

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета

В практике общехирургических стационаров оперативные вмешательства по поводу паховых грыж являются одними из наиболее распространенных, уступая по частоте лишь аппендэктомии. Актуальность данной проблемы обусловлена широким распространением заболевания у мужского трудоспособного населения (до 7%), довольно высокой частотой рецидивов (от 10–14% при первичных грыжесечениях до 30–35% при повторных операциях) [1]. При простых, неосложненных грыжах пластика небольших грыжевых ворот традиционными способами показала свою состоятельность, однако при больших размерах грыжевых ворот, слабости тканей брюшной стенки, их рубцовых и трофических изменениях надежность герниопластики невысока [5]. Настораживает внимание тот факт, что до сих пор существует ошибочное представление об операции по устранению паховой грыжи как об операции, технически простой и легко выполнимой, тогда как она таит в себе ряд ошибок, опасностей и осложнений.

В настоящее время существует более 300 способов устранения паховых грыж. Однако обращает на себя внимание тот факт, что частота рецидивирования грыж остается примерно одинаковой с 30-х годов прошлого века и не склонна значительно снижаться. Следует отметить, что основополагающие принципы герниопластики, которые были сформулированы в конце XIX века Е. Bassini, остаются неизменными [2]. К недостаткам традиционной герниопластики следует отнести: интраоперационные осложнения (повреждение элементов семенного канатика и нервов, ранение мочевого пузыря, стенки кишки), осложнения со стороны послеоперационной раны, длительный период реабилитации и потери трудоспособности. В связи с этим поиск новых альтернативных методов герниопластики остается актуальным.

В последнее десятилетие широкую популярность получила методика реконструкции пахового канала с использованием синтетических материалов, разработанная J. Lichtenstein в 1989 году. Следует отметить, что за последние годы достаточно широкое распространение приобрели эндовидеохирургические герниорафии и герниопластики, осуществляемые путем закрытия грыжевых ворот специальным имплантатом, который фиксируется к тканям чаще грыжевым степлером без сшивания перитонеальных и мышечно-апоневротических структур [4]. Бытует мнение о бесперспективности лапароскопических вмешательств при паховой грыже в связи с необходимостью эндотрахеального наркоза, сложностью технических приемов выполнения операции, возможностью возникновения фатальных осложнений. По данным литературы, в настоящее время лишь у 25% больных с паховой грыжей лечение осуществляется эндовидеохирургически [3]. Это объясняется высокой дороговизной используемой аппаратуры, расходных инструментов и пластических материалов, большой продолжительностью оперативного вмешательства.

Выбор способа герниопластики не должен основываться только на соображениях хирургической целесообразности или конкретной хирургической школы. Хирург обязан владеть различными видами эффективных операций и, оценивая различные аспекты, касающиеся лечения конкретного пациента, должен уметь грамотно выбрать оптимальный в каждом случае способ пластики. Выбор метода устранения грыжи должен определяться прежде всего степенью разрушения задней стенки пахового канала. Способы, укрепляющие переднюю стенку, применимы лишь при небольших косых грыжах (начальные формы) у лиц молодого возраста. Все остальные грыжи требуют укрепления в том или ином варианте задней стенки пахового канала и формирования внутреннего пахового кольца. За рубежом в подобной ситуации методом выбора является пластика по E. Shouldice, являющаяся “золотым стандартом” в герниологии. Авторами отмечен рецидив грыжи лишь в 0,8% случаев на 85 000 операций, выполненных с 1945 по 1974 год. Опыт использования многослойной глубокой герниопластики по E. Shouldice у больных с прямыми и сложными косыми паховыми грыжами позволяет сделать вывод, что данный вид пластики является патогенетически обоснованным и высоконадежным.

Ошибкой следует считать применение традиционной герниопластики по Бассини при наличии высокого пахового промежутка. Рассчитывать на адекватное и надежное укрепление медиального угла пахового промежутка при данном виде пластики не представляется возможным, а чрезмерное натяжение тканей может быть причиной рецидива грыжи. При крайней степени деструкции поперечной фасции, а также высоком паховом промежутке считаем оправданной герниопластику без натяжения по J. L. Lichtenstein с использованием полипропиленовой сетки.

С 1999 г. по 2003 г. в стационар поступило 106 пациентов с паховыми грыжами: 19 женщин и 87 мужчин в возрасте от 16 до 94 лет. Больше половины из них составили лица пожилого и старческого возраста (88 больных). Именно эта категория больных стала предметом нашего исследования. Среди пациентов данной группы паховые грыжи преобладали у мужчин, их соотношение с женщинами при косых грыжах – 7,5/1, а при прямых – 3,2/1.

