

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Усаров Ш.Н.¹, Эгамбердиев А.А.², Ибрагимов Ш.У.³

Email: Usarov1171@scientifictext.ru

¹Усаров Шерали Насритдинович – ассистент;

²Эгамбердиев Абдукакхор Абдукодирович – ассистент;

³Ибрагимов Шерзод Умидович – студент,
кафедра хирургических болезней № 1,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в основу исследования включены результаты хирургического лечения 47 пациентов. Больные были разделены на две группы: к первой группе контрольного сравнения отнесли 33 (70,2%) герниоаллопластик, производимых обычным способом Лихтенштейна. В 14 (29,8%) наблюдениях мы применили разработанный нами прием аллопластики паховых грыж и объединили эти наблюдения во вторую основную группу. В сроки от 12 месяцев до 3 лет прослежены результаты оперативного лечения у 25 больных контрольной группы и у 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, герниоаллопластика.

ADVANCED LONG-TENSION HERNIOALLOPLASTY METHOD FOR INGUINAL HERNIAS

Usarov Sh.N.¹, Egamberdiev A.A.², Ibragimov Sh.U.³

¹Usarov Sherali Nasritdinovich - Assistant;

²Egamberdiev Abdulkakhkhor Abdukodirovich – Assistant;

³Ibragimov Sherzod Umidovich – Student,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: 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 have applied our method developed alloplasty inguinal hernias and combined these observations into the second main group. In the period from 12 months to 3 years 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 in the long term recurrence of the disease was observed. In comparison, the control group, 1 patient with benign prostatic hyperplasia observed relapse. The presented technique of reconstruction of the inguinal canal, aimed at reducing trauma and reducing intervention time, can be used in wide practice.

Keywords: inguinal hernia, hernioalloplasty.

УДК: 616.89-02.34-007.43-031:611.957

Актуальность. 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, 8, 13, 16]. 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, 5, 9, 12, 17].

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 [1, 6, 7, 10].

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 надежность пластики снижается с риском возникновения рецидива. После герниопластики по Лихтенштейну рецидивы наиболее часто возникают в медиальном углу пахового промежутка [4, 15, 18]. 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 грыж.

Цель исследования. Оптимизация ненапряжной герниопластики при паховых грыжах путем внедрения нового способа аллопластики.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены результаты хирургического лечения 47 пациентов, которым была выполнена герниоаллопластика по поводу паховой грыжи в хирургическом отделении клиники СамГМИ в период с 2014 по 2019 годы. 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%) герниоаллопластик, производимых 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 1 таблице приведена характеристика пациентов в зависимости от типа грыж по классификации L.M. Nyhus (1993 г.). 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 (IIIА тип) выявлены у 5 (8,8%) больных. Косые грыжи с большим расширенным внутренним паховым кольцом (IIIВ тип) наблюдали у 25 (43,8%) больных. В 13 (22,8%) случаев выявлены рецидивные паховые грыжи (IVА тип – прямые, IVВ тип – косые) [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
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 исследования. 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 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 1см 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.).

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.

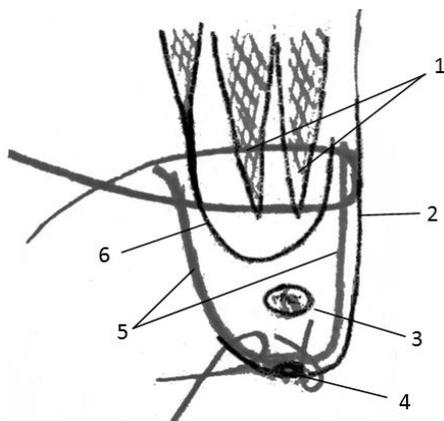


Рис. 1. Схема операции. 1 – внутренняя косая и поперечная мышцы, 2 – поперечная фасция, 3 – семенной канатик, 4 – нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, 5 – аллотрансплантат (поверхностная и глубокая часть), 6 – верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота

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.

Список литературы / References

1. Адамян А.А., Федоров А.В., Гогия Б.Ш. К вопросу о классификации паховых грыж // Хирургия, 2007. № 11. С. 44-45.
2. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Оптимизация герниоаллопластики паховых грыж. Сборник тезисов докладов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых–2015. Ташкент, 22 декабря 2015 г. С. 257-259.
3. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Оптимизация герниоаллопластики паховых грыж. XI Международная Пироговская научная конференция. Москва, 2016. С. 389.
4. Каримов Х.Я., Тен С.А., Тешаев Ш.Ж. Влияние факторов внешней среды на мужскую репродуктивную систему // Проблемы биологии и медицины, 2007. Т. 2. С. 88-93.

5. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Эгамбердиев А.А. Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука, 2017. № 1. С. 71-74.
6. Курбаниязов З., Рахмонов К.Э., Давлатов С.С., Саидмуродов К.Б., Даминов Ф.А. Способ ненатяжной герниоаллопластики у больных паховой грыжей // Официальный бюллетень, 2014. 6 (158). С. 7-8.
7. Рахманов К.Э., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Эгамбердиев А.А. Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах // Вестник Ташкентской медицинской академии. № 1, 2015. С. 68-70.
8. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Новый способ герниопластики паховых грыж // Сборник трудов XV-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» Киров 16-18 апреля 2018. С. 587-589.
9. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Даминов Ф.А., Кан С.А. Оптимизация герниоаллопластики паховых грыж // Материалы 78-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием. Красноярск, 22-25 апреля 2014 г.
10. Рахманов К.Э., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Оптимизация ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах // Проблемы биологии и медицины, 2014. №- 2 (78). С. 38-41.
11. Рахманов К.Э., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Эгамбердиев А.А. Новый способ ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах // Медицинский журнал Узбекистана. № 1, 2015. С. 41-43.
12. Хамдамов Б.З. Морфологические изменения при применении фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции в эксперименте // Морфология, 2020. Т. 157. № 2-3. С. 223-224.
13. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 1. С. 142-148.
14. Эгамбердиев А.А., Хужамов О.Б., Кан С.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Оптимизация ненатяжной герниопластики у больных паховой грыжей // «ХЫСТ» Всеукраинский журнал студентов и молодых ученых, 2014. Выпуск 16.
15. Эгамбердиев А.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Ненатяжная герниоаллопластика у больных с паховой грыжей // III Международный медико-фармацевтический конгресс. Чернівці, 2016. С. 631.
16. Эгамбердиев А.А., Давлатов С.С., Суярова З.С., Якубова Л.И. Комбинированная атензионная герниопластика при наружных паховых грыжах // Медицинский вестник юга России, 2017. № 2. С. 129-130.
17. Эгамбердиев А.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Абдураимов З.А., Усаров Ш.Н. Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах // Материалы XX Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции г. Ленинск-Кузнецкий, 19 мая 2017. С. 213-214.
18. Davlatov S.S., Yunusov O.T., Suyarova Z.S., Azzamov J.A. Non-tension hernia plastic with inguinal hernia. // Problems of modern science and education, 2017. 24 (106). С. 58-62.