

СТЕГНОВА ГРИЖА У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ, ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ

О. О. Воровський

Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни, м. Вінниця

FEMORAL HERNIA IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS, PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS

O. O. Vorovskiy

Стегнова грижа (СГ) в структурі гриж черевної стінки, за даними одних авторів, посідає друге місце після пахвинних, її частота становить до 25%, за даними інших — п'яте місце, частота до 8% [1, 2]. СГ частіше (у 88%) виявляють у жінок [3]. Оперативному лікуванню СГ в порівнянні з пахвинними у ХПСВ приділяють недостатньо уваги, можливо, через те, що у 1993 р. на міжнародному рівні прийнята класифікація Nyhus, за якою СГ об'єднана з пахвинною і виділена в ІІІ С тип.

Вважають, що тенденції до зменшення частоти СГ немає, навпаки, з огляду на демографічну ситуацію в країні, слід очікувати збільшення частоти її виявлення [4]. Рецидив СГ виявляють з частотою від 0,8 до 36%, особливо у ХПСВ, у яких після первинного грижосічення вона сягає 40 — 80,5% [1].

Вважають, що з усіх видів гриж саме СГ защемлюється частіше (у 20,0 — 79,5% спостережень) [3, 5], що становить 4,3% в структурі гострих хірургічних захворювань, найбільшого саме у ХПСВ [6]. Летальність при СГ становить 2,3 — 6,4%, у ХПСВ — до 8,9% [7], після невідкладних операцій — 25 — 45% [8, 9].

Способи операції залежно від доступу до грижових воріт поділяють на стегові, пахвинні та внутрішньочеревні; за методом усунення грижових воріт — на ауто— та алопластичні [1]. У теперішній час більшість хірургів застосовують аутопластичний метод з використанням стегового доступу за Bassini — Lockwood [10 — 12]. При застосуванні цього способу частота рецидивів захворювання сягає 20%

Реферат

Проаналізовані результати хірургічного лікування 74 хворих похилого та старечого віку (ХПСВ) з приводу стегової грижі (СГ), у 39 (52,7%) з них відзначене защемлення кишки. Найбільш ефективними виявилися способи оперативної техніки, які передбачають застосування поліпропіленових імплантатів для зміцнення стегового кільця під час грижопластики у ХПСВ. Перспективним напрямком у хірургічному лікуванні СГ є застосування трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики.

Ключові слова: стегова грижа; алопластика; трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика; хворі похилого й старечого віку.

Abstract

The results of surgical treatment of 74 elderly and senile patients, suffering femoral hernia (FH), were analyzed. In 39 (52.7%) of them intestinal incarceration was noted. The most effective procedures have appeared those, which incorporate application of polypropylene implants for the femoral ring strengthening while hernioplasty performing in elderly and senile patients. Application of transabdominal preperitoneal endovideohernioplasty constitutes a perspective direction in surgical treatment of FH.

Key words: femoral hernia; alloplasty; transabdominal preperitoneal endovideohernioplasty; elderly and senile patients.

[13]. Не менш часто рецидив СГ спостерігають після застосування інших пластичних стегових (за Fabricius, Salzer) та пахвинних (за Rudgi, Reich, Parlavecchio, Lotheissen — Mc Vay) доступів, а також передчеревного способу (за Nyhus) [1, 13]. З алопластичних способів деякий час застосовували переважно обтураторні методи із стеговим доступом (за Lichtenstein, Benhavid, Trabucco) [9], проте, часто виявляли зморщення та міграцію імплантата, перфорацію сечового міхура, що супроводжувалося стійким больовим синдромом (chronic inguinal pain syndrome — CIPS) [14]. Дещо кращі результати при алопластичному способі з використанням пахвинного доступу за Rives та відеоендоскопічних способів [15]. Проте, при застосуванні пахвинних доступів досить часто спостерігали скупчення рідини в операційній рані та мошонці у вигляді сероми чи гематоми. З недоліків відеоендо-

скопічних методів відзначають високу собівартість, необхідність застосування загального знеболювання та напруженого пневмоперитонеуму, перебування хворого у положенні Тренделенбурга, що значно підвищує анестезіологічний ризик у ХПСВ [15, 16], а при виконанні інтраабдомінальних маніпуляцій часто виникали небезпечні ятрогенні ушкодження внутрішніх органів і судин [17, 18]. Значну частоту ранніх рецидивів (15 — 20%) та ускладнень (2,5%) спостерігають при застосуванні ендоскопічних способів, що істотно не відрізняється від такої за відкритих методів і, відповідно, обмежує їх широке використання [13, 19]. Таким чином, питання про оперативне лікування СГ у ХПСВ актуальне.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДИСЛІДЖЕННЯ

За період з 2002 по 2013 р. в хірургічному відділенні оперовані

74 хворих віком старше 60 років з приводу СГ, що становило 2,8% загальної кількості гриж, та 5,7% пахвинно—стегнової ділянки. Чоловіків було 22 (29,7%), жінок — 52 (70,3%). За період з 2002 по 2008 р. з приводу СГ оперований 21 пацієнт, в тому числі чоловіків — 17 (81,0%), жінок — 4 (19,0%). Це не відповідало даним інших авторів і пояснювалось тим, що у спеціалізованому лікувальному закладі лікували переважно чоловіків, які мали безпосереднє відношення до бойових дій під час Великої Вітчизняної війни. У теперішній час кількість госпіталізованих інвалідів війни, переважно чоловіків, зменшилася, проте, значно збільшилась кількість учасників війни та дітей війни, переважно жінок. Тривалість захворювання від 6 міс до 18 років. Рецидивні грижі виявлені у 6 (8,1%) хворих, невправні — у 33 (44,6%), у 12 (16,2%) хворих СГ поєднувалась з пахвинною. За класифікацією СГ початкової форми (не виходить за межі внутрішнього отвору стегового каналу) діагностована у 4 (5,4%) пацієнтів, інтерстиційної форми (грижа міститься у стеговому каналі) — у 6 (8,1%), повної форми (грижа виходить з стегового каналу у підшкірний прошарок) — у 64 (86,5%).

В анамнезі відомості про защемлення СГ були у 39 (52,7%) хворих, з них у 22 (29,7%) — під час стаціонарного лікування в терапевтичному відділенні. За локалізацією частіше виявляли лівобічну СГ — у 36 (48,6%) хворих, правобічну — у 24 (32,4%), двобічні — у 14 (18,9%), у 20 (27,0%) — СГ поєднувалась з пахвинною грижею.

У 50 (67,6%) хворих вмістом грижового мішка була частка великого сальника, у 16 (21,6%) — петля тонкої кишки, у 5 (6,8%) — сигмоподібна ободова кишка, в 1 — склепіння сліпої кишки з червоподібним відростком, у 2 (2,7%) — маткова труба.

В усіх пацієнтів діагностовані супутні захворювання, зокрема, серцево—судинні у поєднанні з хворобами дихальної системи та дихальною недостатністю II — III стадії — у 64 (86,5%), з ожирінням II — IV ступеня — у 52 (70,3%), з ураженням

опорно—рухової системи — у 48 (64,9%), центральної та периферійної нервової системи II — III стадії — у 42 (56,8%), з посттромбофлебитичним синдромом та варикозними змінами вен нижніх кінцівок, хронічною венозною недостатністю II—III стадії — у 33 (44,6%), цукровим діабетом II типу — у 23 (31,1%), захворюваннями сечової системи — у 20 (27,0%).

Перед операцією пацієнтам проводили необхідне обстеження для встановлення активності та прогресування супутніх захворювань, при необхідності здійснювали їх корекцію в хірургічному, а при потребі — терапевтичному відділенні.

У 44 (59,5%) хворих при оперативному лікуванні для знеболювання застосовували місцеву анестезію, у 18 (24,3%) — спинномозкову анестезію, у 8 (10,8%) — епідуральну анестезію, у 4 (5,4%) — ендотрахеальний комбінований наркоз.

У 8 (10,8%) хворих виконана аутогрижопластика за Бассіні, у 4 (5,4%) — за Руджі — Парлавецчо з розрізом в модифікації Воскресенського — Горелика, у 16 (21,6%) — алогрижопластика з застосуванням поліпропіленової сітки пахвинним доступом, у 28 (37,8%) — алогрижопластика стеговим доступом, у 18 (24,3%) — трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика.

Під час виконання грижопластики за Бассіні нитки на куксі грижового мішка не відрізали, а через стеговий канал за допомогою голки виводили через внутрішній косий м'яз під пахвинну зв'язку, де їх зав'язували, тим самим закриваючи стеговий канал. Пластику з використанням П—подібного шва починали з проколу затокової зв'язки біля стегової вени, захоплювали окістя лобкової кістки, потім вільними кінцями ниток прошивали пахвинну зв'язку. Нитки зав'язували після накладання всіх швів.

Під час виконання алопластики поліпропіленовий імплантат фіксували вузловими швами до окістя лобкової кістки з захопленням затокової зв'язки. Поліпропіленову сітку почергово підшивали до пахвинної та затокової зв'язок. Розмір сітки

підбирали індивідуально, її залишок відрізали після фіксації до затокової зв'язки.

