

Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах

Цель исследования: оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых грыжах путем внедрения нового способа аллопластики.

Материалы и методы. В основу исследования включены результаты хирургического лечения 47 пациентов. Больные были разделены на две группы: к первой группе контрольного сравнения отнесли 33 (70,2 %) герниоаллопластики, производимые обычным способом Лихтенштейна. В 14 (29,8 %) наблюдениях мы применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж и объединили эти наблюдения во вторую основную группу.

Результаты исследований и их обсуждение. В сроки от 12 месяцев до 3 лет прослежены результаты оперативного лечения 25 больных контрольной группы и всех больных основной группы. В основной группе в отдаленном периоде рецидива заболевания не наблюдали. В группе контрольного сравнения у 1 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы наблюдали рецидив заболевания. Представленная техника реконструкции пахового канала, направленная на снижение травматичности и уменьшение времени вмешательства, может быть использована в широкой практике.

Ключевые слова: паховая грыжа; ненатяжная герниоаллопластика.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Актуальной проблемой современной герниологии является выбор способа пластики, которая снизит процент осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Аутопластика паховых грыж сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания (8–10 %) [2, 4, 5]. Поэтому в последнее время доминирующим принципом хирургического лечения грыж является выполнение пластики с использованием современных синтетических материалов. Протезирование пахового канала не только значительно снижает вероятность развития рецидива грыжи – по данным литературы до 0–2 % – , но и позволяет больному вернуться к активной жизни, не ограничивая физических нагрузок [3, 4, 6].

Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы ненатяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Однако из-за своей простоты и надежности наибольшей популярностью у хирургов пользуется способ I. L. Lichtenstein, который относится к группе ненатяжных, неэндоскопических пластик.

Методика Лихтенштейна является в настоящее время, вероятно, одним из наиболее распространенных способов пластики пахового канала. Однако этот известный способ имеет ряд недо-

статков, которые снижают его эффективность. Нежелательной компрессии подвергается семенной канатик, что может привести к нарушению кровоснабжения, отеку яичка. В ряде случаев у пациентов паховая связка, которая является нижним краем апоневроза наружной косой мышцы, не обладает достаточной прочностью, и надежность пластики снижается с риском возникновения рецидива. После герниопластики по Лихтенштейну рецидивы наиболее часто возникают в медиальном углу пахового промежутка [4, 5]. Это соответствует проекции наружного пахового кольца и требует дополнительного укрепления этой зоны.

Для устранения вышеуказанных недостатков мы предлагаем новый метод реконструкции пахового канала при любых по степени сложности паховых грыжах.

Цель исследования: оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых грыжах путем внедрения нового способа аллопластики.

Материалы и методы. В основу исследования включены результаты хирургического лечения 47 пациентов, которым была выполнена герниоаллопластика по поводу паховой грыжи в хирургическом отделении клиники СамМИ в период с 2012 по 2016 г. Для изучения эффективности предлагаемого нами приема герниоаллопластики паховых грыж мы сравнили результаты лечения в обеих группах. К первой группе контрольного сравнения (ГКС) отнесли 33 (70,2 %) герниоаллопластики, производимые обычным способом Лихтенштейна. В 14 (29,8 %) наблюдениях мы

применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж и объединили эти наблюдения во вторую основную группу (ОГ). В обеих группах больных преобладали мужчины (ГКС – 94,6 %, ОГ – 91,2 %) старше пятидесяти лет (ГКС – 76,7 %, ОГ – 80,4 %).

В таблице 1 приведена характеристика пациентов в зависимости от типа грыж по классификации L. M. Nyhus (1993 г.). Косые грыжи, имею-

щие расширенное смещенное внутреннее паховое кольцо без выпячивания задней стенки пахового канала (II тип), отмечали у 4 (7,02 %) больных в ГКС. Прямые грыжи (IIIА тип) выявлены у 5 (8,8 %) пациентов. Косые грыжи с большим расширенным внутренним паховым кольцом (IIIВ тип) наблюдали у 25 (43,8 %) больных. В 13 (22,8 %) случаях выявлены рецидивные паховые грыжи (IVА тип – прямые, IVВ тип – косые) [1].

