

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

М.К.Жаманкулова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Оперировано 136 больных по поводу паховых грыж, из них у 18 применен классический метод Лихтенштейна, а у остальных модифицированный метод. После операции у 4 выявлен инфильтрат, других осложнений не наблюдали. В сроки от 6 до 18 месяцев при контрольном обследовании рецидив не обнаружен.

Ключевые слова: паховые грыжи, оперативное лечение, метод Лихтенштейна, отдаленные результаты.

ЧУРАЙ ЧУРКУНУ ДАРЫЛООНУН ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

М.К. Жаманкулова

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Чурай чурку оорусу менен 136 бейтап операция жолу менен дарыланган, алардын он сегизине классикалык Лихтенштейн ыкмасы колдонулса, калгандарына Лихтенштейн ыкмасынын модификацияланган туру колдонулду. Операциядан кийин 4 бейтапта жараттын инфильтрат кабылдоосу байкалды, башка кабылдоолор болгон жок. 6 айдан 18 айга чейинки убакытта оорунун кайталанышы байкалган жок.

Негизги сөдөр: чурай чурку, операциялык дарылоо, Лихтенштейн ыкмасы, алыскы жыйынтыктар.

MODERN METHODS IN INGUINAL HERNIA TREATMENT

M.K. Zhamankulova

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: 136 patients with inguinal hernia were operated, 18 of them were operated by means of Lichtenstein method, and the others were operated by the modified method. There was infiltrate in 4 patients after operation, and there were no other complications. During the control examination in the period from 6 to 18 months there were no recurrences.

Key words: inguinal hernia, surgical treatment, Lichtenstein method, long-term results.

Наружные грыжи живота являются одной из часто встречающейся хирургической патологией, их частота колеблется от 3 до 7 % населения и составляет 10-12 % объема работы общехирургических стационаров [1,3,4]. Подавляющий процент всех грыженосителей приходится на паховые грыжи это 75-80 % [5].

Актуальность проблемы паховых грыж понятна: несмотря на большое количество работ в этой области, частота развития рецидива данной болезни остается на довольно высоком уровне.

В настоящее время хирургическое лечение паховых грыж разделяется на две группы: аутопластическое (с использованием местных тканей) и аллопластическое (с применением синтетических материалов).

Аутопластическое лечение паховых грыж, которое широко применялось до настоящего времени, сопровождается натяжением тканей, что зачастую приводит к развитию рецидива

болезни, частота которого достигает 10-30 % [8].

Среди способов паховой герниопластики в настоящее время на западе используется пластика по Лихтенштейну [10], которая стала «золотым стандартом» при лечении паховых грыж, но к сожалению в нашей республике данный вид паховой аллопластики не получил широкого распространения. Основными достоинствами данного вида пластики, по мнению многих исследователей, является относительная простота герниопластики, заметное снижение боли в послеоперационном периоде, ранняя активизация и короткий период реабилитации пациентов, а также единичные случаи рецидивов.

По данным некоторых авторов случаи рецидивов при пластике по Лихтенштейну единичны и не превышают 1 % [2,6,9], это подтверждает Европейское сообщество исследователей грыжи (European Hernia Trialists Collaboration), также оно сообщает о сокращении

продолжительности боли по сравнению с пластикой местными тканями[7].

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами за счет совершенствования метода Лихтенштейна.

Материалы и методики обследования и лечения

Начиная с 2011 года, в хирургическом отделении ГКБ №1 было пролечено 136 больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Возраст их колебался от 17 до 85 лет. Большинство пациентов были мужчины – 130 больных, женщин было 6, лиц трудоспособного возраста - 69. Грыжи с правосторонней локализацией встретились у 69 (50,7%), левосторонней – у 58 (42,6%). У 9 (6,6%) пациентов была выявлена двусторонняя локализация паховых грыж, из них у 8 произведена аллопластика одновременно с двух сторон, одному – односторонняя, в связи с тяжелым сопутствующим заболеванием. При исследовании больных у 80 (58,8%) больного выявлена косая и у 55 (40,4%) прямая паховые грыжи, у одного с двусторонней локализацией паховой грыжи имелась комбинированная форма грыжи, т.е. определялись и прямая, и косая паховые грыжи, что составило 0,8% от общего числа больных.

Необходимо отметить, что доля больных с большим сроком грыженосительства довольно высока. Давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 13 лет.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ и флюорография органов грудной клетки), выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли размеры грыжевых ворот, характер содержимого грыжевого мешка и осуществляли осмотр органов брюшной полости для выявления сопутствующих заболеваний.

Все больные оперированы в плановом порядке, с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно, а больным с невосприимчивыми формами грыж к концу операции дополнительно вводили 1 грамм цефазолина.

У 18 больных произведена герниопластика по классическому методу Лихтенштейна с непрерывной фиксацией полипропиленовой

сетки по всему периметру проленовой нитью. Непрерывный обвивной шов опасен тем, что при послаблении начального или конечного узла происходит и послабление швов по всему периметру, при этом сетчатый эндопротез скручивается и дислоцируется, что является основной причиной развития рецидива болезни. Также при этом расходуется больше фиксирующего материала, который в большей степени травмирует и инфицирует ткани, что в свою очередь может послужить причиной развития ранних послеоперационных осложнений и длительному болевому синдрому.

