

УДК 616.34-007.43-089

РЯЗАНОВ Д.Ю., ПОТАЛОВ С.А., ГОЛДОВСКИЙ Б.М.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ОПЕРАЦИЯ ЛИХТЕНШТЕЙНА И ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 389 больных с паховой грыжей, которым выполнена операция Лихтенштейна. Частота послеоперационных осложнений составила 0,8 %. Указаны технические методы выполнения операции, которые позволили снизить частоту возникновения хронического болевого синдрома до 0,25 %. Рецидив заболевания в сроки до 24 месяцев не отмечен. Установлены показания для выбора метода анестезии, что позволило уменьшить количество осложнений, обусловленных анестезией, с 0,5 до 0,15 %.

Ключевые слова: паховая грыжа, операция Лихтенштейна, метод анестезии.

По данным многочисленных исследователей, операция Лихтенштейна сочетает ряд неоспоримых преимуществ: возможность использования местной анестезии, привычный оперативный доступ, техническую простоту выполнения, низкую стоимость обеспечения операции, практически безболевого послеоперационный период, короткое время реабилитации больного, легко воспроизводимый и стабильный результат [1–3].

Вместе с тем необходимо учитывать не только ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения с точки зрения прогноза развития рецидива заболевания, но и степень риска, травматичность, возможные осложнения и побочные эффекты как самого вмешательства, так и проводимой анестезии, особенно у лиц пожилого, старческого возраста и имеющих сопутствующие соматические заболевания.

Ключевым моментом в выборе метода анестезии, оценке его преимуществ и недостатков является количество и характер осложнений.

Осложнения на этапе вводного наркоза — нарушения дыхания и газообмена — могут возникать при анатомических повреждениях ротоглотки, аспирации инородных тел, неисправности анестезиологической аппаратуры и т.д.; осложнения в периоде поддержания наркоза — аритмия, предсердно-желудочковые блокады, фибрилляция желудочков, остановка сердца; осложнения посленаркозного периода — затянувшееся пробуждение, как правило, обусловлено передозировкой и кумуляцией наркотических препаратов, гипоксией. После проведения длительного наркоза отмечается озноб (дрожь), который обусловлен, как правило, гипотермией вследствие нарушения терморегуляции. Развитие судорог и выраженный озноб могут привести к угнетению дыхания. Наркоз является непосредственной причиной развития 61 % всех осложнений и 22 % летальных исходов у оперированных больных [7].

И хотя периоперационная безопасность регионарной анестезии выше, чем общей, и это установленный факт, тем не менее при ее выполнении также возможен ряд осложнений. Одно из наиболее известных мультицентровых исследований, определяющих ис-

тинную картину осложнений спинальной анестезии (СА), включало анализ исходов 40 640 СА: асистолия — 0,06 %, смерть — 0,01 %, травма спинного мозга или корешков — 0,06 %, радикулопатия — 0,05 %, синдром конского хвоста — 0,01 % [4]. В другом исследовании на 2703 случаев СА было зарегистрировано 40 осложнений (1,5 %), из которых 5 были фатальными (0,2 %) [5].

Часто встречаются неврологические осложнения СА — ретроспективное исследование 4767 пациентов выявило, что 298 (6,3 %) из них ощущали парестезии во время субарахноидальной пункции [9].

Постпункционная головная боль является одним из основных аргументов противников СА, а ее частота составляет около 3 %.

Одним из ярких проявлений нейротоксичности СА является транзиторный неврологический синдром, частота которого варьирует от 0,2 до 40 % и зависит от ряда обстоятельств.

Развитие эпидуральной гематомы даже небольшого размера оказывает давление на спинной мозг и спинномозговые корешки. Чаще первично развиваются нарушения функции тазовых органов, сенсорные нарушения и мышечная слабость в нижних конечностях, а болевые ощущения имеются у 50 % пациентов. Частота неврологических осложнений составляет в среднем 1 : 220 000–320 000 СА [10, 12].

К инфекционным осложнениям спинальной анестезии относят менингит. В серии исследований, включавшей более 65 000 исходов СА, было отмечено 3 случая менингита [13].

Осложнения при перидуральной анестезии встречаются в 2,1 %, технические трудности — в 15,5 %, неудачи анестезии — в 4,7 % случаев [8]. Возможны гипотензия, нарушения дыхания, тошнота, рвота, судорожные припадки.

Напротив, местная анестезия сопровождается наименьшим количеством осложнений, причем необратимые встречаются только в 0,02 % случаев [11].

Однако единой точки зрения на выбор способа операции и анестезии не существует, а показания к

ним определяются на основании личных предпочтений хирурга и анестезиолога, а в ряде случаев — существующими или пропагандируемыми стереотипами.

