Федотова Е.В.^{1,2}, Эрлих А.В.², Луашева О.В.²

Ущемленные грыжи в структуре срочной абдоминальной хирургии больницы скорой медицинской помощи

¹ФГБОУ ВО «Северный Государственный Медицинский Университет»
(Россия, Архангельск)

²ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница №2 скорой медицинской помощи»
(Россия, Северодвинск)

doi: 10.18411/sr-10-04-2019-63

idsp: sciencerussia-10-04-2019-63

Сохраняющаяся высокая летальность у больных с ущемленными грыжами, несмотря на проводимые многочисленные исследования, обуславливает актуальность проблемы данной патологии. Ранняя диагностика и своевременное выполнение оперативного вмешательства у больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами, особенно у лиц пожилого и старческого возраста являются одной из самых сложных проблем в неотложной абдоминальной хирургии [1,3,4].

Ущемленные грыжи - причина окклюзионных некрозов кишечника и относятся к разряду очень серьезных и опасных клинических ситуаций и могут поражать любой участок желудочно-кишечного тракта [6]. Отсутствие лечения приводит к летальному исходу, который, в зависимости от причины некроза, может достигать по данным разных авторов от 67% до 92% [2,8,9]. Оперативное лечение данной патологии у 33,3% пациентов осложняется синдромом короткой кишки с 10% летальностью [6,7].

Цель нашего исследования — определить причины и исходы некрозов кишечника при ущемленных грыжах у пациентов городской больницы скорой помощи.

Материалы и методы:

Предмет исследования: кишечник. Объект исследования: пациенты с некрозом кишечника. Проведен ретроспективный анализ 87 историй болезни пациентов, пролеченных в 1 хирургическом отделении ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница №2 Скорой медицинской помощи» 2010 по 2015 годы. За критический уровень статистической значимости принимали уровень $p < 0,005$. Данные анализировались с применением программы STATA. Средний возраст пациентов $69,1 \pm 15,0$ (P_{25-75} : 95,7-100; $d = 0,08$), нижняя граница возраста 31 год. Женщины – 49 случаев (56,3%), средний возраст $71,5 \pm 16,04$ (P_{25-75} : 92,7-100; $d = 0,1$) нижняя граница возраста 31 год. Мужчины – 38 пациентов (43,7%), средний возраст $65,9 \pm 13,2$ (P_{25-75} : 90,8-100; $d = 0,1$) нижняя граница возраста 34 года (таблица №1). Между полом и возрастом пациентов определяется высокая степень частоты связи $r = 0,5$; $p = 0,005$.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту.

Возрастные группы	Оба пола			Пол					
				мужчины			женщины		
	абс	%	95%ДИ	абс	%	95%ДИ	абс	%	95%ДИ
30-39	5	5,7	2,5-12,8	3	7,9	—*	2	4,1	—*
40-49	7	8,1	4,0-15,7	1	2,6	—*	6	12,3	5,7-24,2
50-59	12	13,8	8,1-22,6	9	23,7	13,0-39,2	3	6,1	—*
60-69	18	20,7	13,5-30,4	10	26,3	15,0-42,0	8	16,3	8,5-29,0
70-79	25	28,7	20,3-39,0	12	31,6	19,1-47,5	13	26,5	16,2-40,3
80 и>	20	23,0	15,4-32,9	3	7,9	—*	17	34,7	22,9-48,7
Все	87	100	95,7-100	38	100	90,8-100	49	100	92,7-100

Примечание: * $n \times p < 5$, ДИ не рассчитывался;

Результаты

Второй причиной по частоте встречаемости среди некрозов кишечника являются ущемленные грыжи 24 пациента - 27,6% (P25-75:20,3 – 39,0) и уступают лишь мезентериальным тромбозам - 46,0% случаев (P25-75: 32,7- 53,0). Спаечная болезнь брюшной полости привела к некрозу кишки у 8,0% больных (P25-75: 4,0-15,7), в остальных 18,4% случаев причинами некроза кишечника были: панкреонекроз, множественные ранения кишечника, неспецифический язвенный колит, онкопатология различной локализации, гинекологическая патология, сепсис, эндотоксический шок (P25-75: 13,5- 30,4) (рисунок 1).

Рисунок 1 – причины некрозов кишечника.

Женщины -15 случаев (60,0%), мужчины – 10 (40,0%) при среднем возрасте пациентов $8,7 \pm 16,5$ лет. Все пациенты доставлены в стационар по срочным показаниям, но на догоспитальном этапе диагноз устанавливается у 60,0 % обратившихся за медицинской помощью. Среди первичных диагнозов фигурирует: острый панкреатит, почечная колика, абсцесс передней брюшной стенки, спаечная болезнь брюшной полости. За медицинской помощью пациенты обращаются в среднем через 23,7 часа (t1) от начала заболевания (P25-75: 12,6-34,8 наибольшее значение 96 часов от начала заболевания) и через 19,0 часов (t2) от момента ухудшения состояния (P25-75: 9,2-28,9). Чаще поступали пациенты с ущемленными бедренными грыжами – 29% случаев, ущемленные паховые и ущемленные послеоперационные вентральные грыжи встречаются с одинаковой частотой, реже всего – 4% - диагностированы ущемленные внутренние грыжи, локализация патологического процесса отражена на диаграмме 2.

Рисунок 2 – локализация патологического процесса.

Рисунок 3 – объем оперативного лечения при ущемленных грыжах.