Ущемленные прямые паховые грыжи встречались в 1,6 раза чаще, чем косые (табл. 1). Рецидивные грыжи чаще наблюдались у мужчин, чем у женщин (в 2 случаях после пластики передней стенки пахового канала, в 1 случае после пластики по Postempski).

Подавляющая часть больных страдала различными сопутствующими заболеваниями (табл. 2). У 80 больных (91,4%) диагностировали хроническую ишемическую болезнь сердца, у 53 (60,5%) – гипертоническую болезнь II–III ст., у 12 (13,1%) – сахарный диабет, у 16 (18%) – ожирение. У 68 мужчин (77,4% всех оперированных мужчин) была выявлена доброкачественная

Таблица 1

Распределение больных по виду и характеру паховой грыжи

Вид грыжи	Число больных	Характер грыжи							
		Свободная		Скользкая		Невправимая		Ущемленная	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Косая	51	42	50,0	1	100	1	50	7	36,8
Прямая	50	38	45,3	-	-	1	50	11	57,9
Комбинированная	1	1	1,2	-	-	-	-	-	-
Паховая и бедренная	1	1	1,2	-	-	-	-	-	-
Рецидивная	3	2	2,3	-	-	-	-	1	5,3
Всего	106	84	100	1	100	2	100	19	100

Таблица 2

Сопутствующие заболевания у больных с паховыми грыжами

Характер патологии	Число больных	
	абс.	%
ХИБС	80	91,4
Гипертоническая болезнь II–III ст.	53	60,5
Сахарный диабет	12	13,1
Ожирение II–III ст.	16	18,0
Бронхиальная астма	7	8,1
Другие болезни	15	16,7

гиперплазия предстательной железы с различной степенью нарушения мочеиспускания. 7 человек страдали бронхиальной астмой, требовавшей ежедневного применения ингаляционных препаратов.

Больные без тяжелой сопутствующей патологии в течение предоперационного периода осматривались специалистами соответствующего профиля. Пациенты с высоким риском развития послеоперационных осложнений проходили короткий курс предоперационной подготовки в условиях профильных терапевтических отделений. В остальных случаях коррекция терапии проводилась в условиях хирургического отделения. У больных с серьезными сопутствующими заболеваниями и высоким риском хирургического вмешательства вопрос о возможности оперативного лечения решался на консилиуме главных специалистов.

В нашей клинике используются как традиционные, так и ненатяжные способы операции при паховых грыжах. Из 106 пациентов оперированы 102. Отказано в плановом лечении 3 больным из-за тяжести соматического состояния. 1 пациент отказался от планового вмешательства самостоятельно. Ненатяжной способ пластики задней стенки пахового канала с использованием синтетической сетки по Lichtenstein был применен лишь у 5 больных. Рецидивов после лапароскопичес-

ких герниопластик и ненатяжных способов оперативного лечения паховых грыж не наблюдали, что служит основным аргументом в пользу этих операций.

Выбор метода анестезиологического пособия зависит от индивидуальных особенностей пациента, характера грыжи и объема оперативного вмешательства. У 62 (71%) больных операция выполнена под местной анестезией. 18 (20%) больных оперировано под эпидуральной или сочетанной анестезией, реже применялись эндотрахеальный наркоз (7,0%) и перидуральная анестезия (2,0%). Это в первую очередь больные с большими, гигантскими невправимыми грыжами, с выраженной сопутствующей патологией.

До 2003 года применялись традиционные методы пластики передней стенки пахового канала (Girard–Спасокукоцкий со швом Кимбаровского), задней стенки пахового канала (Bassini и Кукуджанов), а также способ Postempski. На основании анализа историй болезни за период 2000–2001 гг. установить критерии, определяющие выбор хирургом того или иного вида пластики, не удалось.

С 2002 года вид пластики выбирается в зависимости от состояния тканей в области пахового треугольника, размера грыжевых ворот. Внедрена пластика задней стенки пахового канала по E. Shouldice (18 пациентов) и аллопластика с использованием полипропиленовой

сетки по Lichtenstein (9 пациентов). В настоящее время из арсенала полностью исключены патогенетически не обоснованные методы пластики передней стенки пахового канала. Ограниченно применяется пластика с нарушением пахового канала по Postempski. Летальных исходов после паховых герниопластик не было. В 2 случаях возникло нагноение послеоперационной раны.

