

© Я.С. Шпряха, М.В. Воронич, Ю.Я. Шпряха, 2014

УДК 617.555-007.43-089.844

Я.С. ШПРЯХА, М.В. ВОРОНИЧ, Ю.Я. ШПРЯХА

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород

ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОКОАГУЛЯТОРА У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ

У статті розглянуто результати хірургічного лікування 25 хворих із пахвинними грижами внаслідок застосування високочастотного електрокоагулятора. Проведення такого лікування дало змогу забезпечити під час операції надійний гемостаз, відмовитись від використання лігатур для перев'язування судин, зменшити число післяопераційних ускладнень, чим вдалося поліпшити результати лікування хворих та зменшити термін їх реабілітації.

Ключові слова: пахвинна грижа, лікування, високочастотна електрокоагуляція, гемостаз

Вступ. Зовнішні грижі живота є одним із найпоширеніших хірургічних захворювань. Вони займають друге місце в абдомінальній хірургії після апендектомії за частотою виконання оперативних втручань [2, 4, 9]. Серед них операції на пахвинну грижу складають 75–78 % [5, 6, 8]. Основні методи хірургічного лікування та техніка виконання операції цієї категорії хворих були розроблені давно, але збереження високої кількості ускладнень спонукає хірургів до розробки та впровадження нових сучасних технологій [3]. В останній час низкою як вітчизняних, так і закордонних виробників пропонується нове технологічне обладнання, метою якого є оптимізація роботи хірурга та вдосконалення оперативних технологій [1, 7].

Мета дослідження. Поліпшити результати хірургічного лікування хворих із пахвинними грижами шляхом застосування високочастотного електрокоагулятора.

Матеріали та методи. З 2011 року в лікуванні 25 хворих із пахвинними грижами нами застосовано апарат високочастотний електрохірургічний ЕХВА-350М/120Б «Надія» (Модель 120). Цей апарат призначений для коагуляції та різання м'яких тканин і кровоносних судин організму людини струмом високої частоти (440 кГц) монополярними або біполярними електродами. Він був розроблений для використання у пластичній хірургії, косметології, мікрохірургії, ендоскопії та гінекології. Апарат забезпечує якісне різання та коагуляцію. Має частоту сигналу та потужність, необхідні та достатні для вирішення зазначених завдань.

Хворі, у лікуванні яких було застосовано електрокоагулятор, склали основну групу. Нами було підібрано подібну контрольну групу із 110 хворих, які також протягом останніх років перебували на лікуванні у хірургічному відділенні Центральної міської клінічної лікарні м.Ужгород. Було вивчено протоколи та результати хірургічних втручань 135 хворих із пахвинними грижами, що знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні протягом 2009–2013 років. Із них лише 8 (5 %) становили жінки та 84 (62 %) хворих були працездатного віку. Косі пахвинні грижі виявлені у 86 (64 %) хво-

рих, прямі пахвинні – у 38 (27 %) та рецидивні – у 11 (8 %) хворих. Двобічна локалізація грижі була у 3 (2,5 %) хворих, а при однібічній локалізації у 77 (57 %) хворих – переважало правобічне розташування. Усім хворим оперативні втручання виконувались під місцевим або загальним знеболенням, а також під спинно-мозковою анестезією. У хворих із косими пахвинними грижами під час операції грижовий мішок ретельно виділяли та видаляли, а куксу фіксували за Красінцевим-Баркером у 46 % випадків. У хворих із прямими грижами, як правило, грижовий мішок репонували до черевної порожнини не розкриваючи. У 37 (27 %) хворих було виконано пластику за Жирар-Кімбаровським, у 54 (40 %) – за Постемським та у 44 (33 %) – за Ліхтенштейном.

