Выводы

Таким образом, применение реклинирующих устройств, конструктивной особенностью которых является сочетание реклинирующей и стабилизирующей функций, адаптированных под конкретного больного, позволяет проводить эффективную диспансеризацию детей с компрессионными переломами позвоночника I-II-й степени после выписки из специализированного стационара. В результате имеет место ранняя активизация больных, сокращение срока домашнего школьного обучения до 6-ти месяцев (при традиционной методике – 12 мес.) и, как следствие, ранняя активизация пациентов с вышеуказанной патологией, снижение у них психолого-педагогической напряженности.

Литература

1. Андрианов В.Л. Раннее выявление, диспансеризация и лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата: сборник научных трудов института им. Г.И. Турнера. – Л., 1987. – С. 105–109.
2. Андреева Т.М. К установлению инвалидности детям // Проблемы профилактики инвалидности от травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата: Тезисы докладов. – М., 1980. – С. 68–69.
3. Андрушко Н.С., Распопина А.В. Компрессионные переломы позвоночника у детей. – М. : Медицина, 1977. – С. 6–7.
4. Андрющенко О.М., Удин М.Г., Заворова М.С. Лечение постконтузионного миокардиального синдрома у детей с компрессионными переломами тел позвонков // XIV Российский национальный конгресс «Человек и его здоровье», 20–23 октября 2009. – СПб., С. 81–82.
5. Ардашев И.П., Григорук А.А. и соавт. Лечение неосложненных переломов позвоночника // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика и лечение. Международный конгресс, 5–7 октября 2004 г. – М. – С. 15.
6. Аршин В.М. Наши методы медицинской реабилитации в ортопедии и травматологии // Анналы травматологии и ортопедии. – 2008. – № 1. – С. 19–40.
7. Астахова Н.А., Боляев Ю.В., Жила Н.Г. Модифицированный реклинатор для грудопоясничного отдела позвоночника // Удостоверение на рац. предложение № 2470, ДВГМУ, 13.06.2006.
8. Бойков В.П., Марков А.В. Интеграционные процессы в вертебрологии и реабилитации // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика и лечение. Международный конгресс, 5–7 октября 2004. – М. – С. 20.
9. Елистратов С.М. Организация диспансеризации детей с последствиями травм опорно-двигательной системы // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1990. – № 7. – С. 49–51.
10. Елистратов С.М., Воловик В.Е., Тяжелков А.П. и соавт. Диспансеризация детей с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата. Методические рекомендации. – Комсомольск-на/А, 1991. – С. 10–11.

Координаты для связи с авторами: *Астахова Наталья Александровна* – аспирант кафедры детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: Astasha_1982@mail.ru; *Жила Николай Григорьевич* – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: k_chlh@fesmu.ru.

❑❑❑

УДК 616.34-007.43-007.271

В.П. Земляной, Ю.В. Летина, Р.И. Ярулин

ОСОБЕННОСТИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, ул. Кирочная, 41, тел. 8-(812)-303-50-00, e-mail: info@szgmu.ru, г. Санкт-Петербург

Резюме

Исследованы результаты лечения ущемленных наружных грыж живота у 30-ти больных, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 15 пациентов с отечно-асцитическим синдромом в результате обострения хронического вирусного гепатита. Из них прооперировано 14 больных, осложнения ущемленных грыж отмечались у 4-х пациентов, летальный исход наступил в 3-х случаях. В контрольную группу вошли 15 больных без печеночной патологии. Из них прооперировано 15 больных, осложнения ущемленных грыж отмечались у 1-го пациента, летальный исход наступил в 1 случае. Выявлены особенности течения заболевания, наличие и характеристика осложнений в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства, проанализированы причины релапаротомий и летальных исходов. Сделан вывод, что отечно-асцитический синдром

является причиной возникновения и ущемления наружных грыж, основной причиной летальных исходов является декомпенсация хронического гепатита.

