

УДК 617-089.844

***ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ***

Стяжкина С.Н.

Д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск, Россия

Черепанова Ю.А.

Врач-хирург

Первая республиканская клиническая больница

г. Ижевск, Россия

Садыкова З.А.

Студентка,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск, Россия

Юферов И.В.

Студент,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск, Россия

Аннотация.

Паховые грыжи входят в число самых распространенных заболеваний хирургического профиля. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место среди плановых хирургических вмешательств [3]. В данной статье рассмотрено краткое теоретическое описание наиболее актуальных хирургических методов, применяемых в лечении паховых грыж, а также приведены клинические примеры результатов исследования и особенностей эндоскопических методов лечения в ходе выполнения герниопластики паховых грыж у пациентов. Выбором метода лечения служили такие показатели, как: состояние грыжевого выпячивания, возраст, наличие осложнений и сопутствующие заболевания. Несмотря на старшую возрастную группу, в послеоперационном периоде отмечалась ранняя реабилитация, улучшение самочувствия пациентов, значит, оперативное лечение считается успешным и перспективным.

Ключевые слова: хирургия, паховые грыжи, пожилой возраст, герниопластика.

***FEATURES OF ENDOSCOPIC METHODS OF TREATMENT DURING
INGUINAL HERNIA SURGERY***

Styazhkina S.N.

MD, Professor of the Department of Faculty Surgery,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Cherepanova Y.A.

Surgeon

The first Republican Clinical Hospital

Izhevsk, Russia

Sadykova Z.A.

Student,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Uferov I.V.

Student,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract

Inguinal hernias are among the most common surgical diseases. Operations for inguinal hernias occupy the first place among planned surgical interventions [3]. This article provides a brief theoretical description of the most relevant surgical methods used in the treatment of inguinal hernias, as well as clinical examples of research results and features of endoscopic methods of treatment during hernioplasty of inguinal hernias in patients. The choice of the treatment method was such indicators as: the condition of hernial protrusion, age, the presence of complications and concomitant diseases. Despite the older age group, early rehabilitation and improvement of patients' well-being were noted in the postoperative period, which means that surgical treatment is considered successful and promising.

Keywords: surgery, inguinal hernias, old age, hernioplasty.

Грыжа (от лат. *hernia*) – это выходение органов из полости, через патологически образованные или естественно существующие отверстия передней брюшной стенки [1].

В патогенезе формирования грыж первостепенная роль принадлежит наличию «слабых мест» передней брюшной стенки (анатомический предрасполагающий фактор) и повышению внутрибрюшного давления (функциональный производящий фактор). К «слабым» участкам брюшной стенки изначально относят паховую область, пупочное кольцо, белую линию живота, полулунную (Спигелиеву) линию и ряд других мест. Наиболее частыми причинами повышения внутрибрюшного давления или резких его колебаний служат поднятие тяжестей, хронический запор, затруднение мочеиспускания при аденоме простаты и стенозе уретры [2].

Проблема лечения грыж брюшной стенки остается по-прежнему актуальной. Наружные грыжи живота встречаются у 6-7% всех мужчин и у 2,5% женщин нашей планеты, то есть данной патологией страдают примерно 510-570 миллионов человек. Вот почему грыжесечение является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляющей 10-21% всех оперативных вмешательств. В мире ежегодно выполняется свыше 1,5 млн. вмешательств по поводу грыж брюшной стенки, в США эта цифра составляет около 700 тыс., в Германии 153 тыс.

К настоящему времени достигнуты успехи в плановом лечении грыж – послеоперационная летальность при плановых грыжесечениях обычно не превышает 0,2-0,3%. Однако, при развитии осложнений результаты хирургического лечения хуже, летальность при ущемлении составляет не менее 2-8% и прогрессивно нарастает с длительностью времени, прошедшего от начала развития осложнения до операции и с увеличением возраста больных, особенно после 60-65 лет (до 16-20%). Часто причиной неудовлетворительных результатов является не только поздняя обращаемость больных, но и запоздалая диагностика осложнений,

связанная с недостаточным вниманием врачей общей практики к жалобам, анамнезу, недостаточным обследованием больного. Поэтому роль поликлинической службы в раннем выявлении грыж является немаловажным параметром в диагностике и дальнейшем введении пациентов.

Известно, что частота грыж растет с возрастом, особенно это касается паховой, пупочной и бедренной грыж. Это обусловлено увеличением числа людей пожилого и старческого возраста с присущими коморбидными патологиями: хроническими заболеваниями органов дыхания и кровообращения, мочевыводящей системы и хроническими запорами, приводящими к периодическому повышению внутрибрюшного давления.

Для хирургического лечения грыж живота в настоящее время известно свыше 300 оперативных способов и модификаций. С целью устранения грыжевого дефекта разработаны многочисленные методики – от простых аутопластических способов за счет собственных тканей больного до сложных реконструктивных операций с использованием искусственных материалов [4].

