числе:	227 (25)	122 (18)	17 (4)	88 (3)
послеоперационные вентральные грыжи	98 (12)	72 (9)	4 (2)	22 (1)
паховые	55(3)	23 (3)	6 (0)	26 (0)
бедренные	26 (6)	10 (3)	7 (2)	9 (1)
диафрагмальные	6 (2)	4 (1)	–	2 (1)
пупочные	29 (0)	6 (0)	–	23 (0)
белой линии живота	10 (1)	4 (1)	–	6 (0)
прочие грыжи	3 (1)	3 (1)	–	–
Послеоперационные вентральные грыжи без ущемления	18 (0)	13 (0)	1 (0)	4 (0)

предоперационная подготовка была проведена до приезда консультанта.

Среди причин вызовов хирургов ОЭПКП по поводу грыж чаще встречались послеоперационные вентральные грыжи (58,7% от общего числа вызовов), возникшие после ранее проведенных операций, в том числе по поводу травматических повреждений органов брюшной полости (24,7% послеоперационных вентральных грыж), гинекологических операций (29,6%), ликвидации кишечной непроходимости (23,4%), несколько реже – по поводу пупочных грыж (16,1%). У подавляющего большинства госпитализированных имело место осложненное течение грыж. Из первично оперированных 72 больных у 26 (36,1%) ущемление сочеталось с кишечной непроходимостью, у 32 (44,4%) – некрозом петель тонкого кишечника с развитием перитонита; в 11 случаях отмечена перфорация петель кишечника, у 3 человек – образование кишечного свища.

Ущемленные грыжи, осложненные спаечной кишечной непроходимостью, перитонитом, флегмоной передней брюшной стенки, являются абсолютными показаниями к проведению экстренных оперативных вмешательств в условиях хирургического отделения ЦРБ. При осложненных формах грыж как для хирурга ЦРБ, так и для врача-консультанта ОЭПКП грыжесечение представляет серьезные трудности, одна из которых – закрытие грыжевых ворот после устранения ущемления. В нашей практике операцией выбора при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах являлась пластика дефекта апоневроза местными тканями с наложением П-образных швов путем образования апоневротической или мышечно-апоневротической дубликатуры. В 14 наблюдениях лапаротомная рана была ушита узловыми швами, из них в 6 случа-

ях, ввиду эвентрации петель кишечника, потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства с наложением П-образных швов. У 2 пациентов при флегмоне грыжевого мешка и подлежащих тканей передней брюшной стенки операция сводилась к рассечению грыжевого кольца с иссечением некротических тканей и дренированию флегмоны несколькими дренажами. У 3 больных при обнаружении опухоли кишечника наряду с грыжесечением пришлось выполнять резекцию кишки с опухолью с формированием кишечного свища.

В ходе операции чаще обнаруживалось ущемление тонкой кишки и участка большого сальника. Правильно оценить состояние ущемленной кишки и решить вопрос о ее резекции бывает порой непросто, ибо малейшее сомнение в жизнеспособности кишки до сих пор считается веским основанием для резекции. Нежизнеспособная кишка резецирована у 76 пациентов, при этом у 39 из них операция заканчивалась наложением кишечного свища, у 37 – резекцией кишки в пределах жизнеспособных тканей с наложением первичного межкишечного анастомоза. Повторно были прооперированы 33 пациента: у 9 больных развившиеся осложнения были обусловлены техническими ошибками, у 7 – прогрессированием перитонита, у 13 – развитием спаечной тонкокишечной непроходимости, у 4 – наличием внутрибрюшного кровотечения. Во всех наблюдениях потребовалась релапаротомия. При выявлении несостоятельности швов межкишечного анастомоза операция ограничивалась наложением одно- или дуоствольного кишечного свища. При разлитом фибринозно-гнойном перитоните после ликвидации его источника проводилась тщательная санация и дренирование брюшной полости, при непроходимости кишечника – ликвидация

причины с обязательным трансназальным дренированием (интубацией) петель тонкого кишечника вплоть до илеоцекального угла. Во всех случаях оперативное вмешательство заканчивалось наложением П-образных швов на апоневроз с тщательным дренированием лапаротомной раны.

