

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ

Ярашев Т.Я., Кутлымурадов А.Д., Эрназаров Х.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

В клинических базах ТашПМИ в период с 2012 по 2016 гг. Находился стационарное лечение 83 больных с пупочной грыжи. Из них у 22 (26,50) случаях установлен невосприимчивой пупочной грыжи.

Все больные были подразделены на две группы: в первой группе вошли 13(15,66%), у них грыжевой ворот было от 10 до 20 см.Этим пациентам грыжевой ворот закрывали путем SuabLay фиксировали имплантата, а затем апоневроза ушивали "край в край".

Второй группе 9 (10,81%), случаев. У них грыжевой ворот 20 см и более. При этом применялся, комбинированный способ пластика грыжевых ворот он заключался, следующим: Сетчатой имплантатом закрывали передней брюшной стенки без ушиванием последнего или же производили мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez. Кроме того у обеих группы пациентам для устранения околопротезного пространства при шивании раны использовали II- образные швы с захватом клетчатки с обязательной фиксацией её к эндопротезу и дну раны.

Отдаленные результаты лечения изучены у 18 (21,68) пациентам в сроки от 6 мес. до 5 лет.

В первой группе у пациентов рецидив заболеление небыли.

Второй группе в 2-х случаях (2,4%) установлен рецидив грыжи.

Ключевые слова: Невосприимчивой пупочной грыжи . Хирургической лечения

ХИРУРГИК УСУЉ БИЛАН ТЎҒРИЛАНМАЙДИГАН КИНДИК
ЧУРРАСИНИ ДАВЉОШ УСИЉИ ОМИЛЉАРИ

Ярашев Т.Я., Кутлымурадов А.Д., Эрназаров Х.И.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

2012-2016 йилларда ТошПМИ клиник базаларида 83 беморлар киндик чурраси билан даволанди. Шулардан 22(26,50%) беморларда тўғриланмайдиған киндик чурраси борлиги аниқланди.

Беморлар икки гуруҳга бўлинди: Биринчи гуруҳни 13(15,60%) бемор ташкил қилди. Ушбу гуруҳда чурра дарвозаси 10-20 см. лиги аниқланди. Ушбу ҳолатда чурра дарвозаси SuabLay усулида трансплантат ёрдамида беркитилди. Қорин олди девори апоневрози ёнма-ён тикилди.

Иккинчи гуруҳни 9(10,81%) беморлар ташкил қилди. Бу гуруҳ чурра дарвозаси 20 см. ва ундан кўпроқ эканлиги аниқланди. Ушбу беморларда қорин олди девори тўғри мушаклари Ramirez усулида кесилди. Чурра дарвозаси полипропилини сетка билан беркитилди. Қорин олди девори апоневрози ёнма-ён тикилди.

Даволаш натижалари операциядан кейинги даврида 6 ойдан 5 йилгача бўлган муддатларда ўрганилди. Биринчи гуруҳ беморлари орасида касалликни қайталаниши кузатилмади. Иккинчи гуруҳ беморлари ичида 2 (2,4%)тасида касалликни қайталаниши аниқланди.

Калит сўзлар: Тўғриланмайдиған киндик чурраси. Жарроҳлик усулида даволаш.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT FOR UNBREAKABLE UTILITY HERNIA

Yarashev T.YA., Tursunmetov A.M., Kutlimuradov A.D. Irnazarov X.I

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume,

In the clinical bases of TashPMI in the period from 2012 to 2016. Inpatient treatment was provided in 83 patients with umbilical hernia. Of these, 22(26.50) cases have an irreducible umbilical sprain. All patients were divided into two groups: in the first group 13(15.66%) entered, their hernia gate was from 10 to 20cm. To these patients, the hernia ring was closed by Sublay, an implant was fixed, and then the aponeurosis was sutured "edge to edge".

The second group of 9(10.81%)cases. They have a herniated throat of 20 cm or more. When this was used, the combination method of plastic hernia gate, HE was, as follows: Mesh implant closed the anterior abdominal wall without suturing the last or mobilized the vagina of the rectus abdominis according to Ramirez. In addition, in both groups of naiyents, three wound drains were used to remove II- shaped seams with cellulose capture with obligatory fixation with to the endoprotea and the bottom of the wound to eliminate the periphery.

Long term results of treatment were studied in 18(21.68) patients with terms from 6months up to 5 years.

In the first group, patients did not have a relapse.

The second group in 2 cases (2.4%) had a relapse of hernia.

