

УДК 617.55-007.43-089.1

ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ НА ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

А.В. Нестеров, А.В. Баулин, А.Н. Митрошин, С.А. Середин, А.Е. Квасов, С.В. Соколов,

хирургическое отделение № 2, МУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарына, кафедры хирургии Медицинского института
Пензенского государственного университета и Пензенского института усовершенствования врачей

Нестеров Андрей Владимирович, к. м. н., доцент – раб. тел.: (8423) 44-74-23, 45-59-91.

Проведен анализ лечения больных с грыжами в условиях общехирургического отделения городской больницы. Отмечено увеличение числа операций, выполняемых в экстренном порядке. При ущемленных грыжах большинство операций выполнено с использованием эндопротезов.

Ключевые слова: вентральная грыжа, ущемленная грыжа, герниопластика, полипропиленовая сетка.

Is carried out the analysis of treatment of patients with hernias in the conditions of surgical unit of a municipal hospital. Has been noted the augmentation of number of the operations which are carried out in an emergency order. At the restrained hernias the majority of hernioplasty is executed with use of polypropylene meshes (endoprosthesis).

Key words: ventral hernia, restrained hernia, hernioplasty, polypropylene mesh.

Введение. Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина образована в результате объединения двух больниц – городской клинической больницы № 6 и больницы скорой медицинской помощи, закрытой на реконструкцию, в 2007 году. Хирургические отделения больницы являются клиническими базами кафедр хирургии Пензенского института усовершенствования врачей (зав. кафедрой д. м. н., профессор Ивачев А.С.) и Медицинского института Пензенского государственного университета (зав. кафедрой д. м. н., профессор Митрошин А.Н.).

В результате объединения больниц были сформированы два общехирургических отделения, на которые резко возросла нагрузка по оказанию экстренной помощи. Это привело к уменьшению потока больных, госпитализируемых в плановом порядке, в том числе и с вентральными грыжами. Данное обстоятельство не могло не повлиять на соотношение показателей плановых и экстренных вмешательств в районе обслуживания учреждения в сторону ухудшения ряда показателей.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных вентральными грыжами различной локализации.

Задачи исследования.

1. Провести анализ результатов хирургического лечения больных вентральными грыжами, оперированных в плановом и экстренном порядке.

2. Определить возможные пути оптимизации оказания помощи больным-грыженосителям.

Материал и методы. Предварительному анализу подвергнуты результаты работы хирургического отделения № 2 ГКБСМП им. Г.А. Захарьина г. Пензы за 2008 г. и 5 месяцев 2009 г. В 2008 году в отделении было выполнено 1576 операций. Из них на долю вентропластик пришлось 14,3% (n=226). За 5 месяцев текущего года выполнена 681 операция, из которых на долю вентропластик пришлось 17,2% (n=117).

В 2008 году по поводу грыж в плановом порядке прооперировано 67,7% больных (n=153). При анализе плановых герниопластик отмечено, что наибольшее количество вмешательств выполнено по поводу паховых грыж – 55,6% (n=85), из которых 83,5% (n=71) по способу Лихтенштейна. На долю пластик собственными тканями в данной группе больных пришлось 14,1% наблюдений (n=12), при этом большинство аутопластик (n=11) выполнены по способу Постемпски. Лапароскопически с паховой грыжей оперированы лишь 2 пациента. За 5 месяцев текущего года в плановом порядке прооперировано 77% больных (n=90). Из них с паховой грыжей оперировано 47,8% больных (n=43), у 79,1% из которых герниопластика выполнена по способу Лихтенштейна (n=34). 18,6% больным (n=8) выполнена аутопластика (у 6 – операция Постемпски, у 1 – Шолдиса и у 1 – Бассини), 2,3% (n=1) – лапароскопическая герниопластика.

