

ОСОБЕНОСТИ НА ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ХЕРНИИТЕ НА ПРЕДНАТА КОРЕМНА СТЕНА В ЕДНОДНЕВНА ХИРУРГИЯ

Костадин Георгиев*, Атанас Петков*, Мариана Георгиева**

*- УМБАЛ „ Св. Георги „ – гр. Пловдив – Еднодневна хирургия

** - ВМА – гр. София – Клиника по Физикална терапия и рехабилитация
Европа; България; гр. Пловдив; бул. Пещерско шосе 66, ет. 1, Еднодневна хирургия;
e-mail: xo2014@abv.bg

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF HERNIATED ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN DAY SURGERY

Kostadin Georgiev * Atanas Petkov * Mariana Georgieva **

* - University Hospital "St. George" - Plovdiv - day surgery

** - MMA - Sofia - Department of Physical Therapy and Rehabilitation
Europe; Bulgaria; Plovdiv; Peshtersko shose 66, 1st Floor, day surgery;
e-mail: xo2014@abv.bg

SUMMARY:

In Bulgaria, NHIF data annually from hernia operated 19-20000 people, and this makes the average incidence of 271-285 people per 100 000 population .

Day surgery means using traditional techniques and operational methods, but subject to an important caveat - patient hospital bed she stayed for only a few hours or overnight to sleep after surgery.

Technological stages of day surgery:

1.Predoperativno laboratory and instrumental examination of the patient and required consultation with a cardiologist and anesthesiologist, and for additional indications, an allergy specialist, pulmonolog, endocrinology, pediatrics and more.

2.Pregled surgeon, a final evaluation and inclusion of patients on the waiting list or directly in the operational program.

3.Sastavyane and implementing the operational program in separate operating rooms compartment day surgery.

4.Sledoperativen control and monitoring with an emphasis on pain control and postoperative vomiting.

6.Kontrol and discharge of the patient based on the scores system and special protocols.

7.Organizirane of spelling, and inspections after hospital discharge

Retrospectively studied the treatment of 975 patients with 841 inguinal hernias and ventral 134 operating in the University Hospital " St. George" ward day and minimal invasive surgery from January 2008 to December 2011.

Use the following surgical procedures: surgery Lichtenstein (patch) in 498 patients (59.2%), the modified operation Trabucco (plug type 1) in 252 patients (29.9 %) and surgery Rutkow-Robbins (plug and patch) to 91 (10.8 %). Drainage are used in 6 (0.7%) patients with large recurrent hernias.

В България по данни на НЗОК годишно от хернии се оперират 19-20 000 души, като това прави заболеваемост средно 271-285 души на 100 000 население.

Близко 75% от херниите на коремната стена се локализируют в слабинната област. Според някои автори по-често е засегната дясната страна, а мъжете са засегнати 7 пъти по-често от жените.

Еднодневна хирургия означава използване на традиционните оперативни техники и методи, но при спазване на едно важно условие- пациентът да пролежи на болнично легло

само няколко часа или приспива една нощ след операцията. Този кратък срок на следоперативно наблюдение води до допълнително сериозно повишаване на вниманието на хирурга, до допълнителни изисквания при предоперативната оценка и подготовка на болния, както и изработването и спазването на строги изисквания и системи за контрол при изписване на пациента.

Технологични етапи на еднокдневната хирургия:

1. Предоперативно лабораторно и инструментално изследване на пациента и задължителни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при показания- допълнителни с алерголог, пулмонолог, ендокринолог, педиатър и др.

2. Преглед от хирурга, заключителна оценка и включване на пациента в лист на чакащи или директно в оперативна програма.

3. Съставяне и изпълнение на самостоятелна оперативна програма в операционните зали на отделението за еднокдневна хирургия.

4. Следоперативен контрол и наблюдение с акцент върху контрола на болката и на следоперативното повръщане.

6. Контрол и изписване на пациента на базата на скорвата система и специални протоколи.

