

Лечение ранений и травм груди

Глава 6

Дэвид Р. Кинг и Джеймс В. О'Конор

ВВЕДЕНИЕ

Известный диапазон послеоперационной летальности после экстренных операций на органах груди может варьировать, но в большинстве случаев составляет около 30%: после трекотомии — 13%, после клиновидной резекции легких — 30%, после удаления доли легкого — 43%, после пневмонэктомии — 50%, что соответствует данным из других публикаций.

Анализ клинических исходов после ранений сердца — непростая задача по нескольким причинам. Многие пациенты умирают на догоспитальном этапе, особенно в сложных условиях боевой обстановки, из-за задержки эвакуации в специализированное лечебное учреждение, обусловленной сложным рельефом и действиями противника. Показатели выживания пострадавших в критическом состоянии, которым требуется торакотомия в условиях травмоцентра, остаются низкими по результатам множества исследований, включающих статистику как для закрытых травм, так и для проникающих ранений с последующим анализом. Заявленные показатели летальности для пациентов с проникающими ранениями сердца по прибытии в госпиталь составляют примерно 33%. Ранения груди в области сердца вызывают особую настороженность. Повреждение сердца необходимо исключить с помощью УЗИ и других методов диагностической визуализации либо путем наложения перикардального окна (субксифоидальная фенестрация перикарда), либо проведением простой хирургической ревизии, если результаты УЗИ неудовлетворительны или неинформативны.

Повреждения трахеи, бронхов и пищевода встречаются реже, с ними скорее сталкиваются при ранениях в шею, чем в область груди. Подобные ранения могут быть следствием как закрытой, так и проникающей травмы. Нарушение или утрата проходимости дыхательных путей — это жизнеугрожающее последствие травмы, которое может быстро привести к фатальным последствиям. Своевременное обеспечение проходимости дыхательных путей требует тщательной оценки и продвинутых навыков проведения соответствующих манипуляций. Так как эти травмы встречаются нечасто, а большинство опубликованных данных включают как закрытые травмы, так и проникающие ранения (в общей совокупности травм шеи и груди), полученные результаты с

трудом поддаются расшифровке. Но даже с учетом присущих этим исследованиям ограничений можно сформулировать несколько ключевых принципов.

- Проникающие ранения чаще локализуются в области шеи и зачастую диагностируются уже на стадии физикального осмотра.
- И напротив, закрытые травмы дыхательных путей чаще всего связаны с ранениями груди, причем на ранения вблизи бифуркации трахеи приходится почти две трети случаев.
- Постоянное выделение воздуха или массивный персистирующий пневмоторакс после постановки плеврального дренажа должны наводить на мысль о быстром дальнейшем обследовании (бронхоскопия является методом выбора в гражданских условиях, однако в условиях военно-полевого лечебного учреждения второго уровня может потребоваться оперативное вмешательство, если возникнут проблемы с дыханием при отсутствии возможности эвакуировать раненого на следующий уровень оказания медицинской помощи).

В целом повреждения трахеи и бронхов требуют оперативного вмешательства, причем отсрочка лечения связана с более высокими показателями смертности и заболеваемости. Послеоперационная летальность при всех повреждениях трахеи и бронхов составляет от 15 до 19%. Аналогично, ранения пищевода почти во всех случаях являются следствием проникающих ранений и встречаются нечасто. Диагностика и лечение ранений пищевода на уровне не представляют сложностей и связаны со значительно меньшим числом осложнений и летальных исходов. Интраторакальные ранения пищевода особенно сложнее диагностировать и лечить. Недиагностированное интраторакальное ранение пищевода приводит к медиастиниту, сепсису и септическому шоку — данные осложнения связаны с высокими цифрами летальности. Воздух в средостении виден на обычной рентгенограмме; при его наличии требуется проведение дальнейшей диагностики, что может означать хирургическую резизию, если позволяет медицинское учреждение; в противном случае необходима установка в средостение широкопросветного дренажа и агрессивная антибактериальная и противогрибковая терапия. Послеоперационная летальность варьирует от 6 до 19%, однако при задержке в проведении хирургического вмешательства происходит катастрофическое увеличение этого показателя. Так высокая летальность связана с задержками в радикальном лечении, при первом же подозрении на подобное ранение первоочередной задачей врачей является быстрое исключение интраторакальной травмы пищевода. Если диагноз «интраторакальное ранение пищевода» подтверждается, требуется быстрое проведение радикального хирургического вмешательства.

Ранения крупных сосудов (аорта, дуга аорты, крупные ветви дуги аорты) вызывают страх. Пациенты с полным повреждением стенки подобных сосудов немедленно погибают до оказания им хирургической помощи. Жизнеугрожающее кровотечение, трудный хирургический доступ, отсутствие опыта в лечении подобных несчастных ранений — все это приводит к высокой летальности в случае таких травм. Более половины пациентов погибают до прибытия в госпиталь, а послеоперационная летальность достигает 40%. Неблагоприятные

условия с ограниченными ресурсами оказывают влияние на клинические исходы. Среди них:

- длительные сроки эвакуации;
- степень тяжести шока;
- сопутствующие ранения крупных артериальных и венозных сосудов.

