

ХІРУРГІЧНА ЕВОЛЮЦІЯ ПАХОВИХ ГРИЖ

Гончар М.Г., Мельник І.В., Кучірка Я.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: imelnik_64@ukr.net

Резюме. Високий відсоток рецидивів заставив хірургів шукати більш надійні способи укріплення передньої і задньої стінки пахових гриж. Ми розробили свої оригінальні модифікації, одна з них полягає в наступному: після фіксації сітки до пахової зв'язки медіальну її частину фіксуємо П-подібними вузловими швами до апоневротично-м'язевого клаптя. Таким чином сітчастий імплантат ми зтягаємо під внутрішній косий м'яз живота і запобігаємо розшаруванню м'яза фіксуючи сітку разом з апоневрозом зовнішнього косоного м'яза живота.

Спостерігали за 812 хворими, прооперованими з приводу пахової грижі. Вік хворих коливався в межах 22-86 років, але більша частина пацієнтів (68%) була працездатного віку. У 134 хворих пластика пахової грижі проводилася власними тканинами за Постемським (84%) і Басіні (13%). В 3% випадків операції були виконані за методом Спасокукоцького зі швом Кімбаровського. За методом Ліхтенштейна, в модифікації, були прооперовані 678 (83,5%) хворих. Операцію закінчували постановкою дренажа типу Редон на 2-4 доби. Серозне запалення у ділянці післяопераційної рани спостерігали у 5% пацієнтів: післяопераційна гематома-у 1%, інфільтрат-у 3% і орхіт-у 1%. Усі ці ускладнення були ліквідовані консервативними заходами. Режим – пацієнти починали ходити з першої доби після операції. Після застосування ненатяжних методів операції середній л/день із 6,2 скоротився до 4,3. Отже запропоновані нами методики, направлені на удосконалення операції Ліхтенштейна з акцентом на укріплення внутрішнього кільця пахового каналу.

Ключові слова: пахові грижі, методи пластики, ускладнення.

Вступ. Кожна наукова публікація передбачає стисле і статистично обгрунтоване викладання матеріалу з короткими, витікаючими з дослідження, висновками. В той же час, часто у автора є бажання висловити свій власний погляд на деякі питання проблеми, яка розглядається. В таких випадках робота стає

не “сухим” довідковим посібником, а більше нагадує монографію, яка читається з більшою зацікавленістю і дає можливість автору йти не прямою накресленою лінією, а робити кроки вліво або вправо від осі головної теми і заставить читачів самим задуматись і оцінити правильність озвучених тез. Чим же приваблює проблема гриж, як дослідників так і практичних лікарів? В першу чергу це значною кількістю хворих (по Україні кожен рік оперується 1000000 пацієнтів), по друге –високим відсотком рецидивів (від 10 до 15, а повторних рецидивів 25-30%) і, нарешті, втретє - соціальний характер проблеми, адже грижі в більшості випадків поражають працездатний прошарок населення (4,9%), переважно людей чоловічої статі [1, 2, 6].

Але основна проблема гриж не в цих статистичних показниках, а в самих методах операцій. Навіть лікар – інтерн виконує герніотомії, а зробивши декілька оперативних втручань взагалі акцентує увагу на іншій хірургічній патології, хибно вважаючи, що цю операцію він опанував. На превеликий жаль, ця самовпевненість притаманна і досвідченим хірургам, звідси і причина рецидивів.

Розробку оперативних втручань з приводу гриж передньої черевної стінки живота можна поділити на два періоди – натяжних і ненатяжних методів. Перший період був простішим – по кожному виду грижі розроблені конкретні операції: грижа білої лінії живота – операція Сапежко, пупкова грижа – операція Мейо або Лексера, пряма пахова грижа - операція Басіні або Постемського, коса – метод Мартинова, Спасокукоцького зі швом Кімбаровського, стегова – Басіні або Локвуда, тощо. Вивчив ці методики і вважай, що жарптицю ти тримаєш в руках. Виявляється, що це механістично хибний підхід до даної патології. Високий відсоток рецидивів заставив хірургів шукати більш надійні способи укріплення передньої і задньої черевної стінки [3, 4, 5].