7. Организиране на изписването и контролните прегледи след дехоспитализации

Основни моменти на предоперативната подготовка

Предоперативната оценка и подготовка на пациента не се различават съществено от тези в стационарната хирургия с тази особеност, че времето необходимо за установяване на основните проблеми, имащи отношение към предстоящата анестезия и оперативно лечение е ограничено в рамките на един преглед.

Задължителни изследвания:

Кръвни изследвания – кръвна група с Rh-фактор, кръвна картина, време на кръвене, време на съсирване, СУЕ, Биохимични показатели (кр.захар, урея, креатинин)

Урина - албумин, седимент, пигмент, белтък, захар, ЕКГ и консултация с кардиолог, Белодробен статус, Консултация с анестезиолог, Измерване и регистриране на t ‘ P ‘ RR

Оценка и подготовка на пациента за обща анестезия

Основна цел на предоперативната подготовка и оценка на пациента за обща анестезия е осигуряването на безопасна и адекватна анестезия и редуция на периоперативната заболеваемост и смъртност. Тъй като по-голямата част от пациентите със слабинна херния са обект на еднокдневна хирургия, то и преданестезиологичната консултация трябва да бъде съобразена със специфичните особености на този вид хирургия. По принцип индицирани за еднокдневна хирургия са пациенти със слабинна херния и:

- Соматично и психическо здраве на пациента, определени като I или II клас по ASA. Пациенти с III клас по ASA подлежат на еднокдневна хирургия само при определени условия.
- Деца над 6 месечна възраст и възрастни под 65 години.
- Без анамнеза за инциденти и усложнения при предшестващи анестезии.
- Без анамнеза за вродени и наследствени заболявания с повишен риск за развитие на малигнена хипертермия.

Преданестезиологичната консултация се препоръчва да се осъществи 3 до 7 дни преди планираната оперативна интервенция. Това осигурява оптимално време за подготовка на пациента, както и за осъществяване на необходимите консултативни прегледи, лабораторни и инструментални изследвания.

Първоначалната оценка на пациента се осъществява най-често с помощта на въпросник, който позволява на анестезиолога бързо да се ориентира относно

придружаващите заболявания, а въз основа на тях да прецени дали пациентът е подходящ или не за едnodневна хирургия.

Задължителен елемент на преданестезиологичната консултация на пациента е вземането на „Информирано съгласие“ за рисковете и усложненията от предстоящата операция и анестезия.

Подготовката на пациентите за анестезия при едnodневна хирургия също не се различава съществено от тази при стационарната хирургия. При пациенти с хронични придружаващи заболявания се препоръчва продължаване приема на поддържащата терапия. При пациенти на антикоагулантно, антидиабетично и др. лечение промените в терапията се осъществяват по същия начин както при съответните планови оперативни намеси в стационарната хирургия.

Материал и методи

Ретроспективно е проучено лечението на 975 пациенти с 841 ингвинални и 134 вентрални хернии, оперирани в УМБАЛ „Св.Георги“ Отделение по едnodневни и мининвазивна хирургия за периода от януари 2008 до декември 2011.

За подбора на пациентите за едnodневна хирургия сме съобразявали фактори в две направления:

1. Медицински – липса на декомпенсирани хронични заболявания. Изследванията и консултациите с кардиолог, анестезиолог и специалисти по показания и необходимата подготовка са извършвани амбулаторно.

2. Социални - пациентът и близките му трябва да разбират естеството на операцията и следоперативното протичане и да са съгласни операцията му да бъде на база едnodневна хирургия, да има отговорен възрастен до него за наблюдение и помощ в първите три дни, осигурена сигурна телефонна връзка, възможност за транспорт и адекватни битови условия.

Пациентите хоспитализирахме около 1 час преди планираната операция, „епилацията“ на оперативното поле се извършваше лично от оператора и непосредствено преди операцията. Прилагаме стандартно антибиотична профилактика с цефалоспорин втора генерация - 2.0 g венозно 30 мин преди началото на операцията и интраоперативна иригация на оперативното поле с разтвор на брунол.