Крайне важно скорейшим образом провести оценку состояния пациентов с признаками шока. Физикальный осмотр должен быть сфокусирован на оценке состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также на диагностике травм сосудисто-нервных структур верхних конечностей. УЗИ (сокращенный протокол при травмах, FAST) брюшной полости и перикарда, а также рентгенография груди на мобильном рентгеновском аппарате завершают клиническую оценку состояния пациента. В идеальных условиях следует обеспечить получение наддиафрагмального и поддиафрагмального венозного доступа с помощью систем для внутривенных инфузий большого диаметра, так как невозможно предугадать траектории движения поражающих элементов при огнестрельных ранениях, основываясь только на наружных ранах. В подобных случаях могут иметь место повреждения вен как выше, так и ниже диафрагмы. В большинстве случаев ранений груди лучшим хирургическим доступом будет передняя билатеральная торакотомия с поперечным рассечением грудины (*clamshell thoracotomy*)¹. Допускается перевязка всех поврежденных крупных вен груди, за исключением верхней полой вены и НПВ. Повреждения артерий можно восстанавливать первично или с помощью временного протезирования. Перевязку крупных артерий применяют только для пациентов в критическом состоянии, если отсутствует возможность проведения временного протезирования. При проведении военных операций или в других условиях с ограниченными ресурсами открытое хирургическое вмешательство при повреждениях органов груди остается золотым стандартом.

Фундаментальный вопрос, на который хирургу необходимо найти ответ при проведении хирургических вмешательств по поводу травмы груди, — значение принципа DC, который показал свою способность снижать показатели летальности. Принципы DC были впервые описаны для проникающих ранений живота. Они включают три этапа:

- быстрое устранение кровотечения и контаминации (сокращенная неотложная операция);
- восстановление жизненных показателей в отделении интенсивной терапии (с переливанием крови и ее компонентов), включая стабилизацию нормальной температуры тела;
- плановое выполнение восстановительного хирургического вмешательства после восстановления нормальных физиологических показателей.

¹ Данное утверждение относится к тяжелым ранениям груди с повреждением обеих плевральных полостей, органов средостения и продолжающимся внутриплевральным кровотечением. При большинстве проникающих ранений груди достаточно выполнения торакоцентеза и дренирования плевральной полости, в 5–6% случаев выполняется торакоскопия (при стабильном состоянии раненого) или торакотомия (Прим. ред.).

Эти принципы также успешно применяют в хирургическом лечении повреждений сосудов и опорно-двигательного аппарата, а относительно недавно было описано применение принципа DC при ранениях груди. Решение использовать принципы DC при проведении операций на органах груди основывается на нескольких руководящих принципах:

- общая тяжесть травмы;
- тяжесть травмы груди;
- наличие коагулопатии;
- наличие гипотермии;
- степень выраженности ацидоза (отражает глубину шока);
- необходимость в хирургическом вмешательстве по поводу сопутствующих травм (например, лапаротомии, операции на опорно-двигательном аппарате, сосудах конечностей).

Быстрый контроль кровотечения из паренхимы легких в начале достигается путем сдавливания руками, а для окончательной остановки кровопотери используют хирургический степлер. Часто для проведения неанатомической резекции легких требуется приложить множество усилий. Как описывалось ранее, крупные вены (за исключением верхней полой вены и НПВ) при их повреждении можно перевязать, а крупные артерии следует восстановить или временно протезировать (в варианте тактики DC). Плевральную полость дренируют, при этом можно применять тампонаду плевральной полости и временное закрытие раны. После восстановления нормальных физиологических показателей (обычно это занимает 2–3 дня) пациента возвращают в операционную. Тампоны удаляют, плевральную полость промывают, после чего производят окончательное закрытие плевральной полости. Ряд положений заслуживают отдельного упоминания:

- *тампоны, прилегающие к сердцу и средостению, не следует укладывать слишком плотно;*
- *широкопросветные плевральные дренажи, устанавливаемые по задней поверхности, имеют важное значение и должны находиться в правильном положении (для обеспечения постурального дренажа).*

При правильном и грамотном выполнении хирургические вмешательства по контролю повреждений в области груди не приводят к дополнительным проблемам с сердечно-сосудистой и дыхательной системами.

ЛЕВОСТОРОННЯЯ ПЕРЕДНЕБОКОВАЯ ТОРАКОТОМИЯ

Левосторонняя переднебоковая торакотомия может быть выполнена в короткие сроки и обеспечивает адекватный доступ к левой плевральной полости. При необходимости возможно дальнейшее расширение объема вмешательства до передней билатеральной (*clamshell*) торакотомии для лучшего доступа к средостению и правой половине груди. Основным недостатком левостороннего переднебокового доступа является ограниченный

доступ к структурам задних отделов груди. Однако этот доступ используют чаще всего для реанимационной торакотомии у пациентов в критическом состоянии.

