

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДИКЕ ЛИХТЕНШТЕЙНА

¹Жафаров Х.М., ¹Мельник И.В., ²Ковтун С.С.,

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,
²Хмельницкая городская больница скорой помощи. г. Хмельницкий (Украина).

✓ Резюме,

В статье проведен ретроспективный анализ результатов лечения 250 пациентов с паховыми грыжами по методике Лихтенштейна. Показано, что общая частота развития ранних послеоперационных осложнений составила 15,6% (39), из них: в 26 (10,4%) случаях наблюдался незначительный отек мошонки, в 13 (5,2%) случаях имело место наличие участков нарушения чувствительности в подвздошно-паховой области. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты путем телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 102 (40,8%) больных - рецидивов грыж не отмечено. У 18 (17,6%) пациентов имелся незначительный хронический болевой синдром в месте операции.

Ключевые слова: ненатяжная герниопластика, грыжесечение по Лихтенштейну, паховая грыжа.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF RESULTS OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIA BY LICHTENSTEIN METHOD

¹Jafarov Kh., ¹Melnyk I.V., ²Kovtun S.S.,

¹Tashkent Pediatric Medical Institute (<http://tashpmi.uz>). 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140.

²Khmelnytsky city hospital of ambulance. Khmelnytsky city(Ukraine)
 29000, Khmelnytsky city, Proskurovsky lane.

✓ Resume,

This report provides retrospective analysis about results of treatment of 250 patients with inguinal hernia using Lichtenstein methodic. It is indicated that the overall frequency of developing early post-surgical complications was 15.6%(39), 10.4%(26) of patients had minor scrotal edema, in 5.2%(13) cases malfunction of iliac groin sensitivity was present. No mortalities were recorded.

Results conducted distantly using phone survey were being examined during 5 years after the surgery. 102 patients(40.8%) experienced no hernia relapse. 18 patients(17.6%) had a minor pain syndrome in the area of surgery.

Key words: non-tight hernioplastics ,hernia cut, Lichtenstein methodic, inguinal hernia

ЧОВ ЧУРРАЛАРИНИНГЛИХТЕНШТЕЙН УСЛУБИ БЎЙИЧА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

¹Жафаров Х.М., ¹Мельник И.В., ²Ковтун С.С.,

¹Тошкент педиатрия тиббиёт институти
²Хмельницк шаҳар тез ёрдам шифохонаси Хмельницкий ш. (Украина).

✓ Резюме,

Мақолада 250 нафар беморларда чов чуррасининг Лихтенштейн услуги бўйича даволаш натижаларининг ретроспектив таҳлили ўтказилган. Операциядан кейинги эрта асоратлар ривожланишининг учраши 15,6% (39) ни, улардан 26 (10,4%) ҳолатда ёрғоқнинг бироз шиши кузатилганлиги, 13 (5,2%) ҳолатда ёнбош чов соҳаларида сезувчанлик бузилиш ҳолатлари борлиги аниқланди. Улим ҳолатлари бўлмаган.

Операциядан кейинги натижаларни 5 йил давомида телефон орқали ўтказилган сўровномада 102 (40,8%) * чурранинг қайталаниши кузатилмаган. Шулардан 18 (17,6%) беморларда операция жойида кўп бўлмаган сурункали оғриқ синдроми бўлган.

Калит сўзлар: тортилмаган герниопластика, Лихтенштейн бўйича чуррани даволаш, чов чурраси.

Актуальность

Частота паховых грыж, среди всех видов грыж составляет в среднем 70%. Исторически предложено более 100 видов пластики при паховых грыжах. Однако, идеального вмешательства до настоящего времени не разработано. Рецидивирование грыж (до 10%), послеоперационные осложнения (10-30%), сохранение летальных случаев, несмотря на "кажущуюся" простоту вмешательства, делает эту проблему актуальной и нуждающуюся в дальнейшей разработке и изучении.

I.L. Lichtenstein с группой хирургов в 1989-1991 гг. разработал способ "ненатяжной" пластики с использованием полипропиленового имплантата. Сегодня эта операция считается наиболее распространенной. По литературным данным частота рецидивов грыж составляет 2%, а частота развития сером, гематом, нагноения ран при использовании грыжесечения по данной методике составляет в среднем 3,0-5,4%.

Уровень послеоперационной летальности при плановых паховых грыжесечениях находится в пределах 0,02%[1,2,3].



Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов лечения больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна, установить характер послеоперационных осложнений и оценить течение отдаленного послеоперационного периода.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 250 пациентов с паховыми грыжами. Все прооперированные - мужчины. Возраст больных от 25 до 86 лет. Согласно классификации Leoyd M. Nyhus (1995): прямые грыжи (тип IIIa) имелись у 111(44,4%) больных; большие косые грыжи (тип IIIb) - у 74 (29,6%); рецидивные грыжи (тип IV) диагностированы у 65(26%) больных. При обследовании у 163(%) пациентов имелась различная сопутствующая патология: гипертоническая болезнь 72(44,2%), ишемическая болезнь сердца 33(20,2%), сахарный диабет 21(12,9%), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз 18 (11%), варикозное расширение вен нижних конечностей 12(7,4%), перенесенное в анамнезе ОНМК 7(4,3%). Из 74 больных с рецидивными грыжами в 23 случаях имелся второй, в 9- третий рецидив, в 7 случаях имелся рецидив грыжи после проведения операции грыжесечения с применением полипропиленовой сетки в других лечебных учреждениях.

Результат и обсуждение

При выполнении операции с целью обезболивания у 174(69,6%) больных применялась местная инфильтративная анестезия (200-300мл 0,25% -0,5% раствора новокаина), перидуральное обезболивание использовано в 60 (24%) случаях (на уровне L2-L4 2% раствор лидокаина), общий наркоз имел место - у 16(6,4%) больных. При выборе метода анестезии в первую очередь руководствуемся топографо-анатомическими особенностями грыжи, соматическим статусом пациентов, их психоэмоциональным состоянием. При возможности, отдаем предпочтение выполнению операции под местной анестезией, которая позволяет полностью сохранять контакт с пациентом во время вмешательства, что особенно важно при скользящих грыжах. Местная анестезия дает возможность проводить активизацию пациентов с использованием минимального объема лекарственных средств консервативной терапии. Общая частота ранних послеоперационных осложнений составила 15,6%(39).

Во время операции особое значение придаем минимальному травмированию тканей, гемостазу и максимальному сохранению анатомичности оперирования. Таких осложнений, как нагноение ран, серомы, гематомы мы не наблюдали. В данном вопросе придаем особое значение качеству полипропиленовой сетки для имплантации. Используем только лицензионные сетчатые материалы размерами 6x11см; 8x12; 7,5x15см. Размер выбираем для каждого пациента индивидуально. Сетчатый имплантат фиксируем узловыми полипропиленовыми швами, что считаем более надежным. Хотя это и увеличивает расход шовного материала. Недопустимо использование сетки после истечения указанного срока годности, хранения в спирте и др. растворах, что способствует инфицированию и утрате ею важнейших физических свойств, обеспечивающих функцию инертности для организма.

Также, хотим обратить внимание на время выполнения вмешательства. Многие авторы указывают, что среднее время выполнения вмешательства составляет 30-40 минут и даже меньше. Мы считаем, что временной критерий не является основополагающим. Стремление как можно быстрее закончить вмешательство, приводит к невнимательности и пренебрежению базисными принципами хирургии, в конечном итоге приводящее к тому, что 20-30 минут выигранные хирургом во время операции оборачиваются для больного месяцами хождения на перевязки. Недопустима также ситуация с неоправданным затягиваем операции по причине топографо-анатомических особенностей грыжи. Для профилактики возникновения тяжелых осложнений, целесообразно своевременное привлечение к операции более опытных хирургов.

Считаем, что основной причиной возникновения послеоперационных осложнений являются ошибки, допускаемые хирургами на различных этапах оперативного вмешательства. Так, при рассечении передней стенки пахового канала, особенно при рецидивных грыжах, могут быть повреждены подвздошно-паховый и подвздошно-подчревный нервы, проходящие под апоневрозом наружной косой мышцы живота. Такое повреждение возможно и в момент выполнения пластики пахового канала, когда нервы захватывают в шов. Повреждение подвздошно-пахового и подвздошно-подчревного нервов приводит к развитию болевого синдрома в послеоперационном периоде, вызывает нарушение чувствительности в подвздошно- паховой области. Среди наших пациентов мы наблюдали в раннем послеоперационном периоде наличие участков нарушения чувствительности в 13 (5,2%) случаях, данные больные были оперированных по поводу рецидивных паховых грыж. В отдаленном периоде повреждение вышеуказанных нервов способствует атрофии мышц подвздошно-паховой области и может быть пусковым моментом развития рецидива грыжи. Для предотвращения данного осложнения целесообразно после рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота обнажить нервы и осторожно отодвинуть их в сторону, а при пластике пахового канала следить за тем, чтобы они не попали в шов.

