

ЛИТЕРАТУРА

1. Брежнева Л. Э., Надвикова Е. А., Важенин А. В. Ультразвуковое исследование в диагностике рака прямой кишки // Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара, 2003 – С. 187–188.
2. Даценко Б. М., Тамм Т. И., Бардюк А. Я. Возможности ранней диагностики и тактика лечения больных острой непроходимостью кишечника // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва, 2005. – С. 44.
3. Захараш М. П., Захараш Ю. М., Стельмах А. И., Бекмурдов А. Р., Тарасюк Т. В. Перспективы ультразвуковой диагностики

обтурационной непроходимости толстой кишки // I съезд колопроктологов СНГ. – Ташкент, 2009. – С. 364.

4. Сажин В. П., Юрищев В. А., Госткин П. А., Сяткин Д. А. Хирургическое лечение колоректального рака, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва, 2005. – С. 55–56.

5. Тамм Т. И., Даценко Б. М., Бозун Е. А., Непомнящий В. В. Профилактика гнойно-септических осложнений при обтурационной кишечной непроходимости // Колопроктология. – 2011. – № 3 (37). – Приложение. – С. 88.

Поступила 08.02.2013

Д. В. ТУРКИН, Б. В. ВЫСТУПЕЦ

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ОБРАБОТКИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПАХОВОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Кубанского государственного медицинского университета ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел.(8-918) 451 95 30. E-mail: md-asp@bk.ru

Ненатяжная аллогерниопластика относится к безболевым технологиям. Однако при фиксации синтетического протеза в шов могут попадать ветви подвздошно-пахового нерва, повреждаться надкостница лобкового бугорка, обработка самого грыжевого мешка может приводить к возникновению послеоперационной невралгии. Проведено исследование пациентов, оперированных в период 2009–2012 гг. методами ненатяжной аллогерниопластики. В качестве эксплантата использовалась полипропиленовая сетка. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной иссечение грыжевого мешка не применялось, в контрольной группе грыжевой мешок удалялся. Оценивался характер послеоперационного болевого синдрома. Результаты исследования показали, что высокая перевязка и отсечение грыжевого мешка способствуют более частому возникновению болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, болевой синдром.

D. V. TURKIN B. V. VYSTUPETS

EFFECT OF PROCESSING METHOD HERNIAL SAC ON THE SEVERITY OF PAIN AFTER INGUINAL PLASTY

Department of surgery with the course of anesthesiology and critical care medicine, head of department, the Kuban state medical university, Russian Ministry of health, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. (8-918) 451 95 30. E-mail: md-asp@bk.ru

Tension-free plasty not pull refers to a painless technology. However, when fixing synthetic prosthesis can enter into joint branch ilioinguinal nerve damaged periosteum pubic tubercle, the treatment of the hernia sac can lead to postoperative neuralgia. The investigation of patients operated on in the period 2009–2012 plasty not pull methods. A sexplanted polypropylene mesh. Patients were divided into 2 groups, with a core-excision hernial sac was not applied in the control group hernial sac was removed. Assess the nature of postoperative pain. The results showed that high ligation and cutting off the hernial sac contribute to more frequent occurrence of pain in the postoperative period.

Key words: Inguinal hernia, hernioplasty, postoperative pain.

Введение

Паховые грыжи являются одним из самых распространенных заболеваний. Заболеваемость грыжами в разных возрастных группах имеет некоторые различия: около 14 грыженосителей на 1000 населения в возрасте 25–35 лет, 55 на 1000 в возрасте 55–64 года [2, 4, 5]. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн. операций по поводу грыж, из них в России – свыше 200 000 [1, 2].

В настоящее время считается, что ненатяжные способы аллогерниопластики являются безболезненными

методиками в сравнении с натяжными видами герниопластик [5, 7, 9]. Такое утверждение основывается на отсутствии основной причины послеоперационных болей – натяжения тканей, участвующих в пластике. Однако послеоперационный болевой синдром все же присутствует и при использовании искусственных протезов в паховой герниологии [4, 6, 8]. В таких случаях боли бывают слабой или же средней интенсивности. Иногда болевой синдром становится настолько выраженным, что пациенты испытывают трудности при пе-

редвижении, что негативно отражается на качестве жизни и способности к трудовой деятельности [2, 4, 5, 10]. Много работ в литературе посвящено болевым проявлениям при натяжной герниопластике в паховой и абдоминальной герниологии. Кроме того, натяжная пластика дает большее количество рецидивов [5, 9, 10].

