

УДК 616.34-007.43-089.844

Лавренко Д.А., Малик С.В., Челишвили А.Л., Подлесный В.И., Парасоцкий В.И.

МЕТОД АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В условиях хирургического стационара многопрофильного лечебного учреждения г. Полтава за период с 2011 по 2013 год пролечено 46 больных с паховыми грыжами в возрасте от 32 до 72 лет. Средний возраст составил 52 года. Все пациенты прооперированы в плановом порядке с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза фирмы «Линтекс». Сущность предлагаемого метода заключается в том, что сетка устанавливается по методике Лихтенштейна, но апоневроз наружной косой мышцы живота сшивается под семенным канатиком, выводя его в подкожную клетчатку. Это позволяет исключить постоянный контакт семенного канатика с эндопротезом, снижая риск возникновения соединительнотканых стриктур. Предложенный способ позволяет сохранить иннервацию и функциональность элементов семенного канатика, путем исключения его реакции на аллотрансплантат.

Ключевые слова: паховые грыжи, аллогерниопластика, паховый канал.

Вступление

Пациенты с паховыми грыжами формируют постоянный контингент хирургических стационаров [2,4,6,8]. Несмотря на внедрение в герниологии большого количества методов как аутопластических так и пластик с использованием аллотрансплантатов, результаты лечения не всегда удовлетворительны, что связано с возникновением как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений [1,3,6,9]. В виду того, что все элементы семенного канатика, включая мышцу, поднимающую яичко, играют важную роль в процессе семяизвержения, сохранение функциональности указанных структур при пластиках паховых грыж представляет определенный результативный интерес, учитывая его физиологическую значимость [3,5,7,8].

Цель

Улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами используя предложенный способ аллогерниопластики с сохранением функциональности структур семенного канатика путем исключения его контакта с аллотрансплантатом.

Материалы и методы

В условиях хирургического стационара многопрофильной больницы г.Полтава, для реализации поставленной цели нами исследовано за период с 2011 по 2013 год 46 мужчин в возрасте от 32 до 72 лет. Средний возраст составил 52 года. Все пациенты были прооперированы в плановом порядке по предложенной нами методике с использованием сетчатых эндопротезов фирмы «Линтекс».

Результаты исследования

Сущность предложенного метода аллопластики заключается в том, что после выделения, прошивания, перевязки и отсечения грыжевого мешка при косой паховой грыже семявыносящий проток и сосудистые структуры семенного канатика совместно с мышцей, поднимающей яичко, формируем в общую анатомическую структуру путем сшивания наружной семенной фасции редкими швами. При прямой паховой грыже заднюю стенку пахового канала формируем путем сшивания поперечной фасции по методике Кукуджанова. Полипропиленовый аллотрансплантат размером 6x11 см укладывается по методике Лихте-

нштейна [3,4,5,7] на всю длину под мышцы передней брюшной стенки и на поперечную фасцию. Отверстие для семенного канатика формируется в месте выхода из внутреннего пахового кольца. Фиксация сетки производится отдельными лигатурами внизу – к надкостнице лонной кости, латерально – к паховой связке, медиально – к апоневрозу наружной косой мышцы. Для исключения постоянного контакта семенного канатика с эндопротезом и снижения образования грубых соединительнотканых рубцовых структур в указанной зоне апоневроз наружной косой мышцы живота ушиваем под семенным канатиком, выводя его в подкожную клетчатку.

Выводы

Предложенный способ аллогерниопластики паховых грыж позволяет сохранить иннервацию и функциональность элементов семенного канатика, исключить реакцию семенного канатика на аллотрансплантат и предупредить развитие рецидивов. За период наблюдения у пациентов представленной группы послеоперационных осложнений нами не отмечено.

Литература

1. Антонов А. М. Результаты хирургического лечения больных с наружными брюшными грыжами / А.М. Антонов, М.В. Григорьев, Е.Г. Лебедев [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, № 3. – С. 92–96.
2. Билянский Л. С. Обоснованность индивидуального подхода к выбору синтетических протезов в хирургии грыжи брюшной стенки / Л. С. Билянский, Ю. А. Фурманов, И. М. Савицкая, Н. В. Манойло // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 4–5.
3. Даценко Б. М. Местная профилактика гнойных осложнений аллогерниопластики в первично инфицированных тканях / Б. М. Даценко, А. П. Захарчук, Е. В. Кутепова // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 14.
4. Жебровский В. В. Атлас операций при грыжах живота / В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко. – Симферополь, 2005. – 315 с.
5. Малиновский Н. Н. Результаты хирургического лечения пациентов с наружными грыжами передней брюшной стенки / Н. Н. Малиновский, В. П. Золотев, В. Н. Сацукевич [и др.] // Актуальные вопросы герниологии : матер. симпозиума. – М., 2001. – С. 6–8.
6. Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Н.В. Манойло // Кліні. хірургія. – 2002. – №1. – С. 5-9.
7. Kockerling F. Anatomische und physiologische Rekonstruktion der Bauchwand / F. Kockerling, C. Yildirim, C. Tammé [et al.] // Chirurgische allgemeine. – 2002. – № 4. – P. 139–141.
8. Le Louarn C. High superior tension abdominoplasty / C. Le Louarn, J. F. Pascal // Aesth. Plast. Surg. – 2000. – V.24. – P. 375–381.
9. Ostroluck H. Laparoscopic solution of hernia ventral / H. Ostroluck // European Society of Surgery Annual Conference : Abstracts. – Cyprus, 2006. – P.88.