Рассмотрим клинические случаи:

Пациент Т., муж., 60 лет, госпитализирован в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с жалобами на наличие грыжевых выпячиваний в паховых областях. Физиологические отправления без особенностей.

Анамнез заболевания: пациент считает себя больным полгода назад, когда при периодическом медицинском осмотре терапевтом были обнаружены паховые грыжи, был направлен на плановое хирургическое лечение.

Общий анамнез: Наследственность не отягощена, сопутствующих заболеваний нет. Гепатит, сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей.

Состояние при поступлении удовлетворительное, сознание ясное. Фотореакция зрачков живая, симметричная. Положение активное. Конституция нормостеническая. Состояние питания нормальное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, влажные. Лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Суставы не изменены, при пальпации безболезненные, движение свободное. Система дыхания: грудная клетка нормостеническая, ЧДД 16 дыхательных движений в минуту. Голосовое дрожание нормальное. Аускультативно: дыхание везикулярное по всем полям, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС -72 в минуту. АД – 130/80 мм.рт.ст. Система пищеварения: язык и зев чистые. Миндалины без патологических образований. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Кишечник пальпаторно без особенностей. Печень не выступает из под реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется, безболезненный. Селезенка не пальпируется, безболезненна, не увеличена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шумы кишечной перистальтики не выслушиваются. Почки не пальпируются. Симптом сотрясения с обеих сторон отрицательный.

В локальном статусе в левой паховой области при натуживании грыжевое выпячивание 4*3*4 см, вправимое, мягко-эластической консистенции, безболезненное.

При лабораторных исследованиях в клиническом анализе крови и мочи патологических изменений нет.

Выставлен клинический диагноз: вправимая косая паховая грыжа слева, вправимая пупочная грыжа. Определены показания к плановой операции.

Проведено хирургическое лечение: выполнена лапароскопическая аллогерниопластика, пластика по Мейо. В ходе операции в пупочной области выделено грыжевое выпячивание 1*1*1 см, вправлено, пупочное кольцо 1 см в диаметре, через него проведен оптический троакар. Грубых отклонений со стороны

видимых органов нет. При осмотре в правой паховой области грыжевых дефектов не обнаружено. В левой паховой области был обнаружен грыжевой дефект, латеральнее эпигастральной артерии и места выхода элементов семенного канатика. С помощью ножниц и электрокоагуляции выполнена сепарация париетальной брюшины с грыжевым мешком от наружной ости подвздошной кишки, до тазовой кости. Уложена смоделированная сетка Волоть 15*15 см, фиксирована клипсами Протак с лонной кости, мягким тканям. Париетальная брюшина была ушита над сеткой нитью V-loc. Контроль гемостаза-сухо. Троякары удалены с десуффляций. На рану наложены швы и спиртовая асептическая повязка.

Проведено консервативное лечение: эноксопарин натрия, кеторол, омез в последующие 4 дня после операции, ежедневные перевязки на рану. В дальнейшем пациенту рекомендовано амбулаторное лечение у хирурга по месту медицинского обслуживания, строгое соблюдение диеты и режима питания, ограничение физической нагрузки до 3 кг в течение 3 месяцев, снятие швов амбулаторно на 12-14 сутки после операции.

Был обследован пациент З., муж., 36 лет. Предъявлял жалобы на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области при осмотре у терапевта. На следующий день поступил в хирургическое отделение в плановом порядке. Сопутствующие заболевания, гепатит, сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания отрицает.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное, положение активное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, умеренно влажные. При объективном исследовании состояние систем организма без особенностей.

Выставлен клинический диагноз: вправимая косая правосторонняя паховая грыжа.

За время нахождения в стационаре проведены лабораторные исследования: полный анализ мочи и полный анализ крови. Патологических изменений нет.

В предоперационном эпикризе – показания к операции и обезболиванию, клинико-эхографические признаки вправимой паховой грыжи. Выбором метода эндоскопического лечения хирургами была проведена лапароскопическая герниопластика и ТАРР пластика. Под ЭТА выполнен карбоперитонеум. Введены троакары (2-10 мм, 1-5 мм) в стандартных точках, оптика. В латеральной подвздошной ямке справа – грыжевое выпячивание – содержимого нет. Тупо и остро начата препаровка париетальной брюшины монополярной коагуляцией. Гемостаз спонтанный и электрокоагуляцией – сухо. Грыжевой мешок полностью выведен в брюшную полость, визуализирована Куперова связка, сформировано место для сетки 10*15 см. В брюшную полость введена сетка, установлена в подготовленное место, фиксирована степлером к Куперовой связке, паховой связке, слева и справа от эпигастральных сосудов. Контроль гемостаза – сухо. Париетальная брюшина над сеткой ушита край в край непрерывным швом ПГА. По окончании операции троакары удалены, раны зашиты, наложена асептическая повязка.