После традиционных герниопластик время пребывания в стационаре составило 7,5 суток, после пластики по E. Shouldice – 4,4 суток, по Lichtenstein – 2,1 суток.

Таким образом, внедрение в практику алгоритма выбора методики оперирования и самих новых технологий оперирования паховых грыж позволило значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, а также добиться более благоприятного течения реабилитационного периода и снижения количества послеоперационных осложнений.

Поступила 1.03.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л., Лукьянчук Р. М. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с паховой грыжей. Неотложная и специализированная хирургическая помощь // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. Москва, 19–21 мая 2005 г. М.: ГЕОС, 2005. 245 с.

2. Грубник В. В., Лосев А. А., Баязитов Н. Р., Парфентьев Р. С. Современные методы лечения брюшных грыж. Киев: Здоровье. 2001. 280 с.

3. Рутенбург Г. М., Стрижелецкий В. В., Гуслев А. Б., Корелов В. С. Эндовидеохирургическая паховая герниопластика: пятилетний взгляд на проблему // Эндоскопическая хирургия 1998, № 1. Р. 46.

4. Сахаутдинов В. Г., Галимов О. В., Сендерович Е. И. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Хирургия. 2002, № 1. С. 45–48.

5. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л., Федоров Д. А., Колесников С. А., Косовский Ю. А. Тактика лечения паховых грыж в общехирургическом стационаре // Актуальные вопросы герниологии. Матер. конф., Москва, 9–10 октября. 2002. С. 66–67.

M. D. HATKOVA,

YU. P. SAVCHENKO, S. R. FEDOSOV

MISTAKES AND COMPLICATIONS OF SURGICAL OPERATION GERIATRIC PATIENTS' INGUINAL HERNIA

There are shown peculiarities of epidemiology and current of inguinal hernia of elderly and old people. Modern methods of approach to plastic operations of such kind of patients were considered. The operative manual's analysis of mistakes and complications of inguinal hernia of geriatric patients.

В. И. ШАПОШНИКОВ

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета*

Введение

Местно-ограниченный перитонит (МОП) полости малого таза у женщин проявляется в виде воспалительного инфильтрата (ВИ). Наиболее часто он представляет собой осложнение острого воспалительного процесса внутренних половых органов, при этом пиосальпинкс занимает лидирующее место среди прочих причин его образования. Сравнительно более редко у женщин ВИ связан с деструктивным процессом тканей червеобразного отростка, сигмовидной кишки, мочевого пузыря, прямой кишки, лимфатических узлов, а также петель тонкой кишки, спустившихся в полость малого таза [1, 2, 3, 4, 5].

В силу того, что у женщин местные защитные физиологические пластические способности тазовой брюшины хорошо развиты, перитонит в этой полости склонен к быстрому отграничению от свободной брюшной полости. ВИ длительное время не выходит за пределы малого таза, что создает определенные трудности в дифференциальной его диагностике от злокачественных новообразований [1, 4].

В случаях неблагоприятного течения ВИ различают следующие фазы его развития: 1-я – серозное воспаление, 2-я – абсцедирование, 3-я – развитие гнойно-некротических осложнений в виде распространенного гнойного перитонита (РГП), свищей, кровотечения и

острой кишечной непроходимости. Обычно пациентки наблюдаются хирургом в 3-й фазе развития ВИ [5].

Большинство авторов полагает, что лечение МОП полости малого таза у женщин должно носить консервативный характер только до тех пор, пока не разовьются гнойно-некротические и другие грозные осложнения.

Цель исследования – оценка результатов лечения женщин, страдающих МОП, различными специалистами в зависимости от особенностей его клинического течения и специфических трудностей в выполнении операции.

Методика исследования

В основу исследования положен анализ результатов обследования и лечения 155 женщин с ВИ полости малого таза в возрасте от 18 до 78 лет, которые наблюдались в хирургических и гинекологических отделениях КГЦСМП и Темрюкской ЦРБ Краснодарского края с 1980 по 2004 год. У 94 (60,6%) женщин образование ВИ было обусловлено различной хирургической патологией органов брюшной полости, а у 61 (39,4%) – воспалением придатков матки.

Исходя из хирургической тактики лечения, всех пациенток с ВИ можно разделить на 3 группы, а именно: 1) операция выполняется только хирургом от начала и до конца без привлечения гинеколога – 94 наблюдения