

УДК 617.55.007.43-089.168.1

ПЛАНОВІ ГРИЖОСІЧЕННЯ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ВЕЛИКИМИ ПАХВИННИМИ ГРИЖАМИ

*В. Б. Ахрамєєв, О. С. Кандибко, Д. Н. Старостенко, М. В. Трискиба,
О. П. Дегтяренко, Н. І. Кандибко*

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк,
Вузлова лікарня станції Красноармійськ

Ключові слова: пахвинна грижа, грижосічення, пластика пахвинного каналу.

Оздоровлення хворих віком понад 60 років з пахвинними грижами залишається актуальною проблемою клінічної хірургії. Операції при великих пахвинних грижах в осіб із супровідною патологією серцево-судинної системи, органів дихання несуть у собі елемент підвищеного ризику, що змушує багатьох хірургів стримано ставитися до планових оперативних втручань. Однак саме супровідне захворювання, і навіть поєднання декількох з них, не є протипоказанням до операції [1].

У зв'язку з тривалим терміном захворювання, грижі в старих набагато частіше, ніж в осіб молодшого віку, бувають ускладненими, особливо невірними й защемленими.

Екстрена операція для таких невідготтовлених хворих більш ризикована, ніж операції, зроблені в плановому порядку. Летальність після екстрених оперативних втручань залишається високою, становить, за даними різних авторів, 5—10 % і не має тенденції до зниження [1, 2].

У хірургічному відділенні вузлової лікарні на ст. Красноармійськ за п'ятирічний період з 1997 по 2002 рік зроблено 423 грижосічення з приводу пахвинної і пахвинно-мошонкової грижі. З них особам літнього і старечого віку — 133 операції (31,4%).

Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю і віком

Стать	Вік у роках				Всього
	60—65	65—70	70—75	≥75	
Чоловіки	49	30	18	11	108
Жінки	10	6	4	5	25
Всього	59	36	22	16	133

Вісімнадцять (13,5 %) хворих мали навскісну пахвинну грижу; 40 (30 %) хворих — пряму пахвинну грижу.

У 75 (56,5 %) пацієнтів були складні грижі (ковзні, рецидивні, невірні).

У 14 хворих були грижі великого розміру.

Ми дотримуємося двохетапної системи лікування хворих за участю терапевтів, урологів, кардіологів, неврологів й інших фахівців [3].

На першому етапі в профільних відділеннях здійснюють комплексне обстеження таких хворих, зокрема проводять загальні клінічні, біохімічні обстеження, дослідження гемодинаміки, спіропараметрів.

Залежно від тяжкості супровідної патології і розміру грижі, проводиться корекція наявних порушень. Крім загальної підготовки, призначається спеціальний комплекс заходів, спрямованих на адаптацію дихальної і серцево-судинної системи до підвищеного внутрішньочеревного тиску (еластичне бинтування живота, бандажування в поєднанні з дихальною і лікувальною гімнастикою).

Ефективність передопераційної підготовки, що звичайно триває 10—15 днів, оцінюємо, вивчаючи показники гемодинаміки, зовнішнього дихання, загального стану хворого до і після передопераційної підготовки.

Важливе значення має вибір знеболювання. Місцева анестезія не може дати повноцінного захисту від хірургічної агресії, а внутрішньовенні й інтубаційні варіанти наркозу різко збільшують операційний ризик у названої категорії хворих.

Тому методом вибору вважаємо проведення продовженої перидуральної анестезії, із застосуванням одноразового катетера з бактеріальним фільтром. Введення анестетиків й анагетиків здійснюється дозатором «Лінеомат» (ДШВ-1) під контролем гемодинаміки і зовнішнього дихання до досягнення необхідного рівня аналгезії.

Наше спостереження за хворими, оперованими під перидуральною анестезією, підтверджує дані про те, що перидуральна анестезія не тільки створює гарні умови для виконання операції, а й позитивно впливає на перебіг післяопераційного періоду, за-

безпечуючи тривалу аналгезію, поліпшення респіраторних функцій, збільшення ударного та хвилинного об'єму кровообігу на тлі зниження загального периферичного опору, сприяє швидкому відновленню перистальтики кишечника, дає можливість раніше перейти до активного рухового режиму.

Тривалість проведення подовженої післяопераційної перидуральної блокади залежить від часу адаптації серцево-судинної і дихальної систем до підвищеного внутрішньочеревного тиску й у середньому становить 1—5 діб.

Таблиця 2

*Види знеболювання,
застосовувані під час лікування пахвинної грижі*

Види знеболювання	Кількість оперованих
Місцева анестезія	30
Внутрішньовенний наркоз	18
Ендотрахеальний наркоз	4
Перидуральна анестезія	81
Усього	133

Операція з приводу грижі у хворих літнього та старечого віку має бути максимально простою і найменш травматичною. Труднощі пластики пахвинного каналу зумовлені віковою інволюцією м'язових, фасціальних і апоневротичних утворень.