Поместите валик под спину, чтобы приподнять грудную клетку на 20–30° и вытяните левую руку пациента за пределы операционного поля, чтобы обеспечить лучшую видимость (рис. 6.1). Такое положение пациента позволяет продлить разрез кзади (прямо вниз к поверхности операционного стола или носилок), обеспечивая лучший доступ к плевральной полости. Разрез следует по нижнему краю большой грудной мышцы, совпадающему с пятым межреберным промежутком, чуть ниже соска. У пациентов женского пола в качестве поверхностного ориентира используется инфрамаммарная складка. Не нужно считать ребра — вы все равно можете допустить ошибку, что приведет к потере времени и замешательству. Разрез начинают с середины груди и грудины по ее левому краю, следуя по изгибу ребра и продолжая как можно дальше кзади. Пятая межреберная мышца рассекается по верхнему краю ребра, что позволяет избежать повреждения межреберных нервов и сосудов, проходящих по нижней поверхности ребра. Грудной ранорасширитель Финочетто устанавливают рукояткой в сторону подмышечной впадины. Он позволяет продолжить разрез при необходимости перехода к передней билатеральной торакотомии без потребности в смене положения ранорасширителя. Открытый на максимум ранорасширитель обеспечивает простой доступ к сердцу и левой плевральной полости (рис. 6.2).

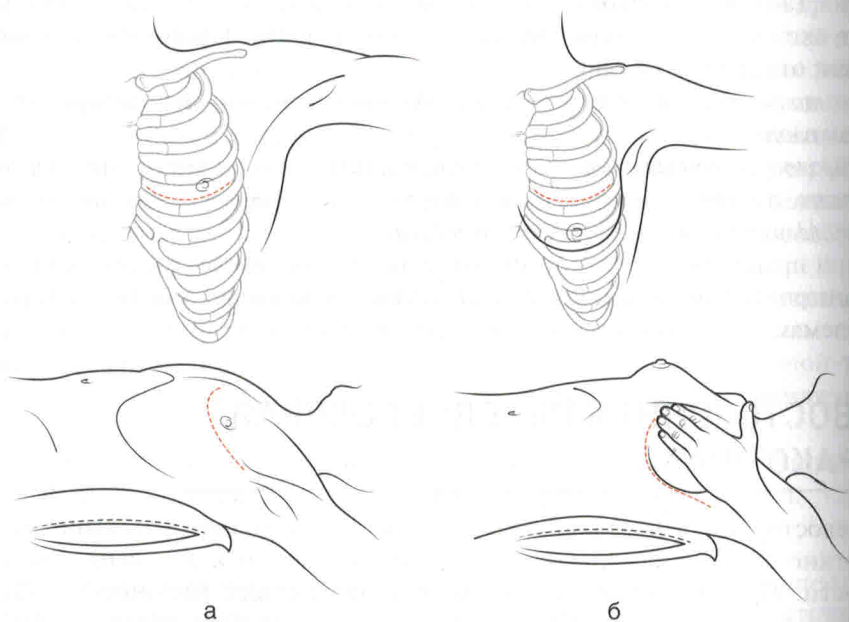


Рис. 6.1. Переднебоковая торакотомия. Для улучшения доступа под спину пациента помещают валик и полностью вытягивают его левую руку

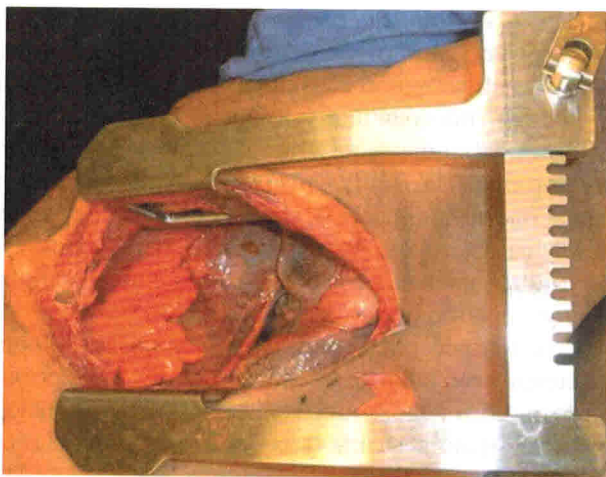


Рис. 6.2. Доступ к органам груди при переднебоковой торакотомии. Рукоятка ранорасширителя направлена в сторону подмышечной ямки, что облегчает расширение объема вмешательства до передней билатеральной торакотомии

Рассечение нижней легочной связки (места сращения париетальной и висцеральной плевры) позволяет мобилизовать легкое. Перикард вскрывают спереди (разрезом по самой высоко расположенной части сердца) и параллельно диафрагмальному нерву по длинной оси сердца (рис. 6.3). Затем сердце выводят из полости перикарда (убедитесь, что отверстие в перикарде имеет достаточную длину), при необходимости обеспечивая возможность проведения прямого массажа сердца. Если потребуется, возможно наложение аортального зажима на нисходящую часть грудной аорты.

