

ХИРУРГИЯ ГРЫЖ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Смолькина А.В.¹, Прохоров И.И.², Алимова Р.И.¹, Нурутдинова Г.И.¹, Евсеев Р.М.², Фролов А.И.¹, Кисляков А.Н.¹

¹ ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия, e-mail: smolant1@yandex.ru;

² ГУЗ «Городская поликлиника № 4», Ульяновск, Россия, e-mail: nazika-n1991@yandex.ru

Целью данного исследования является анализ хирургического лечения грыж в условиях дневного стационара городской поликлиники в Ульяновской области для определения возможных путей оптимизации хирургической помощи пациентам с наружными грыжами различной локализации. С 2003 по 2013 г. в условиях дневного стационара городской поликлиники № 4 города Ульяновска выполнено 400 грыжесечений у 387 пациентов, из них 311 были мужчины и 76 – женщины. При анализе возрастных параметров было выявлено, что наибольшее количество операций выполнено в возрасте от 51 до 60 лет – у 131 (33,9 %) пациента. Результаты проведенного анализа могут послужить поводом для оптимизации оказания хирургической помощи грыженосителям и решения профилактики послеоперационных осложнений. В условиях дневного стационара возможно выполнение широкого диапазона хирургических вмешательств под региональной анестезией с минимальным риском внутрибольничной инфекции. Главная причина рецидивов грыж кроется в индивидуальных анатомо-патологических особенностях пациента. Ненатяжная бесшовная герниопластика жесткой сеткой по Трабукко-метод выбора при пластике задней стенки пахового канала, а также при сочетанных грыжах белой линии живота с пупочной грыжей. При аллопластике жесткой сеткой Optomesh осложнений не наблюдалось как при имплантации под апоневроз, так и на апоневроз.

Ключевые слова: хирургическое лечение грыж, грыженосительство.

HERNIA SURGERY ON AN OUTPATIENT BASIS

Smolkina A.V.¹, Prokhorov I.I.², Alimov R.I.¹, Nurtdinova G.I.¹, Yevseyev R.M.², Frolov A.I.², Kisliakov A.N.¹

¹ "Ulyanovsk State University", Ulyanovsk, Russia, e-mail: smolant1@yandex.ru;

² "Polyclinic №4». Ulyanovsk, Russia, e-mail: nazika-n1991@yandex.ru

The aim of this study is to analyze the surgical treatment of hernias in a day hospital outpatient clinics in the city of Ulyanovsk Region to identify possible ways to optimize surgical care of patients with external hernias different localization. From 2003 to 2013 in a day hospital clinic №4 city of Ulyanovsk performed 400 hernia repair in 387 patients, of whom 311 were men and 76 –women. When analyzing the age parameters revealed that the largest number of operations performed between the ages of 51 to 60 years – 131 (33.9 %) patients. The results of the analysis can serve as an occasion to optimize surgical care gryzhenosit elyam solutions and prevention of postoperative complications. In the day hospital is possible to perform a broad array of surgical procedures under regional anesthesia with minimal risk of nosocomial infection. The main reason lies in the recurrence of hernias individual anatomical and pathological features of patients. Nenatyazhnaya seamless mesh hernioplasty hard to Trabucco method of choice for plastic posterior wall of the inguinal canal, as well as co-linea alba hernia with umbilical hernia. When alloplasty rigid grid Optomesh complications were observed both during implantation under the aponeurosis, and the aponeurosis.

Keywords: surgical treatment of hernias, gryzhenositelstvo.

Современная герниология вооружена точными анатомическими сведениями и огромным практическим опытом, однако достигнутое не исчерпывает проблемы и не снижает актуальности лечения грыж [1, 5]. Основным направлением современной хирургии грыж является индивидуальный подход к выбору оперативного лечения [3]. Принцип индивидуализации обязывает хирурга применять способы и методы операций, наиболее полно соответствующие этиологическим и патогенетическим факторам образования грыжи и обеспечивающие хорошие отдаленные результаты операции [2]. На современном этапе

хирургии грыж большое распространение получило применение синтетических материалов, что позволило снизить количество рецидивов на 5 %. Однако применение имплантатов привело к возникновению новых клинических проблем – увеличению количества случаев инфекционных осложнений [4, 6, 7] .

Среди больных с грыжами преобладают лица пожилого и преклонного возраста, что в целом соответствует распределению грыженосителей среди населения. Грыжи встречается у мужчин в 1,5 раза чаще, чем у женщин [3, 5] .