Таблица 1. Распределение пациентов по типу грыж

Тип грыжи	Группы сравнения					
	группа контрольного сравнения		основная группа		всего	
	количество	%	количество	%	количество	%
II	4	12,1	-		4	7,02
IIIА	3	9,1	2	14,3	5	8,8
IIIВ	18	54,5	7	50	25	43,8
IVА	-	-	1	7,1	1	1,7
IVВ	8	24,2	4	28,6	12	21,05
Всего	33		14		47	

Результаты исследований и их обсуждение. Из 47 произведенных герниоаллопластик в 14 (29,8 %) наблюдениях (ОГ) применили модифицированный нами способ герниоаллопластики паховых грыж. У этих больных после обычного разреза кожи рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Высоко выделяли и удаляли грыжевой мешок. Затем выделяли семенной канатик на всем его протяжении. У внутреннего отверстия пахового канала оголяли поперечную фасцию. Под семенной канатик подводили трансплантат (полипропиленовая сетка, протез) размером примерно 8×12 см. Следующим этапом операции являлось формирование внутреннего отверстия пахового канала. Поперечную фасцию здесь подшивали к латеральному краю трансплантата по всей окружности. Внутреннее кольцо вновь созданного пахового канала должно иметь диаметр 0,8–1,0 см. Медиальный край трансплантата подшивали к надкостнице симфиза и лонного бугорка. Затем накладывали П-образные швы на верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, которая окутывает края внутренней косой и поперечной мышцы. Первое введение иглы проводили на 1 см от края апоневроза, затем проводили иглу через края мышц с выколом у самого края апоневроза, захватив заднюю часть полипропиленовой сетки. Этой же иглой опять выполняли вкол у самого края апоневроза, проводя иглу через края мышц, осуществляли выкол на 1 см от края и завязывали узел. Таких швов накладывали в количестве 4–5.

Натягивая трансплантат, среднюю часть фиксировали к паховой связке и нижнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота обычными узловыми швами в количестве 4–5. Семенной канатик укладывали на образованный желобок. Далее переднюю часть полипропиленовой сетки фиксировали к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота, которая образовала переднюю стенку искусственного пахового канала. Накладывали швы на кожу (рис. 1).

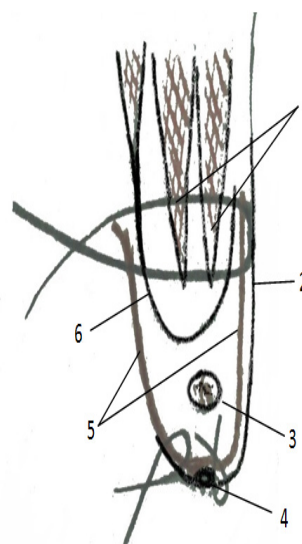


Рис. 1. Схема операции: 1 – внутренняя косая и поперечная мышцы, 2 – поперечная фасция, 3 – семенной канатик, 4 – нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, 5 – аллотрансплантат (поверхностная и глубокая часть), 6 – верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота.

При выполнении герниопластики по Лихтенштейну (ГКС) средняя продолжительность операции составила (56,5±12,4) мин. При использовании разработанного нами способа операции в ОГ продолжительность операции оказалась равной (39,7±13,6) мин. Таким образом, в ОГ продолжительность операции была меньше, чем в ГКС.

Болевой синдром после операции был слабо или умеренно выражен у всех пациентов. Ни в одном случае не потребовалось введения наркотических анальгетиков. При любом способе аллопластики, несмотря на инертность синтетического материала, вокруг него развивается тканевая реакция, сопровождающаяся выделением большого количества серозного экссудата, и формируются длительные персистирующие серомы [4, 6]. У 8 (24,2 %) больных ГКС в раннем послеоперационном периоде наблюдали длительно персистирующую серому с мацерацией кожи вокруг раны. В ОГ подобных осложнений не наблюдали. Нагноения раны не отмечали ни в ОГ, ни в ГКС.