Герниопластика, использующая искусственные эксплантаты, практически лишена подобных недостатков, имеет гораздо меньшие риски рецидивирования грыжи, поднимает качество жизни пациентов на новый уровень, что в настоящий момент развития хирургии позволяет считать подобную операцию золотым стандартом в паховой герниологии. Противники использования искусственных эксплантатов в ненатяжной герниологии преувеличивают роль самой сетки в осложнениях, отводя ей главную роль в развитии хронического болевого синдрома и других последствий, которые приводят к неудачам герниопластики, ставя трансплантат во главу угла проблемы. Ошибочность такого подхода демонстрируется в различных работах. Так, Bay-Nielsen и соавт. (2004) проанализировали хронический болевой синдром у молодых мужчин после грыжесечений по способам Lichtenstein, Shouldice, Marcy, пришли к выводу, что хроническим болевым синдромом часто страдают молодые мужчины после первичного грыжесечения, не связанным с эксплантатом. Nienhuijs и соавт. (2005) представили результаты рандомизированного исследования, в котором сравнивали операцию Lichtensteins с установкой PHS. Они пришли к выводу, что хроническими болями также страдают молодые пациенты, именно у молодых интенсивность болей более выражена в раннем послеоперационном периоде и приносит им больший моральный дискомфорт, чем пациентам старших возрастных групп. Page и соавт. (2002), изучая зависимость болевого синдрома от вида паховой грыжи и активности пациента, пришли к выводу, что нет никакой зависимости между видом боли и типом грыжи. Lau и соавт. (2001) установили, что на послеоперационный болевой синдром практически не оказывают влияния операционная техника, вид паховой грыжи, пол, эксплантат, лишь возраст пациента является предопределяющим фактором. Aasvang и Kehlet (2005), изучив результаты 14 рандомизированных клинических исследований, пришли к выводу, что повреждение надкостницы лонного бугорка при фиксации сетки является еще одной причиной хронических

возможной профилактики послеоперационного болевого синдрома при паховом грыжесечении.

Материалы и методы

Для исследования мы отобрали пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу прямых и косых паховых грыж за четырехлетний период в различных хирургических отделениях двух стационаров с использованием протезирующих паховый канал методик герниопластики. Применялись полипропиленовые сетки различных фирм-производителей. В исследовании не включены рецидивные паховые грыжи, пациенты с двусторонними паховыми грыжами, у которых были выполнены операции по разным методикам. Все операции выполнялись традиционным передним доступом как под местной инфильтрационной или проводниковой анестезией, так и с применением общего наркоза.

В контрольной группе пациентов грыжевой мешок вскрывался, его содержимое (большой сальник или петли кишечника) вправлялось в брюшную полость, далее осуществлялась высокая перевязка грыжевого мешка нерассасывающейся нитью с последующим его отсечением. Во второй группе пациентов (основной) вскрытия грыжевого мешка не производилось, он погружался в брюшную полость, и далее выполнялась пластика задней стенки пахового канала. Сетка фиксировалась нерассасывающимися швами к окружающим тканям. Во время операции тщательно избегалась вероятность захвата швами ветвей подвздошно-пахового нерва. Дренажирование раны проводилось по усмотрению оперирующего хирурга, использовались закрытые вакуумные системы (дренирование по Редону). Такие мероприятия проводились в основном при больших пахово-мошоночных грыжах. Все дренажи удалялись не позднее, чем на 2–3-е сутки с момента операции, а чаще к исходу первых суток послеоперационного периода. Временной диапазон операции составлял 20–80 минут, в среднем 40 минут. Плановые герниопластики выполнялись на следующий день после поступления пациента в стационар по причине неполного обследования больных.

Болевой синдром определялся по визуальной аналоговой шкале (VAS) с градуированием от 0 (никакой боли) до 10 (наиболее выраженная боль), пациент от-

Таблица 1

Распределение пациентов по демографическим признакам

Пол, возраст	Группа 1 (n= 130)		Группа 2 (n=127)	
	Мужчины	100	60,5±10,6	102
Женщины	27	57,1±8,6	28	58,2±9,5

более послеоперационного периода, что позволило им рекомендовать отхождение от принципа обязательной фиксации протеза к надкостнице лонного бугорка при герниопластике.

С целью изучения влияния способа обработки грыжевого мешка при ненатяжной аллогерниопластике проведено данное исследование. Основной задачей исследования явилась разработка рекомендаций по

мечал степень болевого синдрома самостоятельно. 1–2-й пункты шкалы относились к легкой боли, 3–5-й пункты – к среднеинтенсивной боли. Далее проводился статистический анализ.

