

Д. Ю. Рязанов

# ЗНАЧЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ЛІХТЕНШТЕЙНА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

## Вступ

Погляд на етіологію виникнення грижі з позицій теорії про патологію м'якого каркаса людини як однієї з основних причин захворювання дозволив обґрунтувати необхідність застосування при оперативному лікуванні синтетичних алотрансплантатів [6].

Зокрема, при хірургічному лікуванні пахової грижі використання алотрансплантата є безальтернативним, оскільки його застосування супроводжується найменшою кількістю рецидивів грижі порівняно з будь-яким іншим відомим способом [1; 2]. Крім того, частота рецидиву, що є основним критерієм оцінки якості операції, не залежить від застосовуваної методики й способу розташування протеза стосовно пахового каналу та його елементів [4; 5].

Разом із тим, необхідно враховувати не тільки найближчі й віддалені результати оперативного лікування з погляду на прогноз розвитку рецидиву захворювання, але й ступінь ризику, травматичність, можливі ускладнення й побічні ефекти як самого втручання, так і обраної анестезії.

У цих питаннях не існує єдиної точки зору, а показання до вибору способу операції та виду анестезії визначаються особистими вподобаннями хірурга, а у деяких випадках — існуючими або пропагованими стереотипами.

За даними численних дослідників, операція Ліхтенштейна має низку незаперечних переваг: можливість використання місцевої анестезії, звичний оперативний доступ, технічна про-

стога виконання, низька вартість забезпечення операції, практично безбольовий післяопераційний період, короткотривалий час реабілітації хворого, стабільний результат [3].

**Мета** дослідження — оцінка результатів й обґрунтування ефективності операції Ліхтенштейна при хірургічному лікуванні пахової грижі.

## Матеріали та методи дослідження

На базі кафедри хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії Запорізької медичної академії післядипломної освіти протягом 2006/2007 рр. прооперовано 187 хворих з паховою грижею.

Чоловіків було 178 (95,2 %), жінок — 9 (4,8 %). Середній вік пацієнтів становив  $(52,3 \pm 5,6)$  року.

Грижі однієї локалізації відзначалися у 175 (93,6 %), двобічної — у 12 (6,4 %) хворих. Усього оперовано 199 гриж.

Рецидивна пахова грижа відзначалася у 16 (8,6 %), рецидивуюча — у 11 (5,6 %) хворих.

Відповідно до "SWR classification", запропонованій J. P. Chevrel і A. M. Rith [7], грижі розподілені у такий спосіб:  $W_1R(-)$  — 148,  $W_2R(-)$  — 24,  $W_1R(+)_1$  — 17,  $W_1R(+)_2$  — 7,  $W_1R(+)_3$  — 2,  $W_2R(+)_1$  — 1.

Усім пацієнтам виконана операція Ліхтенштейна. У плановому порядку оперовані 174 (93,1 %), в ургентному — 13 (6,9 %) хворих. При двобічній паховій грижі операція виконувалася водночас.

Як алотрансплантат застосовувалися поліпропіленові протези фірми "Ethicon" (США).

## Результати дослідження та їх обговорення

Вибір виду анестезії залежав від розміру, локалізації, наявності рецидиву, защемлення грижі, можливості вправлення вмісту грижі, а також ожиріння, супровідних захворювань і побажань хворого.

Місцеву анестезію застосовували у хворих з однією малою або середньою за розміром паховою грижею за відсутності її рецидиву, защемлення, а також ожиріння та компенсації органів і систем організму. Попередньо всім хворим за 30 хв до операції проводилася стандартна профілактична премедикація.

При грижі великих розмірів, неможливості вправлення її вмісту, рецидивній або рецидивуючій, а також двобічній грижі будь-якого розміру, наявності ожиріння, декомпенсації супровідних захворювань застосовували регіонарні методи аналгезії.

Загальну анестезію застосовували у разі виявлення некрозу защемленого органа та необхідності його резекції.

З метою профілактики хронічного больового синдрому у віддаленому терміні після операції використовували інтраопераційну ідентифікацію нервів пахового каналу, техніку накладення «повітряних» вузлових швів при фіксації медіального краю протеза до сухожильної частини внутрішнього косоного м'яза живота. За неможливості виконання пластики протезом через анатомічні особливості розташування будь-якого з нервів, останній висікали із зануренням кукси Z-подібним швом у м'язовий масив.