Герниовентропластикам при срединных послеоперационных грыжах на базе кафедры хирургии ПИУВ всегда уделя-

лось особое внимание. По данному разделу работы были защищены кандидатские и докторские диссертации, получены патенты на изобретения. До внедрения в клиническую практику эндопротезов основным способом хирургического вмешательства была операция, разработанная д. м. н., профессором Баулиным Н.А. и соавт. в различных модификациях [1]. Способ основан на пластике собственными тканями с формированием мышечно-апоневротической или рубцовой дубликатуры, достигаемой путем провизорного наложения двух рядов сквозных П-образных швов с их последующим одновременным натягиванием. По мнению авторов, одномоментное натягивание всех нитей обеспечивает равномерное распределение нагрузки на каждый отдельно взятый шов, что уменьшает вероятность их прорезывания. При невозможности одномоментного устранения грыжи выполнялись многоэтапные пластики или предварительное вытяжение краев грыжевого дефекта. Однако в современных условиях применение данного подхода находит все меньшее число сторонников [2]. Так, по поводу срединных и послеоперационных вентральных грыж оперировано 29,3% больных (n=71) от общего количества больных, пролеченных в плановом порядке, с грыжами за 2008 г. и 5 месяцев 2009 г. Из них пластика собственными тканями была применена лишь у 21,1% больных (n=15). В 79,9% наблюдений (n=56) выполнена аллопластика комбинированными способами (по В.И. Белоконеву, sublay или onlay эндопротезирование). Способ, предложенный В.И. Белоконевым, стал применяться в отделении с 2007 года и хорошо зарекомендовал себя в плане надежности, а также по своим техническим особенностям, позволяющим устранять грыжевые дефекты больших размеров [3].

С пупочными грыжами в плановом порядке за анализируемый период времени выполнено 15,3% операций (n=37), аллопластика выполнена у 75% больных (n=28). На долю бедренных грыж пришелся 1,7% операций (n=4), все больные оперированы аутопластическими способами. Кроме того, в это время в отделении оперирован 1 пациент с грыжей спигелиевой линии и 1 пациент с диафрагмальной грыжей.

Особый интерес представляет оказание экстренной хирургической помощи больным вентральными грыжами. Хирургическое отделение № 2 ГКБСМП им. Г.А. Захарьина оказывает неотложную помощь жителям г. Пензы с января 2008 года дважды в неделю. Так, в 2008 г. по поводу ущемленных вентральных грыж оперированы 32,3% больных (n=73) от общего числа больных с грыжами. Соотношение плановых операций к экстренным при грыжах составило 2:1. За 5 месяцев 2009 года с ущемленными вентральными грыжами оперировано 23,1% больных соответственно (n=27). Соотношение плановых операций к экстренным составило 3,3:1.

По поводу ущемленных паховых грыж по итогам 2008 года выполнено наибольшее количество операций – 35,6% (n=37). Из них по способу Лихтенштейна оперировано 70,3% (n=26). У 11 больных (29,7%) выполнена аутопластика,

при этом у 5 больных произведено укрепление передней стенки пахового канала по способам Жирара-Спасокуцкого (n=3) и Мартынова (n=2), а у 6 – укрепление задней стенки по способам Постемпски (n=5) и Шолдиса (n=1).

С ущемленной пупочной грыжей оперировано 30,1% больных (n=22). Из них аутопластика выполнена у 68,2% больных (n=15) и аллопластика у 31,8% (n=7) с расположением эндопротеза sublay у 5 и onlay у 2 больных. Среди способов аутопластики использовались методики Мейо – 45,5% (n=10), Сапелко – 18,2% (n=4). В одном случае выполнено простое ушивание ворот край в край.

Гораздо меньше оперировано больных с ПОВГ (n=8), грыжами белой линии живота (n=3) и бедренными грыжами (n=3). При бедренных грыжах операции выполняли по способу Бассини. Среди больных с ПОВГ и грыжами белой линии аллопластика выполнена у 5 больных с расположением эндопротеза sublay у 3, onlay и inlay у 2 пациентов.

За пять месяцев 2009 года изменилось соотношение операций при грыжах в пользу плановых вмешательств. По поводу ущемленных паховых грыж оперировано 59,3% больных (n=16). Из них операция Лихтенштейна выполнена у 81,3% (n=13). На долю ПОВГ, пупочных, бедренных и грыж белой линии живота пришлось 18,7% (n=11) с аллопластикой у 5 больных.

