

УДК 616.34-007.43-031-089.844:611.957-06-08-002.3-089

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ

Н.В. Александренков, А.С. Мухин, В.А. Ребцовский, А.Е. Леонтьев,

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 39», г. Н. Новгород

Александренков Николай Владимирович – e-mail: Aleksandrenkov@mail.ru

Пластика по Лихтенштейну на настоящий момент признана оптимальной при паховых грыжах. Эта методика широко применяется в России и мире в связи с низким количеством рецидивов. Однако количество осложнений со стороны раны при её использовании по данным литературы достигает 5,4%. В своей работе мы проанализировали результаты применения в клинике разработанного многорядного непрерывного возвратного шва при плановых грыжесечениях по методике Лихтенштейна на 106 пациентах. Шов применяется для снижения раневых осложнений в герниотомной ране после использования полипропиленовой сетки. При наложении шва ликвидируются полости между слоями, в которых возможно образование сером и гематом с последующим их нагноением. Так как шов проходит параллельно сосудистой сети и нервным волокнам, уменьшается ишемизация ткани, а следовательно создаются хорошие условия для её заживления. При применении шва удалось уменьшить количество осложнений в опытной группе в 3,2 раза по сравнению с контрольной (до 1,8%).

Ключевые слова: грыжесечение, Лихтенштейн, раневые осложнения.

Plasticity of Liechtenstein at present moment recognized an optimal for inguinal hernias. This technique is widely used in Russia and in the world, due to the low number of relapses. However, the number of complications from the wound when this technique is use coming up to 5.4% according to literature. In our work we have analyzed the results of application in clinic the developed multi-row continuous returnable stitch with routine herniotomy to technique by Liechtenstein in 106 patients. Stitch is used to reduce wound complications in the wound after using polypropylene mesh. When suturing the cavity between the layers in which can be formed the gray and the hematoma with subsequent suppuration are remove. As the stitch runs parallel to the vascular and nerve fibers then tissue ischemia is diminish, and thus created the good conditions for its healing. In applying the stitch are managed to reduce the number of complications in the experimental group in 3.2 times compared with control group (1.8%).

Keywords: herniotomy, Liechtenstein, wound complications.

Введение

В России около 200 тыс. плановых операций ежегодно проводится по поводу паховых грыж [1]. Герниопластика при паховых грыжах является наиболее часто выполняемой операцией в хирургических отделениях и составляет 10–12% от общего числа оперативных вмешательств [2]. Частота рецидивов паховых грыж при пластике местными тканями достигает 12,5–36% [3]. После операции Лихтенштейна частота рецидивов составляет 0,6% [4]. Европейская ассоциация герниологов считает операцию Лихтенштейна под местной анестезией операцией выбора при паховых грыжах. У данной методики, однако, есть и свои недостатки. Частота раневых осложнений достигает по данным различных авторов от 3,0 до 5,4% [4].

В хирургическом отделении МЛПУ ГКБ № 39 г. Нижнего Новгорода 9 из 10 операций по поводу паховых грыж (89,7%) производится этим методом. При ретроспективном анализе медицинской документации за последние 5 лет не зарегистрировано ни одного случая обращения за медицинской помощью по поводу рецидивной паховой грыжи после оперативных вмешательств, выполненных по методу Лихтенштейна, что может свидетельствовать о наилучших результатах данной пластики.

Целью исследования было изучение влияния разработанного и используемого на базе МЛПУ ГКБ № 39 шва, применяемого для закрытия поверхностных слоев операционной раны при грыжесечении по методике Лихтенштейна (рационализаторское предложение № 2031 от 8 мая 2009 г.,

выдано Институтом ФСБ России «Многорядный непрерывный возвратный шов»).

Материалы и методы

Были выделены две группы плановых больных:

1-я группа (контрольная): 68 пациентов, оперированных по поводу паховых грыж по методике Лихтенштейна. Закрытие раны у них осуществлялось обычным методом: швы на апоневроз, узловые швы на подкожно-жировую клетчатку с подхватом апоневроза, швы на кожу.

2-я группа (основная): 106 пациентов, также оперированных по методике Лихтенштейна, но закрытие подкожно-жировой клетчатки в ране осуществлялось модифицированным швом Хальстеда.

В обе группы включены только мужчины с впервые возникшими паховыми грыжами (прямыми и косыми). Средний возраст в контрольной группе составил 53,3±8,14 лет. В опытной 57,2±11,7 лет.