Проводилось следующее лечение: кеторол, цефепим, эноксоппарин натрия.

Спустя 5 дней лечения в стационаре, пациент был выписан, наблюдается улучшение состояния. Рекомендовано амбулаторное лечение у терапевта по месту обслуживания, ежедневные перевязки бриллиантовой зеленью, ограничение физических нагрузок в течение 1 месяца, снятие швов на 7 день после оперативного вмешательства.

Пациент Т., муж., 70 лет поступил с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области, периодическую ноющую боль в нем. Больным себя считает в течение полугода, когда после физических нагрузок заметил выпячивание. Консультирован хирургом, был направлен на плановое хирургическое лечение.

Сопутствующие заболевания: ХОБЛ, ремиссия, ДН 0.

В локальном статусе пациента – в правой паховой области выпячивание 6*5*4 см, мягко-эластической консистенции, вправимое, безболезненное, наружное паховое кольцо до 3,5 см в диаметре. Симптом кашлевого толчка положительный.

Выставлен клинический диагноз: правосторонняя вправимая прямая паховая грыжа. На основании жалоб больного, клинико-эхографических признаков вправимой паховой грыжи определены показания к оперативному вмешательству. В ходе оперативного вмешательства был использован метод TAPP пластики. Под ЭТН выполнен карбоксиперитонеум. Введены троакары (2-10мм, 1-5 мм) в стандартных точках, оптика. В медиальной подвздошной ямке справа (медиальнее эпигастральных сосудов) грыжевое выпячивание – содержимого нет. Тупо и остро начата препаровка париетальной брюшины монополярной коагуляцией (ножницы). Гемостаз спонтанный и электрокоагуляцией – сухо. Грыжевой мешок полностью выведен в брюшную полость. Визуализированы Куперова связка, сформировано место для сетки 10*15 см. В брюшную полость введена сетка, установлена в подготовленное место, фиксирована степлером к Куперовой связке, паховой связке, слева и справа от эпигастральных сосудов. Контроль гемостаза – сухо. Париетальная брюшина над сеткой ушита край в край непрерывным швом ПГА. Десуфляция. Троакары удалены, раны зашиты. По окончании операции на рану наложена асептическая повязка.

На следующий день после операции предъявляет жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Назначено консервативное лечение: кеторол, эниксум, омез. На момент выписки у пациента жалоб нет, рана не воспалена, заживает первичным натяжением. Даны рекомендации.

Результаты исследования

Был проведен анализ медицинской документации (историй болезни) группы лиц, находящихся на стационарном лечении с диагнозом паховая грыжа. На Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

основании полученных данных было выявлено, что у всех пациентов была проведена лапароскопическая аллогерниопластика с использованием смоделированной сетки размерами 10-15*15 см. Также, широко внедряется метод ТАРР пластики - лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики, который был применен в ходе оперативного вмешательства у 2 пациентов. Его практичность заключается в предупреждении развития спаечного процесса в брюшной полости.

Помимо паховых грыжесечений отмечено, что у 1 пациента с показаниями на пупочное и паховое грыжевое выпячивание были использованы 2 эндоскопических метода лечения: пластика по Мейо и лапароскопическая герниопластика.

Заключение

Таким образом, к каждому пациенту было приложен индивидуальный метод хирургического лечения исходя из состояния, тяжести патологического процесса, и сочетанных грыжевых выпячиваний. Все пациенты были выписаны с полным восстановлением функциональной активности. В ранние сроки после операции всем больным рекомендовалось наблюдение у хирурга по месту жительства с целью оценки состояния и характера послеоперационной раны, а также снятие швов. Обязательным моментом послеоперационного периода является ограничение физической нагрузки не менее 2 месяцев.

Библиографический список:

1. Айрапетов Д.В. Методическая разработка к практическому занятию «ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ» / Д.В. Айрапетов. – Изд. УГМА. Екатеринбург, 2011. – 28 с.
2. Зворыгина М.А., Хафизова А. Ф., Стяжкина С. Н. Грыжи передней брюшной стенки / М.А. Зворыгина, А. Ф. Хафизова, С. Н. Стяжкина// Вопросы науки и образования. – 2017. – №9 (10). – С.62-66. [Электронный ресурс]. – Режим

доступа – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gryzhi-peredney-bryushnoy-stenki>
(Дата обращения: 27.10.2022)

3. Петрушко С.И., Назарьянц Ю.А., Винник Ю.С. и др. СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ/ С.И. Петрушко, Ю.А. Назарьянц, Ю.С. Винник // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6 [Электронный ресурс]. – Режим доступа – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25652> (Дата обращения 27.10.2022)

4. Харнас С.С., Самохвалов А.В., Ипполитов Л.И. Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение): учебное пособие для студентов медицинских вузов / С.С. Харнас, А.В. Самохвалов, Л.И. Ипполитов. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2009. – 84 с.

Оригинальность 80%