

Приложение на ингвинална херниопластика без „платно“ по Desarda

Lyutskanov V. Dimov, S. Ivanov. Application of inguinal hernia repair without a "mesh" - Desarda. Medical 2014; 7; 92-93

AUTHOR: Люцканов В д.м.

EMAIL: veselin.lyutskanov@gmail.com

Въведение

Над 20000 операции за херния на предната коремна стена се извършват ежегодно в България¹.

Рискът от развитие на херния е 27% при мъжете и 3% при жените². Това обуславя голямата обществена значимост от намаляването на болничния престой и съкращаването на разходите.

При ингвиналните хернии приложението на протезните пластики (с „платно“) е с доказано по-малък относителен дял на рецидивите според актуалните стандарти на EHS³. Поради икономическата криза и трудностите за финансиране на протезните пластики (конвенционални и особено лапароскопски) наложи проучване и въвеждане на пластиката по Desarda^{4,5}.

Материал и методи

Проучен е резултатът от лечението на 38 пациенти с ингвинални хернии, оперирани персонално от автора за периода от 2005 до 2014 г.

За подбора на пациентите за приложение пластиката по Desarda до голяма степен е обусловено от финансови съображения – липса или ограничени възможности за инвестиция в протезни материали (29). Друга група по-малка група (9) пациенти отказват имплантирането на протеза.

Прилагаме стандартно антибиотична профилактика⁶ с цефалоспорин втора генерация - 2.0 g венозно 30 мин. преди началото на операцията и интраоперативна иригация на оперативното поле с разтвор на аминокликозид във физиологичен серум до 200 ml.

Използваната оперативна техника е по оригиналната на Desarda^{4,5}. Прилагаме допълнително наша модификация - кремастерно укрепване на вътрешния ингвинален отвор⁷. Достъпа е параингвинален. Дисекция до апоневрозата на външния кос коремен мускул. Инцизия на предната стена на ингвиналният канал, дисекция и мобилизиране на кордона. Инцизия на кремастелният мускул, като се дисецират по-малко горно медиално и по-голямо долно латерално ламбо. Медиалното се резецира, а от латералното се подготвя графт от просималния му край. Следва дисекция на херниалният сак и репонирането му зад f. transversalis при индиректни хернии. При директни хернии херниалният сак се репонира с плицирание на f. transversalis най-често с кесиен шев. Следва кремастерно укрепване на вътрешния ингвинален отвор с подготвения предварително графт от долно латералното ламбо на кремастерния мускул. С продължителен шев се фиксира горно медиалното ламбо на апоневрозата на външния кос коремен мускул за илеопубичния тракт и ингвиналния лигамент от t. tubicum до нивото малко над вътрешния ингвинален отвор. След това с инцизия на пришитото вече ламбо успоредно и на около 3 см над ингвиналния лигамент се оформя ивица от апоневрозата която остава фиксирана дистално и проксимално. Горния свободен край на ивицата се фиксира с единични шевове медиално към обединената залавна зона и по-латерално за долния ръб на трансверзалния коремен мускул. Така се постига фасциално и функционално укрепване на задната стена на ингвиналния канал. Останалите два свободни края от апоневрозата на на външния кос коремен мускул се зашиват с продължителен шев над кордона като се оформя нов външен ингвинален отвор.

Преди дехоспитализацията пациентите бяха контролирани персонално и инструктирани за протичането на следоперативния период и възможните усложнения. Осигурена бе постоянна телефонна връзка с оператора.

Контролните прегледи са извършвани на 2, 7, 30-ти ден и ежегодно. Далечни резултати са отчетени за 29 (76%) от пациентите. Анализирани са ранните усложнения, рецидивите, постоперативната болка, периода на болничния престой.

Резултати

Възрастта на пациентите беше средно 64 (55-84) години. Повишено телесно тегло ИТМ > 30 установихме при 11 (28%).

Слабинните хернии се разпределят според патологичния вид (по Nuchus) както следва в таблица 1.

Таблица 1

Патологичен вид по Nuchus	T _{3a}	T _{3b}	T _{4a}	T _{4b}
Брой	15	19	1	3

Така първични са 34 и рецидивни - 4. Плъзгащи са 9 (23%) хернии, а ингвиноскротални бяха 5 (13%).