Перше повідомлення про застосування ендопротезів у вигляді сріблястої фольги для укріплення задньої стінки пахового каналу

було зроблено в 1909 році L. Mecavin з Грінвичського шпиталю Simena (Лондон). В 1959 році F.Usher з метою герніопластики застосував поліетілен, а в 1964 році-успішно використав сітчастий ендопротез з інертного нерозсмоктуючого матеріалу поліпропілену [8].

В нашій області проблема застосування ендопротезів почала розвиватися в 70-80-х роках, які можна назвати перехідним періодом. Почали застосовувати нейлонові шалики, капронові сітки з ячейками 0,7 – 1,0 см, які накладали на апоневроз зовнішнього косого м'яза живота після застосування одного із методів пластики і тільки в 80-90-х роках з'явилися промислово виготовлені сітчасті імплантати. Паралельно були розроблені різні методи вшивання сітки, такі як onlay, inlay, sublay. Кількість рецидивів значно зменшилася (до 2-4%), але вони є і якщо виразити їх в абсолютних цифрах, то вони будуть складати приблизно 20-40 тисяч випадків по Україні, а це ціла армія людей з обмеженими можливостями [9].

Давайте спробуємо проаналізувати запропоновані методи фіксації сітки і виявити їх слабкі сторони.

Найбільш легкий метод фіксації сітки onlay. Його недолік в тому, що він укріплює передню стінку пахового каналу, яка відіграє вторинну роль у розвитку грижі. Метод inlay – має недолік в тому, що сітка фіксується встик, закриваючи тільки зону дефекту і не укріплює тканини навколо нього. Найбільш оптимальним методом імплантації штучної сітки є sublay, який не тільки перекриває дефект задньої стінки пахового каналу, але і заведений під м'яз розподіляє навантаження на апоневроз і м'язи розташовані навколо ослабленої задньої стінки.

В даний час "золотим стандартом" оперативного лікування пахових гриж із застосуванням сітчастого імплантата є метод Ліхтенштейна, який дає кількість рецидивів в межах 1-5% [7]. Не дивлячись на використання допоміжних пластичних матеріалів (поліпропілен, політетрафторетілен) для пахвинної герніопластики, частота виникнення рецидивів при первинних пахвинних грижах залишається на рівні 10-15%, а кількість повторних рецидивів сягає 25-30%. Це зумовлюється тим, що існуючі алопластичні способи хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж не забезпечують надійного укріплення задньої стінки пахвинного каналу, а значить не усувають основну причину повторного рецидивування пахвинної грижі. [6].

На наш погляд слабким місцем цієї методики є фіксація імплантата до внутрішнього косого м'яза живота. М'яз еластичний, легко розшаровується, в місцях фіксації перероджується в рубець. Другим недоліком цієї операції є наступне: перед імплантацією сітки зшивається задня стінка пахового каналу (поперекова фасція) і звужується внутрішнє кільце-місце виходу сім'яного канатика. Поперекова фасція дуже тонка, скомпрометована попереднім розтягненням і тому не може бути гарантом від рецидиву. За словами К. Halverson і С. McVay "поперекова фасція характеризується дуже слабкою міцністю" Фіксований "ніжками" вшитого імпланту сім'яний канатик повинен пропустити кінчик мізинця (5-7мм) щоб не здавлювати канатик і не викликати атрофію яєчка або його водянку. Цей "кінчик мізинця" і може бути воротами для рецидиву грижі і крім того – між задньою стінкою пахвинного каналу і безпосередньо ушитим внутрішнім кільцем пахвинного каналу і сітчастим імплантатом є проміжок, який так само може сприяти розвитку рецидиву грижі. Для того, щоб нівелювати можливі ускладнення хірурги виконують не класичну операцію Ліхтенштейна, а в модифікації. Остання не має меж і залежить тільки від фантазії хірурга, від його бачення шляхів подолання недоліків операції Ліхтенштейна [5, 10].

