

УДК 616.37-007.43-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРИМЕНЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ПОСОБИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА**М.М. Гладинец, А.А. Есимханов, Е.Б. Абдешова, А.А. Измаилова, А.Б. Абилмажинова, Г.Б. Болатбекова, И.А. Скоробогатова****Государственный медицинский университет города Семей**

Болеет грыжами живота на земном шаре 12-14 человек на 10 000 населения. Ущемление отмечается у 10% больных с грыженосительством. Летальность при ущемленных грыжах составляет от 2 до 4%, что во много раз превышает таковую при остром аппендиците. В странах СНГ ежегодно оперируется около 500 тысяч больных с грыжами. Современная герниология вооружена точными анатомическими сведениями и огромным практическим опытом. Глубоко изучены этиологические факторы и патогенез грыж. Творческие поиски хирургов Н.И. Кукуджанова, Н.В. Воскресенского, Ю.А. Нестеренко вылились в фундаментальные работы. Грыжесечение - первая операция начинающего хирурга. Русский хирург С.П.Федоров писал: «У нас считается, что грыжа - есть операция лёгкая, а на самом деле операция не простая с точки зрения правильного и хорошего исполнения». А.И.Гилберт отметил, внутреннее паховое кольцо, это природное окно в предбрюшинное пространство, так почему бы им не воспользоваться

Частота появления различных паховых грыж, составляет до 5% по статистическим данным ВОЗ, с преимущественным поражением мужчин, женщин реже. Грыжесечение чаще выполняемая операция в обще хирургических стационарах или 10-15% от числа всех хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Выполняются у 3% взрослого населения операции по поводу паховой грыжи. Частота рецидивов превышает 10%. Несмотря на более чем вековой опыт, проблема выбора пластики при паховом грыжесечении остаётся открытой. Широкая распространенность заболевания среди мужского населения, достигающая более 5% с высоким процентом рецидивов, особенно при прямых, рецидивных грыжах, которая достигает по разным автором от 0,6 до 63,7% и побуждает хирургов искать новые подходы для решения этой проблемы: «Дерюгин М.С., Каншин Н.Н., Lichtenstein I.L., Zimmerman I.M., Anson B.J.». Современная герниология встает на позиции внедрения в практику хирурга более надежных способов, главными преимуществами должны быть уменьшение травматичности операций, полноценной реабилитации и расширение амбулаторной помощи пациентам. Все более внедряется методика пластики пахового канала без натяжения, как альтернатива эндоскопическому методу. Следует отметить, что использование современных методик наблюдаются рецидивы до 6%, Lichtenstein I.L., Zimmerman I.M. Ежегодно в США выполняют 700 тыс. грыжесечений с общей частотой рецидивов до 15% с денежными расходами более 28 млрд. долл. В Германии оперируют до 153 тыс. пациентов с рецидивами при паховых грыжах до 23,3%. Данные показатели демонстрируют огромную долю герниопластики в расходах на проведение лечебной программы с оплатой на временную нетрудоспособность. Для хирургического лечения паховых грыж предложено множество методов, которые можно разделить на 2-группы. Это традиционные ушивание тканей с натяжением и современные с применением сетчатых эндопротезов и ушивание тканей без натяжения.

Традиционные методы пластики по Shouldice, McVay, Кукуджанова, Halstead, Postempsky, являются по сути модификациями предложенного способа Bassini. Эти методы предполагают натяжение тканей при сближении их краев. С другой стороны, натяжение тканей противоречит основным хирургическим принципам и является одной из главных причин рецидива грыж. Выполняются лапароскопические операции даже при вентральных и послеоперационных грыжах. Малое число этих вмешательств, не позволяют оценить отдаленные результаты. Лапароскопическая методика пластики до настоящего времени рассматривается как экспериментальная. Затраты на лапароскопические операции на 40% больше «Meakins J.L., Barkun J.S., Rutkov I.M.». Обсуждая проблему лапароскопической герниопластики с современных позиций, H.Troidl категорично считает метод бесперспективным. Обосновывая свою точку зрения следующими доводами: методика сложная, дорогостоящая, этой процедуре сопутствуют редкие и в то же время могут быть катастрофические осложнения. Эндоскопически операцию нельзя выполнять под местным обезболиванием, считают «Schumpelick., Treutner., Arlt». В частности хирургия перешла от традиционных методов пластики без натяжения с помощью эндопротезных материалов. В 90 годы XX века пластика без натяжения стала золотым стандартом в хирургии паховой грыжи, «M Scheyer., G Zimmermann». Рецидивы не являются результатом разрывов ушитых тканей или сетчатого имплантата, они развиваются в незащищенной области задней стенки пахового канала, которая ослабевает до клинических проявлений грыжи. Требованиям идеальной пластики в настоящее время отвечает апробированный в практику хирургической деятельности новый эндопротез. Это проленовая система Prolene Hernia System, фирма "Ethicon", которая была разработана для пластики без натяжения для всех типов паховых грыж. Эта система является оригинальным эндопротезом, не имеющим аналогов. Она состоит из трех компонентов и позволяет получить результат сразу трех методов герниопластики без натяжения, базирующихся на применении наиболее часто используемых в настоящее время сетчатых имплантатов.

A. Gilbert представил результаты оперативного лечения паховых грыж с использованием PHS у 759 пациентов. У 77 грыжи были рецидивными, косые-405, прямые-354. Местную анестезию использовали у 512-больных, эпидуральную -244, общее обезболивание у трех человек. Осложнения отмечена серома- 32 пациента, гематомы - у 6, раневая инфекция у 6. Все эндопротезы выполнили свою функцию. Контроль через один год рецидивов не было. В группе больных, которые оперированны с применением PHS в 28 отмечено 0,4% рецидива, отторжения не наблюдалось эндопротеза. В группе больных оперированных по методам Lichtenstein, лапароскопическим методом, частота рецидивов составила 1,2%. Главным преимуществом пластики пахового канала без натяжения с исполь-

зованием PHS, является простота в сравнении с другими методиками. Экономия средств, а также незначительный процент рецидивов и осложнений.