Результаты и обсуждение. На предварительном этапе исследования нами отмечено, что количество плановых операций при грыжах живота больше в первом полугодии как в 2008 так и в 2009 г. Во втором полугодии, по результатам 2008 года, отмечен рост операций, выполненных по экстренным показаниям, что ожидается и в текущем году. Наибольшее количество операций, как в плановом порядке, так и при ущемленных паховых грыжах, выполнено с применением эндопротезов. Однако дальнейший анализ данной группы затруднителен по нескольким причинам. Во-первых, не редко используемые для паховой аллопластики в экстренном порядке рестерилизованные сетки не всегда соответствуют размеру, рекомендованному для пластики по Лихтенштейну, что не позволяет объективно судить о результатах подобных операций. Во-вторых, нами отмечено, что некоторые больные оперированы на вторые сутки от госпитализации с указанием на вправившуюся грыжу, т. е. условно в плановом порядке. В-третьих, в протоколах операций мы не нашли указаний на тип полипропиленовой сетки (легкий, тяжелый) и её производителя. И в-четвертых, в историях болезни пациентов не указан тип грыжи по классификации L. Nyhus, рекомендованной к использованию при паховых грыжах.

Отмеченное соотношение плановых операций к экстренным в пределах 2–3:1 не позволяет говорить об удовлетворительном состоянии хирургической помощи данному контингенту больных. Это связано не только со специализацией отделения с уклоном на оказание экстренной помощи, но и с недостаточной выявляемостью грыженосителей амбулаторно,

а также сложностями по госпитализации в плановом порядке, требующей времени на прохождение амбулаторного обследования.

Учитывая малый срок наблюдения на данном этапе проводимого исследования, мы решили воздержаться от преждевременных выводов, тем не менее, позволив сделать некоторые замечания.

Отсутствие мотивации на выявление и направление больных вентральными грыжами различной локализации в стационар на уровне первичного звена приводит к неблагоприятному соотношению числа плановых и экстренных вмешательств при данной патологии.

Уклон в пользу протезирующих способов герниопластики вполне в духе современных тенденций герниологии. Однако выполнение пластик собственными тканями не должно становиться исключением из общего правила, обусловленным сложностями с приобретением пациентом сетки-эндопротеза. При выборе способа вмешательства, обсуждаемого с пациентом накануне операции, не следует добиваться его согласия исключительно на аллопластику. Как только больной узнаёт о ряде негативных последствий имплантации, он начинает сомневаться в необходимости выполнения ему подобной операции. Кроме того, у пациента должно быть право выбора эндопротеза, исходя из его стоимости. В своей работе мы отдаем предпочтение отечественным эндопротезам «Эсфил» и «Фторэкс», как наиболее приемлемым по цене.

Выполнение авторских способов вентропластики требует от хирурга строгого соблюдения методики. Отклонение в ту или иную сторону не позволяет объективно анализировать результаты подобных вмешательств. Данное обстоятельство не редко связано с низкой грамотностью хирургов в вопросах современного состояния герниологии, несмотря на огромный информационный ресурс по проблеме вентральных грыж.

Заключение.

В заключение хотелось бы отметить, что обозначение имеющихся проблем наряду с непосредственным анализом результатов выполненных герниопластик – первый шаг на пути по оптимизации хирургической помощи данному контингенту больных.



ЛИТЕРАТУРА

1. Баулин Н.А., Зайцева М.И., Сергеев И.В. Пластика местными тканями при больших и сложных послеоперационных грыжах живота. Пенза: изд-во Пензенского гос. ун-та, 2001. 188 с.
2. Баулин А.В., Зюлькин Г.А., Баулин В.А., Квасов А.Е. Послеоперационные срединные вентральные грыжи как актуальная проблема герниологии. Материалы II Межрегиональной научной конференции «Актуальные проблемы медицинской науки и образования», 2009. 24–25 апреля. Пенза. С. 23–24.
3. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю., Нагапетян С.В., Супильников А.А. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Самара: ГП «Перспектива», 2005. 208 с.