Наша клініка не є винятком з числа "фантастів" і ми розробили свої оригінальні модифікації, одна з них полягає в наступному: після фіксації сітки до пахової зв'язки медіальну її частину фіксуємо П – подібними вузловими швами до апоневротично-мязевого клаптя (апоневрозу зовнішнього косого і внутрішнього косого м'язів).

Таким чином, сітчастий імплантат ми затягаємо під внутрішній косий м'яз живота і запобігаємо розшаруванню м'яза фіксуючи сітку разом з апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота та збільшуємо площу передньої черевної стінки.

У людей похилого і старечого віку, особливо у тих, хто не займався фізичною працею із зруйнованою задньою стінкою пахового каналу на всьому протязі, розвивається атрофія м'язів передньої черевної стінки, що робить їх вразливими до рецидиву гриж. У цієї категорії пацієнтів ми виконували «подвійну» пластику. Описаний метод фіксації імплантату до апоневротично-мязевого клаптя залишає досить широку смужку апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, що дає можливість поверх фіксованої сітки виконати пластику грижі типу за Постемським.

Запропонований метод значно зменшує можливість виникнення рецидивів грижі. Це звичайно робить операцію тривалою, але можливо треба пожертвувати часом заради запобігання рецидиву грижі. Другим слабим місцем при пластиці грижі є внутрішнє кільце пахового каналу, через яке виходить сім'яний канатик. Як правило, його звуження досягається шляхом ушивання задньої стінки пахового каналу (слабка і тонка поперечна фасція) і ніжками сітчастого імплантата. Причому, останні фіксують кількома методами: висікають отвір в сітці, який дорівнює діаметру сім'яного канатика, а деякі хірурги перехрещують «ніжки» імплантата вище сім'яного канатика і нарешті-ушивання апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота з формуванням внутрішнього пахового кільця, яке пропускає біля сім'яного канатика кінчик мізинця. Останнє застосовують у тих випадках, коли сім'яний канатик укладаємо на апоневроз.

На наш погляд всі ці методи, крім останнього, мають свої недоліки, а саме-внутрішнє кільце пахового каналу практично формується тільки за рахунок поперечного м'яза живота і фасції. Між внутрішнім кільцем і імплантатом існує проміжок, який в перспективі може стати «паховим каналом». Крім того, фіксація сітки до внутрішнього косоного м'яза живота є ненадійною - м'яз еластичний, скорочується і може розшаруватися. Відносно нитки, яка застосовується для фіксації, практично дискусії немає - це пролен №1. Розбіжність виникає в способах фіксації: одні накладають вузлові шви, інші-обвивний і стараються всю сітку зафіксувати однією ниткою, мотивуючи дорого вартістю останньої. Третя категорія хірургів комбінує накладанням вузлових і обвивних швів. Звичайні вузлові поодинокі шви найбільш надійно фіксують сітку, але вона збільшує розхід матеріалу і тривалість операції. Обвивний шов-самий ненадійний, в той час він економить час, розхідний матеріал і менше ішемізує тканини. В цьому питанні не може бути однієї категоричної думки. Мабуть це залежить від особливості грижі, стану пацієнта, характеру хірурга, його майстерності і анатомічних знань.

Для того, щоб усунути перераховані потенціальні елементи рецидиву грижі ми запропонували свій метод фіксації сітки, який полягає в наступному.

Сітка біля сім'яного канатика розсікається хрестоподібно. Кутки розрізу відгинаються і утворюється кільце з 4-ма пелюстками (рис.1).