Използваната анестезия е локална в 24 от пациентите и спинална при 14.

Redon дренаж за 24 часа сме използвали при 6 (15%) пациенти с огромни ингвиноскротални и рецидивни хернии.

Средния болничен престой е 24 часа, като 12 (31%) от пациентите са дехоспитализирани в същия ден. Престой по-дълъг до 48 часа имаше при 6 (15%) от пациентите с наложен дренаж.

Ранни хирургични усложнения са лекувани при 2 (5%) - хематом в раната ревизия и хемостаза на кожен съд се наложи при един от тях. Оток на скротума при един пациент, лекуван консервативно опериран за гигантска ингвиноскротална херния. Не е наблюдавана инфекция в оперативната рана. До момента е наблюдаван рецидив при един (2.6%) пациент на 76 г. с огромна ингвиноскротална херния три години след операцията. Отказа нова операция.

Обсъждане

Възрастта и хроничните заболявания често са претекст за съвети от страна на общопрактикуващите лекари и близките за въздържане от операция на херния. Те охотно се възприемат от пациентите и довеждат до нарастване на херниите до гигантски размери, влошаващи качеството на живот и оперативно лечение по принуда в още по напреднала възраст. Нашият опит подкрепя подхода, че е важна не възрастта, а физиологичния статус на пациента и устойчивата компенсация на хроничните заболявания. Възможностите за комбинираната местна и регионална анестезия и ранното раздвижване и дехоспитализиране на пациентите спомагат за по-бързото възстановяване и профилактиране на системни усложнения⁸.

В технически аспект дисекцията в дълбокия мускулно-апоневротичен слой при пластиката по Desarda в сравнение с утвърдените пластики по Shouldice и McVay е по-лесно усвоима и изпълнима.

Същевременно пластиката по Desarda допълнена с нашата модификация за кремастерно укрепване не уврежда, а усилва физиологичните защитни механизми на слабината. Отсъствието на протеза и липсата на напрежение в шевните линии до голяма степен избягва хроничната ингвинална болка наблюдавана в до 7% при протезните пластики. Отсъствието на протеза („платно“) освен с изразения икономически ефект търсен от значителна част от социално слабите пациенти избягва „катастрофата“ при ранева инфекция след протезна пластика. В нашата серия липсата на раневи усложнения в оперативната рана отдаваме на спазването на протокола предложен от M. Deysine⁶

Заключение

Приложението на херниопластиката без използване на „платно“ по Desarda допълнена с кремастерно укрепване на вътрешния ингвинален отвор е лесна за изпълнение с добри резултати при удовлетвореност на пациентите и чувствително съкратени разходи.

Литература

1. Дамянов Д. Етапи в оперативното лечение на ингвиналните хернии. Акценти при избора на оперативна техника. „Хернии“ Под редакцията на Проф. Дамян Дамянов Медарт 1997
2. Primates P, Goldacre MJ. (1996) Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. Int J Epidemiol 125:835-839
3. Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients. European Hernia Society Guidelines
4. Desarda M. P. Surgical physiology of inguinal hernia repair - a study of 200 cases: BMC Surgery 2003 3:2
5. Desarda M. P. Physiological repair of inguinal hernia-A new technique (Study of 860 patients) Hernia. (2006) 10:143-146
6. Deysine M, Grimson RC, Soroff HS.(1991) Inguinal herniorrhaphy: reduced morbidity by service standardisation. Arch Surg 126: 628-63
7. Люцканов В., Г. Кондарев. Допълнителна крамастер пластика при оперативното лечение на ингвиналните хернии – ранни резултати. Българска хирургия 2002; 2: 8-11
8. Day surgery 2005 British Association of Day Surgery and The association of anesthetists of Great Britain and Ireland. 21 Portland Place, London

ENGLISH TRANSLATION:

Application on ing. hernioplastika without "MESH" - Desarda Technique

AUTHOR: Lyutskanov in DM

EMAIL: veselin.lyutskanov@gmail.com

Vvedenie

Over 20,000 transactions for the garbage on prednata koremna wall behold izvrvshvat annually Blgariya1.