Keywords: unrecoverable umbilical hernia. Surgical

Актуальность

В клинической практике пупочная грыжа составляет 11,7% от всех оперированных наружных грыж живота и по частоте занимает 3-е место после пахо-

вых и послеоперационных грыж. При больших невосприимчивых грыжах вследствие травматизации кишечных петель, процесс образования спаек в грыжевом мешке может прогрессировать и иногда привести к возникновению спасечной непроходимости кишечника. По



течению клинической картины это осложнение очень напоминает ущемление грыжи, и различить его иногда можно только на операционном столе [3.5.6].

По данным различных авторов свидетельствуют что, результат хирургического лечения больных с большими грыжами в области пупка не могут считаться удовлетворительными. Так как осложнения в послеоперационном периоде достигают до 50% летальность колеблется в пределах 2,6–11,0% [1.2.4.7].

Актуальной проблемой лечения большой невправимой пупочной грыж является ранние послеоперационные осложнения, поскольку это является основной причиной затяжного течения послеоперационного периода, вызывающая дополнительных моральных страданий больных. А также достаточно высокий цифр рецидив заболевания в отдаленном послеоперационном периоде.

Таким образом, наличие множества способов профилактики раневых осложнений при протезировании передней брюшной стенки в лечение невправимой большой пупочной грыжи и актуальность разрабатываемой проблемы диктуют необходимости усовершенствовать оперативного приема и дифференцированный подход к пациентам с учетом возраста, сопутствующие патологии а также размер грыжевого ворота.

Выбор тактика ведение пациентов после протезирования, направленных на снижение частота раневых осложнений а также уменьшит рецидив в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с большим невправимыми пупочными грыжами.

Материал и методы

В клинических базах Ташкентского педиатрического медицинского института в периоде с 2012 по 2016 гг. находился на стационарном лечении 83 больных с диагнозом пупочная грыжа, из них у 22 (26,50%) диагностирована невправимая пупочная грыжа. Женщин было 19 (22,89%), мужчин – 3 (13,62%). Возраст больных: до 30 лет – 2 (2,40%) до 40 лет – 2 (2,40%) до 50 лет – 8 (9,63%) до 60 лет – 6 (7,22%), с выше 60 лет – 4 (4,81%). При изучении анамнеза установлено, что больные являлись грыженосителями в течении 10 – 15 лет.

Причины возникновения пупочных грыж: в 13 случаях (15,60%), связывают с тяжелой физической нагрузкой, в 9 – (10,84%) женщин – с неоднократной беременностью и родами. Со слов больных сначала стали появляться боли в области пупка после физической нагрузки, затем постепенно появилось грыжевое выпячивание. Интенсивность болей стала усиливаться при увеличении размера грыжевого выпячивания. Больные научились самостоятельно вправлять грыжевые выпячивания. Позже во время вправления грыжи появились умеренные боли. После 2–3-х лет с момента появления грыжевого выпячивания последнее не вправлялось, но уменьшалось в размере, а в через некоторое время выпячивание увеличилось до исходного размера. Больные находились под наблюдением врача хирурга в поликлинике по месту жительства.

Всем больным до поступления в стационар проводилось углублённое исследование, включающие ЭКГ, УЗИ, КТ органов брюшной полости и грудной

клетки для оценки объема грыжевого выпячивания, и выявление сопутствующих заболеваний. У 11 (13,85%) пациентов диагностирована различные сопутствующие заболевания: Гипертаническая болезнь, хронический обструктивный бронхит, сахарный диабет и т.п.. Эти пациенты были консультированы терапевтом и кардиологом. Пациенты получали соответствующие лечение в профильной отделении стационара. После стабилизации состояние больных были переведены в хирургическую клинику.

Смультанные операции были выполнены у четырех (4,8%) пациентам, надвлагалищная (двух случаях) ампутиация матки, у двух больных было выполнено холецистэктомия.

В клиническую практику мы использовали классификацию Chevrel J. et. Al. [1999] грыжи были MW 3,4 с размерами дефекта от 10 до 20 см. и более. Калиш Ю.И. с соавт. [2014г], Субкомпенсированная и декомпенсированная формы грыжи.

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом с управлением дыхания.

Больные были разделены на две группы:

В первую группу вошли 13 больных (15,66%), которые поступали в стационар в плановом порядке. Эти пациенты в основном жаловались на постоянные умеренные боли и дискомфорт в области живота и грыжевого выпячивания, которые усиливались после обильного приема пищи или же после тяжелой физической нагрузки.

Во вторую группу вошли 9 пациентов (10,84%) у этой групп пациентов боли были более интенсивными. Особенно боли усиливались после небольшой физической нагрузки, при этом присоединялась тошнота и однократной рвота. Эти больные были доставлены в клинику со скорой неотложной помощи.

Обеим группам пациентам проводилось перед операционная подготовка желудочно-кишечного тракта. Назначалось безшлаковая диеты и очистительная клизма. Устанавливали назогастральный зонд. Эти мероприятия значительной степени помогли увеличить объем брюшной полости, облегчало работу во время оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде на 2–3 дня накладывали назогастральный зонд и газоотводящую трубку.