Ключевые слова: **ущемленная грыжа, отечно-асцитический синдром, внутрибрюшное давление.**

V.P. Zemlyanoy, Yu.V. Letina, R.I. Yarulin

THE FEATURES OF STRANGULATED HERNIAS IN PATIENTS WITH ASCITIC SYNDROME

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, SH-Petersburg

Summary

The study is based on the results of treatment of strangulated external abdominal hernias in 30 patients, who were divided into the basic (15 patients with ascitic syndrome as a result of exacerbation of chronic viral hepatitis) and control (15 patients without liver pathology) groups. The study group included 15 patients with ascitic syndrome due to exacerbation of chronic viral hepatitis. Of these, 14 patients underwent surgery, complications of strangulated hernias were observed in 4 patients, death occurred in 3 cases. The control group included 15 patients without liver disease. Of these, 15 patients underwent surgery, complications of strangulated hernia occurred in 1 patient, death occurred in 1 case. The features of the disease, the presence and characteristics of complications depending on the time of surgery were identified. The reasons of relaparotomies and fatal outcomes, hospital admission results were analyzed. It is concluded ascitic syndrome is the cause and prejudice to the external hernias, the main cause of death is decompensation of chronic hepatitis.

Key words: **strangulated hernia, ascitic syndrome, intraabdominal ressure.**

Одним из основных факторов, приводящих как к образованию, так и к ущемлению наружных грыж живота, является повышенное внутрибрюшное давление (ВБД) [4]. Данный фактор оказывает значительное патологическое влияние на жизненно важные системы организма [1, 3, 10]. У больных с печеночной патологией главнейшей причиной образования и последующего ущемления наружных грыж в слабых местах передней брюшной стенки, особенно в области пупочного кольца, является повышение ВБД в результате отечно-асцитического синдрома (ОС) [2, 6, 8]. В итоге последствия для организма, связанные с ущемлением грыж (УГ) у данной категории пациентов и у больных без печеночной патологии могут отличаться [5, 6, 7, 9].

Цель – выявить клинические особенности течения УГ у больных с ОС.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базах хирургического отделения клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина и 5-го хирургического отделения городской больницы № 15 г. Санкт-Петербурга. Проведен ретроспективный анализ 30-ти историй болезни больных, средний возраст пациентов составлял 56,7 лет, большинство исследованных (63,3 %) – женщины. Сформированы 2 группы: основная (n=15) – больные с УГ и наличием ОС и группа контроля (n=15) – больные с УГ без ОС. По локализации грыжи распределились следующим образом: пупочная встречалась у 11-ти, паховая – у 1-го, пахово-мошоночная – у 1-го и послеоперационная вентральная – у 2-х больных соответственно в каждой из групп.

У всех больных основной группы причиной ОС являлось обострение хронического вирусного гепатита, для его верификации выполнялось исследование крови на специфические маркеры.

Результаты и обсуждение

При госпитализации больные основной группы поступали в более тяжелом состоянии, что было обусловлено наличием печеночной недостаточности. При этом помимо ОС у 5-ти больных этой группы имелись заболевания сердечно–сосудистой, у 2-х – дыхательной, у 4-х – пищеварительной, у 2-х – мочевыделительной систем, у 1-го пациента имелся сахарный диабет II-го типа. В группе контроля сердечно–сосудистая патология встречалась в 10-ти, дыхательная – в 4-х случаях, у 2-х больных имелось ожирение, у 1-го – сахарный диабет II-го типа. Данные о состоянии больных при госпитализации приведены в таблице.

Таблица

Состояние больных при госпитализации

Тяжесть состояния при поступлении	Основная группа (n=15)	Группа контроля (n=15)
Удовлетворительное	0 (0 %)	9 (60,0 %)
Среднетяжелое	11 (73,3 %)	5 (33,3 %)
Тяжелое	4 (26,7 %)	1 (6,7 %)

ОС чаще наблюдался у больных с неверифицированным гепатитом (5 человек) и гепатитом В (5 человек).