В связи с этим нами разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза (рационализаторское предложение № 17/12 от 06.04.2012г.), который был использован при герниопластике у 118 больных. Он заключается в следующем: после всех этапов грыжесечения, после обработки грыжевого мешка переходим к фиксации полипропиленовой сетки. В сетчатом эндопротезе предварительно выкраивается отверстие для семенного канатика, учитывая его размеры. Сетка свободно укладывается на заднюю стенку пахового канала так, чтобы образовались волнообразные складки, так как в позднем послеоперационном периоде сетка уменьшается в размерах и возникает натяжение, что, в свою очередь, приводит к появлению хронической боли на месте стояния эндопротеза. Далее фиксируем сетку медиально – 1 узловым швом к лонному бугру, вверху – 3 узловыми швами к внутренней косой мышце, внизу – к паховой связке непрерывным обвивным швом в 3 обвития, латерально – позади семенного канатика 2 узловыми швами. Операция заканчивается сшиванием апоневроза наружной косой мышцы без создания дубликатуры и наложением швов на подкожно жировую клетчатку, не дренируя ее, и кожу.

Грыженосителями в течение длительного времени являлись 35 больных, которые обратились уже при возникновении таких осложнений как невосприимчивость грыжевого мешка – 3 и ущемление - 32. С целью профилактики послеоперационных осложнений 27 больным с осложненными формами паховых грыж при оперативном вмешательстве дополнительно проводилась обработка раны озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл (рационализаторское предложение

№ 14/13 от 2.05.2013), остальным – только лишь антибиотикопрфилактика до и к концу операции.

Результаты и их обсуждение

Подавляющая часть больных оперированы под внутривенным наркозом – 113 больных, 5 - под местной анестезией и 18 под эндотрахеальным наркозом. В период операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило гладко, без нарушения мочеиспускания и не возникали такие осложнения как орхит и орхоэпидидимит. Со стороны раны у 4 отмечен воспалительный инфильтрат, у одного из которых герниопластика производилась под местной анестезией, а у 3 – грыжесечение по поводу невраправимой грыжи. Необходимо отметить что, инфильтрат возник у больных с невраправимыми формами паховых грыж, которым не проводилась во время операции обработка раны озонированным физиологическим раствором хлорида натрия.

Что касается болевого синдрома в послеоперационном периоде, то лишь в первые сутки назначали кетонал 2,0 внутримышечно, а в следующие сроки больные в обезболивающих средствах не нуждались. Температура тела оставалась в пределах нормы, повышение температуры тела до 37,5°C отмечено лишь у 7 больных с осложненными формами паховых грыж, одному из которых во время операции проводилась обработка раны озонированным физиологическим раствором.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста: через 2-3 часа после выхода из наркоза рекомендовали дыхательную гимнастику, повороты туловища, через 6-8 часов разрешали ходьбу.

Пребывание больных в стационаре составило 3,2±0,2 койко-дней. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 7 – 20 дней жалоб больные не предъявляли, осложнений не выявлено.

На контрольное обследование явились 89 больных в сроки от 6 месяцев до 1 года. Из них у 10 было выполнено грыжесечение по классическому методу Лихтенштейна, а остальным - по усовершенствованной нами методике. Из 10 больных у 2 отмечено периодическое появление болей в области послеоперационного рубца и дискомфорт при ходьбе, а остальные оперированные по нашей

методике больные жалоб не предъявляли. При обследовании рецидива болезни не обнаружено. Больные в возрасте 65 лет и старше в послеоперационном периоде в посторонней помощи не нуждались, а пациенты до 65-летнего возраста выполняли прежнюю работу, т.е. трудоспособность больных возвращалась на раннем этапе послеоперационного периода.

Таким образом, наши наблюдения показали целесообразность применения метода пластики по Лихтенштейну, а усовершенствованная нами методика более эффективна. Обработка раны во время операции озонированным физиологическим раствором хлорида натрия является эффективной профилактикой послеоперационных раневых осложнений у больных с осложненными формами паховых грыж.

Литература:

1. Влияние паховой грыжи на морфофункциональное состояние яичка [Текст] / [Ю.Б. Кириллов, В.Г. Аристархов, И.В. Зотов и др.]. – Рязань: Русское слово, 2006. – 102 с.
2. Гогия Б.Ш. Использование проленовой системы для пластики паховых грыж [Текст] / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян // Хирургия. - 2002. - № 4. - С.65-68.
3. Протасов А.В. Влияние различных видов паховой герниопластики на репродуктивную функцию мужчины [Текст] / А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург // Эндоскопическая хирургия – 1997. - № 4. – С. 124-126.
4. Сизякин Д.В. Состояние сперматогенеза у мужчин при паховых грыжах [Текст] / Д.В. Сизякин // Хирургия. – 2007. - №8. – С. 66-68.
5. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж [Текст] / [А.В. Юрасов, Д.А. Федоров, А.Л. Шестаков и др.] // Анналы хирургии. -2002. - №2. - С.54-59.
6. Тоскин К.Д. Грыжи живота [Текст] / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1983. - С.77-172.
7. EU Hernia Trialists Collaboration. Repair of groin hernias with synthetic mesh: meta – analysis of randomized controlled trails [Text] // Ann. Surg. - 2002. - # 26. – P. 1472–1480.
8. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair [Text] / A.I. Gilbert; M.E. Arregui, R.F. Nagan, eds. // Inguinal Hernia: Advances or Controversies? - Oxford, England: Radcliffe Medical Press Ltd., 1994.
9. Hildebrandt J. Tension-free methods of surgery of primary inguinal hernias. Comparisons of endoscopic, total extraperitoneal hernioplasty with the Lichtenstein operation [Text] / J. Hildebrandt, O. Levantin // Chirurg. – 2003. – Vol.74, №10. – P. 915-921.
10. Lichtenstein I.L. Herniorrhaphy. A personal experience with 6321 cases [Text] / I.L. Lichtenstein // Amer. J. Surg. – 1987. – Vol. 153. – P. 553-559.