Техника операции. Окаймляющим разрезом вокруг грыжевого выпячивания вскрывали брюшную полость, отсекали грыжевое мешок от окружающих тканей. Вскрыли грыжевой мешок, при этом оценили фиксированные органы. Только в одном случае содержимое грыжевого мешка был большой сальник и тонкой кишки, последней был интимно спаян к грыжевому мешку. У остальных больных оказался только большой сальник, также, был спаян к грыжевому мешку. У 8 (9,64%) из 22 установлено дополнительные карманы в подкожно жировой клетчатке.

У 7 (8,4%) пациентам установлены, сочетанный дефект апоневроза передней брюшной стенки. У больных имеющих спайки смешанного органа были острыми и тупыми путями отделены от окружающих тканей. У 13 (15,66%) случаев имело место резекции части большого сальника и ушиванием последнего, после чего органы вправлялись в брюшную полость. (рис.2)

Первая группа состояла из 13 больных, у них грыжевой ворот было от 10 до 20 см. (W,3 субкомпенсированной форма грыжи) этим больным применялась комбинированный способ пластики грыжевой ворот.

SubLay фиксировали имплантат, а затем апоневроза ушивали "край в край". Тем самым исключили необходимость накладывания двухрядных швов. Эти мероприятия позволили избежать повышения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде, что дало возможность создать оптимальные условия для формирования первичного послеоперационного рубца.

Второй группа состоит из 9 больных, ширина грыжевых ворот 20 см и более. (w 4, декомпенсированной форма грыжа. Рис 1.) .

Во второй групп разрез кожи проводился по грыжевому выпячиванию. Затем подкожно-жировая клетчатка отсепарировали. от край грежных ворот. до 5 см. После этого проводилась обработка грыжевого мешка. Всем больным этой группы применяли сетчатый имплантат. Для профилактики синдрома малого живота и дыхательной недостаточности по показаниям выполнялась ненапряжная генопластика. То есть, наложение сетки на апоневрозе без его ушивания, к краю апоневроза или реконструкция мышц передней брюшной стенки по Ramirez. Преимуществом данной методики является то, что при этом не уменьшается объём брюшной полости. Рассечение влагалищ прямых мышц живота создает условия для равномерного распределения давления на передней брюшной стенке.

У больных декомпенсированной формой грыжи для устранения околопротезного пространства при сшивании раны использовали П-образные швы с захватом клетчатки с обязательной фиксацией её к эндопротезу и дну раны. После завершения гернопластики всем больным обеих групп над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались на коже.

В первой группах пациентам при фиксации эндопротеза считали принципиальным максимально плотное прилегание последнего к апоневротическим структурам, так как наличие складок и участков нерасплавленного эндопротеза формируют пространства под апоневрозом, где возможно скопление жидкостных образований.

Для устранения около-протезного пространства использовали П-образный шов с захватом подкожно-жировой клетчатки и её обязательно фиксировали к эндопротезу. . После завершения грыжосечения и фиксации эндопротеза у обем группа больным производилась постановка дренажей с последующей активной аспирацией, затем рану ушивали послойно. После завершения гернопластики всем больным обеих групп, рану дренировали с перфорированную дренажную трубку.

Результат и обсуждения

Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения: абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; вне абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода. Раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде; отдаленные результаты хирургического лечения.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли урвне внутрибрюшного давления.

Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и гернопластикой.

У первой групп больных грыжевой ворот закрывали следующим образом: Sablay фиксировали сетчатой имплантат а апаневроз ушивали "край в край". Тем самым исключили необходимость накладывания двухрядных швов это позволило избежать повышения внутрибрюшного давления, ранений послеоперационный период. Что дало возможность создать оптимальные условия для формирования первичного послеоперационного рубца.

Второй группа (9 случаев) пациентам Выполнение ненапряжной гернопластики а также комбинированной методике с мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez, посредством которых достигается увеличение объема брюшной полости, что позволило избежать повышения внутрибрюшных гипертензии.

В ближайшем послеоперационном периоде у больных первой группы в 4-х случаях (4,82%) наблюдался вне брюшной осложнения в виде инфильтрат послеоперационной раны. Последний купировалось после консервативного лечения.

Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, на амбулаторном наблюдении врача хирурга по месту жительства. В трёх случаях (3,6%) наблюдался внутрибрюшной осложнение как парез кишечника, последние были купированы также с помощью консервативной лечения. У всех пациентов послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

У второй группы пациентов в послеоперационном периоде в трех случаях (3,6%) наблюдался внутрибрюшной осложнение как парез кишечника. В двух (2,4%) случаях вне брюшной осложнение в виде обострение хронической бронхита. Все эти послеоперационные осложнения удалось купировать медикаментозным лечением.