У 12-ти пациентов основной группы ущемление грыжи на фоне ОС произошло во время стационарного лечения в инфекционном отделении в период от 1 до 15 суток. Оперативному вмешательству были подвергнуты 14 человек (93,3 %). У 1-го больного с ОС на фоне неверифицированного гепатита произошло самостоятельное разущемление паховой грыжи, после наблюдения больной выписан с рекомендацией оперативного лечения в плановом порядке. В период до 6-ти часов с момента ущемления прооперированы 7, от 6-ти до 12-ти – 1, от 12-ти до 24-х – 4 и свыше 24-х часов – 1 пациент. В 12-ти случаях операция производилась под эндотрахеальным, в 2-х – под внутривенным наркозом и местной анестезией соответственно.

В группе контроля оперативное вмешательство выполнено у всех пациентов. В период до 6-ти часов с момента ущемления прооперированы 4, от 6-ти до 12-ти – 5, от 12-ти до 24-х – 2 и свыше 24-х часов – 4 пациента. 9 больных прооперированы под эндотрахеальным наркозом, 5 – под местной и 1 – под спинномозговой анестезией.

Осложнения ущемленной грыжи у больных основной группы отмечались у 4-х больных (28,5 %). Клиника острой кишечной непроходимости наблюдалась у

1-го пациента. Данный больной изначально был госпитализирован в профильное отделение по поводу неверифицированного гепатита с ОС. На 3-и сутки стационарного лечения в связи с диспепсическими явлениями, болями в пупочной области он был осмотрен хирургом, выставлен диагноз ущемленной послеоперационной вентральной грыжи (в анамнезе аппендэктомия, устранение спаечной кишечной непроходимости). Выполнена лапаротомия, герниотомия, резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтеро анастомоза и декомпрессией ЖКТ назоинтестинальным зондом. Развитие на 6-е сутки после первичной операции клинической картины перитонита потребовало выполнить релапаротомию, ререзекцию тонкой кишки и лапаростомию (интраоперационно отмечены явления ишемического колита с перфорацией ободочной кишки). На 2-е сутки после повторной операции наступил летальный исход.

Флегмоной грыжевого мешка осложнилось ущемление пупочной грыжи у 1-й больной с ОС на фоне хронического гепатита В. Пациентка прооперирована на 4-е сутки с момента ущемления. Выполнена герниолапаротомия с ревизией органов брюшной полости и резекция большого сальника. Больная выписана на 30-е сутки после операции.

Перфорация грыжевого мешка на фоне его некроза выявлена при ущемлении пупочной грыжи у 2-х больных (с неверифицированным гепатитом и гепатитом В+С). Пациенты прооперированы в сроки 12,5 и 24 часа с момента ущемления, после устранения ущемления и герниотомии выполнена пластика грыжевых ворот по Мейо и Сапежко. Больные выписаны на 5-е и 8-е сутки после операции.

Длительность пребывания в хирургическом отделении больных основной группы составляла в среднем 25 суток. Из них выписано 10 человек. 2-е пациентов с не верифицированным и гепатитом В+С в дальнейшем были переведены в инфекционное отделение для проведения интенсивной терапии с белковой коррекцией. Летальный исход наступил в 3-х случаях. Все больные первоначально были госпитализированы в инфекционное отделение с клиникой ОС, при этом у 1-го пациента верифицирован гепатит С, в 2-х остальных случаях этиологию гепатита выявить не удалось. Ущемление произошло в сроки от 3-х до 13-ти суток стационарного лечения. Двое больных прооперированы по поводу ущемленной пупочной грыжи, при этом у 1-го пациента отмечалась перфорация грыжевого мешка на фоне его некроза, 1 больной прооперирован по поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи. Летальный исход наступил в период от 6-ти до 16-ти часов после оперативного вмешательства, причиной явилась декомпенсация хронического гепатита с развитием полиорганной недостаточности.