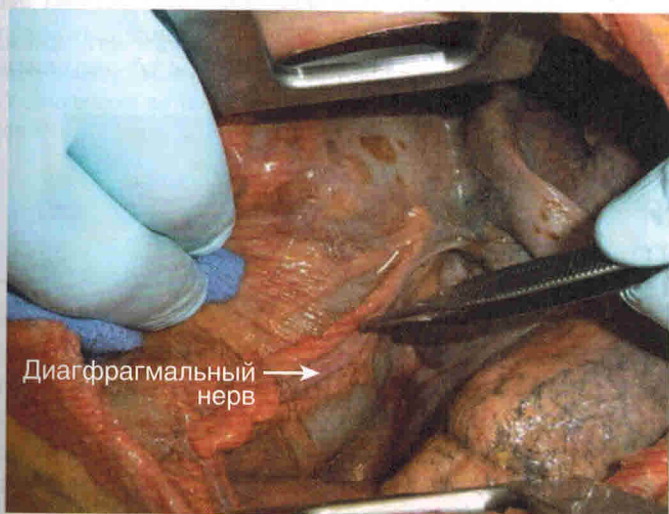


Рис. 6.3. Рассечение перикарда. Перикард следует вскрывать по передней поверхности сердца и параллельно диафрагмальному нерву (указан на рисунке стрелкой)

Данная процедура может сопровождаться трудностями, так как аорта обычно спадается при низком артериальном давлении или гиповолемии. Быстрое рассечение нижней легочной связки улучшает доступ (будьте осторожны и не повредите сосуды, проходящие у нижней части ворот левого легкого). Если позволяет время, установите назогастральный зонд — он поможет найти и отличить аорту от пищевода. Дистальную медиастинальную плевру, лежащую над нисходящей частью грудной аорты, следует рассечь, после чего выполняют выделение аорты тупым методом. Это позволяет оперирующему хирургу охватить аорту левой рукой и наложить на сосуд зажим в поперечном направлении, используя свободную правую руку (рис. 6.4). Следует соблюдать осторожность, чтобы не повредить межреберные сосуды, что приведет к дополнительному кровотечению. Плевру необходимо отделить от аорты (на протяжении 1–2 см) обеспечения оперативного наложения зажима на нужный сосуд и предупреждения дополнительной травматизации (особенно межреберных сосудов).

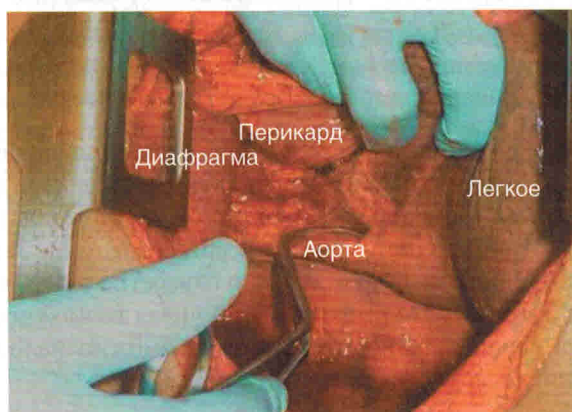


Рис. 6.4. Наложение зажима на аорту. Для наложения аортального зажима в поперечном направлении медиастинальную плевру рассекают тупым путем с полной мобилизацией аорты. Зажим наложен на аорту, что обеспечивает ее окклюзию. У пациентов с низким артериальным давлением легко ошибиться при поиске аорты

ПЕРЕДНЯЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ (CLAMSHELL) ТОРАКОТОМИЯ

Данная операция обеспечивает самый лучший доступ к переднему средостению и обеим плевральным полостям, а также идеально подходит для реанимационной торакотомии, являясь методом выбора в экстренных случаях. Как указывалось ранее, левосторонняя переднебоковая торакотомия может быть быстро расширена до передней билатеральной торакотомии. С помощью ножа-долота по Lebsche, стернотомы и специальных ножниц или костных щипцов грудину рассекают поперечно. Затем разрез продолжают направо, зеркально повторяя переднебоковую торакотомию (рис. 6.5). Вот несколько ключевых технических подробностей.

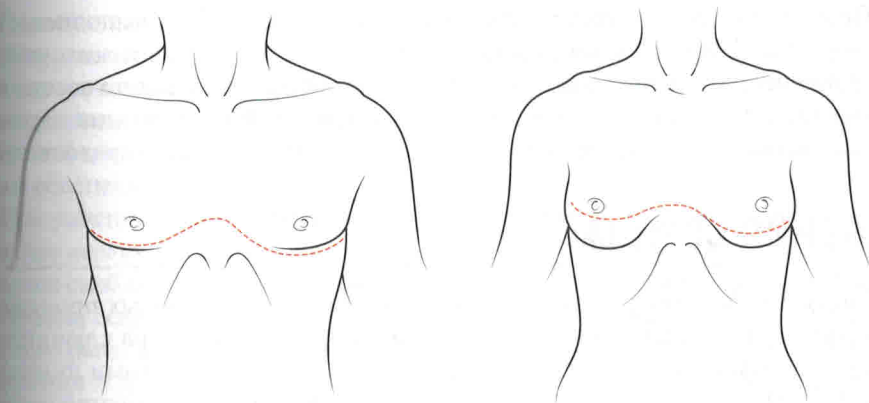


Рис. 6.5. Передняя билатеральная торакотомия. Важно, чтобы разрез проходил через среднюю часть грудины, а не через мечевидный отросток. Слишком низкое расположение разреза затрудняет обзор

- Для максимального доступа разрез должен идти поперек тела грудины — по ее середине и не через мечевидный отросток. Существует тенденция выполнять разрез слишком низко, что серьезно затрудняет доступ.
- Рассеченные с двух сторон внутренние грудные артерии необходимо перевязать как проксимально, так и дистально, так как они будут продолжать кровоточить. У пациентов с выраженной гипотензией эти сосуды могут быть незаметными с первого взгляда, но они все равно требуют перевязки. Если их не перевязать при первичном хирургическом вмешательстве, кровотечение из них вынудит провести повторную операцию.