Результаты

Всего было оперировано 257 пациентов, из них 202 мужчины и 55 женщин, средний возраст составил

61 год, в диапазоне от 18 до 90 лет. Пациенты были разделены на две группы по способу обработки грыжевого мешка. Группы пациентов были сопоставимы по демографическим показателям (табл. 1).

В целом в первые сутки послеоперационного периода пациенты испытывали незначительную (1–2 балла по VAS) или среднюю (3–5 баллов по VAS) боль; это 26% (33/127) оперированных больных в контрольной группе, 8% (10/130) больных в основной, далее, на 7-е

клинически показала, что высокая перевязка мешка с последующим отсечением сопровождается повреждением нервов брюшины. Подобное утверждение основано на более частом проявлении болей у пациентов контрольной группы в сравнении с пациентами основной группы, где частота возникновения болевого синдрома оказалась ниже. Все это позволяет рекомендовать оставлять грыжевой мешок у пациентов, особенно молодых возрастных групп.

Таблица 2

Характеристика групп по болевому синдрому

Послеоперационный период	Группа 1 (основная), n=130	Группа 2 (контрольная), n=127	Всего, n=257
1-е сутки	10 (8%)	33 (26%)	43 (17%)
7-е сутки	4 (3%)	10 (8%)	14 (5%)
10-е сутки	0 (0%)	3 (2%)	3 (1%)

Таблица 3

Интенсивность болевого синдрома после пахового грыжесечения (по VAS)

Послеоперационный период	Группа 1 (баллы)	Группа 2 (баллы)
1-е сутки	2,3±1,2	3,5±1,5
7-е сутки	1,2±0,7	2,8±1,4
10-е сутки	0,0±0,0	1,6±1,2

и 10-е сутки послеоперационного периода, было следующее распределение больных: 7-й день – 8% (10/127) контрольная и 3% (4/130) основная группы; 10-й день – 2% (3/127) и 0% (0/130) соответственно. Данное распределение больных показано в таблице 2.

В контрольной группе интенсивность болевого синдрома была более выражена, чем в основной. Такая тенденция сохранялась на всем протяжении периода наблюдения за пациентами, то есть в 1-е, 7-е и 10-е сутки с момента проведенной операции. Подробное распределение больных по характеру, интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде представлено в таблице 3.

Все больные с послеоперационным болевым синдромом лечились консервативно, применялись чаще всего нестероидные противовоспалительные средства перорально и парентерально. Пациенты, у которых случились отторжение сетки, различные инфекционные осложнения, потребовавшие полного или частичного удаления протеза, ранние рецидивы грыжи, в выборку не вошли.

Обсуждение

В случаях развития болевого синдрома сама сетка не может быть, и не является, его причиной. Чаще это бывает у больных с косыми паховыми грыжами, где выполняются высокая перевязка и отсечение грыжевого мешка. Весьма выраженные боли могут возникнуть вследствие повреждения нервов брюшины при перевязке грыжевого мешка. В данном исследовании представлена зависимость интенсивности болевого синдрома от высокой перевязки грыжевого мешка. Работа

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В. Н. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики / В. Н. Егиев, Д. В. Чижов // Герниология. – 2004. – № 4. – С. 3–7.
2. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, М. Т. Эльбашир. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 438 С.
3. Тимошин А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. – М.: Триада-Х, 2003. – 144 с.
4. Callesen T. Inguinal hernia repair: anaesthesia, pain and convalescence // Dan. med. bull. – 2003. – № 0 (3). – P. 203–218.
5. Page B. Pain from primary inguinal hernia and the effect of repair on pain / B. Page, C. Paterson, D. Young, P. J. O'Dwyer // Br. j. surg. – 2002. – № 89 (10). – P. 1315–1318.
6. Lau H. Determinant factors of pain after ambulatory inguinal hernia orrhaphy: a multivariate analysis / H. Lau, F. Lee // Hernia. – 2001. – № 5 (1). – P. 17–20.
7. Kumar S. Chronic pain after laparoscopic and open mesh repair of groin hernia / S. Kumar, R. G. Wilson, S. J. Nixon, M. C. Macintyre // Br. j. surg. – 2001. – № 88 (suppl 1). – P. 81.
8. Nienhuijs S. W. Pain after anterior mesh hernia repair / S. W. Nienhuijs, O. B. Boelens, L. J. Strobbe // J. am. coll. surg. – 2005. – № 200 (6). – P. 885–889.
9. Starling J. R. Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal neuralgia / J. R. Starling, B. A. Harms // World. j. surg. – № 13. – P. 586–591.
10. Aasvang E. Surgical management of chronic pain after inguinal hernia repair / E. Aasvang, H. Kehlet // Br. j. surg. – 2005. – № 92 (7). – P. 795–801.