При плановых грыжесечениях по поводу паховых грыж уже в течение 15 лет осознанно избегали каких-либо методов дренирования раны, будь то трубчатые дренажи или резиновые выпускники, так как, по мнению ряда авторов [7, 8, 9], они способствуют контаминации стерильной раны. А. J. Vohnen [10] на основании анализа литературы утверждает, что дренирование раны способствует уменьшению частоты сером, но достоверно увеличивает частоту нагноений в ране. Никогда не зондируют раны на перевязках, так как при данной манипуляции рана может инфицироваться.

Операция в обеих группах состояла из следующих этапов:

- Проводился адекватный кожный разрез на 2 см выше паховой складки. Избегали маленьких разрезов, так как это способствует травматизации подкожной клетчатки при ее оттягивании крючками.

- Выполняли остановку кровотечения методом электрокоагулирования. Обкладывали клетчатку салфетками, смоченными теплым физиологическим раствором, вскрывали апоневроз.

- Далее выполняли типичную пластику по методу Лихтенштейна, подробно описанному Егиевым В.Н. [11]. По желобоватому зонду рассекали апоневроз наружной косой мышцы по ходу ее волокон от внутреннего пахового кольца до наружного. Обработывали грыжевой мешок и погружали его содержимое после вскрытия в брюшную полость. Прошивали у основания. Аллотрансплантат моделировали таким образом, чтобы полностью закрыть заднюю стенку пахового канала и перекрыть на 2–3 см внутреннюю косую и поперечную мышцы. Сетка также должна перекрывать внутреннее паховое кольцо с выходящим через него канатиком. Фиксацию сетки производили наложением отдельных узловых швов капроном 2/0. Апоневроз ушивали отдельными узловыми швами.

- Следующий этап операции в контрольной группе заканчивали наложением 2–3 узловых швов на фасцию Томпсона и ушивали кожу отдельными узловыми швами. Рану не дренировали.

В опытной группе закрытие кожно-подкожноклетчаточной раны осуществляли многорядным непрерывным возвратным швом (рис. 1, 2, 3) на атравматичной игле (использовали рассасывающийся материал Викрил 2–0). Самый глубокий ряд швов (1) проводили в подкожной клетчатке (3) параллельно коже (2), с захватом сшитого «край-в-край»

апоневроза (4). Этим рядом щелевидная полость делится на две, достигается более плотная фиксация лоскутов к апоневрозу, что исключает условия для образования сером и гематом с последующим их нагноением. Иглу проводили на противоположную сторону параллельно кожной поверхности. Достигнув угла раны, направление менялось на противоположное, и следующий ряд проводился более поверхностно (5). Всего в подкожной клетчатке накладывали от одного до четырех (при особо выраженной клетчатке) рядов непрерывного шва. Концы нитей 1 и 6 связывали между собой. Этими рядами также исключается образование полостей в ране. Следующий ряд швов (7) накладывали на границе дермы и подкожной клетчатки, последний (8) – внутрикожно, с погружением узла (9) под кожу в углу раны. Операцию заканчивали наложением асептической повязки, перевязки делали на следующий день после операции, затем раз в 2–3 дня. При данной методике дренирования раны снятия швов не требуется. Отличие поверхностного ряда от шва Хальстеда-Золтона заключается в том, что шов не съемный.

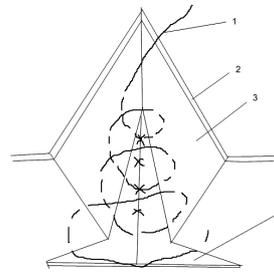


РИС. 1.
Первый ряд шва
подкожно-жировой
клетчатки.

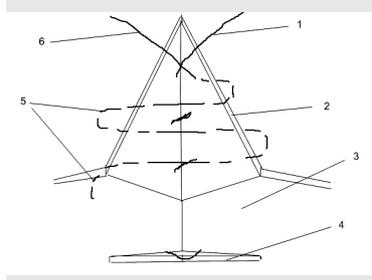


РИС. 2.
Второй ряд шва
подкожно-жировой
клетчатки.

