

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ УЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4 г. ГРОДНО»

Полынский А.А., Сухоцкий Д.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ущемленная грыжа – внезапное или постепенное сдавление содержимого грыжи в ее воротах. Ущемление является самым частым и опасным осложнением грыжевой болезни. Летальность больных возрастает с возрастом и варьируется между 3,8% и 11%. Некроз ущемившихся органов наблюдается не менее чем в 10% случаев, что указывает на высокую степень актуальности данной проблемы.

Выделяют различные формы ущемления: эластическое, каловое, пристеночное, ретроградное, грыжа Литтре. По частоте встречаемости наблюдаются: 1) ущемленная паховая грыжа; 2) ущемленная бедренная грыжа; 3) ущемленная пупочная грыжа; 4) ущемленная послеоперационная вентральная грыжа; 5) ущемленная грыжа белой линии живота; 6) ущемленные грыжи других локализаций.

Ущемленная грыжа может сопровождаться острой кишечной непроходимостью, которая протекает по типу странгуляционной кишечной непроходимости, выраженность которой зависит от уровня странгуляции. При всех видах и формах ущемленной грыжи тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от временного фактора, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий.

На основании жалоб, анамнеза, клинической картины и данных объективного обследования больных с ущемленными грыжами должны быть разделены на 4 группы:

- Неосложненная ущемленная грыжа;
- Осложненная ущемленная грыжа:
 - Кишечной непроходимостью;
 - Флегмоной грыжевого мешка.
- Вправившаяся ущемленная грыжа;
- Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В хирургической клинике УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2009 по 2013 год оперировано 34 пациента с ущемленной паховой грыжей, что составило 1,9% от общего числа оперированных больных. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Год	Год						Всего	%
	2009	2010	2011	2012	2013			
Паховые грыжи								
Всего	301	312	372	359	421	1765	100%	
Ущемленные паховые грыжи	6	4	10	8	6	34	1,9%	

Среди оперированных больных у 30 пациентов имела место неосложненная паховая грыжа. У 4 пациентов ущемление осложнялось острой кишечной непроходимостью и гангреной петель ущемленной кишки. При этом у одного больного имелась флегмона грыжевого мешка. Что составило 11,76 %.

Среди оперированных 29% - женщины, 71% - мужчины. Возраст колебался от 35 лет до 83 лет. 20 пациентов поступило в сроки с момента ущемления до 6 часов, 9 пациентов от 7 до 24 часов. 5 пациентов – свыше 24 часов. Все поступившие больные (пациенты) обследованы согласно протоколам обследования больных: сбор анамнеза, осмотр (с обязательным пальцевым ректальным исследованием), общий анализ крови, биохимическое исследование крови, коагулограмма, группа крови, Rn-фактор, обзорная рентгенография брюшной полости, ЭКГ, консультация терапевта.

Критериями в диагностике неосложненной паховой грыжи служили: внезапные наступившие боли в области ранее имевшейся паховой грыжи (вправимой), увеличение в объеме грыжевого мешка, боли и невозможность его вправления, отсутствие передачи «кашлевого толчка», отсутствие признаков кишечной непроходимости и перитонита.

Все пациенты с ущемленными неосложненными паховыми грыжами оперированы в первые 2 часа от момента поступления в стационар, с обязательной катетеризацией мочевого пузыря, постановкой назогастрального зонда, после гигиенической подготовки операционного поля.

Пациенты, поступившие с явлениями кишечной непроходимости и перитонита имевшие схваткообразные боли в области грыжевого выпячивания, тахикардию > 90 ударов в минуту, тошноту, рвоту, задержку стула и газов, рентгенологические признаки: чаши Клойбера, наличие уровней и арок, сроки ущемления более 24 часов. Предварительно получали кратковременную предоперационную подготовку в виде инфузионной терапии, введение антибиотиков и метронидазола. Операция, как правило, начиналась под местной анестезией, у 5 пациентов осуществлен переход на эндотрахеальный наркоз. Осложненные ущемленные грыжи начинались с лапаротомии.

Критериями жизнеспособности ущемленной кишки служили: цвет серозной оболочки, наличие перистальтики, пульсации сосудов брыжейки. При выполнении резекции накладывались анастомозы бок в бок. Первичная герниопластика осуществлена 33 пациентам по способам Бассини, либо Постемпского. Методы ненатяжной пластики не применялись.

В послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию в течение 5-6 дней, анальгетики, ФТЛ, тромبوпрофилактика по показаниям. После резекции кишки дополнительно назначалась диффузионная терапия и коррекция сопутствующей патологии, тромبوпрофилактика. Активизация больных осуществлялась на 2-3 сутки. Снятие швов на 7-12 сутки. Летальных исходов не было. Длительность нахождения в стационаре в послеоперационном периоде

составила: для послеоперационных ущемленных грыж 7,5 суток, для осложненных – 16,8 суток.

ВЫВОДЫ. Результаты лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами напрямую зависят от длительности ущемления, возрастных особенностей и сопутствующей патологии.

СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Полюхович И.И., Карпович Ю.И., Карпович Ю.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Системные васкулиты – группа заболеваний, при которых ишемия и некроз тканей развиваются вследствие ишемии сосудов. Системные проявления разнообразны и зависят от типа, размера и локализации пораженного сосуда, а также активности системного воспаления. При системных васкулитах воспаление сосудов является сущностью болезни, в отличие от других заболеваний, при которых васкулиты – лишь компонент патологического процесса, например, при ревматизме, ревматоидном артрите и др. Системные васкулиты характеризуются широко распространенным поражением сосудов, ишемией и нарушением функции соответствующей зоны [1].

Среди общих механизмов развития системных васкулитов основное значение придается иммунопатологическим процессам, в первую очередь иммунокомплексным. Однако в развитии системных васкулитов играют роль и другие патогенетические факторы, такие как гиперчувствительность замедленного типа, гранулематозные процессы, нарушение клиренса ЦИК ретикулоэндотелиальной системой, физические свойства комплексов антиген – антитело и др. Немаловажное значение имеют реологические и микроциркуляторные нарушения, приводящие к гиперкоагуляции, вплоть до развития ДВС-синдрома. Однако каждое из заболеваний этой группы характеризуется определенными особенностями всех перечисленных общих процессов, различием участия отдельных механизмов, превалированием тех или иных факторов, что в конечном итоге создает нозологическую индивидуальность каждого заболевания.

Целью данной работы явилось описание клинического случая, отражающего возможное развитие болезни Хортона и трудности установления диагноза, а также подбор своевременного, эффективного лечения.

Материалы и методы. Пациентка Я., 70 лет, пенсионерка, с диагнозом вертеброгенная цервикобрахиалгия, умеренный болевой синдром, госпитализирована в неврологическое отделение. На момент поступления беспокоили сильные головные боли в височных областях, зябкость, повышение температуры, парестезии кожи лица, боли в волосистой части головы настолько сильные, что пациентка не могла расчесаться, ухудшение самочувствия около месяца. При обследовании неврологическая патология была исключена, пациентка переведена в терапевтическое отделение. При осмотре патология не определялась, однако при пальпации височной области отмечалось снижение