

СПОСОБ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЁННЫМИ ГРЫЖАМИ ПАХОВО – БЕДРЕННОЙ ОБЛАСТИ

С.В. Леонченко

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
ГУЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Рязани»

В представленной статье предложено использование способа протезирования задней поверхности передней брюшной стенки из преперитонеального доступа у больных с ущемленными грыжами пахово – бедренной области.

Ключевые слова: передняя брюшная стенка, протезирование, ущемленные грыжи.

Лечение ущемленных грыж пахово – бедренной области без сомнения относится к разряду актуальных в ургентной хирургии. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости данная патология занимает третье место после аппендицита, острого холецистита и составляет 4,4-8,3%. Частота ущемления при паховых грыжах колеблется от 10% до 20% (по нашим наблюдениям – 38%), при бедренных достигает 35-40%.

До настоящего времени у хирургов нет единой тактики ведения пациентов с ущемленными грыжами и универсального способа герниотомии и герниопластики, позволяющего в первую очередь произвести полноценную ревизию ущемленных и прилежащих к ним органов. Существует проблема так называемых вправившихся грыж, когда во время осмотра, транспортировки, либо подготовки пациента к оперативному лечению грыжевое выпячивание вправляется в брюшную полость. В отношении таких больных применяется активно – выжидательная тактика, т.е. операцию выполняют только в случае развития некроза ущемленного органа и как следствие перитонита.

В связи с этим мы считаем наиболее оптимальным способом оперативного лечения ущемленных паховых и бедренных грыж - протезирование передней брюшной стенки в области пахово-бедренного сгиба с использованием полипропиленового имплантата из предбрюшинного доступа.

Материалы и методы

В исследование вошли 30 больных с ущемленными грыжами пахово – бедренной области оперированных из преперитонеального доступа с протезированием задней поверхности передней брюшной стенки. Из них 3 бедренных, 27 паховых. Пятерым пациентам помимо грыжесечения и протезирования, выполнена резекция ущемлённой некротизированной части тонкой кишки, а двум (с пахово-мошоночными грыжами) – операция Бергмана по поводу водянки оболочек яичка. Возраст больных колебался от 50 до 77 лет. У всех пациентов была та или иная сопутствующая патология или фактор риска,

утяжеляющие их общее состояние. Всем больным оперативное вмешательство произведено в экстренном порядке. 24 пациентам - под спинномозговой анестезией, 2 – под эпидуральной и 4 - под эндотрахеальным наркозом. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная дезинтоксикационная, обезболивающая терапия по стандартной схеме, профилактика тромбоэмболических осложнений, симптоматические средства, ранняя активизация.

Преперитонеальный доступ имеет несколько вариантов: срединный надлобковый доступ, параректальный, трансректальный, поперечный надлобковый доступ по Читль-Хенри, косопоперечный надпаховый доступ. Это дает возможность выбора наиболее оптимального из них в зависимости от вида грыжи. При прямых грыжах, т.е. нахождении дефекта в медиальной ямке мы используем срединный или трансректальный разрез. При косых, либо бедренных грыжах по нашему мнению целесообразно применять параректальный операционный доступ. Поперечный односторонний разрез мы считаем универсальным и применяем при наличии гигантских форм грыж и трудностей в диагностике.

Способ осуществляется следующим образом: одним из вышеперечисленных доступов выше и непосредственно над грыжевым выпячиванием вскрывают предбрюшинное пространство. Вскрытие брюшины проводится достаточно широко в любом удобном месте, но непосредственно выше самого грыжевого мешка и зоны ущемления, что позволяет произвести ревизию ущемленных органов. Затем на 12 – ти часах рассекают ущемляющее кольцо, оттесняя латерально подвздошную артерию и вену. Освободив ущемленные органы, оценивают их жизнеспособность. В случаях увеличения объема оперативного вмешательства доступ можно расширить. При необходимости резекции кишки не нужно выполнять дополнительную лапаротомию, так как произведенный доступ не лимитирует хирурга в действиях.

