

ВИБІР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАЩЕМЛЕНОЇ СТЕГНОВОЇ ГРИЖІ

В.В.Власов, А.І.Суходоля, С.Р.Микитюк

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. – д.м.н. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна клінічна лікарня

Біля 1 % оперативних втручань у нашій країні виконується з приводу стегнової (СГ) та пахвинної грижі (ПГ) [1]. З-поміж усіх гриж СГ защемлюється частіше (в 20-79,5% випадків) і їй належить 4,3% гострої хірургічної патології [2]. Защемлена стегнова грижа (ЗСГ) відноситься до різновиду кишкової непрохідності, що зумовлює високий відсоток діагностичних (3,5-30%), тактичних (до 47,5%) та лікувально-технічних помилок (10-17%) [3]. Частіше ЗСГ спостерігається у людей літнього і старечого віку (54-65%) з поєднаною хронічною патологією [4]. З ростом числа хворих літнього віку пов'язано збільшення кількості операцій, під час яких виконується резекція тонкої кишки (ТК) до 10,8% [5]. Кожен п'ятий пацієнт із ЗСГ госпіталізується пізніше 24 годин з моменту захворювання [6]. Чверть летальних випадків при герніотомії припадає на СГ із загальною летальністю 2,3-6,4%, а у людей літнього віку – до 8,9 % [7].

Мета дослідження. Провести аналіз наслідків хірургічного лікування хворих на ЗСГ для визначення адекватності вибору оперативного доступу та оперативного прийому залежно від терміну защемлення, вмісту грижового мішка, стану і віку хворого, наявних ускладнень.

Матеріал і методи. У хірургічній клініці Хмельницької обласної лікарні проліковано 92 хворих на ЗСГ віком від 23 до 83 років, з них 85 (92,4%) хворих – літнього і старечого віку. Для динамічного спостереження після самостійного вправлення ЗСГ госпіталізовано 18 пацієнтів. Серед грижonoсіїв більшість (83,7%) становили жінки, співвідношення до чоловіків – 5:1. Правобічну СГ мали 62 (67,4%) хворих. Двобічна СГ діагностована у 1 пацієнта, поєднання СГ та ПГ – 1.

Майже всі хворі мали поєднану патологію. Частіше траплялися захворювання серцево-судинної системи, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, посттромбофлебітичний синдром, цукровий діабет, хронічний панкреатит, холецистит тощо.

Результати дослідження та їх обговорення. У перші 2 год з моменту защемлення госпіталізовано 9 (9,8%) хворих, до 6 год – 17 (18,5%), до 12 год – 11 (12%), до 24 год – 12 (13%). Решта 43 (46,7%) пацієнти поступили ще пізніше, серед них 25 (27%) – після 72 год. Причинами пізньої госпіталізації були несвочасне звернення хворих по медичну допомогу (49), діагностичні та тактичні помилки (17), труднощі діагностики ЗСГ у хворих з надлишковою масою та при малих розмірах СГ. УЗД дозволило детально вивчити топографо-анатомічну структуру шарів пахвинного проміжку, судинної і м'язової ланки, встановити топографію грижового мішка (ГМ) відносно пахвинної зв'язки, стегнових судин та кісток таза, визначити вміст ГМ. УЗД діагностовано 12 защемлених ПГ, кісту підшкірного розтвору, варикозний вузол великої підшкірної вени, 2 ліпоми, гематому в стадії організації, та 3 випадки гострого лімфаденіту пахвинної ділянки, які симулювали ЗСГ.

Поряд з місцевими проявами ЗСГ клініка гострої кишкової непрохідності (ГКН) мала місце у 34 (37%) хворих.

У ургентному порядку виконано 86 операцій. Двоє хворих, що мали тяжку поєднану патологію, утрималися від операції після вправлення ЗСГ. Решта хворих оперовані планово.

Анестезіологічне забезпечення включало спинно-мозкову (9), місцеву анестезію в

поєднанні з нейролептаналгезією (58), загальне знеболювання, в 49 випадках – із використанням міорелаксантів.