Risk of development in the garbage is, at 27% and 3% mzhete at zhenite2. Tova obuslavva Golyamata society on the significance of namalyavaneto bolnichniya Presti and skraschavaneto on razhody.

When ingvinalnite garbage prilozhenieto on prosthetic plastics (with the "fee") is, with proven on-Malak dyal relative to relapse spored aktualnyh standard on EHS3. Rejoice ikonomicheskata crisis and difficulties for finansirane for prosthetic plastics (konventsionalni and special laparoskopski) and cover them prouchvane vvezhdane on plastic for Desarda4,5.

Material and Methods

After studying for e rezultatt lechenieto from 38 patients with ingvinalni garbage, operirani personalno by the author for the period from 2005 to 2014

For the selection of a patient for the application of plastic Desarda Golyama degrees to determine e from financial sobrazheniya - Lips or vzmozhnosti limit for investment in prosthetic material (29). Druga grupa in Malka Group (9) Patients otkazvat implantirano on the prosthesis.

Prilagame standard antibiotichna profilaktika6 a second generation cephalosporin - 2.0 g venous 30 minutes. nachaloto predicate on operatsiyata and intraoperative irigatsiya on operativnoto field raztvor to aminoglycoside vv physiologic serum to 200 ml.

Izpolzvanata operative technique for e originalnata on Desarda4,5. Additional Prilagame our modification - cremasteric ukrepvane on vtreshniya ingvinalen otvor7. Dostpa e paraingvinalen. Dissection to aponevrozata on vnshniya braid anchor muscle. Incision in the wall on prednata ingvinalniyat channel dissection and mobilizirane on cordon. Incision on kremastelniyat muscle Kato se disetsirat in Malko medialno mining and in Golyamo Dolno lateralno Lamba. Medialnoto resected se, but from lateralnoto se podgovya graft from prosimalniya th edge. Sledva dissection on hernialniyat Sak and reponirano mu ass f. transversalis at indirektni garbage. When Direct garbage hernialniyat Sak se repositioned in a plitsirane on f. transversalis Nai honest with kesien shev. Sledva cremasteric ukrepvane on vtreshniya ingvinalen opened the graft with podgotveniya predvaritelno Dolni lateralnoto Lambo on cremasteric muscle. With prodzhitelten shev se fixes mining medialnoto Lambo on aponevrozata on vnshniya braid anchor muscles for ileopubichniya tract and ingvinalniya ligament on t. tubicum to nivoto Malko over vtreshniya ingvinalen opened. Next tova with incision on prishitoto Chamber Lambo usporedno and about 3 cm above the ligament ingvinalniya se Contents of Ivica aponevrozata koyato leave fiksirana distalno and proksimalno. Gornja free edge on ivitsata se is fixed with a single shevove medialno km obedinenata zalavna area and in lateralno of Dolni rb on transverzalniya anchor muscle. Such behold and comprehending fastsialno funktsionalno ukrepvane on zadnata wall on ingvinalniya channel. Ostanalite two free edges of the aponevrozata on to vnshniya braid anchor muscles to behold zashivat prodzhitelten shev over the cordon Kato se Contents vnshen ingvinalen newly opened.

Predicate dehospitalizatsiyata patients byaha kontrolirani personalno and instruktirani for protichaneto on sledoperativniya period and Try complications. Osigurena Be constant telephone vrzka with the operator. Kontrolnite pregledi sa izvrshvani 2, 7, 30 and den each year. Results Dalechni sa otcheteni in 29 (76%) of the patients. Analizirani sa rannite complications, relapse, postoperativnata Bolk, in the period bolnichniya Presto.

Results

Vzrastta Bechet on patients averaging 64 (55-84) Godin. Povisheno bodily Tyeglev ITM> 30 ustanovihme with 11 (28%).

Slack garbage se razpredelyat spored pathological form (for Nychus) somehow sledva in Table 1.

Table 1

Pathological view of Nychus T3a T3b T4a T4b

Units 15 19 3 January

Such prvichni ca 34 and recurrent - 4. Plzgaschi sa 9 (23%), garbage, and ingvinoskrotalni byaha 5 (13%).