Поступила 11.02.2013

ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ И ТРАНСЪЮГУЛЯРНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (TIPS/ТИПС) – КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Кафедра оперативной хирургии, хирургическое отделение
ГБОУ ВПО Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России,
Россия, 344022 г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
Тел. +7-918-5544940. E-mail: khoronko@aaanet.ru*

Проанализированы результаты лечения 160 пациентов с пищеводными кровотечениями, развившимися в результате портальной гипертензии цирротического генеза. Помимо комплекса мероприятий, общепринятых для ведения таких больных (баллонная компрессия зондом Blakemore, меры гемостаза, плазма- и кровезамещение, фармакотерапия, включающая ингибиторы протонной помпы, селективные вазоконстрикторы с целью портальной декомпрессии), в 46 случаях выполнено эндоскопическое лигирование пищеводных вариксов; 102 пациента в период с 2007 г. по настоящее время были подвергнуты в нашей клинике трансъюгулярному внутривенному портосистемному шунтированию (TIPS/ТИПС), дополненному у 58 из них селективной эмболизацией левой желудочной вены, выполненной через портосистемный канал. Установлен алгоритм мероприятий, позволяющий улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных, снизить частоту рецидивов геморрагий.

Ключевые слова: пищеводное кровотечение, портальная гипертензия, эндоскопическое лигирование, операция TIPS/ТИПС.

Yu. V. KHORONKO, M. I. POLYAK, A. E. SARKISOV, A. V. DMITRIEV, I. V. SHITIKOV, K. A. GLEBOV

TREATMENT OF ESOPHAGEAL BLEEDING IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION DUE TO LIVER CIRRHOSIS: ENDOSCOPIC LIGATION AND TRANSJUGULARPORTOSYSTEMIC SHUNT (TIPS PROCEDURE) – KEY FACTORS TO IMPROVE RESULTS

*Department of operative surgery, the surgery department
Rostov state medical university,*

Russia, 344022, Rostov-on-don, the lane Nakhichvan, 29. Tel. +7-918-5544940. E-mail: khoronko@aaanet.ru

Results of treatment of 160 patients with esophageal bleeding caused by portal hypertension due to liver cirrhosis were analyzed. In addition to standard measures (balloon tamponade with Blakemore tube, haemostasis, plasma volume and hemoglobin resuscitation, pharmacotherapy using proton pump inhibitors and selective vasoconstrictors for portal decompression) in 46 cases endoscopic variceal ligation were performed; 102 patients were underwent transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS procedure) with addition in 58 by selective left gastric vein embolization through created intrahepatic channel. An optimal algorithm of procedures allowed us to improve the results of treatment of these patients and decrease rebleeding episodes were established.

Key words: esophageal bleeding, portal hypertension, endoscopic ligation, TIPS procedure.

Введение

Кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и кардиального отдела желудка является наиболее тяжелым осложнением портальной гипертензии (ПГ) цирротического генеза [2]. Уже первый эпизод пищевода-желудочной геморрагии нередко становится фатальным, приводя к гибели до 40% пациентов, несмотря на проведение общепринятых для данной клинической ситуации лечебных мероприятий [1, 3]. Повышению результативности лечения этой сложной категории больных способствует строгое следование алгоритму, включающему баллонную тампонаду зондом Blakemore на начальном этапе, применение гемостатических средств, адекватное плазма- и кровезамещение, дополненных использованием ингибиторов протонной помпы, предотвращающих лизис кровяного сгустка на крово-

точившем вариксе, и селективных вазоконстрикторов, снижающих давление в системе воротной вены [5, 9]. Методом, позволяющим при пищеводных кровотечениях обеспечить достаточно надежный гемостаз, является эндоскопическое лигирование [7, 10]. Однако его высокую эффективность в значительной мере обеспечивают хорошие руки опытного эндоскописта [16]. Это, во-первых. А, во-вторых, оно не устраняет основной фактор патогенеза пищеводной геморрагии – ПГ. Единственной возможностью создать стойкую портальную декомпрессию является наложение портосистемного анастомоза, одной из разновидностей которого является трансъюгулярное внутривенное шунтирование (TIPS/ТИПС) [6, 13]. Его малая травматичность и переносимость особенно актуальны у пациентов с тяжелой фоновой патологией – циррозом печени.