Останнім часом вибір виду алотрансплантата визначали з огляду на розмір гризових воріт. При ширині гризових воріт  $W_1$  застосовували «легкі», при  $W_2$  — «важкі» сітки.

У післяопераційному періоді внутрішньом'язове знеболювання виконували на вимогу пацієнта, причому в 94,9 % ін'єкція зроблена один раз, у 4,3 % — двічі, у 0,8 % — більше 2 разів. Середній ліжко-день становив  $(2,10 \pm 0,61)$  доби.

Останнім часом на завершальному етапі операції використовують внутрішньошкірний косметичний шов безбарвними нитками "Vicryl", що розсмоктуються ("Ethicon", США), а також першу зміну пов'язки на наступну добу після операції, для чого застосовують водонепроникну плівкову наклейку ("Tegaderm", Німеччина), що забезпечує стерильність протягом 10 діб, дозволяє хворому приймати душ, відмовитися від необхідності подальшого відвідування хірурга та істотно підвищити комфортність у ранньому післяопераційному періоді.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді відзначені у 3 (1,6 %) хворих, із них

у 2 розвинувся орхіт, у 1 — нагноєння післяопераційної рани. Усі ускладнення усунуті консервативними заходами.

Віддалені результати вивчені у термін до 18 міс. після операції. Рецидиву грижі не виявлено, а хронічний больовий синдром відзначався тільки в 1 (0,5 %) хворого і не потребував хірургічної корекції, оскільки був невираженим і не порушував якості життя.

### Висновки

1. Операція Ліхтенштейна може бути визнана операцією вибору, оскільки є найбільш безпечним, передбачуваним, легко відтворюваним, малотравматичним способом оперативного втручання при паховій грижі, а рецидив захворювання не є недоліком технології.

2. Вид анестезії й використання алотрансплантата слід вибирати з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Милица К. Н. Дифференцированный подход к применению полипропиленовых имплантов в хирургии малых и средних грыж брюшной стенки / К. Н. Милица, Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов // Український журнал

хірургії. — 2009. — № 3. — С. 103-105.

2. Опыт лечения паховых грыж с применением малоинвазивных технологий / Я. С. Березницкий, Г. В. Астахов, М. А. Кутовой, С. Н. Курьяк // Український журнал хірургії. — 2009. — № 4. — С. 11-13.

3. Основные грыжесечения / В. Ороховский, И. Гастингер, В. Гусак [и др.] — Ганновер ; Донецк ; Коттбус : МУНЦЭХ, КИТИС, 2000. — 236 с.

4. Плахотников І. О. Обгрунтування ефективності безнатяжних методик у лікуванні паховинних гриж у хворих похилого і старечого віку (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 / І. О. Плахотников ; Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України. — Донецьк, 2008. — 20 с.

5. Результаты проведения оперативных втручань із застосуванням сітчатих аллотрансплантатів у пацієнтів з паховими грижами (десятирічний досвід) / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, Л. Ю. Маркулан [та ін.] // Український журнал хірургії. — 2009. — № 3. — С. 106-109.

6. Современные возможности комбинированной, компонентной, микрососудистой и аллопластической техники в лечении обширных дефектов брюшной стенки / Л. С. Белянский, С. П. Галич, И. М. Тодуров, А. В. Резников // Герниология. — 2008. — № 3 (19). — С. 12.

7. Chevrel J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J. P. Chevrel, A. M. Rith // Hernia. — 2000. — Vol. 4, N 1. — P. 1-7.

УДК 617.7-073.584:616-003.284

Л. В. Венгер, В. И. Кресюн, О. Л. Тимчишин

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ СЛЕЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Одесский государственный медицинский университет

Лазерная корреляционная спектроскопия (ЛКС) обеспечивает одномоментную многопараметровую оценку гомеостаза биологических жидкостей (плазмы и сыворотки крови, мочи, конденсата выдыхаемого воздуха и др.) в автоматическом режиме и отвечает современным требованиям экспресс-диагностики [1–3].

В большей части работ по ЛКС-метрии исследования проводились на плазме или сыворотке крови [3; 4]. С одной стороны, это наиболее стабильная система гомеостаза, а с другой — все патологические процессы, возникающие в любом органе или тканях организма, обязательно сопровождаются соответствующими изменениями плазмы

крови. Многофакторность этих изменений, отражающихся на характере гистограммы плазмы крови, может затруднить раннюю диагностику патологического процесса в таком небольшом органе, как глаз.

С этой точки зрения, в целях ранней диагностики патологии глаза более логичным является исследование слезной жид-