Під час алопластики СГ з використанням пахвинного доступу нижній край поліпропіленової сітки підшивали спочатку до затокової зв'язки так, щоб прикрити стегове кільце, потім — до сім'яного горбика. Наступним етапом підшивали латеральний край сітки до жолоба пахвинної зв'язки, медіальний край — до медіального листка пахвинної зв'язки з середини, відступивши від її краю на таку відстань, щоб зшити її латеральний листок з медіальним над імплантатом, не деформуючи його. З латерального боку поліпропіленову сітку розсікали напроти глибокого пахвинного кільця й вирізали отвір, у який вміщували сім'яний канатик. Край ниток зав'язували під час зшивання листків апоневрозу над імплантатом.

Трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика застосована у 2 хворих за однобічного поєднання пахвинної та стегової гриж. Під час її виконання коагуляційним гачком вище пахвинної зв'язки розсікали очеревину і ту по відшаровували її до лобкової кістки. Наступним етапом виділяли грижовий мішок. У "вікно" очеревини вміщували поліпропіленовий трансплантат розмірами від 8 × 6 до 10 × 8 см, залежно від конституції пацієнта, який не розсікали, їм прикривали не тільки грижові ворота, а й всі "слабкі" місця цієї ділянки.

Ускладнення виникли у 4 (5,4%) хворих: серома операційної рани — у 3 (4,1%), інтраопераційне пошкодження нижньої надчеревної артерії — в 1. В одного хворого протягом 3 міс після трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики з приводу лівобічної СГ спостерігали симптоми парестезії в ділянці передньої поверхні лівого стегна. Після проведення курсу фізіотерапевтичних процедур досягнутий позитивний лікувальний ефект.

Помер один хворий від ендогенної інтоксикації внаслідок розлитого перитоніту при защемленій грижі. Результати лікування 63 (85,1%)

хворих вивчені у строки від 2 до 10 років, рецидив СГ виник в одного пацієнта з ожирінням IV ступеня після застосування аутопластичного методу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ХПСВ, поруч з віковими інволюційними процесами м'яких тканин в ділянці стегнового кільця, відзначають поєднання з супутніми захворюваннями, в тому числі серцево—судинних з захворюваннями дихальної системи — у 86,5% та сечової системи — у 90,9% чоловіків, що за патогенетичним механізмом супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску. Ожиріння II — IV ступеня у 70,3% пацієнтів сприяло не тільки грижоутворенню, а й виникненню рецидиву захворювання після грижопластики.

3 39 (52,7%) хворих з защемленою СГ у 8 (10,8%) — спостерігали пристінкове защемлення (грижа Ріхтера — Літтре), що значно ускладнювало діагностику на догоспітальному етапі, внаслідок цього пацієнти госпіталізовані через 3 — 4 доби від початку захворювання. Всім їм здійснено резекцію тонкої кишки, в одного внаслідок тяжкого соматичного стану на першому етапі обмежились накладанням ілеостоми. Одна хвора госпіталізована в хірургічне відділення з тяжким перитонітом на 3—ттю добу після вправлення хірургом за місцем проживання ретроградно защемленої

тонкої кишки з її пошкодженням. За такого виду защемлена петля некротично—зміненої тонкої кишки містилася у черевній порожнині. Хворій виконана резекція тонкої кишки з формуванням єюноілеоанастомозу бік у бік, санація й дренажування черевної порожнини, на 3—ттю добу вона померла. В одному спостереженні тонка кишка була пошкоджена під час операції через недостатній досвід хірурга, який оперував хворого з приводу гострого вмісту кишки здійснена нижня лапаротомія, резекція тонкої кишки, сформований єюноєюноанастомоз бік у бік, преперитонеальна пластика правобічної СГ. У 2 (2,7%) пацієнтів з защемленою СГ, у яких за даними ультразвукового дослідження встановлено наявність в грижовому мішку частки великого сальника, виконана трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика.

Під час операції особливу увагу приділяли надійній фіксації поліпропіленового імплантата, відмежуванню його від підшкірного прошарку шляхом пластики листків апоневрозу зовнішнього косоного м'яза — при пахвинному доступі та зашивання серпоподібного краю широкої фасції стегна з гребінчастого фасцією. У хворих на ожиріння особливу увагу приділяли забезпеченню гемостазу, виконували активне дренажування операційної рани. Для ранньої діагностики скупчення рідини в операційній рані проводи-

ли контрольне ультразвукове дослідження на 2 — 4—ту добу після операції.

Після операції всім хворим призначали антибактеріальну терапію. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень, імовірність виникнення яких у ХПСВ надзвичайно висока, застосовували їх ранню активізацію (на 2—гу добу після операції), еластичне бинтування нижніх кінцівок, підшкірне введення низькомолекулярних гепаринів (фраксипаринів). Всім пацієнтам проводили індивідуальну корекцію супутніх захворювань. У 2 (9,5%) хворих на тлі енцефалопатії судинного генезу виникли тимчасові сенільні розлади.