Цель исследования — оценка технических особенностей выполнения операции Лихтенштейна и обоснование выбора метода анестезии при хирургическом лечении паховой грыжи.

Материалы и методы

На базе кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии Запорожской медицинской академии последипломного образования за период 2006–2010 годов оперировано 389 больных с паховой грыжей.

Мужчин было 370 (95,1 %), женщин — 19 (4,9 %). Средний возраст пациентов составил $52,3 \pm 5,6$ года.

Грыжи односторонней локализации отмечались у 364 (93,6 %), двухсторонней — у 25 (6,4 %) больных. Всего оперировано 414 грыж.

Рецидивная паховая грыжа отмечалась у 33 (8,5 %) человек, рецидивирующая — у 21 (5,4 %).

Согласно классификации SWR classification J.P. Chevrel и A.M. Rath [6], грыжи распределены следующим образом: $W_1R(-)$ — 308, $W_2R(-)$ — 49, $W_1R(+)_1$ — 35, $W_1R(+)_2$ — 15, $W_1R(+)_3$ — 5, $W_2R(+)_1$ — 2.

Всем пациентам выполнена операция Лихтенштейна. В плановом порядке оперированы 362 (93,1 %), в ургентном — 27 (6,9 %) больных. При двухсторонней паховой грыже операция выполнялась одномоментно.

В качестве аллотрансплантата применялись полипропиленовые протезы фирмы Ethicon (США).

В соответствии с разработанными показаниями общий наркоз применялся у 30 (7,7 %), СА — у 98 (25,2 %), местная анестезия — у 261 (67,1 %) больного.

Результаты и обсуждение

Выбор метода анестезии зависел от размера, локализации, наличия рецидива, ущемления грыжи, возможности вправления содержимого грыжи, а также ожирения, сопутствующих заболеваний и пожеланий больного.

Местную анестезию применяли у больных с односторонней локализацией малой или средней по размеру паховой грыжи при отсутствии ее рецидива, ущемления, компенсации органов и систем организма, а также отсутствии ожирения. Предварительно всем больным за 30 минут до операции проводилась стандартная профилактическая премедикация.

При грыже больших размеров, невраправой, рецидивной или рецидивирующей, а также двухсторонней грыже любого размера, наличии ожирения, суб- или декомпенсации сопутствующих заболеваний применяли регионарные методы анальгезии.

Общую анестезию применяли при наличии осложнений грыжи: ущемлении грыжевого содержимого, развитии флегмоны передней брюшной стенки, острой кишечной непроходимости, наличии перитонита, необходимости перехода к срединной лапаротомии при выявлении некроза и/или перфорации ущемленного полого органа при выполнении пахового доступа.

Технические особенности выполнения хирургического вмешательства были направлены на профилактику возникновения хронического болевого синдрома в отдаленные сроки после операции. С этой целью использовали интраоперационную идентификацию нервов пахового канала, технику наложения воздушных узловых швов при фиксации медиального края протеза к сухожильной части внутренней косой мышцы живота. В случае невозможности выполнения пластики протезом ввиду анатомических особенностей расположения любого из нервов последний иссекался с погружением культи Z-образным швом в мышечный массив.

В последнее время выбор вида аллотрансплантата определяли с учетом размера грыжевых ворот. При ширине грыжевых ворот W_1 применяли легкие крупноячеистые, при W_2 — легкие мелкоячеистые сетки.

В послеоперационном периоде внутримышечное обезболивание выполнялось по требованию пациента, причем у 87,8 % инъекция произведена один, у 4,3 % — два, у 7,9 % — более 2 раз. Средний койко-день составил $2,70 \pm 0,61$ сут.

В последнее время применение на завершающем этапе операции внутрикожного косметического шва с использованием бесцветной рассасывающейся нити Vicryl фирмы Ethicon (США), а также первая смена повязки на следующие сутки после операции с использованием водонепроницаемой пленочной наклейки фирмы Tegaderm (Германия), обеспечивающей стерильность на период до 7 суток и позволяющей больному принимать душ, позволили пациенту отказаться от необходимости дальнейшего посещения хирурга и существенно повысить комфортность в раннем послеоперационном периоде.

Осложнения, связанные с хирургическим вмешательством, отмечены у 3 (0,8 %) больных, из них у 2 развился орхит, у 1 — нагноение послеоперационной раны. Все осложнения устранены консервативными мероприятиями. Отдаленные результаты изучены в сроки до 24 месяцев после операции. Рецидива грыжи не выявлено, а хронический болевой синдром отмечался только у 1 (0,25 %) больного и не требовал хирургической коррекции, поскольку был невыраженным и не нарушал качество жизни.

Вследствие индивидуализации выбора метода анестезии количество обусловленных ею осложнений снижено с 0,5 до 0,15 %.