В сроки от 12 месяцев до 3 лет прослежены результаты оперативного лечения у 25 больных контрольной группы и у всех больных ОГ. В отдаленном периоде рецидива заболевания не наблюдали. В ГКС у 1 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы наблюдали рецидив заболевания. После устранения этиологического фактора больному была выполнена повторная операция модифицированным методом, разработанным нами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакшин Н. С. Возможности ненатяжной герниоаллопластики при ущемленных послеоперационных грыжах / Н. С. Абакшин // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2010. – № 2. – С. 123–124. – Серия “Медицина”.
2. Современные подходы к выбору открытого метода пластики по поводу рецидивной паховой грыжи / Л. С. Белянский, И. М. Тодуров, А. А. Пустовит, В. В. Кучерук // Клінічна хірургія. – 2010. – № 3. – С. 21–23.
3. Мошкова Т. А. Оптимизация аллопластики паховых грыж / Т. А. Мошкова, С. В. Васильев, В. В. Олейник // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Сер. 11, вып 2. – С. 140–144.

REFERENCES

1. Abakshyn, N.S. (2010) *Vozmozhnosti nenatyazhnoy gernoaloplastiki pri ushchemlenykh pislyaoperatsionnykh gryzhakh* [Possibilities of tension-free hernioalloplasty for strangulated postoperative hernias]. *Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsyna – Journal of Russian University of National Cohesion. Medicine Series*, (2), 123-124 [in Russian].
2. Belianskiy, L.S., Todyrov, I.M., Pustovit, A.A., &

Таким образом, представленная техника реконструкции пахового канала, направленная на снижение травматичности и уменьшение времени вмешательства, может быть использована в широкой практике.

Выводы. Данный способ более надежен по следующим обстоятельствам:

1. Имплатат находится под мышцами, но прилегает к апоневрозу. При таком варианте, во-первых, внутрибрюшное давление равномерно распределено по всем точкам фиксации и меньше вероятность оторвать сетку от ткани, во-вторых, когда сетка фиксируется к апоневрозу, меньше развивается тканевая реакция с формированием длительно персистирующей серомы.

2. Способ универсален, то есть может быть применен как при косых, так и при прямых паховых грыжах.

3. Здесь в гораздо меньшей степени нарушаются топографо-анатомические взаимоотношения в паховой области, а в условиях грыжесечения при рецидивных и многократно рецидивирующих грыжах эти взаимоотношения восстанавливаются.

4. Способ малотравматичен, прост и, самое важное, патогенетически оправдан.

Перспективы дальнейших исследований. Полученные результаты могут служить для лечения больных с паховыми грыжами с помощью реконструкции пахового канала и могут быть использованы в широкой практике.

4. Роткин Е. А. Аспекты раневого процесса в выборе метода хирургического лечения вентральных грыж / Е. А. Роткин, А. Х. Агаларян, О. И. Хохлова // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21, № 3. – С. 62–64.
5. Тимошин А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. – М. : Триада - X, 2003. – 46 с.
6. Шамсиев А. М. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением / А. М. Шамсиев, С. С. Давлатов // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. – 2016. – № 1. – С. 78–83.

Kucheruk, V.V. (2010). *Sovremennyye podkhody k vyboru otkrytogo metoda plastiki po povodu retsidivnoy pakhovoy gryzhi* [Modern approaches for the choice of open-access method of plasticity for recurrent inguinal hernia]. *Klinichna khirurgiya – Clinical Surgery*, (3), 21-23 [in Russian].

3. Moshkova, T.A., Vasilyev, S.V., & Oleynik, V.V. (2008). *Optimizatsiya alloplastiki pakhovykh gryzh* [Optimization of inguinal hernias alloplasty]. *Visnyk Sankt-Peterburzskogo*

З ДОСВІДУ РОБОТИ

universyteta – *Journal of Saint Petersburg University*, 11 (2), 140-144 [in Russian].