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

Контролните прегледи са извършвани на 7, 10, 30-ти ден и ежегодно. Далечни резултати са отчетени за 810 (96,31%) от пациентите. Анализирани са оперативните методи, усложненията, рецидивите, постоперативната болка, периода на болничния престой, срок на отсъствие от работа.

Резултати

Общо в отделението по Едnodневна и мининвазивна хирургия, бяха оперирани 975 пациента с хернии. Възрастта на пациентите беше средно 51 (7-84) години. Мъже бяха 843 и жени 132. Вентралните хернии общо 134 се разпределят както следва: 91 постоперативни, 23 пъпни, 16 епигастрални, 4 Шпигелови хернии. При всички вентрални хернии прилагаме преперитонеално разположение на платното по Stoppa - Rives под обща анестезия. При нито един от оперираните целево не сме използвали дренажи.

Слабинните хернии са общо 841, и се разпределят според патологичния вид както следва в таблица 1.

Таблица № 1. Разпределение на пациентите според типа на хернията

Класификация на Gilbert, модифицирана от Rutkow и Robbins	n брои случаи	%
Тип I	15	1.7835
Тип II	291	34.6016
Тип III	106	12.6040
Тип IV	156	18.5493
Тип V	242	28.7752
Тип VI	31	3.6860
ОБЩО:	841	99.9996 %

Според класификацията на Gilbert-Rutkow-Robbins най-чест тип са индиректните хернии тип 2 (дефект 2-4 cm.) при 291 болни (34.6 %), следвани от тип 5 хернии в триъгълника на Hesselbach при 242 болни (28.8%) и директните хернии тип 4 (с разрушаване горната част на задна стена) при 156 болни (18.5 %). Най-редки са индиректните хернии тип 1 (дефект < 2 cm.) и комбиниратите индиректни с директна хернии.

Приложена анестезия	брои случаи	%
Спинален блок	765	90.9
Обща интубационна	68	8.1
Локална инфилтрационна с Lidocain	8	1
ОБЩО:	841	99.9996 %

При оперираните 841 пациента с ингвинални хернии приложената анестезия при 765 пациенти (90.9 %) е спинален блок; обща интубационна при 68 пациенти (8.1 %), и локална инфилтрационна с Lidocain при 8 болни (1 %). Интубационна анестезия е приложена основно при болни с лабилна психика и/или по преценка на анестезиолога.

Всички наши пациенти бяха оперирани с протези от полипропиленова мрежа.

Хирургични методики	брои случаи	%
операцията на Lichtenstein (patch)	498	59.2
модифицираната операция на Trabucco (plug тип 1)	252	29.9
операцията на Rutkow-Robbins (plug and patch)	91	110.8
ОБЩО:	841	99.9996 %

Използвахме следните хирургични методики: операцията на Lichtenstein (patch) при 498 болни (59.2 %), модифицираната операция на Trabucco (plug тип 1) при 252 пациента (29.9 %) и операцията на Rutkow-Robbins (plug and patch) на 91 (10.8 %). Дренаж сме използвали при 6 (0.7%) пациенти с огромни рецидивни хернии.

Среден болничен престой	Брой пациенти	%
Под 24 часа	23	2.7
Едно денонощие	743	88.3
Над едно денонощие	75	8.9
ОБЩО:	841	99.9%

Средния болничен престой е 28 часа, като 23 (2.7%) от пациентите са дехоспитализирани в същия ден. Престой по-дълъг от 24 часа имаше при 75-ма (8.9%). Рехоспитализация се наложи при 5-ма (0.59%) пациенти. При един мъж със хипертонична криза и при четирима с оток на скротума и тестиса. Реоперации не са извършвани.

Ранни следоперативни усложнения са лекувани при 16 (1.90%) - хематом в раната. Ревизия и хемостаза на кожен съд се наложи при седем от тях. Оток в скротума при пациент, опериран за гигантска ингвиноскротална херния. Не е наблюдавана инфекция в оперативната рана. При ингвиналните херниопластики до момента не е наблюдаван рецидив. Рецидив е отчетен при четирима (0.47%) пациенти с ингвинални хернии. Срока за възстановяване на обичаен ритъм на живот (шофиране на автомобил и офис работа) е средно 14 дни.