До сих пор остается нерешенным вопрос лечебной тактики при самостоятельном вправлении грыжевого содержимого в брюшную полость до госпитализации больного в стационар или во время его подготовки к проведению экстренной операции. Решение о необходимости подобной операции принимается исходя из клинической картины, срока, прошедшего с момента ущемления, и объективных данных, полученных при наблюдении за больным. Самостоятельное вправление грыжевого мешка в свободную брюшную полость не всегда гарантирует хороший результат без оперативного вмешательства, а своевременно проведенная операция, напротив, помогает избежать ряда послеоперационных осложнений. При диагностике ущемленных грыж хирурги-консультанты особое внимание обращают на своевременное проведение диагностического рентгенологического исследования, которое не всегда выполнимо при оказании неотложной помощи в условиях ЦРБ.

Ошибочным считаем и отказ в проведении плановой операции грыжесечения лицам пожилого и старческого возраста. Именно в этой возрастной группе при ущемленных грыжах наблюдается максимальное число осложнений (до 82%), как местных, так и системных, а летальность достигает 45%. Лучшей профилактикой ущемления является своевременное проведение плановых операций по поводу свободных грыж различной локализации. По нашим данным, 28 пациентам ранее было отказано в ЦРБ в проведении подобных оперативных вмешательств из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, ожирения и гигантских грыж различной локализации, 12 пациентам было отказано в плановой операции в специализированном гастроэнтерологическом

отделении ОКБ. В конечном итоге это приводило к выполнению операции в экстренном порядке по жизненным показаниям, с развитием различных тяжелых осложнений. Считаем, что больных с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами следует госпитализировать в специализированные отделения, и оперативное вмешательство у них должны проводить в плановом порядке специалисты высокой квалификации. Решение об отказе в операции должно быть принято коллегиально группой хирургов после тщательного клинического обследования в условиях областного центра.

Летальный исход наступил у 26 больных. В ЦРБ среди первично оперированных больных послеоперационная летальность составила 8,9%, среди повторно оперированных – 21,1%. Среди всех умерших преобладали больные пожилого и старческого возраста (71,2%). Основными причинами летального исхода при ущемленных грыжах явились прогрессирование перитонита (11 наблюдений), несостоятельность швов анастомоза (4), кишечная непроходимость (5), полиорганная недостаточность (3). В большинстве случаев оперативное вмешательство было выполнено в поздние сроки от начала заболевания. Летальность среди больных, оперированных в условиях ОКБ, составила 3,2%.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что осложненные грыжи различного генеза представляют определенные трудности для хирургов ЦРБ и хирургов ОКМП как в диагностическом, так и в лечебно-тактическом аспекте. Отказ хирургов поликлинического приема в госпитализации больным с гигантскими грыжами в специализированное отделение считается тактически неоправданным. Высокая послеоперационная летальность среди больных, оперированных в условиях ЦРБ, связана с поздним обращением за медицинской помощью, ошибками в диагностике осложнений, поздним вызовом консультанта, отказом хирургов в проведении планового оперативного вмешательства у грыженосителей.

---

#### COMPLICATED HERNIA IN SURGICAL PRACTICE OF EMERGENCY, ELECTIVE AND CONSULTATIVE AID UNIT (AIR AMBULANCE)

Yu. I. Verushkin, A. N. Terekhov, A. M. Fokin

##### ABSTRACT

Case histories in patients with hernia of different genesis who undergone emergency surgical operations in district hospitals and regional hospitals were retrospectively analyzed. The causes of the calls were considered, brief features of the performed operative interventions were given, general factors which influenced the outcomes of the treatment were marked. The necessity of elective hospitalization in patients with postoperative ventral hernia was proved.

**Key words:** strangulated postoperative ventral hernia, emergency and elective consultative medical aid, district hospital, surgical treatment, outcomes.