У двох хворих на ЗСГ з терміном защемлення менше 2 год та у дванадцяти – від 2 до 12 год, але без ознак ГКН, застосований стегновий доступ (СД). Пахвинний доступ (ПД) використали у 38 хворих із терміном защемлення до 12 год при відсутності клініки ГКН та терміном защемлення до 6 год при початкових проявах ГКН. У одного з цих хворих ЗСГ поєднувалась з ПГ. Вибір ПД суттєво скорочував час і травматичність оперативного втручання. У 15 випадках, коли була підозра на защемлення кишечника (К) або після вправлення ЗСГ, вдавалися до розширення ПД (заява на винахід). Техніка розширення ПД передбачає етапи операції, схожі до методики Руджі-Парлавеччо. Розширення пахвинної герніотомії здійснювали розсіканням пахвинного серпа, передньої стінки піхви прямого м'яза живота (ПМЖ), поперечної фасції та очеревини медіально на 2/3 ширини ПМЖ. Після медіального зміщення ПМЖ утворюється достатній поперечний герніолапаротомний доступ, що дає змогу проводити адекватну ревізію та резекцію К. Після завершення абдомінального етапу операції герніолапаротомну рану пошарово зашивають. У 32 хворих з клінікою ГКН і терміном защемлення понад 6 год, ознаками перитоніту (П) та гнійними ускладненнями (флегмона) з боку ГМ виконали серединну лапаротомію (СЛ). У 19 випадках СЛ додатково розрізали шкіру нижче пахвинної зв'язки для видалення ГМ або дренивання його флегмони (ФГМ). У 67 випадках розширювали гризові ворота (ГВ) розсіканням лакунарної зв'язки.

У 48 (55,8%) спостереженнях виявлено еластичне защемлення петлі тонкої кишки (ТК), з них діагностовано 15 защемлень Ріхтера. З приводу некрозу стінки ТК в ділянці странгуляційної борозни та перфорації кишкової стінки виконано резекцію ТК у 24 (28%) пацієнтів. Защемлення частини великого сальника (ВС) спостерігали в 54 (58,7%) випадках. У 12 хворих виник його некроз, у 17 – ВС був фіксований до внутрішньої поверхні ГМ. Резекцію ВС виконано 26 хворим. У 2 пацієнтів було несправжнє защем-

лення завдяки перекрученню частини ВС в ГМ з його некрозом та розвитком ФГМ. Місцевий серозно-гнійний П встановлено у 4 хворих, розлитий П – 3, ФГМ – 9. Діагностовано 2 защемлення сечового міхура, по одному випадку – придатків матки, червоподібного відростка, петлі сигмоподібної кишки та сальникового привіска.

У хворих на розлитий П після виконання СЛ черевну порожнину (ЧП) промивали антисептиками, робили новокаїнову блокаду брижі К, дренивали ЧП, окрім ділянки з патологічним процесом. З цією метою використовували двоканальні трубчасті дренажі або 2-3 поліхлорвінілові (ПХВ) трубки, які виводили крізь котрапертуру в ХІ міжреберному проміжку по задній пахвовій лінії (для дренивання верхнього поверху ЧП) та в ділянці поперекових трикутників з обох боків (для дренивання нижнього поверху ЧП). Це давало змогу швидко і ефективно видалити екссудат та "промивні води" з ЧП, не витрачаючи на це додаткового часу [8]. Останньою дренивали ділянку першопричини П. Після видалення залишків ГМ або без цього П-подібною лігатурою (ПДС II, Вікріл II) прошивали окістя лобкової кістки, її кінці проводили через пахвинну зв'язку на шкіру. Через стегновий канал, між нитками П-подібного шва, назовні виводили 1-2 ПХВ трубки, якими дренивали порожнину малого таза. Вони також відігравали роль обтуратора в післяопераційному періоді, запобігаючи випаданню внутрішніх органів через неліквідовані ГВ. Трубки фіксували затягуванням П-подібного шва та превентивним зав'язуванням кінців ниток на марлевій кульці бантиком (заява на винахід). Додатково дренивали розтвір підшкірної вени. Під час видалення трубок зі стегового каналу (на 5-7 добу) бантик П-подібного шва розв'язували, дренажі видаляли, а кінці ниток затягували.

У 3 випадках розлитого П застосували програмовану лапаростомію (ПЛ). Операцію закінчували накладанням лапаростоми з наступною ревізією К через 24-48 год.