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены у 18 (21,68%) из 22 оперированных пациентов от 6 месяцев до 5 лет.

В первой группе у пациентов рецидив заболевания не была. Во второй группе в двух случаях [2,4%], установлен рецидив грыж. Эти пациенты были оперированы с размерами грыжевой ворот более 20 см . Остальные пациенты чувствовали себя удовлетворительной, вели привычный образ жизни и продолжали работать.

Анализ результатов хирургического лечение, которые оценивали показатели качество жизни у больных первой и второй группы, через 3 и 6 месяцев после операции, отмечали улучшение качество жизни по всем параметрам исследования.

Выводы

1. Структура встречающие среди всех осложнения пупочной грыжа, ведущая место занимает неправильная пупочная грыжа (26,50%), это осложнения часто встречается у женщин (22,89%). При размере грыжевого ворот (от 10 до20 см.) лучшим методом является проведение пластики грыжевой ворот методом фиксации SuabLay полипропиленового протеза а затем апаневроз ушивали "край в край". Тем самым исключит, необходимости накладывания двухрядных



Рис. 1. Больная Н.. Большая пупочная грыж

швов это создают оптимальные условия для формирования первичного послеоперационного рубца, а также позволяет значительной степени уменьшить внутрибрюшную гипертензии в раннем послеоперационном периоде.

2. Вне брюшной осложнениями наблюдалась у 4 пациентам (4,82%) в виде инфильтрат после операционной раны. В 3-х больным (3,6%) - внутри брюшной осложнениями - парез кишечника. Все выше указанные осложнения были купированы с помощью консервативной лечения.

3. При размере грыжевой ворот 20 см. и более лучшим способом является сочетание ее абдоминопластикой. дополненной мобилизации прямых мышц живота по Ramirez. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивает, за счет полипропилирового протеза, а мобилизации прямых мышц живота обеспечивает сохранение внутрибрюшного давления на исход-

ных значениях. Вне брюшной осложнениями наблюдалась в 3-х случаях (3,6%). Внутри брюшной в 2 пациентам (2,4%).

4. Усовершенствование способ профилактики раневых осложнений при протезировании грыжевых ворот, основанный прошивании и фиксации подкожно-жировых лоскутов к имплантату и дну операционной раны П-образных швами, значительной степени уменьшило частоту осложнений в ранней послеоперационной периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Григорьева Т.С., Григорьева С.Г., Кривошеков Е.Н., Чернигина Лечени ущемленных грыж брюшной стенки // Хирургия. 2005; 8: 4-6. Grigoryeva T.S., Grigoryeva S.G., Krivoshekov E.N., Chernigina Lecheni ushumlennix grij bryushnoy stenki Xirurgiya. 2005; 8: 4-6.
2. Кривошеков Е.А., Григорьева Т.С., Чернигина Т.П. Мышечно-апоневротическое эндопротезирование пупочных и послеоперационных вентральных грыж // Хирургия Узбекистана- 2014; 3: 26-27. Krivoshekov E.A., Grigoryeva T.S., Chernigina T.P. Mishechno-aponevroticheskoye endoprotezirovaniye pupochnix i posleoperatsionnix ventralnix grij // Xirurgiya Uzbekistana 2014; 3: 26-27 .
3. Матяшин И.М., Яремчук А.Я., Пайдо А.И. Особенности диагностики и лечебной тактики при ущемленных грыжах живота. // Клинич.хир.1989; 4: 1-6. Matyashin I.M., Yaremchuk A.Ya., Paydo A.I. Osebenosti diagnostiki i lechebnoy taktiki pri ushemlennix grijax jivota. Klin.xir. 1989; 4: 1-6 .
4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки.1983; 173-182. Toksin K.D., Jebrovskiy V.B. Griji bryushnoy stenki. 1983; 173-182
5. Фёдоров В.Д., Максимов В.И. Результаты лечения ущемленных грыж брюшной стенки // Хирургия 1972; 39: 24-26. Fyodorov V.D., Maksimov V.I. Rezultati lecheniya ushemlennix grij bryushnoy stenki Xirurgiya 1972; 39: 24-26.
6. Шевченко П.В. Лечение послеоперационных грыж живота. / Ж.Клиническая хирургия 1989; 2: 4-6. Shevchenko P.V. Lecheniya posleoperatsionnix grij jivota. J.Klinicheskaya xirurgiya. 1989; 4-6.
7. Azamat S., Zafrrjon V., Salim L. Criterias of chalice meod in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity. Eurserioncerview. 2016; 3 -4: 232-234.

Поступила 09.09. 2019