Открытые на максимум с двух сторон реберные расширители обеспечивают превосходный доступ к переднему средостению и обеим половинам грудной клетки (рис. 6.6).

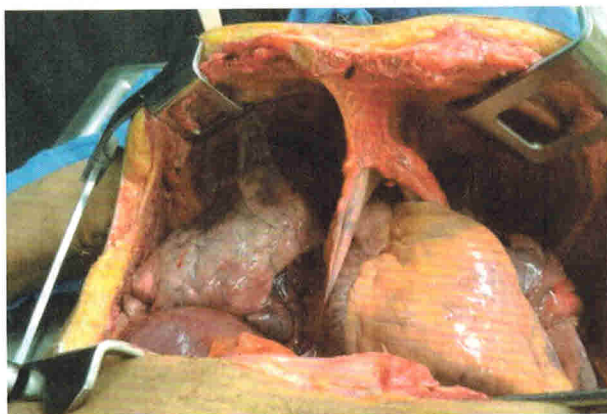


Рис. 6.6. Передняя билатеральная торакотомия. Установка ранорасширителей с двух сторон обеспечивает полный доступ к плевральным полостям и средостению

Неотложная абдоминальная хирургия

Глава 11

Марсело А.Ф. Рибейро и Мансур Хан

ОПАСЕНИЯ ПО ПОВОДУ ОГРАНИЧЕННОСТИ РЕСУРСОВ

Ограниченность ресурсов является серьезной проблемой для медицинского персонала, особенно перед лицом неоднозначных диагнозов. Зачастую нехватка ресурсов, таких как средства лабораторной и инструментальной диагностики, может привести к ошибкам и неадекватному планированию лечения.

С точки зрения лабораторной диагностики обычно бывает, что удаленные лечебные учреждения оснащены достаточным оборудованием, позволяющим среди прочих выполнять основные анализы, такие как анализ газов крови, уровень гематокрита и гемоглобина, общий анализ крови, концентрация электролитов, глюкоза крови и лактат. Следует отметить, что общий анализ крови и уровень лактата, а также анализ газового состава крови могут предоставить врачам важную информацию, позволяющую оценить тяжесть состояния пациента.

Что касается методов визуализации, то такие исследования, как рентгенография и УЗИ, в настоящее время легкодоступны, а аппараты становятся все более портативными. Они позволяют получить важную информацию, например наличие или отсутствие пневмоперитонеума, выявить рентгенологические признаки кишечной непроходимости, наличия свободной жидкости в брюшной полости, а с ростом мастерства в ультразвуковой диагностике «у постели больного»¹ подготовленный хирург может расширить свои возможности в экстренных ситуациях для диагностики таких заболеваний, как аппендицит или острый холецистит.

Важно отметить, что в экстремальных ситуациях качественный сбор анамнеза и тщательное физикальное обследование часто являются наиболее важными инструментами при формулировании диагноза и последующего планирования хирургического вмешательства.

¹ Point-of-care ultrasound — группа ультразвуковых исследований, выполняемых для диагностики жизнеугрожающих состояний или для навигации при выполнении вмешательств у постели больного.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Во всем мире острый аппендицит представляет собой наиболее часто выполняемую срочную абдоминальную операцию, при этом риск развития этого заболевания в течение жизни составляет 8,6% у мужчин и 6,9% у женщин.

Клиническая диагностика с использованием объективных параметров, таких как шкала Альварадо, оценивает наличие боли, мигрирующей в правую подвздошную область (1 балл), тошноты и рвоты (1 балл), отсутствие аппетита (1 балл), напряжение живота в правой подвздошной области (2 балла), усиление боли при резком отнятии руки в ходе пальпации правой подвздошной области (симптом Щеткина—Блюмберга) (1 балл), лихорадку выше 37,2 °C (1 балл), лейкоцитоз (2 балла) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево (1 балл).

При сумме баллов 7–10 вероятность того, что у пациента острый аппендицит, составляет 93%. Было показано и подтверждено данными КТ, что применение этой шкалы является важным объективным критерием диагностики в условиях ограниченных ресурсов.

В настоящее время золотым стандартом лечения по-прежнему остается аппендэктомия, предпочтительно лапароскопическим способом. При определенных обстоятельствах лечение будет проведено открытым способом, а в отдельных случаях — назначением антибиотиков с интервальной аппендэктомией (последующей аппендэктомией в холодном периоде) или без нее. Лечение острого аппендицита без перфорации традиционно хирургическое, предпочтительно — в течение первых 12 ч после постановки диагноза. Однако этот подход может измениться в условиях ограниченных ресурсов. В такой ситуации пациенты могут поступать с поздним появлением симптомов, и не следует оперировать только в случае крайней необходимости.