Нами [9] розроблена методика відстроєного поетапного формування міжкишкового анастомозу після виконання резекції нежиттєздатної частини ТК. Формування анастомозу здійснювали під час 2-3 сеансу ПЛ,

коли життєздатність К не викликала сумніву, зменшувалися або зникали ознаки П, стабілізувався загальний стан хворих. Під час виконання резекції кишки з метою профілактики післяопераційного парезу К і мікробної транслокації (заява на винахід) у відвідну петлю вводили 10-20 мл лактулози (Дюфалак, Нормазе). Усім хворим в післяопераційному періоді здійснювали назоінтестинальне дренивання К. Назоінтестинальний зонд встановлювали на 30-50 см нижче зв'язки Трейтца і видаляли після відновлення функції К.

На підставі аналізу одержаних результатів дослідження визначені такі показання до застосування окремих оперативних доступів. Показаннями до використання СД вважали термін защемлення до 2-4 год, відсутність ознак ГКН та надлишкової маси, наявність тяжкої поєднаної патології в літньому та старечому віці. Перехід на ПД доцільний при сумнівних ознаках життєздатності кишки (ріхтерівське защемлення). Показаннями до застосування ПД при ЗСГ є защемлення від 2 до 12 год при підозрі на защемлення К (за даними ультрасонодоплероскопії) та відсутності ознак ГКН; необхідність ревізії К, тобто стан після вправлення ЗСГ (самостійне або після премедикації чи під час релаксації); тяжкий соматичний стан пацієнта; жіноча стать; поєднання стегнової грижі з пахвинною. Показанням до переходу з пахвинної герніотомії на СЛ вважаємо коротку брижу ТК і спайковий процес, які утруднюють повноцінну ревізію К, виконання адекватної декомпресії та резекції К, накладання міжкишкового анастомозу. СЛ показано хворим на ЗСГ після 12 год з моменту защемлення з клінікою ГКН, П і ФГМ.

У 70 хворих ГВ зашиті традиційними методами, з них за методом Бассіні – 25, Фабріціуса – 1, П-подібними швами за методом Кримова – 12, за методом Руджі-Парла-веччо – 32. Передочеревинну алопластику поліпропіленовою сіткою через ПД виконано у 2 пацієнтів. Під час СЛ у 16 хворих ГВ зашиті вузловими швами зсередини. У 6 хворих з гнійними ускладненнями з боку ГМ пластику ГВ не виконували.

У хворих на ЗСГ, що супроводжувалась ГКН чи П, під час пошарового зашивання ла-

паротомної рани підшкірну жирову клітковину не зашивали. Шкіру зашивали поверхневими швами. Рану дренивали ПХВ трубками у вигляді "частоколу", через які в післяопераційний період обов'язково вводили поліетиленоксидні мазі (левомеколь, левосин, мірамістин). Трубки з підшкірної клітковини видаляли в міру зменшення кількості ранових виділень.

З метою запобігання та лікування гнійно-запальних ускладнень хворим обов'язково призначали антибіотики (інтра- та післяопераційне введення цефазоліну, цефтріаксону, метрогілу тощо). Профілактику тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) проводили в день операції бинтуванням нижніх кінцівок еластичним бинтом, який залишали ще на 4-5 діб, корекцією водно-електролітної рівноваги та призначенням ацелізіну або низькомолекулярних гепаринів (фраксипарину) у відповідних до маси дозах.

Ранні післяопераційні ускладнення з боку рани виявлено в 5 хворих у вигляді сероми, асептичного обмеженого некрозу шкіри – 1, нагноєння – 4. Абсцес черевної порожнини діагностовано в одного хворого, що потребувало релапаротомії.

ТЕУ виникли в 6 хворих (3,6%), яким не проводилася медикаментозна профілактика.

Післяопераційна летальність становить 5,4%. Померло 5 хворих літнього віку з тяжкою поєднаною патологією, госпіталізованих після 24 год від початку захворювання з некрозом ділянки ТК, занедбаною ГКН та П.

Висновки. 1. Лікування защемленої стегнової грижі потребує диференційованого вибору оперативного доступу залежно від терміну защемлення, вмісту грижового мішка та наявних ускладнень. 2. Використання пахвинного доступу і можливість його розширення при лікуванні защемленої стегнової грижі сприяє якісній ревізії, декомпресії, резекції кишечника та уникненню середньої лапаротомії у хворих з тяжкою поєднаною патологією.