Ущемление осложняется мезентериальным тромбозом в 8,0% случаев. Оперативное лечение применено в 100% случаев, в 92,0 % операция выполнена с применением лапаротомного доступа. В двух случаях (8,0%) операция выполнена внебрюшинным доступом – ущемленная послеоперационная вентральная грыжа: некроз и перфорация подвздошной кишки. - Наружный тонкокишечный свищ; и ущемленная пупочная грыжа, некроз петли тонкой кишки.

Объем оперативного лечения представлен на диаграмме 3. Выполнены резекции кишечника с наложением анастомоза, в 13,04% от всех резекций кишечника при ущемленных грыжах потребовались повторные вмешательства в связи с несостоятельностью анастомозов. Жизнеспособность кишки оценивалась по цвету серозной оболочки, сохранении перистальтики и пульсации висцеральных артерий, капиллярному кровотечению. Границы резекции: 20 см в дистальном и 40 см проксимальном направлении от границы некроза.

Выявлена зависимость между повторными резекциями и возрастом пациентов $Me = 73,0$ года; $df=1$; $\chi^2 = 3,6$; $p = 0,05$, кардиосклерозом $df=1$; $\chi^2 = 4,9$; $p = 0,02$, наличием у пациентов ХОБЛ $df=1$; $\chi^2 = 3,9$; $p = 0,04$, постинфарктным кардиосклерозом $df=1$; $\chi^2 = 7,1$; $p = 0,007$.

Средний койко-день в этой группе пациентов $11,2 \pm 11,4$ дня (наименьшее значение 2, наибольшее 55 дней), на продолжительность влияет: санационные лапаротомии $df=1$; $\chi^2 = 13,5$; $p = 0,007$

Летальность при ущемленных грыжах составляет 28,0%, при послеоперационной летальности – 30,4% и зависит от наличия у пациента атеросклеротического кардиосклероза $df=15$; $\chi^2 = 27$; $p = 0,02$, атеросклеротическим поражением коронарных артерий $df=1$; $\chi^2 = 11,5$; $p= 0,02$, атеросклероз аорты $df=1$; $\chi^2 = 5,3$; $p < 0,000$. Нами не выявлено связи между летальностью и давностью заболевания, локализацией процесса.

Заключение:

Ущемленные грыжи, как причина некроза кишечника составляет 27,6% и уступает лишь мезентериальным тромбозам.

Среди ущемленных грыж с частотой 29,0% встречаются бедренные грыжи, паховые и послеоперационные вентральные ущемленные грыжи составляют по 25,0%, пупочные -17,0%, внутренние 4,0%.

На несостоятельность анастомозов, при некрозах кишечника причиной, которого является ущемленная грыжа, влияет сопутствующая патология: наличие атеросклеротической болезни, а именно - кардиосклероз $df=1$; $\chi^2 = 4,9$; $p= 0,02$, постинфарктный кардиосклероз $df=1$; $\chi^2 = 7,1$; $p= 0,007$ и ХОБЛ $df=1$; $\chi^2 = 3,9$; $p= 0,04$,

Наличие у пациента атеросклеротической болезни влияет на летальность при данной патологии.

Выводы

При лечении пациентов с ущемленными грыжами, осложненными некрозами кишечника, необходимо учитывать сопутствующую патологию, состояние сосудистого русла: наличие атеросклеротического поражения брюшного отдела аорты, непарных висцеральных артерий, степень их сужения, тип кровотока, скорость объемного кровотока.

В диагностический мониторинг для определения границ резекции, особенно при несостоятельности анастомозов необходимо включать ультразвуковую доплерографию для оценки состоятельности кровотока в непарных висцеральных артериях брюшного отдела аорты.

1. Акперов И.А., Химич С.Д., Мартыненко А.П. и соавт. Ранговая оценка факторов риска летальных исходов при ущемленных грыжах//Материалы XVII Международной научно-практической конференции. – С. 127-130.
2. Баешко А.А., Климук С.А., Юшкевич В.А. Острые нарушения брыжеечного кровообращения: этиология, факторы риска и распространенность поражений//Ангиология и сосудистая хирургия. 2004.№4. С.99-114
3. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М., Шалаев С.А. Неотложная хирургия груди и живота. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 512 с.
4. Материалы Российской научно-практической конференции международным участием «Современные аспекты кишечной непроходимости». – Анапа. 18-19 октября 2007. – 380 с.
5. Миннулин М.М., Красильников Д.М., Зайнулин И.В. и соавт. Хирургическая тактика при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью//Практическая медицина. – 2016. – том 1. № 4(96). – С. 130-133.
6. Прямиков А.Д., Хрипун А.И., Шурыгин С.Н. и др., D-димеры в диагностике тромбоза брыжеечных артерий. Анналы хирургии 2010. № 4. С 20-22
7. Хрипун А.И., Шурыгин С.Н., Прямиков А.Д., и др., Обширные резекции кишечника и синдром короткой кишки у больных с острым нарушением мезентериального кровообращения// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – №2. – С. 14-18.
8. Newman T.S., Magnuson T.N., Ahrendt S.A. et al. The changing face of mesenteric infarction//Am. J. Surg. – 1998. – 64. №7. – Р. 611-616.
9. Duron J.J. Peyrard P., Boukhtouch S. et al. Acute mesenteric ischemia changes in 1985-1995// Surgical Research Associations. Chirurgie. – 1998. –123№4. – Р. 335-342.