Выводы

1. Операция Лихтенштейна может быть признана операцией выбора, поскольку является наиболее безопасным, предсказуемым, легко воспроизводимым, малотравматичным способом оперативного вмешательства при паховой грыже, а рецидив заболевания не является недостатком технологии.

2. Выбор метода анестезии должен осуществляться с учетом размеров и количества грыж, наличия осложнений грыжи, ее рецидива, а также ожирения и сопутствующих соматических заболеваний, что позволяет уменьшить количество осложнений.

Список литературы

1. Основные грыжесечения / В. Ороховский, И. Гастингер, В. Гусак и др. — Ганновер; Донецк; Коттбус: МУНЦЭХ: КИТИС, 2000. — 236 с.
2. Плахотников І.О. Обґрунтування ефективності безнапінних методик у лікуванні пахвинних гриж у хворих похилого і старечого віку (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.03 / Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України. — Донецьк, 2008. — 20 с.
3. Результати проведення оперативних втручань із застосуванням сітчатих аллотрансплантатів у пацієнтів з паховими грижами (десятирічний досвід) / В.Г. Мішалов, А.О. Бурка, Л.Ю. Маркулан и др. // Український журнал хірургії. — 2009. — № 3. — С. 106-109.
4. Auroy Y., Narchi P., Messia A. Serious complications related to regional anesthesia // *Anesthesiology*. — 1997. — Vol. 87. — P. 479-486.
5. Capentier J., Banos J., Brau R. Practice and complications of spinal anesthesia in African tropical countries // *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* — 2001. — Vol. 20. — 16-22.
6. Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // *Hernia*. — 2000. — Vol. 4, № 1. — P. 1-7.

7. Desmots J.M. Responsabilite du material dans la morbidite et la mortalite anesthetiques: resultats de l'enquete nationale francaise // *Cah. Anesth.* — 1986. — Vol. 34, № 4. — P. 289-298.
8. Gerig H.J. Place et complications de l'anesthesie peridurale // *Cah. Anesth.* — 1985. — Vol. 33, № 6. — P. 487-490.
9. Horlocker T., McGregor D. A retrospective review of 4767 consecutive spinal anesthetics: central nervous system complications // *Anesth. Analg.* — 1997. — Vol. 84. — P. 578-584.
10. Nociti J. The anticoagulation controversy continues: how big is the problem? Highlights in regional anaesthesia and pain therapy / Special Edition World Congress on Regional Anaesthesia and Pain Therapy. — Spain: Barcelona, 2002. — P. 192-195.
11. Schulte-Steinberg O. Neure Entwicklungen in der Regionalanaesthesie // *Anaesth. Reanim.* — 1986. — Vol. 11, № 5. — P. 263-270.
12. Tryba M. Epidural regional anesthesia and low molecular heparin // *Anesth. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther.* — 1993. — Vol. 28. — P. 179-181.
13. Wheatley R., Schug S., Watson D. Safety and efficacy of postoperative epidural analgesia // *Brit. J. Anaesth.* — 2001. — Vol. 87. — P. 47-61.

Получено 18.03.12 □

Рязанов Д.Ю., Поталов С.О., Голдовський Б.М.
ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти
МОЗ України»

ОПЕРАЦІЯ ЛІХТЕНШТЕЙНА
ТА ВИБІР МЕТОДУ АНЕСТЕЗІЇ

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 389 хворих із паховою грижею, яким виконана операція Ліхтенштейна. Частота післяопераційних ускладнень склала 0,8 %. Вказані технічні заходи виконання операції, які дозволили знизити частоту виникнення хронічного больового синдрому до 0,25 %. Рецидиву захворювання у термін до 24 місяців не відмічено. Встановлені показання до вибору методу анестезії, що дозволило зменшити кількість ускладнень, зумовлених анестезією, з 0,5 до 0,15 %.

Ключові слова: пахвинна грижа, операція Ліхтенштейна.

Riazanov D.Yu., Potolov S.A., Goldovsky B.M.
State Institution «Zaporizhya Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Public Health of Ukraine»,
Zaporizhya, Ukraine

LICHTENSTEIN'S OPERATION
AND CHOICE OF ANESTHESIA TECHNIQUE

Summary. Results of surgical treatment of 389 patients with inguinal hernia, which underwent surgical procedure according to Lichtenstein, were analyzed. Frequency of postoperative complications has made 0.8 %. There were described techniques of surgical procedure, which made possible to lower frequency of chronic pain syndrome to 0.25 %. Relapse within 24 months was not marked. There were defined indications to the choice of anesthesia technique that allowed reducing the number of complications associated with anesthesia from 0.5 to 0.15 %.

Key words: inguinal hernia, Lichtenstein's operation, anesthesia technique.