Izpolzvanata e LOCAL anesthesia in 24 of the patients, and at 14 spinalna.

Redon drainage for 24 hours CME izpolzvali at 6 (15%) of patients with recurrent and ingvinoskrotalni huge garbage. Average bolnichen Presto e 24 hours, Kato 12 (31%) of patients in the sa dehospitalizirani sschiya den. Presti's dlg 48 hours IMach at 6 (15%) of patients with superimposed drainage.

Ranney hirurgichni complication sa lekuvani at 2 (5%) - in Hemat ranata audit and hemostaza on Leather sd se cover them if there is one on's fields. Otok on skrotuma In a single patient, conservative lekuvan operiran ingvinoskrotalna of the huge garbage. Do not e nablyudavana operativnata wound infection. Until the e nablyudavan relapse if there is one (2.6%) patient 76, with the huge garbage ingvinoskrotalna three Godin operatsiyata trail. Refusal new operation.

Obszhdane

Vzrastta and chronicity zabolyavaniya chesto sa pretext for sveti from country to obschopraktikuvashchite doctors and relatives of vzdrzhane from operations in the garbage. Those willing to behold vzpriemat from patients and dovezhdat to narastvane on garbage to gigantic proportions, vloshavaschi kachestvoto on his stomach and surgical treatment to compel osche on naprednala vrazst. Nashiyat opit reinforce approach Th e important not vrazstta and physiologic status of the patient and ustoychivata payment on chronicity zabolyavaniya. Vzmozhnostite kombiniranata for local and regionalna anesthesia and rannoto razdvizhvane and dehospitalizirane on spomagat for patients in brzoto vzstanovyavane and profilaktirane uslozhneniya8 on the system.

The technical aspects disektsiyata in Dalboki muskulno-aponevrotichen layer of plastic at Desarda in comparison with plastic utvrdenite for Shouldice and McVay is, in and of forest usvoima izplnima.

Sschevremenno plastic for Desarda doplnena with nashata modification of cremasteric ukrepvane not uvrezhdha and usilva physiological protective mechanisms to slabinata. Otsstviето on the prosthesis and lipsata on naprezhenie shevnite in line to Golyama banter izbyagva hronichnata ingvinalna Bolk nablyudavana in up to 7% for prosthetic plastics. Otsstviето on the prosthesis ("charge) osven with izraziya ikonomicheski efekt trsen from znachitelna parts of sotsialno weak patients izbyagva" katastrofata "when wound infection trace the prosthetic plastic. In nashata series lipsata the wound complications in wound operativnata otdavame on spazvaneto on protocol proposed by M. Deysine6

Closing

Prilozhenieto on hernioplastikata without izpolzvane to "charge" for Desarda doplnena with cremasteric ukrepvane on vtreshniya ingvinalen opened the e Lesna for izplnenie with good Results At satisfaction to the patient and chuvstvitelno skrateni razhody.

Literature

1. D. Damyanov Etap in operativnoto treatment at ingvinalnite garbage. The focus on Izbor operative technique. "Garbage" Under redaktsiyata to Prof. Damyan Damyanov Medart 1997
2. Primatesta P, Goldacre MJ. (1996) Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. Int J Epidemio 125: 835-839
3. Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients. European Hernia Society Guidelines
4. Desarda MP Surgical physiology of inguinal hernia repair - a study of 200 cases: BMC Surgery 2003 3: 2
5. Desarda MP Physiological repair of inguinal hernia-A new technique (Study of 860 patients) Hernia. (2006) 10: 143-146
6. Deysine M, Grimson RC, Soroff HS. (1991) Inguinal herniorrhaphy: reduced morbidity by service standardisation. Arch Surg 126: 628-63
7. Lyutskanov V., G. Kondara. Additional kramaster plastic when operativnoto treatment at ingvinalnite garbage - Ranney Results. Blgarska Surgery 2002; 2: 8-11
8. Day surgery in 2005 British Association of Day Surgery and The assosietion of anesthetists of Great Britan and Ireland. 21 Portland Place, London