

И.М.Хошимов, Х.Т.Мусашайхов, Э.А.Василевский, О.Т.Дадабаев
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Аннотация: Авторами представлен опыт герниопластики по Лихтенштейну, выполненной 50 больным с различными вариантами паховых грыж. Из них, 12 больным была произведена пластика пахового канала по классической методике Лихтенштейна, 38 - в модифицированном варианте методики. Подробно описана герниопластика в модификации авторов. Улучшение результатов лечения авторы связывают с уменьшением натяжения и ишемизации сшиваемых тканей с сетчатым эндопротезом. Рецидивы в основной группе больных составили 0,2%, в контрольной 1,8%.

Ключевые слова: Паховая грыжа, герниопластика по Лихтенштейну.

CHOV CHURRALARIDA LIXTENSHTEYN HERNIOPLASTIKASINI O'ZGARTIRGAN USULI

Izoh: Mualliflar Lixtenshteynga ko'ra, turli xil chov churralari bo'lgan 50 nafar bemorda o'tkazilgan hernioplastika tajribasini taqdim etadilar. Ulardan 12 nafar bemor klassik Lixtenshteyn texnikasidan foydalangan holda chov kanalning plastik jarrohlik amaliyotini o'tkazdilar, 38 nafari - texnikaning o'zgartirilgan versiyasida. Mualliflar tomonidan o'zgartirilgan hernioplastika batafsil tavsiflangan. Mualliflar davolash natijalarining yaxshilanishini mesh endoproteziga tikilgan to'qimalarning kuchlanishi va ishemiyasining pasayishi bilan bog'lashadi. Bemorlarning asosiy guruhida relapslar 0,2%, nazorat guruhida 1,8% ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: Inguinal churra, Lixtenshteyn bo'yicha hernioplastika.

MODIFIED METHOD OF LICHTENSTEIN HERNIOPLASTY FOR INGUINAL HERNIA

Annotation: The authors present the experience of hernioplasty according to Lichtenstein, performed on 50 patients with various types of inguinal hernias. Of these, 12 patients underwent plastic surgery of the inguinal canal using the classical Lichtenstein technique, 38 – in a modified version of the technique. Hernioplasty as modified by the authors is described in detail. The authors associate the improvement in treatment results with a decrease in tension and ischemia of the tissues sutured to the mesh endoprosthesis. Relapses in the main group of patients were 0.2%, in the control group 1.8%.

Key words: Inguinal hernia, hernioplasty according to Lichtenstein.

Введение. Самой распространенной патологией человека, требующей брюшной стенки. Грыженосители составляют 3-4% населения, причем подавляющее большинство грыж живота приходится на паховые (73;7% - по А.П.Крымову, 1929; 50,5% - по М.А.Трубицыну, 1970; 64% - по И.М.Матяшину, 1972). По материалам L.Palumbo и W.Sharp (1971) 10% населения США имеют грыжи. Из них паховые грыжи составляют

более 66%. Операции по поводу грыж составляют 8-24% от всех хирургических вмешательств [1, 11] и по частоте уступают только аппендэктомии [9].

Большую распространённость имеют методы оперативного лечения, в которых используют местные ткани при пластике пахового канала, однако очень часто они ведут к возникновению рецидивов [2,5]. При первичных паховых грыжах рецидивы наблюдаются в 10 - 30% случаев, а при их повторном возникновении-примерно в 50%. Причем 90% рецидивов наступает через год после операции и 10% - в более поздние сроки [3,6,10].

В начале 70-х годов Iildchtenstein предложил концепцию грыжесечения для всех паховых грыж без натяжения тканей за счет имплантации полипропиленового сетчатого эндопротеза без соединения мышца — сухожилие [11]. Несмотря на очевидные преимущества операции Лихтенштейна, основным из которых является низкий процент рецидивов, в данной методике существует несколько спорных моментов. Главные из них – способ фиксации эндопротеза, размеры импланта, влияние; импланта на элементы семенного- канатика и меры профилактики его негативного влияния [4,7]. Но, в период внедрения и освоения данного метода появляются вопросы, связанные с техническим исполнением, осложнениями и рецидивами, что требует анализа и совершенствования метода.

Материалы и методы.