Зі 133-х хворих, оперованих за період 1997—2001 рр., 104-м (78 %) виконана пластика місцевими тканинами, 29-м (22 %) — автодермальна пластика за Яновим.

Алопластичні матеріали для пластики грижового дефекту ми не застосовували.

У двох випадках особам старечого віку з багаторазово рецидивною пахвинною грижею, грубими рубцевими зрощеннями елементів сім'яного канатика з прилеглими тканинами, виконана орхектомія з подальшою пластикою автодермальним шматком.

Після проведених за останні три роки розтинів грижі з використанням автодермального шматка за Яновим рецидивів грижі не спостерігалось.

Ускладнення в післяопераційному періоді виникли в 10 хворих (7,5 %), зокрема:

місцеві:	
нагноєння	2 (1,50 %),
інфільтрат операційної рани	5 (3,75 %),
серома	1 (0,75 %),
лігатурний свищ	1 (0,75 %),
загальні:	
ТЕЛА	1 (0,75 %).

Важливим методом профілактики цих ускладнень вважаємо: щадне ставлення до тканин, ретельний гемостаз, відмову від застосування кетгугу, використання сучасних шовних матеріалів, профілактичне застосування антибіотиків широкого спектра дії у разі рецидивних пахвинних гриж.

Профілактику тромбоемболічних ускладнень здійснюємо, застосовуючи низькомолекулярні гепарини (клексан, фраксипарин) за стандартною схемою на тлі раннього рухового режиму.

Вмер один хворий. Причиною смерті стала тромбоемболія легеневої артерії.

Післяопераційна летальність становила 0,7 %.

У віддаленому періоді обстежено 56 хворих. Рецидив грижі виник у двох пацієнтів. В одного хворого з ускладненим післяопераційним періодом рецидив грижі настав через шість місяців з моменту операції. Другий хворий пов'язує появу рецидиву грижі через один рік зі значним фізичним навантаженням.

Завдяки комплексному підходу до лікування хворих літнього та старечого віку з великими пахвинними грижами за рахунок планового оздоровлення вдалося знизити післяопераційну летальність при екстрених операціях з приводу защемленої грижі з 4,0 до 2,1 %.

Висновки

1. Літній і старечий вік пацієнтів з великими паховими грижами не є протипоказанням до виконання планового грижосічення, яке, незважаючи на наявність супровідних захворювань, є методом профілактики розвитку защемленої грижі.

2. Питання про планове оперативне втручання зважується індивідуально, з урахуванням ступеня ризику після обстеження і передопераційної підготовки в умовах терапевтичного, кардіологічного стаціонарів.

3. Методом вибору знеболювання вважаємо подовжену перидуральну анестезію.

4. У пацієнтів віком понад 60 років доцільно виконувати розтин грижі з пластикою пахвинного каналу із зміцненням задньої стінки пахвинного каналу.

5. При багаторазових рецидивних грижах, потоншанні й атрофії стінок пахвинного каналу рекомендована автодермопластика за Яновим.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриленко В. Г., Лазневий А. В., Пагаєва А. З., Мірошник Б. С. Хірургічне лікування пахвинної грижі в хворих літнього і старечого віку // Проблеми старіння і довголіття.— 1993.— Т. 3.— С. 137—139.

2. Саенко В. Ф., Белянский Л. С., Манойло Н. Е. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия.— 2002. — № 1.— С. 5—9.

3. Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки.— М.: Медицина, 1990.— 268 с.

ПЛАНОВЫЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С БОЛЬШИМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

В. Б. Ахrameев, А. С. Кандыбко, Д. Н. Старостенко, М. В. Трыскиба, Е. П. Дегтяренко, Н. И. Кандыбко

В статье освещена актуальная проблема лечения больных пожилого и старческого возраста с большими паховыми грыжами.

Обоснована необходимость двухэтапной системы лечения совместно с терапевтами, урологами, кардиологами и другими специалистами. Методом выбора оперативного вмешательства рекомендован способ пластики с укреплением задней стенки пахового канала.

Плановое оздоровление грыженосителей данного возраста позволяет значительно снизить послеоперационную летальность при ущемленной паховой грыже.

SCHEDULED COLOSTOMY AT THE PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH LARGE BUBONOCELE

V. B. Akhrameev, O. S. Kandybko, D. N. Starostenko, M. V. Tryskyba, E. P. Degtjarenko, N. I. Kandybko

The necessity of two-way system of treatment together with therapeutics', urologists, cardiologists and other experts is proved. The method of a choice of operative intervention recommends a way of plastic, at which the strongest strengthening of a back wall of groin channel is reached.

The scheduled improvement the patients of the given age allows considerably to low after surgery lethality at restrained groin hernia.