В группе контроля осложнение ущемленной грыжи – перитонит на фоне гангрены и перфорации поперечной ободочной кишки – развилось у 1-го больного (6,7 %). Данный пациент госпитализирован с клинической картиной ущемленной послеоперационной вентральной грыжи (в анамнезе операция по типу Гартмана по поводу дивертикулеза толстого кишечника, устранение вентральной грыжи, аппендэктомия). Через 6 часов от начала заболевания выполнена герниолапаротомия с обструктивной резекцией поперечной ободочной кишки, санация и дренирование брюшной полости. Смерть наступила на 1-е сутки после операции, причиной являлась декомпенсация тяжелой соматической патологии (ИБС, гипертоническая болезнь, постоянная форма мерцательной аритмии, бронхиальная астма). Релапаротомий в данной группе не было. Средняя длительность стационарного лечения больных данной группы составила 8 суток.

Выводы

1. Больные с ОС, в том числе находящиеся на лечении по поводу нехирургической патологии, требуют повышенной настороженности в связи с возможностью ущемления имеющихся наружных грыж передней брюшной стенки.

2. Характер осложнений ущемленной грыжи на фоне ОС не имеет явной связи с формой гепатита.

3. ОС является причиной ущемления грыж брюшной стенки, которые протекают в более тяжелых формах вследствие развития синдрома взаимного отягощения.

4. Основной причиной летальных исходов у больных с ОС является декомпенсация хронического гепатита с развитием полиорганной недостаточности.

5. Учитывая особенности течения хронического вирусного гепатита, связанные с наличием ОС или угрозой его развития, выполнение пластики грыжевых ворот предпочтительно осуществлять местными тканями.

Литература

1. Волкович О.В. Влияние повышенного внутрибрюшного давления на функциональное состояние организма: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Бишкек, 2007. – С. 24–25.

2. Чуб Р.В. Лечение больных с портальной гипертензией и грыжей передней брюшной стенки: автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2008. – С. 19–20.

3. Шеянов С.Д., Кравчук Я.Н., Харитонова Е.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Вестн. С.-Петерб. ун-та. – 2009. – Сер. 11, вып. 3. – С. 151–163.

4. Beltran M.A., Villar R.A., Cruces K.S. Abdominal compartment syndrome in patients with strangulated hernia // Hernia. – 2008. – Vol. 12, № 6. – P. 613–620.

5. Carbonell A.M., Wolfe L.G., DeMaria E.J. Poor outcomes in cirrhosis-associated hernia repair: a nationwide cohort study of 32,033 patients // Hernia. – 2005. – Vol. 9, № 4. – P. 353–357.

6. Douard R., Lentschener C., Ozier Y. et al. Operative risks of digestive surgery in cirrhotic patients // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2009. – Vol. 33, № 6-7. – P. 555–564.

7. Gray S.H., Vick C.C., Graham L.A. et al. Umbilical herniorrhapy in cirrhosis: improved outcomes with elec-

tive repair // J. Gastrointest. Surg. – 2008. – Vol. 12, № 4. – P. 675–681.

8. McKay A., Dixon E., Bathe O. et al. Umbilical hernia repair in the presence of cirrhosis and ascites: results of a survey and review of the literature // Hernia. – 2009. – Vol. 13, № 5. – P. 461–468.

9. Neeff H., Mariaskin D., Spangenberg H.C. et al. Perioperative mortality after non-hepatic general surgery in patients with liver cirrhosis: an analysis of 138 operations in the 2000s using Child and MELD scores // J. Gastrointest. Surg. – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 1–11.

10. Sieh K.M., Chu K., Wong J. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome // Langenbecks Arch. Surg. – 2001. – Vol. 386, № 1. – P. 53–61.

Координаты для связи с авторами: *Земляной Вячеслав Петрович* – доктор мед. наук, профессор, декан хирургического факультета, зав. кафедрой факультетской хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, тел. 8-(812)-579-69-28, e-mail: zeml.spb@mail.ru; *Летина Юлия Владимировна* – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, тел. 8-(812)-579-69-28, e-mail: uyliay_letina@mail.ru; *Ярулин Роман Илдусович* – аспирант кафедры факультетской хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, тел. 8-(981)-739-45-21, e-mail: romsurg81@gmail.com.