Перспективи наукового пошуку. Перспективою подальшого дослідження є нагальна потреба вдосконалення існуючих та розробки нових методів діагностики, оперативних доступів і прийомів при лікуванні защемленої стегнової грижі.

Література

1. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клін. хірургія. – 2002. – № 1. – С. 5-9. 2. Антонюк С.М., Ахрэмеев В.Б., Головня П.Ф. и др. Новое в лечении ущемленных бедренных грыж // Матер. I Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. уч. "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота" – К.: НМУ ім. О.О.Богомольця, 2003. – С. 18-19. 3. Мариев А.М., Фетюков А.И. Оперативное лечение паховых и бедренных грыж с использованием предбрюшинного доступа // Вестн. хирургии. – 1990. – Т. 144, № 4. – С. 119-121. 4. Тутченко М.І., Слонецький Б.І., Фелештинський Я.П. Проблеми та перспективи герніології в Україні // Матер. I Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. уч. "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота" – К.: НМУ ім. О.О.Богомольця, 2003. – С. 53-54. 5. Ашхамаф М.К. Причины летальности и ошибки при лечении больных с ущемлёнными грыжами // Хирургия. – 1991. – № 5. – С. 125-127. 6. Браславець В.М., Бондаренко Т.В., Самарець Э.Ф. Хирургия ущемленных грыж // Матер. I Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. уч. "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота" – К.: НМУ ім. О.О.Богомольця, 2003. – С. 33-34. 7. Фелештинський Я.П. Хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста с бедренной грыжей // Клін. хірургія. – 1997. – № 11-12. – С. 23-24. 8. Власов В.В. До методики виконання програмованої лапаростомії і дренивання черевної порожнини в умовах розлитого гнійного перитоніту // Клін. анат. та опер. хірургія. – 2002 – Т. 1, № 2. – С. 43-46. 9. Деклар. пат. № 51082 А Україна. МПК 7А61В17/00. Спосіб накладання міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту / А.І.Суходоля, В.В.Власов, І.О.Козак та ін. – Заявлено 27.12.2001; Опубл.15.11.2002 // Бюл. № 11. – 3 с.

ВИБІР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАЩЕМЛЕНОЇ СТЕГНОВОЇ ГРИЖИ

В.В.Власов, А.І.Суходоля, С.Р.Микитюк

Резюме. Проаналізовано наслідки лікування 92 хворих на защемлену стегнову грижу віком від 23 до 83 років. Людей літнього та старечого віку було 85 (92,4%), жінок – 83,7%, співвідношення до чоловіків – 5:1. Після 24 год з моменту защемлення госпіталізовано 46,7% хворих. Клініка гострої кишкової непрохідності мала місце у 34 (37%) хворих. У 7 хворих діагностовано перитоніт, у 9 – флегмона грижового мішка. Прооперовано 86 хворих. Грижові ворота зашиті алопластично у 2 хворих, аутопластично – 78. Герніопластику не виконували у 6 хворих з флегмоною грижового мішка. Померло 5 (5,4%) хворих. Визначено показання до застосування стегнового, пахвинного і лапаротомного оперативних доступів.

Ключові слова: защемлена стегнова грижа, кишкова непрохідність, перитоніт, діагностика, лікування.

THE CHOICE OF OPERATIVE ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF STRANGULATED FEMORAL HERNIA

V.V.Vlasov, A.I.Sukhodolia, S.R.Mykityuk

Abstract. The result of the treatment of 92 patients with strangulated femoral hernia aged from 23 to 83 years were analyzed. There were 85 persons of elderly and senile age (92.4%), woman constituting 83.7%, the ratio to men being 5:1. After 24 hours since the moment of strangulation 46.7% of the patients were hospitalized. The clinical picture of acute ileus occurred in 34 (37%) patients. 7 patients were diagnosed as having peritonitis, phlegmon of the hernial sac was found in 9 patients. 86 patients were operated. Hernial hili were sutured alloplastically in 2 patients, autoplastically in 78 patients. Hernioplasty was not performed in 6 patients with phlegmon of the hernial sac. Five patients (5.4%) died. The evidence for using femoral, inguinal laparotomic operative approaches were determined.

Key words: strangulated femoral hernia, intestinal obstruction, peritonitis, diagnostics, treatment.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnitsia),
Regional Hospital (Khmelnitskyi)

Надійшла в редакцію 11.05.2004 р.