Под ущемлением грыжи понимают внезапно возникшее сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Это наиболее опасное осложнение встречается у 8–20 % больных с грыжами [1, 2], а если учесть, что грыженосители составляют около 2 % населения вообще [1, 3], то общее количество больных с ущемленными грыжами достаточно велико, подобные больные составляют 4,2 % от общего количества больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [3]. Следовательно, необходимо заниматься профилактикой ущемления грыж и выявлять грыженосителей в амбулаторных условиях.

Цель исследования: анализ хирургического лечения грыж в условиях дневного стационара городской поликлиники в Ульяновской области для определения возможных путей оптимизации хирургической помощи пациентам с наружными грыжами различной локализации.

Материал и методы исследования

В условиях дневного стационара возможно выполнения широкого диапазона хирургических вмешательств под региональной анестезией с минимальным риском внутрибольничной инфекции. Главная причина рецидивов грыж кроется в индивидуальных анатомо-патологических особенностях. Необходима строгая индивидуализация способов герниопластики. Ненатяжная бесшовная герниопластика жесткой сеткой по Трабукко, по нашему мнению, метод выбора при пластике задней стенки пахового канала, а также при сочетанных грыжах белой линии живота с пупочной грыжей.

Критериями включения для хирургического лечения грыж в условиях дневного стационара являлись: возможность проведения операции под местной анестезией, прогноз сложности операции, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, возможность ухода и наблюдения за пациентом в послеоперационном периоде, бытовые условия и желание пациента.

Критерии исключения: наличие мерцательной аритмии, стойкой артериальной гипертензии, ожирение; психические заболевания, некомпенсированный сахарный диабет.

С 2003 по 2013 г. в условиях дневного стационара городской поликлиники № 4 города Ульяновска выполнено 400 грыжесечений у 387 пациентов, из них 311 были мужчины и 76 – женщины. Наибольшее количество выполнено грыжесечений паховой локализации – 274 (68,5 %). Второе место занимают пупочные грыжи и только одну герниопластику выполнили при поясничной локализации грыжи (табл. 1).

Таблица 1

Виды грыж по локализации

Пол	Паховые	Пупочные	Бедренные	Белой линии	Послеоперационные	Поясничные	Всего
Мужчин	241	56	1	8	11	-	317 (79,3%)
Женщин	33	30	4	10	5	1	83 (20,5%)
Всего	274 (68,5%)	86 (21,5%)	5 (1,2%)	18 (4,5%)	16 (4,0%)	1 (0,3%)	400 (100%)

После грыжесечения пациенты находились в отделении дневного стационара от 2 до 5 часов, затем санитарным транспортом в сопровождении хирурга доставлялись домой. Перевязки в послеоперационном периоде 2–3 раза проводились хирургом и операционной медицинской сестрой в амбулаторных условиях на дому, затем больной ставился на диспансерное наблюдение, и снятие швов выполняли в условиях поликлиники.

Результаты исследования

Изучив результаты хирургического лечения грыж в условиях дневного стационара, выявлено: грыженосительство у мужчин в 7 раз выше, чем у женщин; преобладание паховых грыж (68,5 %), при этом справа в 1,5 раза чаще.

При анализе возрастных параметров было выявлено, что наибольшее количество операций выполнено в возрасте от 51 до 60 лет – у 131 (33,9 %) пациента (табл. 2).

Таблица 2

Возрастные параметры оперированных пациентов

Возраст	Мужчин	Женщин	Всего больных
До 20 лет	7	2	9 (2,3 %)
21–30 лет	20	4	24 (6,2 %)
31–40 лет	24	11	35 (9,1 %)
41–50 лет	71	17	88 (22,7 %)

51–60 лет	109	22	131 (33,85 %)
61–70 лет	58	14	72 (18,6 %)
старше 70 лет	22	6	28 (7,2 %)
Всего	311	76	387 (100 %)

Наибольшее количество оперативных лечений выполнено по поводу паховых грыж 274 (68,5 %). Пластика передней стенки пахового канала выполнено у 55 (20,1 %) и задней стенки – 219 (79,9 %).

При выборе оптимального варианта операции необходимо руководствоваться в каждом конкретном случае, прежде всего, оценкой анатомо-хирургического состояния задней стенки пахового канала, формой и положением пахового промежутка, величиной грыжевых ворот (глубокого пахового кольца) и состоянием поперечной фасции. Именно эти образования определяют анатомическую и функциональную прочность пахового канала. Герниопластика за счёт передней стенки допустима лишь при неременном условии, что паховый промежуток должен иметь овально-щелевую форму, прочную поперечную фасцию и при обязательном зашивании глубокого пахового кольца.

