

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

К.Э. РАХМАНОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. В основу исследования включены результаты хирургического лечения 57 пациентов, которым было выполнено герниоаллопластика по поводу паховой грыжи. Для изучения эффективности предлагаемого метода герниоаллопластики паховых грыж сравнивались результаты лечения в двух группах. К первой группе для контрольного сравнения у 33 больных герниоаллопластику произвели способом Лихтенштейна, у 14 больных применялось разработанный метод аллопластики паховых грыж. Представленная техника реконструкции пахового канала, направленная на снижение травматичности и уменьшении времени вмешательства, может быть использована в широкой практике.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниоаллопластика.

OPTIMIZATION NOT TENSION HERNIOALLOPLASTY WITH INGUINAL HERNIA

K.E. RAKHMANOV, Z.B. KURBANIYAZOV, S.S. DAVLATOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Resume. The study includes the results of surgical treatment of 57 patients who underwent hernioalloplasty inguinal hernia repair. To study the effectiveness of the proposed method hernioalloplasty inguinal hernias compared the results of treatment in the two groups. The first group for the control comparison of 33 patients produced hernioalloplasty way Liechtenstein, 14 patients developed method was applied alloplasty inguinal hernias. The presented technique of reconstruction of the inguinal canal, aimed at reducing trauma and reducing intervention time, can be used in general practice.

Key words: inguinal hernia, hernioalloplasty.

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]. Поэтому в последнее время доминирующим принципом хирургического лечения грыж в настоящее время 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].

Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной 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 своих недостатков, 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 надежностью 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 выше указанных недостатков мы предлагаем новый метод

реконструкции пахового канала при любых по степени сложности паховых грыж.

Целью исследования является оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых грыжах, путем внедрения нового способа аллопластики.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены результаты хирургического лечения 57 пациентов, которым было выполнено герниоаллопластика по поводу паховой грыжи в хирургическом отделении клиники СамМИ в период с 2009 по 2013 год. Для изучения эффективности предлагаемого нами приема герниоаллопластики паховых грыж мы сравнили результаты лечения в обеих группах. К первой группе контрольного сравнения (ГКС) отнесли 33 (75,4%) герниоаллопластик, производимых обычным способом Лихтенштейна. В 14 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 1 таблице приведена характеристика пациентов в зависимости от типа грыж по классификации L.M. Nyhus (1993г.). Косые грыжи имеющие расширенное смещенное внутреннее паховое кольцо без выпячивания задней стенки пахового канала (II тип) отмечали у 4 (7,02%) больных в ГКС. Прямые грыжи (IIIA тип) выявлены у 5 (8,8%) больных. Косые грыжи с большим расширенным внутренним паховым кольцом (IIIB тип) наблюдали у 25 (43,8%) больных. В 13 (22,8%) случаев выявлены рецидивные паховые грыжи (IVA тип – прямые, IVB тип – косые) [1].

Из 57 произведенных герниоаллопластик в 14 (24,6%) наблюдениях (ОГ) применили модифицированный нами способ гернио-

аллопластики паховых грыж. У этих больных после обычного разреза кожи рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Высоко выделяли и удаляли грыжевой мешок. Затем следовали выделению семенного канатика 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 проводя 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 накладывают в количестве 4-5. Натягивая трансплантат среднюю часть фиксируют 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.).

Таблица 1.

Распределение пациентов по типу грыж

Группы сравнения Тип грыжи	Группа контрольного сравнения		Основная группа		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
II	4	12,1	-		4	7,02
IIIA	3	9,1	2	14,3	5	8,8
IIIB	18	54,5	7	50	25	43,8
IVA	-	-	1	7,1	1	1,7
IVB	8	24,2	4	28,6	12	21,05
Всего	33		14		57	

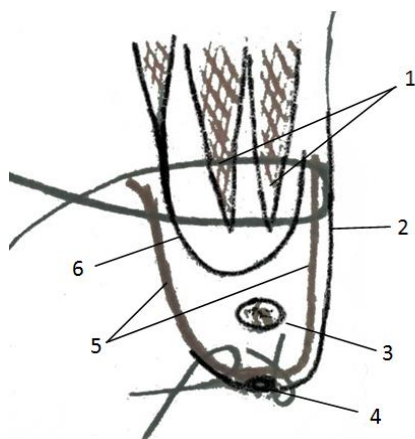


Рис. 1. Схема операции. 1 – внутренняя косая и поперечная мышца, 2 – поперечная фасция, 3 – семенной канатик, 4 – нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, 5 – аллотрансплантат (поверхностная и глубокая часть), 6 – верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота.

Результаты исследования. При выполнении герниопластики по Лихтенштейну (ГКС) средняя продолжительность операции составила $56,5 \pm 12,4$ мин. При использовании разработанного нами способа операции (ОГ) продолжительность операции оказалась равной $39,7 \pm 13,6$ 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. Нагноение 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 было выполнено повторная

операция модифицированным методом разработанным нами.

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

Данный способ более надежен по следующим обстоятельствам: 1. Имплантат находится под мышцами, но прилегает к апоневрозу. При таком варианте во-первых внутрибрюшное давление равномерно распределено по всем точкам фиксации и меньше вероятности оторвать сетку от ткани, во-вторых когда сетка фиксируется к апоневрозу меньше развивается тканевая реакция, с формированием длительно персистирующей серомы. 2. Способ универсален, т.е. 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.

Литература:

1. Адамян А.А., Федоров А.В., Гогия Б.Ш. К вопросу о классификации паховых грыж // Хирургия. 2007. № 11. С. 44–45.
2. Бекоев В.Д., Кринь В.А., Троянов А.А. и др. Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) // Хирургия. 2003. № 2. С. 45–47.
3. Борисов А.Е., Митин С.Е. Современные методы лечения паховых грыж // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006. Т. 165. № 4. С. 20–22.
4. Мошкова Т.А., Васильев С.В., Олейник В.В. Оптимизация аллопластики паховых грыж // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Сер. 11. Вып. 2. С. 140–144.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада – X, 2003, с.46.
6. Шулутко А.М., Эль Саид А.Х., Данилов А.И., Мецатурян Р.М. Результаты пластики «без натяжения» по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами // Анналы хирургии. 2003. № 2. С. 74 –77.

**ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ТАРАНГЛАШМАГАН
ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА УСУЛИНИ
ЯХШИЛАШ**

К.Э. РАХМАНОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ,
С.С. ДАВЛАТОВ

Самарқанд Давлат медицина институти,
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

Резюме. Тадқиқотлар асосини чов чурраси туфайли герниоаллопластика бажарилган 57 нафар бемор ташкил этди. Таклиф этилган усул эффективлигини ўрганиш

мақсадида герниопластика бажарилган беморлар икки гуруҳга бўлиб натижалар таҳлил қилинди. Биринчи назорат гуруҳидаги 33 нафар беморларга Лихтенштейн усулида герниоаллопластика, асосий гуруҳдаги 14 беморга клиникада ишлаб чиқилган аллопластика усули бажарилди. Ишлаб чиқилган чов канали реконструкция усулида травматизациянинг камайиши ҳамда оператив аралашув вақти қисқартириб, амалиётга кенг қўллай олса булади.

Калит сўзлар: чов чурраси, герниоаллопластика.