Нами был проведён анализ историй болезни 50 пациентов с паховыми грыжами оперированных в хирургических отделениях клиник АГМИ в период 2017-2022 гг. Применялись три методики пластики пахового канала. Мы анализировали ближайшие и отдаленные результаты пластики Лихтенштейна (12 пациентов), модификации операции Лихтенштейна (15 пациент) и комбинированной пластики (23 пациента). Комбинированная пластика разработана нами и нигде ранее не применялась. Проведенный анализ оперированных пациентов показывает, что три группы сравнения по многим показателям (полу, длительности анамнеза заболевания; характеру патологического процесса) были соотносимы, что позволило объективно провести сравнительную оценку герниопластики по Лихтенштейну, ее модификации и комбинированной пластики. Этот факт способствует большей объективизации полученных результатов и выводов. Пациенты перед операцией обследовались амбулаторно. На основании жалоб больных и объективных данных подтверждали диагноз паховой грыжи. Такие этапы операции, как оперативный доступ, выделение и обработка грыжевого мешка, грыжесечение производились одинаково при всех методах пластики. Методики отличаются на этапе пластики задней стенки пахового канала.

Предложенная нами комбинированная пластика пахового канала состояла из следующих этапов:

- внутреннюю и поперечную мышцы вместе с поперечной фасцией подшивают к паховой связке медиальнее семенного канатика, восстанавливая клапанный механизм пахового треугольника, для предупреждения натяжения тканей надкостницу не подхватывают;
- узловые швы накладывают начиная у внутреннего пахового отверстия до сопоставления мышц с паховой связкой;
- вновь сформированное внутреннее отверстие должно свободно пропускать указательный палец для исключения ущемления элементов семенного канатика;

- использование минимального количества аллопластического материала: применение сетки только для укрепления медиальной области пахового промежутка от лонного бугорка до семенного канатика, что снижает время операции и упрощает саму технику;

- сетку подшивают непрерывным швом полипропиленовой нитью. Первым швом сетку подшивают к лонному бугорку, далее сетку фиксируют к паховой связке до семенного канатика. Затем этой же нитью сетку подшивают к внутренней косой мышце, при этом медиальный край сетки ложится на апоневротическую часть внутренней косой мышцы. У лонного бугорка снова накладывают шов рядом с первым швом и их связывают вместе. Далее этой же нитью поверх сетки край в край у лонного бугорка сшивают апоневроз наружной косой мышцы. Ближе к семенному канатику медиальный край апоневроза наружной косой мышцы подшивают к основанию паховой связки. Нить завязывают у края семенного канатика. То есть, используем всего одну нить для фиксации сетки и сшивания краев апоневроза. Латеральнее семенного канатика апоневроз наружной косой мышцы сшивают край в край;

- нахождение 2 узлов вокруг семенного канатика в разной плоскости позволяет избежать его ущемления в наружном отверстии;

- апоневроз наружной косой мышцы сшивают край в край над сеткой под семенным канатиком.

- формирование наружного пахового отверстия: проксимальнее семенного канатика в шов захватывают край апоневроза и основание паховой связки, а латеральнее его апоневроз сшивают край в край;

Одним из основных элементов комбинированной пластики мы считаем реконструкцию дезорганизованного «клапанного» анатомо-функционального состояния паховой области. На наш взгляд, сочетание пластики задней стенки пахового канала местными тканями и укрепление медиальной области пахового промежутка эндопротезом обеспечивает надежную механическую прочность данной области к воздействию внутрибрюшного давления.

Все пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты и антибактериальную терапию. Через 2 суток больные были активны, обслуживали себя полностью. Швы снимали на 7 сутки.

Результаты и их обсуждение.

Болевой синдром по визуальной аналоговой шкале в первые сутки составил в контрольной группе 3-4 балла, в основной (у больных с пластикой наружного пахового кольца) 1-2 балла

Использование непрерывного шва при укреплении сетки позволило значительно уменьшить степень ишемизации тканей пахового промежутка (таб. 1), уменьшить количество случаев возникновения сером и инфильтратов (1,5% контрольной и 0,6% в основной) в послеоперационной ране, и в конечном счете позволило сократить количество рецидивов.

Таблица 1

Частота осложнения в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Методики пластики		
	Операция Лихтенштейна n -12	Модификация операции Лихтенштейна n-15	Комбинированная пластика n - 23
Болевой синдром	+	+	+
Послеоперационная гематома	21,4%	19,1%	19,5%
Серома	9,6%	6,8%	2,6%
Инфильтрат послеоперационной раны	5,3%	4,1%	3,9%
Нагноение послеоперационной раны	2,5%	1,8%	2,1%
Отек мошонки и яичка	9,3%	10,4%	5,2%
Острая задержка мочи	0,5%	0,9%	–

При изучении отдаленных результатов лечения рецидив в контрольной группе отмечен у 5 больных, в основной группе у 1 оперированного.