Результати досліджень та їх обговорення. Застосування високочастотного електрокоагулятора ЕХВА-350М/120Б «Надія» під час операції герніотомії дало можливість ретельно проводити гемостаз на всіх етапах кожного оперативного втручання (рис.1). Під час виконання доступу, ми відмовились від перев'язки лігатурами судин у підшкірній клітковині, коагуляцію проводили біполярним пінцетом, ретельно виділяючи кожен судину. Причому навколишні тканини не підлягали значному термічному впливу, що відзначається при застосуванні інших типів електрокоагуляторів – тепловий вплив передається навіть через рукавиці на руки оперуючому хірургу. Також жодного разу не відзначали некрозу або опіків поверхневих шарів шкіри при коагуляції судин, безпосередньо розташованих вздовж країв рани. Така ретельна покрокова коагуляція на початку впровадження апарату, звичайно подовжувала термін виконання оперативного втручання, зате дала можливість відмовитись від дренивання рани гумовими стрічками. Не спостерігали ми і значного набряку тканин рани в ранньому післяопераційному періоді, що є обов'язковим наслідком при грубій обробці рани та використанні лігатурної перев'язки судин, яка інколи і сама деформує рану. Так, у контрольній групі, у 4 хворих (3,6 %) доводилось навіть видаляти лігатури при реакції організму на них у

вигляді тривало існуючих нориць, особливо у тих хворих, які були прооперовані з приводу пахвинно-каліткових гриж або ж із приводу рецидиву грижі.



Рис.1. Апарат EXVA-350M/120B «Надія»

Особливу увагу ми приділяли обробці сім'яного канатика, коли з його елементів виділялися гризовий мішок. На цьому етапі оперативного втручання застосування височастотного електрокоагулятора дало можливість провести швидко та ретельну коагуляцію найменших судин сім'яного канатика, які щільно прилягали до гризового мішка, не порушуючи кровопостачання яєчка. Використання лігатур часто деформує судини канатика, чим може порушуватись відтік або притік крові по венозному або артеріальному руслу до яєчка, що неодмінно дасть його реакцію у післяопераційному періоді. Звичайно, як альтернативу можна застосувати в якості лігатур нитки vicryl rapid 4.0, які швидко розсмоктуються, але це підвищує вартість проведеної операції та залишає можливість тимчасової реакції організму на нитку. Попередження реакції з боку яєчка у післяопераційному періоді є надзвичайно важливим у хворих репродуктивного віку, бо дає змогу уникнути цілому ряду ускладнень (гострі ранні післяопераційні орхіти, пізні атрофічні орхіти, хронічні орхіепідіміти). Звичайно, що поява реакції з боку яєчка, може бути результатом також застосування тієї чи іншої герніопластики, коли при формуванні глибокого пахвинного кільця, а саме – стискуванні кільцем сім'яного канатика, може порушуватись кровопостачання яєчка.

Ми вважаємо, що результатом проведення недостатньо ретельного гемостазу під час виділення гризового мішка було виявлення у 5 (4,5 %) хворих контрольної групи після операції гематоми калитки, які

у 2 випадках вимагали додаткового дренивання. У хворих основної групи гематом не виявляли. Явища гострих орхітів після операції були виявлені в обох групах, але більше в групі контролю – відповідно 2 (0,8 %) та 6 (5,5 %). Поява орхітів у хворих основної групи може бути свідченням наслідків технічного впливу певних видів пластик (пластика за Постемським). Саме після цієї пластики у подальшому відзначали появу атрофій яєчка, особливо у людей репродуктивного віку.

При виконанні наступного етапу операції, а саме – пластики пахвинного каналу, у хворих із застосуванням електрокоагуляції мало значення попереднє виконання ретельного гемостазу, ототожнення та виділення із навколишніх тканин клубово-пахвинного та клубово-підчеревного нервів, як таких, які найбільше можуть травмуватись при виконанні пластики, особливо із застосуванням сітчастих матеріалів і бути причиною появи болю у післяопераційному періоді. Такий хронічний біль нами не виявлено у пацієнтів основної групи, а у контрольній – лише у 2 (1,8 %) хворих. Хоча про відчуття «стороннього тіла» у пахвинній ділянці повідомляли хворі обох груп при застосуванні проленових сітчастих матеріалів, зате значимої різниці у групах не встановлено.