После обработки грыжевого мешка приступают к пластике грыжевых ворот. Мы осуществляем протезирование задней поверхности передней брюшной стенки по стандартной методике с использованием проленового имплантата. Накладывают фиксирующие швы (2 - 4) за надкостницу лонного бугорка и Куперову связку, последний шов в непосредственной близости к подвздошным сосудам, нити не завязывают. В качестве имплантата мы используем монофиламентную проленовую сетку, размеры которой должны быть не менее 10,0 х 15,0 см, чтобы полностью прикрыть все «грыжевые точки». В центре сетки выкраивают «окно» для семенного канатика и разрез для прохождения подвздошных сосудов. Лоскут имплантата распластывают на задней поверхности передней брюшной стенки так, чтобы семенной канатик оказался в «окне». Далее сетку фиксируют по ее периметру отдельными узловыми швами к поперечной фасции. На протяжении 2,0 – 3,0 см от верхнего края имплантат должен быть свободен для возможности закрытия дефекта операционного доступа. Фиксацию имплантата целесообразно начинать с завязывания швов, наложенных на лонный бугорок и Куперову связку. Предбрюшинное пространство дренируют в латеральном углу операционной раны резиновым выпускником. Затем подворачивают свободный край имплантата под верхний край операционной раны и фиксируют его к внутренней косой и поперечной мышцам.

Результаты и их обсуждения

Послеоперационный период протекал гладко. Отмечался невыраженный болевой синдром, что позволило активизировать больных в день операции и значительно снижало количество применяемых анальгетиков. Как правило, для обезболивания было достаточно в/м введения кеторола по 1мл 2-3 раза в течение 3-4 суток. Использование наркотических анальгетиков не требовалось.

Из осложнений в раннем послеоперационном периоде наблюдались две гематомы мошонки и грыжевого канала у пациентов с гигантскими пахово – мошоночными грыжами, связанные с периодом отработки методики герниопластики. В дальнейшем этих осложнений нам удалось избежать путем дренирования грыжевого канала через дополнительный разрез. Случаев отека и атрофии яичка не наблюдалось. Следует подчеркнуть то обстоятельство, что не отмечено ни одного случая нагноения послеоперационной раны и отторжения имплантата. Срок пребывания в стационаре больных в среднем не превышал 7-8 суток. При контрольных осмотрах рецидивов не выявлено. Качество жизни оперированных больных хорошее.

Выводы

Способ преперитонеального протезирования из преперитонеального доступа у больных с ущемленными грыжами позволяет:

1. Произвести полноценную ревизию ущемленных органов брюшной полости и при необходимости выполнить резекцию кишки по поводу ее некроза без дополнительного лапаротомного разреза.
2. Произвести безопасное рассечение ущемляющего кольца при хорошей визуализации сосудистого пучка и ущемленных органов.
3. Предупредить ускользание ущемленной петли кишки в брюшную полость после рассечения ущемляющего кольца.
4. Полностью исключить возможные ошибки при так называемом ретроградном ущемлении кишки, при скользящих грыжах.
5. Произвести ревизию всех «грыжевых точек» передней брюшной стенки с одновременным закрытием всех дефектов поперечной фасции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеренко Ю.А. Ущемлённая грыжа – улучшение результатов хирургического лечения / Ю.А. Нестеренко // Рос. мед. журн.- 2000.- №4.- С.17-21.
2. Чадаев А.П. Ущемлённые грыжи у больных пожилого и старческого возраста / А.П. Чадаев // Рос. мед. журн.- 2000.- №3.- С.16-19.
3. Тоскин К.Д. Грыжи брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990.
4. Борисов А.Е. Проблемы современной герниологии / А.Е. Борисов, С.Е. Митин // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. - М., 2002.
5. Егиев В.Н. Атлас оперативной хирургии грыж / В.Н. Егиев.- М.: Медпрактика-М., 2003.

METHOD OF PROSTHETICS OF ABDOMINAL WALL IN PATIENT WITH URGENT HERNIA OF INGUINOFEMORAL AREA

S.V. Leonchenko

In the given article the author propose the method of prosthetics of abdominal wall by preperitoneal incision in patient with urgent hernia of inguinofemoral area. Suggested method allowed to improve the results of surgical treatment of urgent abdominal hernia.