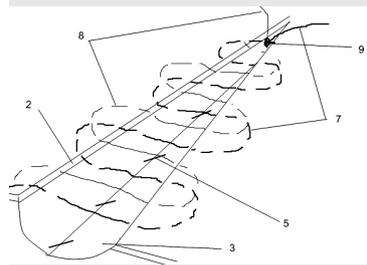


РИС. 3.
Модифицированный шов
Хальстеда-Золтона
(объяснения в тексте).

ТАБЛИЦА.

Количество раневых осложнений в зависимости от способа ушивания подкожной клетчатки

Результаты и их обсуждение

Группы больных	Серома/(%)	Гематома/(%)	Нагноение/(%)	Всего/(%)
Группа 1, n=68	2 / (2,9%)	0 / (0%)	2 / (2,9%)	4 / (5,8%)
Группа 2, n=106	0 / (0%)	1 / (0,9%)	1 / (0,9%)	2 / (1,8%)

В качестве раневых осложнений учитывали случаи, потребовавшие разведения раны. Пункции не проводили. В контрольной группе процент осложнений со стороны раны составил 5,8%, что приближается к данным других авторов [4], выявлено и дренировано две серомы и два абсцесса. В опыт-

ной группе – 1,8%, обнаружена одна гематома и выявлено поверхностное нагноение в медиальном углу раны (таблица). После разведения ран во всех вышеуказанных случаях произошло вторичное заживление ран в течение 10–12 дней.



РИС. 4.
Состояние через 10 дней.



РИС. 5.
Состояние через 6 месяцев.

При применении методики удалось добиться снижения количества раневых осложнений в 3,2 раза.

Анатомофизиологическим обоснованием и положительным свойством данного шва является то, что нить проходит параллельно сосудистой сети и нервным волокнам, что не вызывает ишемизации тканей и болевых ощущений. При наложении шва ликвидируются полости между слоями подкожно-жировой клетчатки, в которых возможно образование сером и гематом с последующим их нагноением. Шов также является внутрикожным и не требует снятия. Заживление происходит с хорошим косметическим эффек-

том (рис. 4, 5). Используя рассасывающийся материал «Викрил», практически избегаем воспалительной реакции ткани на нить [5], рассасывание материала происходит на 60–90-е сутки [6].

Заключение

Описанный метод закрытия раны после герниопластики по методу Лихтенштейна позволит снизить количество местных осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Десяткин В.Б., Павленко В.В., Старченков С.Б., Ооржак О.В., Подтяжкина Т.А. Результаты лечения больных с паховыми грыжами различными способами пластики. Медицина в Кузбассе. 2010. № 3. С. 12-16.
2. Тимербулатов В.М., Ямалов Р.А., Фаязов Р.Р., Кунафин М.С., Тимербулатов Ш.В., Труханов О.Г. Герниопластика по лихтенштейну при паховых грыжах. Медицинский вестник Башкортостана. 2010. Т. 5. № 6. С. 16-19.
3. Федоров И.В., Воронин В.Н., Воронин А.В., Кочнев А.В. Отдаленные результаты пластики грыж собственными тканями. Казанский медицинский журнал. 2006. Т. 87. № 3. С. 226.
4. Подолужный В.И., Павленко В.В., Краснов О.А., Котов М.С., Старченков С.Б. Результаты девятилетнего применения полипропиленовых сетчатых эксплантатов в хирургии грыж живота. Медицина в Кузбассе. 2006. № 1. С. 31-34.
5. Липшульц Л., Клайман И. Руководство по урологии. СПб.: Питер, 2000. С. 256.
6. Фурманов Ю.А. Создание и применение рассасывающихся нитей для наложения хирургических швов. Клин. хирургия. 1998. № 2. С. 71-75.
7. Simchen T., Rozln R., Wax Y. The Israel study of surgical infection of drains and risk of wound infection in operations for hernia. Surg Gynecol Obstet. 1990. № 170. № 4. С. 331-337.
8. White T.J., Santos M.C., Tompson J.S. Factors affecting wound complications in repair of ventral hernias. Am Surg. 1998. № 64 (3). P. 276-280.
9. Краснов О.А. Лечение гигантских и рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки с использованием полипропиленового эксплантата. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово. 2000. С. 25.
10. Bohnen J.V.F. Antibiotics in hernia surgery. In: Bendavid R. et al. (eds). Abdominal wall hernias: principles and management – New York, Springer-Verlag. 2001. P. 324-334.
11. Егиев В.Н. Атлас оперативной хирургии грыж. М.:ИД Медпрактика-М, 2003. 228 с.