Физиологическая роль глубокого пахового кольца заключается в активном противостоянии колебаниям внутрибрюшного давления. Идущие в паховый канал образования (сосуды, нервы, семявыносящий проток или круглая связка матки) концентрируются в медиальной части глубокого пахового кольца, предварительно пройдя через его нижне-медиальный край. Слегка расширенное в начальных стадиях косой паховой грыжи, со временем, оно из-за механического воздействия грыжевого содержимого на его стенки всё более увеличивается по направлению к лонному бугорку и, в конечном итоге, может занимать всю площадь задней стенки пахового канала. Вследствие этого, косые паховые грыжи у лиц разного возраста с различными стадиями грыженосительства будут различаться размерами грыжевых ворот.

При большом размере поверхностного пахового кольца и слабом апоневрозе мы изменили методику Бассини: после подшивания мышц к пупартовой связке ушивали апоневроз с дубликатурой по Мартынову под семенным канатиком.

С 2010 года при герниопластике успешно в дневном стационаре успешно применяли хирургические сетки. Антибактериальная терапия проводилась у 100 % пациентов с аллопластикой в течение 6 дней таблетированными препаратами, что в домашних условиях удобно.

Технику операции Трабукко мы незначительно изменили: грыжевой мешок удаляем, вместо второго трансплантата выполняем пластику глубокого пахового кольца и поперечной

фасции местными тканями, одним швом фиксируем трансплантат к лонному бугорку (связки Купера). Второй точкой фиксации является семенной канатик, проходящий через апертуру в верхней части сетки. Мы использовали жёсткие сетки, имеющие необходимую форму и размеры для пластики пахового канала. Благодаря своим физическим свойствам, она хорошо сохраняет форму, не смещается без фиксации в тканях, требуются меньший размер эндопротеза, у пациентов меньше ощущений дискомфорта, снижен риск образования серомы, гематомы и рецидива. Осложнений при герниопластике не было. Рецидивов было 5, и все после герниопластики пахового канала местными тканями, выполненные в 2003–2005 гг.

У 12 пациентов в условиях дневного стационара оперативное лечение выполнено одновременно по поводу двух и более грыж (табл. 3).

Таблица 3

Причины симультанных операций

Диагноз	Количество
Паховая грыжа + киста круглой связки матки	4
Паховая грыжа + липома брюшной стенки, закрывающая грыжу	1
Пупочная грыжа + грыжи белой линии живота	11
Пупочная грыжа + послеоперационная грыжа	1

При множественных грыжах белой линии живота и в сочетании их с пупочной грыжей удобно и надёжно перекрывать все грыжевые ворота одной жёсткой сеткой, уложенной под апоневроз.

За многие годы работы впервые встретилась поясничная грыжа, которая была фиксирована с применением сетчатого имплантата.

Проведение оперативного лечения в дневном стационаре способствует активизации больного в послеоперационном периоде, с ранним вставанием с постели больного в первый день для транспортировки домой, что способствовало профилактике тромбозомболических осложнений.

Следует отметить, что большинство пациентов не нуждались в приёме анальгетиков, за исключением однократного внутримышечного введения раствора кеторола через 2 часа после операции, перед транспортировкой домой.

Выводы

1. В условиях дневного стационара возможно выполнения широкого диапазона хирургических вмешательств под региональной анестезией с минимальным риском внутрибольничной инфекции.

2. Главная причина рецидивов грыж кроется в индивидуальных анатомо-патологических особенностях. Необходима строгая индивидуализация способов герниопластики.
3. Ненатяжная бесшовная герниопластика жесткой сеткой по Трабукко-метод выбора при пластике задней стенки пахового канала, а также при сочетанных грыжах белой линии живота с пупочной грыжей.
4. При аллопластике жесткой сеткой Optomesh осложнений не наблюдалось как при имплантации под апоневроз, так и на апоневроз.

Список литературы

1. Альбицкий Б.А. Лекции по хирургии. – Томск: Зап.-Сиб. кн. изд-во, 2006. – 480 с.
2. Лавров Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки: практическое руководство. – М. , 2006. – 234 с.
3. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2004. – 640 с.
4. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 5-10.
5. Тоскин К.Д., Жербовский В.В. Грыжи живота // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 23-26.
6. Чарышкин А.Л., Фролов А.А. Способ герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 1 (1). – С. 100-103.
7. Napolitano L., Bartolomeo N.Di. et al. Use of prosthetic materials in incisional hernias: our clinical experience // G. Chir. – 2004. – Vol. 25. No. 4. – P. 141-145.

Рецензенты:

Власов А.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии и детской хирургии медицинского института Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева, г. Саранск;

Шапкин Ю.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства Российской Федерации, г. Саратов.