4. Rotkin, E.A., Agalaryan, A.H., & Khokhlova, O.I. (2014). Aspekty ranevogo protsessa v vybore metoda khirurgicheskogo lecheniya ventralnykh gryzh [Aspects of the wound process in the choice of surgical treatment of the ventral hernias]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy – Journal of New Medical Technologies*, 21(3), 62-64

5. Timoshin A.D., Yurasov A.V., & Shestakov A.L. (2003).

Khirurgicheskoye lecheniye pakhovykh i posleoperatsionnykh gryzh bryushnoy stenki [Surgical treatment of inguinal and postoperative ventral hernias]. Moscow: Triada-X [in Russian].

6. Shamsiev, A.M., & Davlatov, S.S. (2016). Khirurgicheskoye lecheniye bolnykh ventralnymi gryzhami s sopotstvuyushchim ozhireniyem [Method of surgical treatment of ventral hernia in patients with obesity]. *Shpitalna khirurgiya. Zhurnal imeni L.Ya. Kovalchuka – Hospital Surgery. Journal named after L. Ya. Kovalchuk*, (1), 78-83 [in Russian].

Z. B. KURBANIAZOV, S. S. DAVLATOV, K. E. RAKHMANOV, A. A. IGAMBERDIEV

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Republic of Uzbekistan

OPTIMIZATION OF TENSION-FREE HERNIOALLOPLASTIC FOR AN INGUINAL HERNIA

The aim of the work: optimization of pull hernioplastics with inguinal hernia, through the introduction of a new method of alloplasty.

Materials and Methods. The study includes the results of surgical treatment of 47 patients. Patients were divided into two groups: the first group of control comparisons carried 33 (70.2%) hernioalloplasty produced in the usual way of Liechtenstein. In 14 (29.8 %) cases, we applied the method developed by us of alloplasty of inguinal hernias and combined these observations into the second main group.

Results and Discussion. In the period from 12 months to 3 years we traced the results of surgical treatment in 25 patients in the control group and in all patients of the main group. In the main group the long term recurrence of the disease was observed. In group of control comparison, in 1 patient with benign prostatic hyperplasia relapse was observed. The presented technique of reconstruction of the inguinal canal, aimed at reducing trauma and reducing intervention time, can be used in wide practice.

Key words: inguinal hernia; tension-free hernioalloplasty.

З. Б. КУРБАНИЯЗОВ, С. С. ДАВЛАТОВ, К. Е. РАХМАНОВ, А. А. ЕГАМБЕРДІЄВ

Самаркандський державний медичний інститут, Самарканд, Республіка Узбекистан

УДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД НЕНАТЯЖНОЇ ГЕРНІОАЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ

Мета роботи: оптимізація ненастяжної герніопластики при пахвинних грижах шляхом впровадження нового способу алопластики.

Матеріали і методи. В дослідження включено результати хірургічного лікування 47 пацієнтів. Хворих було поділено на дві групи: до першої групи контролю віднесено 33 (70,2 %) герніоалопластики, виконані рутинним способом Ліхтенштейна. У 14 (29,8 %) спостереженнях було застосовано розроблений нами оригінальний спосіб алопластики пахвинних гриж, і ці випадки було об'єднано у другу основну групу.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати проведеного операційного лікування відслідковувалися від 12 місяців до 3 років у 25 хворих групи контролю та у всіх пацієнтів основної групи. В основній групі у віддаленому періоді не спостерігали рецидивів захворювання. У групі контрольного порівняння у 1 пацієнта з доброякісною гіперплазією передміхурової залози відзначено рецидив. Представлена техніка реконструкції пахвинного каналу, спрямована на зниження травматичності та зменшення тривалості операційного втручання, може використовуватися для широкої практики.

Ключові слова: пахвинна грижа; ненастяжна герніоалопластика.

Получено 10.01.17