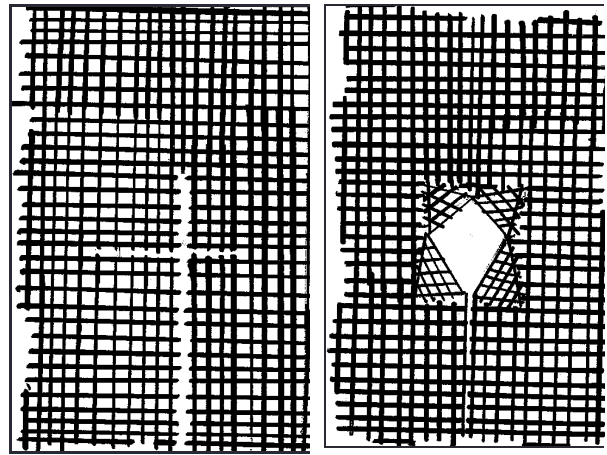


Рис.1. Хрестоподібний розріз сітки

Між двома пелюстками кут сітки одним вузловим швом (пролен №3) фіксується до краю внутрішнього пахового кільця, а верхівка кожної пелюстки фіксується так само одним вузловим швом до оболонок сім'яного канатика (рис.2).

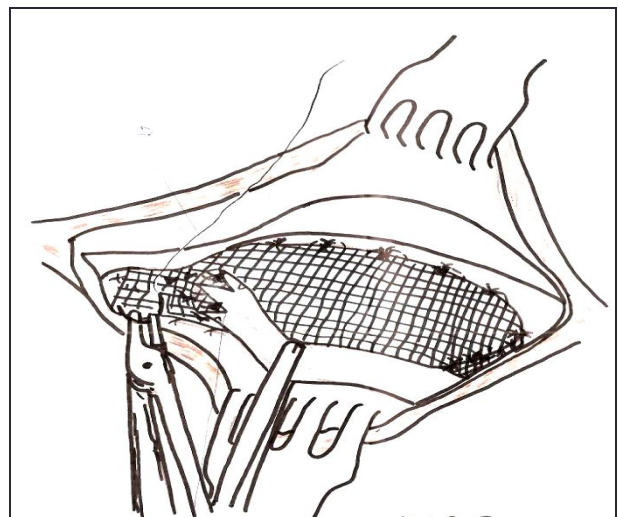


Рис.2. Фіксація сітки вузловими швами

Сподіваємося, що завдяки цій методиці ми укріплюємо внутрішнє кільце пахового каналу і ліквідуємо проміжок між останнім і сіткою. Ще хочеться звернути увагу на вид шва, яким фіксується сітчастий імплантат (рис.3).

Суть його полягає в наступному: Подібним швом захоплюється сітчастий імплантат, який зтягується під внутрішній косий м'яз живота і фіксується на апоневрозі зовнішнього косоного м'яза передньої черевної стінки.

Ми спостерігали 812 хворих, які прооперовані з приводу пахової грижі. Вік пацієнтів коливався в межах 22-86 років, але більша частина пацієнтів (68%) була працездатного віку. У 134 хворих пластика пахової

грижі проводилася власними тканинами в основному за Постемським (84%) і Басіні (13%). В 3% випадків операції були виконані за методом Спасокукоцького зі швом Кімбаровського. Як пояснювали оперуючі хірурги натяжний метод пластики грижі власними тканинами вони вибирали в зв'язку з молодим віком пацієнтів (до 30 років), а в 2-х випадках – внаслідок важкої супутньої патології у людей похилого віку для швидкої ліквідації грижевого дефекту.