Обсъждане

Лечението на херниите е проблем, който стои пред всеки хирург. Съвременните тенденции при лечението на ингвиналните хернии е насочено към подобряване качеството на живот на пациента след хирургичната интервенция.

Еднодневният престой на пациентите с ингвинални хернии не оказва влияние върху избора на типа анестезия. Като критерий за избора на анестезия е наличието на конкретни противопоказания и желанието на пациентите. В нашата серия проследени пациенти в по-големия процент са оперирани със спинален блок. Главните недостатъци на спиналната анестезия като постпункционно главоболие и уринарна ретенция са сведени до минимум. Всичко това се дължи на опита на анестезиологичния екип и добрата техника при извършване на спиналния блок.

Използваните оперативни техники са конвенционални с протезен материал. Проучените големи студии върху пластики само с протезен материал дават ниска честота на рецидивите - под 1%, като усложненията зависят от оперативната техниката на хирурга. Конвенционалните техники без протезен материал също дават добри резултати в условия на еднодневна хирургия при добра оперативна техника и точно подбрани пациенти.

Следоперативното обезболяване е много важно. В ранните часове след операцията прилагаме венозна апликация на аналгетик най-често парацетамол. След изписване пациентите продължават с орален прием на аналгетици. Възстановителният процес е плавен процес с няколко последователни фази - в залата или стаята за събуждане, в отделението и в домашни условия. При работа с много добри анестезиологични и оперативни техники е възможно в рамките на еднодневна хирургия пациентите от операционната зала директно да преминат във втората фаза. Тази концепция се означава като fast tracking. Този ускорен преход към отделението резултира и в по-ранно изписване в дома. При fast tracking схемата се прилагат скорови скали и специални протоколи за оценка на състоянието на болния и готовността му за изписване.

Заклучение

Еднодневната хирургия е съвременна модалност на хирургично лечение, която в развитите европейски страни и САЩ се прилага повече от няколко

десетилетия. Организирането и в условията на българската медицинска практика и утвърдените стандарти за това дава вече добри резултати, а и натрупаният опит не е малък. Хирургичното лечение на абдоминалните хернии в условията на едnodневна хирургия при адекватен подбор на пациентите е с отлични резултати при значителна удовлетвореност на пациентите и чувствително съкратени разходи.

Библиография:

1. Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: Its inception, evolution and principles. *Hernia* 2004; 8: 1-7.
2. Bartorfi J. The Herniology in Hungary today.-on The 1st Symposium with international participation of the Association of the herniologists of Yugoslavia: „ Anatomy, Pathophysiology and Repair of Groin Hernia" - Nish 7th-9th November 2002.
3. Bay-Nielsen M, E. Nilsson, P. Nordin, H. Kehlet. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg* 2004; 91(10):1372-6.
4. Collaboration Eu Hernia Trialists. Repair of Groin Hernia with Synthetic Mesh. Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg* 2002; 235 : 322-332.
5. Klaristenfeld DD, E. Mahoney, DA. Iannitti. Minimally invasive tensionfree inguinal hernia repair. *Surg Technol Int.* 2005; 14:157-63.
6. Searle R. et Simpson K. Chronic post-surgical pain. *Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain* 2010; 10: 12-14
7. Schumpelick V, *Operationsatlas Chirurgie.* Stuttgart - F. Encke Verlag 1997.
8. Skandalakis JE, SW Gray, LJ Skandalakis, GL Colborn, LB Pemberton. Surgical anatomy of the inguinal area. *World J Surg* 1989; 13: 490-8.
9. Vilesi, LG: Eine neue Perspektive bei der Fafterberbehitzriung. *Dt Derm* 46:511,1998.
10. Zoltan, Z. Atlas der chirurgischen Schnitt - und Nahttechnik. Budapest 1977.