Необходимо отметить положительные результаты дооперационной УЗ-диагностики паховых грыж, при которой на дооперационном периоде оценивалось состояние пахового промежутка, вид грыжи в соответствии с классификацией, что позволяло уточнить выбор метода оперативного вмешательства, а также состояние регионарного кровотока и кровотока в семенном канатике в дооперационном и послеоперационном периоде.

Количество пациентов с иррадирующей болью различной; степени интенсивности больше в группе пациентов после операции Лихтенштейна (7,54%) и сопоставимо в двух других группах (2,72% - после модификации операции Лихтенштейна; 3;29% - после комбинированной пластики)

Длительно существующие иррадирующие боли, связаны, на наш взгляд, с применением узловых швов при операции Лихтенштейна (с захватом интрамурально расположенных нервных волокон).

Серомы послеоперационной раны у пациентов с комбинированной пластикой пахового канала: возникают в среднем.в 3 раза реже (2,58%), чем после операции. Лихтенштейна (9,55%) и в 2 раза, чем после модификации операции Лихтенштейна (6,79%), что связано с наличием плотных структур над и под эндопротезом.

В позднем послеоперационном периоде каких-либо жидкостных образований в области операции обнаружено не было. Венозный стаз по данным УЗИ превалировал в группе

пациентов после операции Лихтенштейна (4,17%) и модификации операции Лихтенштейна (4,1%), что связано с ущемляющим эффектом полипропиленового кольца.

Выводы.

Таким образом, предложенная нами модификация герниопластики по методике Лихтенштейна при паховых грыжах позволяет улучшить как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения этой многочисленной категории больных. В результате проведённых нами изысканий можно сделать следующие выводы: применение комбинированной пластики позволяет снизить риск гемодинамических осложнений в области семенного канатика в послеоперационном периоде; для фиксации эндопротеза при пластике пахового канала целесообразно использовать непрерывный шов, что позволяет снизить процент невралгий в отдалённом послеоперационном периоде; ушивание апоневроза под семенным канатиком позволяет снизить процент образования сером в раннем послеоперационном периоде.

Литература:

1. Miedema BW, Ibrahim SM, Davis BD, Koivunen DG: A Prospective trial of primary inguinal hernia repair, by surgical trainees. *Hernia* 2004, 8:28-32.
2. Абоев А.С., Кульчиев А.А. Хирургическое лечение паховых грыж: // Хирургия. - 2006. - № 3. С. 55-58.
3. Белоконев В.И., Заводчиков Д.А. Ковалева З.В. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения паховой грыжи натяжными и ненатяжными способами (Новые технологии в хирургии грыж. Материалы межрегиональной научно-практической конференции.-Саратов, 2006.С24-26.
4. Бондарев В.А. Способ укрепления задней стенки пахового канала при грыжах: автореф. дис. канд. мед. наук. - Астрахань, 2004. 22 с.
5. Ботезату, А. А. Комбинированная герниопластика при лечении паховых грыж / А. А. Ботезату, Ю. С. Паскалов, Р. И. Райляну, Е. В. Маракуца. – Текст : непосредственный // Тезисы докладов III Всероссийского съезда герниологов, Москва. 26–27 октября 2018. – С. 29–31.
6. Демидов Д.Г., Хорава В.Г., Торгунаков А.П. Способ предбрюшинного протезирования брюшной стенки при паховых грыжах из полулунного параректального доступа // Медицина в Кузбассе. – 2012. – № 4. – С. 31-34.
7. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики. *Герниология*.-4.-2004.-3-7.
8. Коган А.С., Веронский Е.И1, Еаевский А.В; Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1990. - 171 с.
9. Новицкая, В. С. Ультразвуковая визуализация и морфометрическая характеристика пахового промежутка при грыжах у лиц пожилого возраста / В. С. Новицкая, А. Н. Михайлов, С. М. Смотрин // Гродненский государственный медицинский университет. – Текст : непосредственный // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – С. 127–128.
10. Clay, L., Stark, B., Gunnarsson, U., Strigård, K. Full-thickness skin graft vs. synthetic mesh in the repair of giant incisional hernia: a randomized controlled multicenter study // *Hernia*. – 2018. – Apr., 22(2). – P. 325–332.
11. Lichtenstein I.L, Shulman A.G, Amid, P; The Tension-Free Hernioplasty; *Am J Surg*; 1989;P.188-193.