Пациентам с осложненным аппендицитом, нарушением гемодинамики, сепсисом и перфорацией в свободную брюшную полость требуется неотложное лечение с удалением аппендикса, промыванием, дренированием, а иногда даже с правосторонней гемиколэктомией.

Неоперативное лечение в настоящее время показано пациентам с неосложненным острым аппендицитом, при этом в течение 1–3 дней внутривенно вводят антибиотики, с последующим пероральным их приемом еще 10 дней. Пациенту следует сообщить, что частота неудач такого консервативного лечения и рецидива заболевания обычно составляет 15–25%. Что касается осложнений, то после аппендэктомии наиболее распространенным из них является инфекция области хирургического вмешательства: от простого нагноения раны до внутрибрюшных абсцессов.

Техника операции

Открытая аппендэктомия у взрослых впервые была описана Мак-Берном в 1891 г. С тех пор техника операции остается почти неизменной.

Антибиотики: микрофлора аппендикса состоит из грамотрицательных аэробов и анаэробов. Мы можем рекомендовать внутривенное введение

цефалоспоринов и метронидазола. Если у пациента аллергия на пенициллин и цефалоспорины, то ему следует назначить клиндамицин и ципрофлоксацин или другую подходящую антибиотикотерапию с помощью зарегистрированных препаратов.

Этапы хирургической операции:

- после анестезии пациента повторно обследуют. Если пальпаторно определяется образование, то разрез выполняют прямо над ним;
- классические разрезы — это косой разрез по Мак-Бернею (одна треть расстояния от передней верхней ости подвздошной кости до пупка) или разрез Рокки—Дэвиса¹. В случаях когда имеется повышенный риск осложненного аппендицита (длительное время развития заболевания), может быть оправдан разрез по средней линии (рис. 11.1, а);
- после разреза кожи и обнажении фасции наружной косой мышцы сделайте боковой разрез латеральнее влагалища прямой мышцы живота;
- используя технику расслаивания мышц, раздвиньте волокна наружных и внутренних косых мышц, а также поперечной мышцы живота;
- брюшина рассекается острым путем (рис. 11.1, б);
- проведите своим пальцем вдоль правого бокового канала брюшной полости в латерально-медиальном направлении. Если аппендикс не найти пальпаторно, его можно найти, проследив ленту (тению) ободочной кишки до ее начала у основания купола слепой кишки;
- после идентификации аппендикса выведите его через разрез, затем перевяжите сосудистые структуры брыжейки аппендикса, пока не обнаружите аппендикулярную артерию. Рассеките артерию между зажимами и перевяжите рассасывающейся нитью 3/0 (рис. 11.1, в);
- после пережатия основания аппендикса зажимом Келли² его дважды перевязывают рассасывающимися нитями 2/0. Аппендикс отсекают скальпелем, а оставшуюся культю прижигают, чтобы предотвратить формирование мукоцеле (рис. 11.1, г). Вы можете погрузить культю в слепую кишку, хотя целесообразность такого погружения спорна;
- затем операционное поле тщательно промывают изотоническим раствором натрия хлорида. Сначала удалите гной (если он есть), а затем аккуратно промойте. Цель состоит в том, чтобы развести и удалить инфицированную жидкость, не распространяя инфекцию на остальную брюшную полость;
- рану послойно ушивают непрерывным швом рассасывающейся нитью 2/0, начиная с брюшины, за которой следует мышечный слой, а затем — фасция Скарпы. Не забывайте промывать каждый слой. Можно обколоть фасцию наружной косой мышцы местным анестетиком (рис. 11.1, д). Кожу ушивают простым швом монофиламентной нитью 4/0 или степлером. При перфоративном аппендиците кожу можно не ушивать во избежание инфицирования операционной раны.

¹ Поперечный разрез через точку Мак-Бернея.

² То же, что зажим Бильрота.