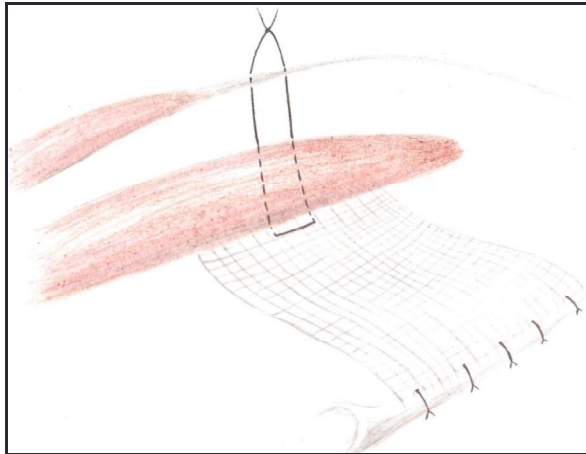


Рис.3. П-подібний шов для фіксації сітчастого імплантату

83,5% хворих були прооперовані за методом Ліхтенштейна в модифікації. Остання і полягає в описаних вище методах фіксації імплантата. Практично класичну методику Ліхтенштейна ніхто не використовував в зв'язку з деякими її недоліками. Обов'язковим моментом операції був ретельний гемостаз. Операцію закінчували постановкою дренажу типу Редон. Останній тримали 2-4 доби, поки він активно функціонував. Серозне запалення у ділянці післяопераційної рани спостерігали у 5% пацієнтів: післяопераційна гематома-у 1%, інфільтрат-у 3% і орхіт-у 1%.

Усі згадані ускладнення ліквідовані консервативними заходами. Пацієнти починали ходити з першої доби після операції.

Після застосування неналяжних методів операції середній л/день із 6,2 скоротився до 4,3. Всі хворі оперовані в день поступлення. Що стосується рецидивів захворювання, то це питання абсолютно точно з'ясувати неможливо – на повторні операційні втручання поступають пацієнти не тільки ті, що оперовані в нашій клініці, але і з інших клінік і міст. За ці три роки в клініці прооперовано 17 хворих з рецидивними паховими грижами. Причинами рецидиву були: застосування натяжних методів пластики (1,3%), недостатня фіксація імплантата (0,2%), хронічний обструктивний

бронхіт, запори у людей похилого і старечого віку, надмірні фізичні навантаження.

В цьому плані цікаве наступне клінічне спостереження. Хвора В, 59 років поступила на стаціонарне лікування з діагнозом: абсцес післяопераційного рубця. З анамнезу було з'ясовано що 3 роки назад була оперована за кордоном з приводу пахової грижі із застосуванням алопластики. Після того в нашій лікарні двічі розкривали післяопераційні сероми. Два роки назад оперована з приводу рецидивуючої грижі. Після чого повторно двічі оперована з приводу післяопераційних сером. Рік назад третій раз оперована з повторним рецидивом – операція за Ліхтенштейном в модифікації. Після останньої операції – повторна госпіталізація: перша з приводу сероми і зараз – абсцес післяопераційного рубця. Яка ж причина рецидивів грижі і утворення сером і абсцесів. Напрошується думка, що причиною рецидивів є утворення сером і абсцесів, які імовірно виникають через реакцію організму на сітку, як стороннє тіло. Можливо це той самий випадок, коли є реакція організму на відторгнення сітки, як чужерідного тіла і треба застосувати натяжний метод пластики грижі власними тканинами.

Другий випадок, хвора К., 76 років оперована з приводу пахової грижі за Ліхтенштейном, в модифікації. Через 9 місяців вона повторно звернулася до лікаря з рецидивом пахової грижі. На повторній операції в рані знайдено тільки дрібні (2-3мм) фрагменти імплантованої сітки. Важко назвати причину такого розпаду імплантата: чи було порушено правило зберігання; можливо закінчився термін придатності сітки і, нарешті, сітка була виготовлена з порушеннями виробничого процесу фірмою-поставщиком. Після другої операції рецидиву грижі не виявлено протягом 2,5 років спостереження.

В наведених прикладах обговорені лише 2 імовірні причини розвитку рецидиву грижі з широкого діапазону можливих, а саме:

- 1) неадекватний вибір методу операції (власними тканинами чи алопластика);
- 2) неправильний вибір методики пластики грижевого дефекту;
- 3) помилки в техніці виконання операції;
- 4) недооцінка порушень анатомічної будови тіла;
- 5) недооцінка важкості супутньої патології (захворювання легень, цукровий діабет, анемія і т.п.);
- 6) порушення правил асептики під час операції;

7) недостатне дренивання післяопераційної рани.