Реферат

МЕТОД АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ

Лавренко Д.О., Малик С.В., Челішвілі А.Л., Подлесний В.І., Парасоцький В.І.

Ключові слова: пахові грижі, алогерніопластика, паховий канал.

В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікувального закладу м. Полтава за період з 2011 по 2013 рік проліковано 46 хворих з паховими грижами у віці від 32 до 72 років. Середній вік становив 52 роки. Всі пацієнти прооперовані в плановому порядку з використанням поліпропіленового сітчастого ендопротезу фірми «Лінтекс». Сутність запропонованого методу полягає в тому, що сітка встановлюється за методом Ліхтенштейна, але апоневроз зовнішнього косого м'язу зшивається під сім'яним канатиком, виводячи його в підшкірну клітковину. Запропонований спосіб дозволяє зберегти іннервацію і функціональність елементів сім'яного канатика, шляхом виключення його постійного контакту з ендопротезом.

Summary

ALLOHERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIA

Lavrenko D., Malik S., Chelishvili A., Podlesniy V., Parasotskiy V.

Key words: inguinal hernia, allogernioplastics, inguinal canal.

46 patients aged 32 –72 (mean age was 46 years) with inguinal hernias were treated at the surgical department of multifield hospital for 2011 – 2013. All patients were subjected to planned operations and implantation of polypropylene mesh manufactured by "Linteks" firm. The specialty of the technique consisted in the following: the mesh is implanted according to the currently accepted procedure (Lichtenstein method), but the aponeurosis of the external oblique abdominal muscles was sutured below the spermatic cord, exteriorizing it into the subcutaneous tissue. This eliminated the constant contact with the mesh and hence reduced the risk of strictures. The method offered saved the innervations and functional elements of the spermatic cord.

УДК 616.33/.342-002.44-07-08

Ляховський В.І., Дем'янюк Д.Г., Дудченко М.О., Кравців М.І., Хасан Таджедин Ахмед

ПЕРФОРАТИВНА ВИРАЗКА - ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

У хірургічній клініці за 2010-2012 роки спостерігали 62 хворих з приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК. Чоловіків було 53 (85,4%), жінок - 9(14,6%). Середній вік хворих становив $44,5 \pm 3,4$ років. Нетиповий початок захворювання відмічено у 24 (38,8%) пацієнтів. Після 24 годин з часу захворювання госпіталізовано 16,1% осіб. Рівень лейкоцитів у крові перевищував показник 8×10^9 /л – лише у 29 (46,7%) госпіталізованих. Показник загального білка у крові менше 60 г/л відмічений у 19 (30,6%) осіб. Показник еритроцитів більше $5,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобіну більше 150 г/л спостерігався у 21 (33,8%) пацієнтів. У хворих були ознаки дегідратації, ступінь її визначали згідно протоколу. Для діагностики перфоративної виразки використовували оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, ФГДС, пневмогастрографію. Усі хворі оперовані. Радикальне оперативне втручання з приводу перфоративної виразки ДПК виконали 13 (35,1%), з приводу перфоративної виразки шлунка – 2 (18,1%) хворим.

Ключові слова: виразка, перфорація, операція.

Вступ

Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається невирішеною проблемою. Вона актуальна, бо має велику медичну і соціальну вагу. Захворюваність на цю патологію залишається високою, вона уражає 2-10% населення, причому 35-48 % – працездатного віку [3,4,10,11,16,17].

Перфорація є однією із найбільш небезпечних та розповсюджених ускладнень виразкової хвороби. Частота перфорації виразки складає 12,5-15 на 100 000 населення [8], у 3-30% хворих на виразкову хворобу і вона не зменшується, незважаючи на успіхи консервативного лікування [1,2,7,11]. Серед невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини перфоративна виразка займає четверте місце після гострого апендициту, защемлених гриж і гострої кишкової непрохідності [12,15,16].

Суттєвою перешкодою на шляху своєчасного розпізнання, лікування та попередження ускладнення виразкової хвороби вважається безсимптомний перебіг захворювання. Перфоративна виразка шлунка та ДПК у 25,9% хворих є першим проявом захворювання [2].

При атипичних перфораціях – виразки задньої стінки ДПК, малої кривизни шлунку між листки печінково-шлункової зв'язки, прикриті перфорації -, що трапля-

ються у 0,6-5% осіб, діагностика ускладнення утруднена, а перебіг захворювання прогнозувати важко [10,11,15,16].

З приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК хворі пізно госпіталізуються до лікарняних закладів. Кількість госпіталізованих пізніше 24 годин з моменту захворювання сягає 21% [10,12].

Післяопераційна летальність при перфоративних виразках становить 6-8% і не має тенденції до зменшення [1,13].

У 2010 році в Україні з приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК госпіталізовано 7317 хворих. У тому числі пізніше 24-х годин з часу захворювання 1101(15,5%) особу. У 2011 році ця кількість майже не змінилась - госпіталізовано 7288, у тому числі пізніше 24 годин з часу захворювання 1232 (16,9%) осіб. Післяопераційна летальність у 2010 році становила 3,61%, а у 2011 році виросла до 3,87%. Майже втричі більшою залишалася післяопераційна летальність серед госпіталізованих пізніше 24 годин. У 2010 році вона складала 14,04%, а у 2011 році – 12,21% [13].

Мета дослідження

Поділитися досвідом лікування хворих на перфоративну виразку шлунка та ДПК.