В 26(10,4%) случаях в раннем послеоперационном периоде наблюдался незначительный отек мошонки. Возникновение данного осложнения связываем со сдавлением семенного канатика в отверстии, создаваемом в сетчатом имплантате; травмированием семенного канатика.

Достаточно, проблемной ситуацией чреватой тяжелыми осложнениями является операция по поводу скользящей грыжи. Среди наших пациентов, больных со скользящими грыжами было 34(13,6%). Причем у 30 (88,2%) из них соскользнувшим органом явился мочевого пузырь и в 4 (11,8%) случаях - слепая кишка. К счастью, особенности грыжи были вовремя диагностированы хирургами, что позволило избежать осложнений. Для предотвращения подобной ошибки рекомендуется производить пальпацию стенок грыжевого мешка. Сигналом опасности может служить их утолщение, тестоватая консистенция стенки мешка или урчание в грыжевом мешке. Повреждение кишечника может происходить во время перевязывания шейки грыжевого мешка, поэтому следует чаще использовать кисетный шов, постепенно затягивая его под визуальным контролем.

Повреждение мочевого пузыря может произойти во время рассечения грыжевого мешка, при его перевязке, когда стенка пузыря попадает в культю грыжевого мешка, а также при выполнении пластики пахового канала сеткой в случае грубого шва фиксирующего сетчатый имплантат с медиальной стороны.

Часто мочевой пузырь можно повредить при скользящих грыжах и их сочетании с дивертикулом пузыря. Такая опасность существует и при грубых манипуляциях в медиальном отделе пахового промежутка, особенно при остановке кровотечения из сосудов около пузырной клетчатки, захватывании в шов надкостницы симфиза или лобкового бугорка, ушивании поперечной фасции. Существуют определенные признаки, по которым можно распознать мочевой пузырь во время операции и избежать этого осложнения. К этим признакам относятся: близость около пузырной клетчатки, мясистость стенок, трабекулярное строение мышечной оболочки, диффузная кровоточивость при ее насечении. Возникновение позыва к мочеиспусканию при подтягивании стенки пузыря, отсутствие увеличения размеров при натуживании больного (в данном случае неоценимую помощь в диагностике данной проблемы предоставляет хирургу выполнение операции под местной анестезией, позволяющей полностью сохранить контакт с больным). Во время грыжесечений, которые выполняются по поводу больших, рецидивных и других видов "трудных" грыж в обязательном порядке устанавливается мочевой катетер, что позволяет мочевому пузырю всегда быть в спавшемся состоянии, а хирургам, в случае возникновения проблем с анатомией данной зоны, можно наполнить мочевой пузырь фурациллином и быстро сориентироваться в сложившейся ситуации.

Консервативное лечение после операции включало: антибактериальную терапию, обезболивание, профилактику тромбоэмболических осложнений. Некоторые авторы указывают на полное отсутствие болевого синдрома после операции. Однако, мы наблю-

дали болевой синдром у больных на протяжении в среднем от 2 до 5 дней. Срок нахождения пациента в стационаре от 2 до 7 дней. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты путем телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 102 (40,8%) больных - рецидивов грыж не отмечено. У 18 (17,6%) пациентов имелся незначительный хронический болевой синдром в месте операции, купируемый периодическим приемом нестероидных противовоспалительных средств, что связываем с формированием в области сетчатого имплантата грубого рубца с вовлечением крупных нервных стволов. В остальных случаях самочувствие пациентов хорошее.

Выводы

Таким образом, грыже сечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми (тип III а), с большими косыми (тип III б), рецидивными грыжами (тип IV). Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития серьезных осложнений на различных этапах лечения. Частота ранних послеоперационных осложнений составила 15,6%(39).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Прохоров И. И., Морозов В.С, Смолькина А. В. Гериопластика в дневном стационаре поликлиники // Ульяновский медицинско-биологический журнал, № 3, 2017, ст. 45-53.
2. Топчиев М.А., Юсупов И.А., Крячко В.С. Эффективные методы лечения рецидивных паховых грыж в современной хирургии // Астраханский медицинский журнал, Т10, № 2, 2015, ст 31-41.
3. Meyer A., Blanc P., Balique J. Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair: twenty-seven serious complications after 4565 consecutive operations. //Rev Col Bras Cir. 2013; 40(1): 32-36. DOI: 10.1590/S0100-69912013000100006.

Поступила 03. 05. 2020