Мабуть цих помилок значно більше, але ми відібрали найбільш поширені, які можуть дати ускладнення в післяопераційному періоді і в своєму фіналі привести до рецидиву.

Висновки. 1. Найсучасніші методи оперативного лікування пахових гриж із застосуванням сітчастих імплантатів не дають гарантію виникнення рецидиву грижі.

2. Запропоновані нами методики, направлені на удосконалення операції Ліхтенштейна з акцентом на укріплення внутрішнього кільця пахового каналу не є панацеєю від рецидивів, але сподіваємося будуть сприяти їх зменшенню.

3. Головним завданням при герніопластичі є правильний вибір методу операційного втручання, адекватна фіксація сітчастого імплантата з урахуванням розвитку м'язової системи пацієнта, наявної супутньої патології та правильне формування внутрішнього кільця пахового каналу.

4. Тривалість операції і розхід шовного матеріалу, це другорядні питання на які повинен звертати увагу оперуючий хірург.

Література:

1. Нестеренко Ю.А. Причины рецидивирования паховых грыж / Ю.А. Нестеренко, Ю.Б. Салов // Клиническая хирургия.-1980.-№7.-С.24-28
2. Павелко Е.М. Герниопластика при рецидивных паховых грыжах / Е.М. Павелко // Клиническая хирургия.-1979.-№6.-С.43-44
3. Караванов Г.Г. Методика оперативного лечения большой паховых грыж со значительным дефектом медиальной части пахового канала / Г.Г. Караванов // Клиническая хирургия.- 1981.-№3.-С.57-58
4. Янов В.Н. Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального имплантата при трудных формах паховых грыж: Дис. к.мед.н.-М., 1970
5. Грубник В.В., Лосев А.А., Баятизов Н.Р. и др. Современные методы лечения грыж.-К.: Здоров'я,2001.-С.6-9
6. Delvin B., Kingsnorth A. Management of abdominal hernias X/Chapman Hall Medical/-1998.-319p.
7. Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein L.L. The Lichtenstein open "tension-free" procedure for inguinal hernias /XSurgery Today.-1995.-Vol.25, N7.-P.619-625.
8. Nyhus L.M., Condon R. Hernia.- Philadelphia.-1995.-615p.

9. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н., Шпита П.С., Игнатовский Ю.И., Фелештинский Я.П. Брюшные грыжи.-К.: Здоров'я, 1995.-264с.

10. Delvin B., Kingsnorth A. Management of abdominal hernias X/Chapman Hall Medical/-1998.-319p.

УДК 616-089+616-007.43+617.55

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭВОЛЮЦИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Гончар М.Г., Мельник И.В.,
Кучирка Я.М.

*ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», кафедра хирургии стоматологического факультета, г. Ивано-Франковск, Украина,
e-mail: imelnik_64@ukr.net*

Резюме. Высокий процент рецидивов заставляет хирургов искать более надежные способы укрепления передней и задней стенки паховых грыж. Мы разработали свои оригинальные модификации, одна из которых заключается в следующем: после фиксации сетки к паховой связке медиальную ее часть фиксируем П-образными узловатыми швами к мышечно-апоневротическому лоскуту (апоневрозу наружной косой и внутренней косой мышцам). Таким образом сетчатый имплантат мы ложим под внутреннюю косую мышцу живота и предупреждаем расслоение мышцы, фиксируя сетку вместе с апоневрозом внешней косой мышцы живота. Наблюдали за 812 больными, оперированными на паховую грыжу. Возраст больных колебался в пределах 22-86 лет, причем большая часть пациентов (68%) была работоспособного возраста. У 134 больных пластика паховой грыжи выполнена собственными тканями за методикой Постемского (84%) и Бассини (13%). В 3% случаев операции были выполнены по методу Спасокукоцкого и швом Кимбаровского. По методике Лихтенштейна оперировано 83,5% больных. Операцию заканчивали дренированием раны методикой типа Редон на 2-4 дня. Серьезное воспаление в участке послеоперационной раны наблюдали у 5% пациентов: послеоперационная гематома-у 1%, инфильтрат-у 3% и орхит-у 1%. Все эти осложнения были ликвидированы консервативными лечением. Режим-пациенты начинали ходить в первые сутки после операции. После применения ненатяж-