В клинике БСМП прооперировано с 2006 по 2010 г.г за период - 625 пациентов по поводу первичных косой, прямой и рецидивных паховых грыж с использованием различных методов грыжесечения. Возраст больных колеблется от 28 до 80 лет. У 62,2% больных грыжи были первичными. У 47,8% - рецидивными и у двух пациентов многократно рецидивная. Косые паховые грыжи были у 49% больных, прямые у 13,2%. Под местным обезболиванием операции выполнены у 71% больных и у остальных под общим обезболиванием с многократно рецидивной косой паховой грыжей, а также сочетанной гигантской срединной послеоперационной грыжей живота. Послеоперационных осложнений было у пяти пациентов. Раны зажили первичным натяжением. Среднее пребывание в стационаре составило 9,5 суток. Все пациенты вернулись к нормальной физической активности. Рецидив грыж отмечен у 5,7%. В многих хирургических отделениях на вооружении хирургов останутся прочно укрепившиеся в хирургическом обиходе методики Боброва-Жирара-Спасокукоцкого – швами Кимбаровского, Мартынова, Бассини, Кукуджанова, Постемпского, как наиболее отработанные и требующие минимальных затрат на проведение герниопластики, что актуально в условиях сельской глубинки. Анализ указывает на возможные причины, которые способствуют возникновению рецидивов. Мы пришли к выводу, что одним из главных факторов является перемещение относительно друг друга структур и оболочек семенного канатика. При изменении внутрибрюшного давления и наличии гипертрофии оболочек семенного канатика, появляется растяжение тканевых структур при вновь сформированном неполноценном паховом кольцом приводит к рецидиву грыжи. С наших позиций решающим фактором рецидивов грыж при пластике полипропиленовой сеткой, есть разница между вновь сформированным отверстием в собственных тканях или сетке, через это отверстие выходит грыжа. Поэтому, мы рекомендуем в целях профилактики рецидивов грыж, при формировании наружного пахового кольца дополнительно накладывать П-образный шов в пространстве между медиальной и латеральной стенками вновь образованного отверстия. В норме образованное наружное паховое кольцо должно пропускать кончик мизинца. Подобную тактику возможно применять и при других способах, когда формируется новый паховый

канал. Современная герниохирургия, особенно при использовании новых методов без натяжения, требует от хирургов лучшего понимания уязвимого места паховой области. Операция выполняется под местной анестезией открытым способом, благодаря чему обеспечивается зрительный и тактильный контроль правильного размещения сетки. Пациенты быстро возвращаются к нормальной трудовой деятельности.

В заключении следует отметить, что использование синтетических сетчатых протезов для пластики передней брюшной стенки при больших вентральных грыжах способствует повышению качества жизни больных. Для пластики брюшной стенки у больных с малой послеоперационной вентральной грыжей синтетические протезы использовать не целесообразно. Хирург должен владеть различными видами операций, применять оптимальный в каждом случае способ пластики. Выбор способа паховой герниопластики должен определяться, прежде всего, степенью разрушения задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца. Методами резерва являются различные варианты пластик «без натяжения»: способы L.M.Nyhus, E.E.Shouldice, I.L.Lichtenstein «особенно амбулаторных условиях». Под воздействием экономических и социальных факторов и благодаря малоинвазивных технологий в США, Европе, России, Казахстане успешно развивается амбулаторная герниология. Это существенно удешевляет лечение и позволяет оказывать медицинскую помощь большому числу пациентов. Пожилые больные часто имеют тяжелые сопутствующие заболевания, часто решаются на операцию, чтобы продолжать активно работать.

Литература:

1. Савельев В.С., Руководство по клинической хирургии, 2008 г.
2. Делюгина М.С., Способ лечения паховых грыж, 1999г., с.53,54.
3. Тимошин А.Д., и соавторы, Современные подходы к лечению паховых грыж. Анналы хирургии, №5, 2000, с. 13,16.
4. Gilbert A.I., Graham M.F, Voigt W.J. Hernia 1999; 3:161-166. Gilbert A.I. PHS: tips on how to use it, Милан, Италия 2001.
5. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Surg Clin N Am 1993;73.
6. Troidl H. Deutsche Gesellschaft fur Chirurgie Mitteilungen 1997; 5: 97.

Хирургтің тәжірибесінде қазіргі замандағы оперативтік нұсқауларды қайталанушы жарықтарда қолдануы М.М. Гладинец, А.А. Есимханов, Е.Б. Абдешова, А.А. Измаилова, А.Б. Абилмажинова, Г.Б. Болатбекова, И.А.Скоробогатова

Қорытындылай келе, анықталғандай операциядан кейінгі үлкен және алып венральді жарықтарда, алдыңғы ішастар қабырғасының пластикасына арналған және синтетикалық торлы протездерді қолдану науқастың операциядан кейінгі кеш уақытта болса да, өмірінің сапасын артыруда үлесі зор нұсқаулардың бірі болып отыр. Хирург операциялардың әр түрлі әдістерің білуге, науқасты емдеуде нақты аспектілерді бағалай білуге, пластика түрлерің біліктілікпен тандай білуге міндетті. Шап аймағына пластика жасағанда алдымен шап каналының артқы қабырғасы мен ішкі шап сақинасының зақымдану дәрежесін анықтау керек.