Після операції у 2 (0,8 %) хворих основної групи було виявлено та видалено сероми післяопераційної рани. Дане ускладнення гриж спіткало нас на початку при освоєнні апарата та у зв'язку з неправильною технікою роботи з ним. У групі контролю сероми виявлено у 6 (5,5 %) хворих, що порівняно з основною групою є значно більше. Нагноєння ран в обох групах не виявляли, що, можливо, було наслідком проведення антибактеріальної терапії, адекватною реакцією на гематоми та сероми, а в групі контролю – дрениванням рани.

Таким чином, вивчення перебігу післяопераційного періоду у хворих, у лікуванні яких застосовували височастотний електрокоагулятор, дало можливість отримати переконливі докази переваг його впровадження.

Висновки. Застосування височастотного електрокоагулятора EXVA-350M/120B «Надія» у хірургічному лікуванні хворих із пахвинними грижами дало змогу забезпечити під час операції надійний гемостаз, відмовитись від використання лігатур для перев'язування судин, зменшити число післяопераційних ускладнень, чим вдалося поліпшити результати лікування хворих та покращити їх терміни реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонів В.Р. Результати використання зварювального електрокоагулятора в хірургії щитоподібної залози / В.Р. Антонів, С.Л. Шляхтич, А.В. Вовканич // Хірургія України. — 2014. — №1 (49). — С. 67—70.
2. Василюк С.М. Безпосередні результати хірургічного лікування хворих похилого віку з приводу пахвинної грижі / С.М. Василюк, О.В. Прудніков // Клін. хірургія. — 2012. — №10. — С.13.
3. Дзюбанівський І.Я. Оцінка якості життя пацієнтів після різних типів пахових герніопластик / І.Я. Дзюбанівський, В.І. П'ятночка, К.Г. Поляцко, О.В. Дмитрів // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 5 (14). — С. 34—38.

4. Павленко В.В. Современные принципы лечения больших грыж передней брюшной стенки / В.В. Павленко // *Анналы хирургии*. — 2004. — №5. — С. 26—28.
5. Современные методы лечения брюшных грыж. — Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. — К.: Здоров'я. — 2001. — 278 с.
6. Мішалов В.Г. Результати проведення оперативних втручань із застосуванням сітчастих аллотрансплантантів 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.
7. Швед О.Є. Обґрунтування застосування електрозварювання як методу гемостазу (клініко-експериментальне дослідження) / О.Є. Швед // *Харк. хірург. школа*. — 2008. — №2. — С. 306—308.
8. Endoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair with double mesh: indications, technique, complications, and results. / E. Glavan, A. Mijic, M. Bekavac-Beslin [et al.] // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A*. — 2005. — Vol.15. — P. 586—590.
9. Rutkow I.M. Demographic, classificatory and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States / I.M. Rutkow, A.W. Robbins // *Surg. Clin. N. Amer.* — 1993. — Vol. 73, №3. — P. 413—426.

Y.S. SHPRYAKHA, M.V. VORONICH, Y.Y. SHPRYAKHA

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgery Diseases, Uzhhorod

USAGE OF THE HIGH-FREQUENCY ELECTROCOAGULATOR IN THE INGUINAL HERNIAS REPAIR

In the article we review the results of surgical repair of 25 patients with inguinal hernias through the using of high-frequency electrocoagulator. Such treatment made it possible to ensure reliable hemostasis during the operation, refuse the using of ligatures for the ligation of vessels, reduce the number of postoperative complications, what has improved the results of treatment and the terms of rehabilitation.

Key words: inguinal hernia repair, high-frequency electrocoagulator, hemostasis

Стаття надійшла до редакції: 22.05.2014 р.