ВИСНОВКИ

1. СГ у ХПСВ потребує індивідуального підходу як під час підготовки до оперативного втручання, так і вибору способу операції з огляду на наявність супутніх захворювань та вікових інволюційних змін у ділянці м'язово—зв'язкового апарату стегнового кільця.

2. Застосування поліпропіленових імплантатів для укріплення стегнового кільця під час герніопластики забезпечує кращі результати хірургічного лікування СГ у ХПСВ.

3. Трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика є перспективним напрямком у хірургічному лікуванні СГ у ХПСВ, а також її защемлених форм.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Эльбашир Мохаммед Том. — Симферополь: Бизнес — Информ, 2002. — 438 с.
2. Орехов Г. И. Послеоперационные серомы грыжевого мешка после лапароскопической герниопластики пахово—мошоночных грыж / Г. И. Орехов // Эндоск. хирургия. — 2007. — № 6. — С. 31 — 33.
3. Пластика глубокого стегнового кольца клаптом з передньої стінки піхви прямого м'яза живота / Г. Я. Костюк, Д. В. Цигалко, В. Ф. Цигалко, А. В. Дусик // AML. — 2009. — Т. 15, № 3. — С. 10 — 12.
4. Федосеев А. В. К вопросу оперативного лечения грыжи пахово—бедренной области у лиц пожилого и старческого возраста / А. В. Федосеев, С. В. Леонченко, М. И. Фабер // Клини. герниология. — 2007. — № 5. — С. 30 — 33.
5. Новое в лечении ущемленных бедренных грыж / С. М. Антонюк, В. Б. Ахрамеєв, П. Ф. Головня [и др.] // Матеріали I Всеукр. наук.—практ. конф. з міжнар. участю "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота". — К., 2003. — С. 18 — 19.
6. Власов В. В. Розширена герніопластика в лікуванні защемленої стегнової грижі / В. В. Власов, А. І. Суходоля, С. Р. Микитюк // Шпитал. хірургія. — 2004. — № 4. — С. 176 — 179.
7. Фелештинский Я. П. Хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста с бедренной грыжей / Я. П. Фелештинский // Клини. хірургія. — 1997. — № 11—12. — С. 23 — 24.
8. Данилов А. В. Анализ результатов лечения ущемленных грыж в условиях ЦРБ / А. В. Данилов, Н. Л. Бредихин, В. Н. Медведев // Матеріали науч. конф. "Актуальные вопросы хирургии". — Курск, 2009. — С. 184.
9. Герниопластика по Трабукко в лечении паховых грыж / И. В. Федоров, О. К. Поздеев, А. Л. Федоров, Э. М. Рамазанов // Практ. медицина. — 2011. — Т. 49, № 2. — С. 96 — 98.
10. Эндопротезирование грыж передней брюшной стенки в сельском районе / Г. М. Меньшиков, С. В. Колесников, В. М. Дмитриевцев [и др.] // Матеріали науч. конф. "Актуальные вопросы хирургии". — Курск, 2009. — С. 84.
11. Сафонов С. А. Опыт использования современных методов герниопластики в условиях ЦРБ / С. А. Сафонов, А. М. Делов,

- А. М. Глазунов / Там же. — С. 48.
12. Семенов Н. П. Результаты хирургического лечения наружных грыж / Н. П. Семенов // Там же. — С. 50.
13. Вибір методу лікування стегнової грижі / А. М. Бартош, В. В. Арсенюк, Д. С. Васильянов, І. І. Войтенко // AML. — 2009. — Т. 15, № 3. — С. 106 — 108.
14. Campanelli G. Pubic inguinal pain syndrome: the so—colid sports hernia / G. Campanelli // Am. Surg. — 2010. — Vol. 14, N1. — P. 1 — 4.
15. Нестеренко Ю. А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях / Ю. А. Нестеренко, С. А. Сайбулаев // Хирургия. — 2008. — № 12. — С. 35 — 39.
16. Семенцов К. В. Современные способы пластики паховых грыж / К. В. Семенцов, А. Н. Курицын // Эндоск. хирургия. — 2007. — № 1. — С. 85 — 86.
17. Борисов А. Е. Результаты лапароскопической герниопластики / А. Е. Борисов, С. Е. Митин; Материалы межрегионал. конф. "Современное состояние и перспективы герниологии" // Герниология. — 2008. — № 3. — С. 14.
18. Сравнительная характеристика различных методов герниопластики по поводу паховых грыж / В. П. Крышень, А. В. Кудрявцев, В. А. Мушнин [и др.] // Клін. хірургія. — 2010. — № 3. — С. 24 — 26.
19. Ничитайло М. Е. Лапароскопическая герниопластика в лечении сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булык // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 2 (11). — С. 57 — 59.