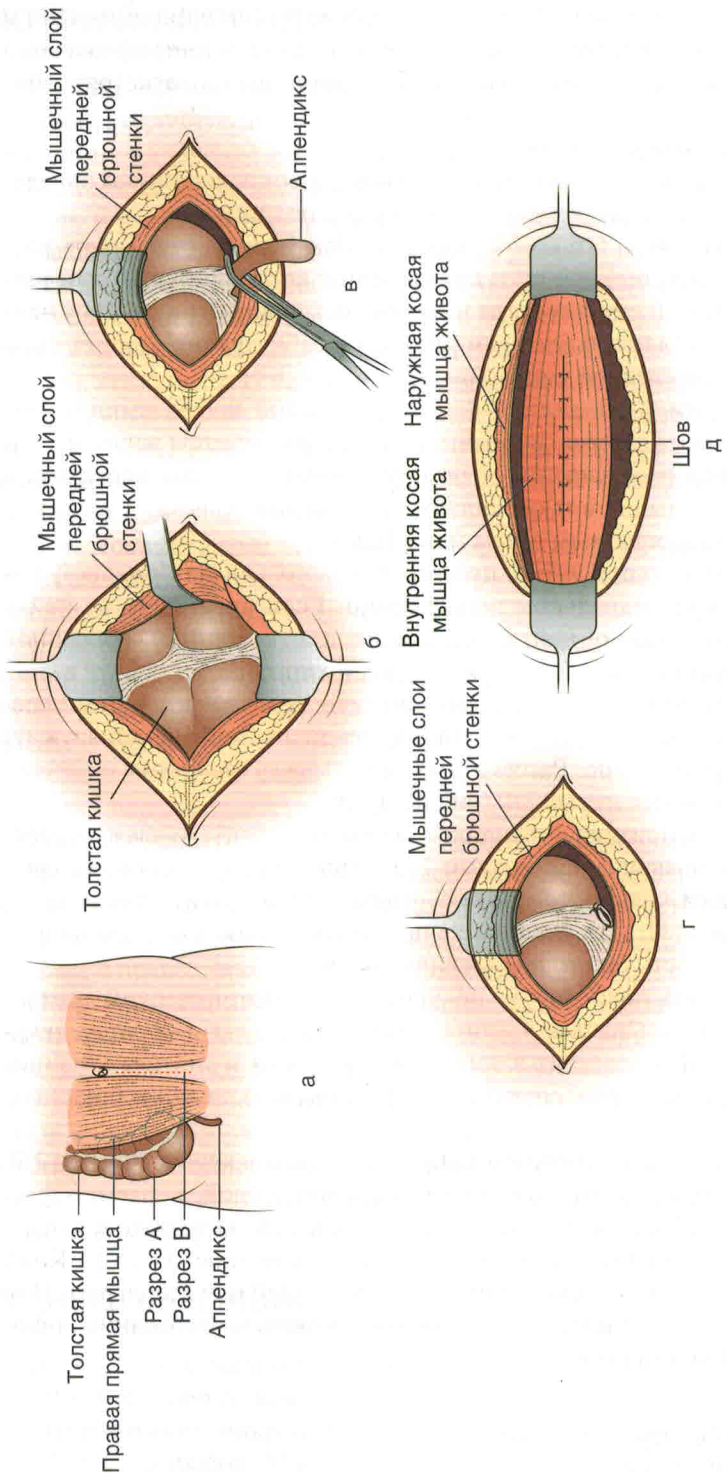


Рис. 11.1. Техника выполнения открытой аппендэктомии (а-д)

Пациентам с флегмоной в правом нижнем квадранте живота назначают внутривенно антибиотики. Авторы не рекомендуют немедленно выполнять аппендэктомию в случае флегмоны брюшной стенки, связанной с перфоративным аппендицитом.

Нет никаких доказательств в пользу дренирования брюшной полости как профилактики внутрибрюшинного абсцесса, так и для профилактики инфекции операционной раны.

Ключевые положения

- У взрослых пациентов с острым аппендицитом без признаков перфорации мы рекомендуем проводить аппендэктомию, а не консервативное лечение антибиотиками.
- Операция должна быть выполнена в течение 12 ч после постановки диагноза.
- В целях профилактики всегда вводите антибиотики в период 60-минутного окна до разреза.
- В особенно тяжелых случаях, возможно, понадобится правосторонняя гемиколэктомия.
- Срочная аппендэктомия является альтернативным вариантом для пациентов с аппендикулярным абсцессом, особенно если абсцесс не поддается чрескожному дренированию или у вас нет подходящих инструментов.

ГРЫЖА

Лечение пупочной и околопупочной (параумбиликальных) грыж

Пупочная грыжа определяется как вентральная грыжа, возникающая на передней брюшной стенке. Грыжи могут быть врожденными (наиболее распространены в детстве) или приобретенными (околопупочными), когда дефект развивается из-за ослабления или нарушения фиброзно-мышечных тканей брюшной стенки.

Околопупочные грыжи — распространенное явление, встречающееся у 2–50% лиц при физикальном обследовании или УЗИ. Они чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, в соотношении 3:1. В грыжевом мешке может содержаться прядь большого сальника или предбрюшинный жир.

Большинство мелких грыж бессимптомны. По мере увеличения размера симптомы становятся более явными и представляют собой болезненность различной степени и дискомфорт, поскольку содержимое грыжи пролабирует через дефект. В большинстве случаев пациент будет жаловаться на выбухание в каком-либо отделе брюшной стенки.

Физикального обследования вполне достаточно для постановки верного диагноза. Пациента необходимо осматривать как в положении стоя, так и в положении лежа. У пациентов, не страдающих ожирением, грыжу, как правило, легко идентифицировать и зачастую можно пропальпировать края фасциального дефекта. Всю брюшную стенку, особенно на протяжении любого разреза, следует тщательно пальпировать на предмет других сопутствующих грыжевых выпячиваний. При больших дефектах из-за повышенного давления в грыжевом мешке может нарушиться кровоснабжение вышележащей кожи, что приведет к покраснению, ишемии или язвообразованию. Эти признаки становятся еще более выражены, когда содержимое грыжи ишемизировано. УЗИ, если оно доступно, может помочь в некоторых случаях, но это не самое подходящее исследование. Оно требует большого опыта для подтверждения ваших клинических подозрений. Симптомные околопупочные грыжи **нельзя** оперировать.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В условиях ограниченных ресурсов наилучший подход к лечению пупочной грыжи заключается в следующем:

- после анестезии пациента повторно обследуют. Если присутствует пальпируемое образование, разрез выполняют прямо над ним;
- классический разрез — это вертикальный или косой разрез вблизи грыжевого выпячивания (рис. 11.2, а);
- выделяют мешок до фасции (рис. 11.2, б);
- как только фасция обнажена, грыжевой мешок можно либо вправить, либо иссечь, затем фасцию можно ушить нерассасывающейся нитью (рис. 11.2, в);
- в тех случаях когда фасциальный дефект слишком велик и не может быть закрыт без натяжения, следует рассмотреть возможность использования сетки (по методике Sublay; рис. 11.2, г);
- из косметических соображений по возможности следует прикрепить кожу пупка к фасции с помощью шва (рис. 11.2, д).

Частота рецидивов колеблется от 0–3% после герниопластики с помощью сетки до 14% после простого ушивания.

Лечение паховых грыж

Пластика паховой грыжи является одной из наиболее распространенных процедур, выполняемых общим хирургом. Существует два типа паховых грыж: прямые и косые. Косые грыжи выпячиваются во внутреннее кольцо, где в паховый канал входят семенной канатик или круглая связка. Они возникают латеральнее нижних надчревных сосудов — в отличие от прямых грыж, которые пролабируют через треугольник Гессельбаха (прямая мышца живота — медиально, паховая связка — снизу и нижние надчревные сосуды — латерально) медиальнее нижних надчревных сосудов.

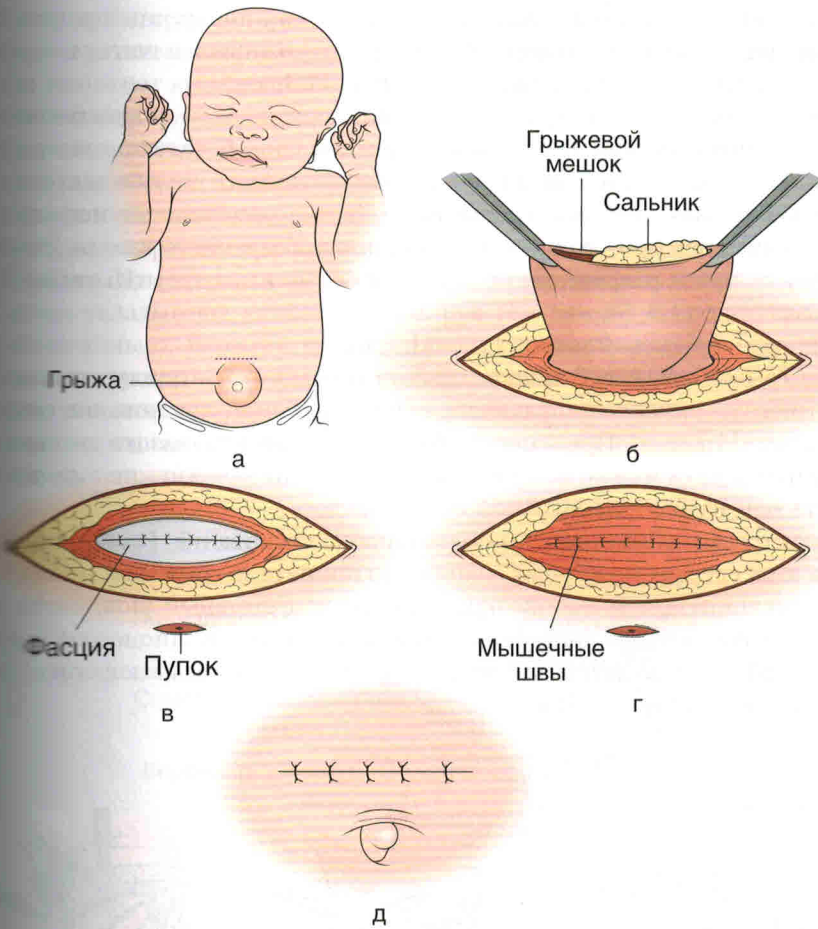


Рис. 11.2. Лечение пупочной и околопупочной грыж (а-д)

Радикальным лечением всех грыж, независимо от их происхождения или вида, является хирургическое. В ситуации ограниченных ресурсов хирургу необходимо будет выполнить открытое грыжесечение и, если это возможно, использовать сетку. В случае отсутствия сетки применяется герниопластика по Шолдайсу (более сложный и трудоемкий вариант) или по Бассини с посплачивающим разрезом по Мак-вэю. При бедренных грыжах, на долю которых приходится менее 10% всех грыж в паховой области, но до 40% острых случаев, связанных с грыжами, нельзя использовать пластику Лихтенштейна, поскольку она не затрагивает бедренное кольцо. В этих случаях метод Мак-вэя также считается наиболее подходящим.

При ограниченных ресурсах наилучший подход к лечению паховой грыжи заключается в следующем:

- после анестезии пациента повторно осматривают, чтобы попытаться дифференцировать прямую грыжу от косой;