ных методов операции средней к/день из 6,2 сократился до 4,3. Предложенные нами методики направлены на усовершенствование операции Лихтенштейна с акцентом на укрепление внутреннего кольца пахового канала.

Ключевые слова: паховые грыжи, методы пластики, осложнения.

UDC 616-089+616-007.43+617.55

SURGICAL EVOLUTION OF INGUINAL HERNIAS

M.H Gonchar, I.V Melnyk, Y.M Kuchirka

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University", Department of Surgery of stomatological faculty, Ivano-Frankivsk, Ukraine, e-mail: imelnik_64@ukr.net

Abstract. A high percentage of relapses forced the surgeons look for more reliable ways to strengthen the anterior and posterior walls of inguinal hernias. We have developed some original modifications; one of them is as follows: after fixing the mesh to the inguinal ligament, we fix the medial part of the P-like nodal sutures to the aponeurotic-muscular flap. So, the mesh implant is tightened under the abdomen inner oblique muscle and prevents the stratification of the muscle by fixing the mesh together with aponeurosis of the outer oblique stomach muscle.

The proposed method significantly reduces possibility of appearance the hernia relapses. This usually makes the operation long-lasting, but it may be necessary to sacrifice time in order to prevent the recurrence of hernia. The second weak point in the plastic of hernia is the inner ring of the inguinal canal, through which the spermatic cord comes out. As a rule, the stenosis achieved by stitching the posterior wall of the inguinal canal (weak and thin transverse fascia) and the legs of the mesenteric implant. Moreover, the final are fixed by several methods: the hole in the net is cut out, which is equal to the diameter of

the spermatic cord. The mesh near the spermatic cord is dissected crosswise. The angles of the cut bend back and make a ring with 4 petals. Between two petals, the angle of the mesh with one nodal seam is fixed to the edge of the inner inguinal ring, and the top of the petal is just the same by one nodal seam to the spermatic cord. We hope that due to this technique we strengthen the inner ring of the inguinal canal and eliminate the interval between the final and the net.

The age of the examined patients varied within the range of 22-86 years. In 134 patients the plastic of inguinal hernia was performed with their own tissues, mainly by Postemsky (84%) and Basini (13%). In 3% of cases, operations were performed by the Spasokukotsky method with Kimbarovsky seam. As the surgeons explained, the stretching method of plastic hernia by their own tissues were chosen in connection with the young age of patients (up to 30 years), and in 2 cases – due to severe concomitant pathology in the elderly people for the rapid elimination of the hernia defect.

By the Liechtenstein method, 83.5% of patients were operated in the modification. The final is the methods described above for fixing the implant. Practically the classical method of Liechtenstein isn't used because of its shortcomings. The obligatory point of the operation was a thorough hemostasis. The operation was completed, as a rule, with the Redon type of drainage. The last one is kept during 2-4 days until it was active. Serous inflammation in the postoperative wound area was observed in 5% of patients: postoperative hematoma-1%, infiltrate-3% and orchitis-1%. All these complications have been eliminated by conservative measures. The patients began to walk on the first day after surgery. As a result of using of non-tense methods of surgery, the average l/day decreased from 6.2 to 4.3.

Key words: inguinal hernias, plastic methods, complications.

Стаття надійшла до редакції 24.10.2017 р.