

ПАХОВОЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ С КОМБИНИРОВАННОЙ ПЛАСТИКОЙ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ И АПОНЕВРОЗОМ НАРУЖНОЙ КОСОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА

Шило Р.С.¹, Белюк К.С.¹, Карпович В.Е.², Комар О.А.¹

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
УЗ "Гродненская областная клиническая больница"²*

Актуальность. Грыжи передней брюшной стенки у населения встречаются с частотой 4-7% по данным различных авторов [1]. По сей день большой процент (10-21%) из числа выполняемых в общехирургических стационарах операций приходится именно на герниопластики, а пластика паховой грыжи, в частности, является наиболее частым видом операции в общей и брюшной хирургии во всем мире. Например, в США ежегодно выполняется более 700000 грыжесечений, в России - 200000, во Франции - 110000, в Великобритании - 80000 [2]. Актуальности вопросам лечения пациентов с паховыми грыжами добавляет и тот факт, что данная патология поражает до 60% трудоспособного мужского населения. Достаточно высокий процент рецидивов после операции, резко увеличивающийся при гигантских пахово-мошоночных и рецидивных грыжах (от 2 -5% при первичных грыжесечениях и до 10-15% при повторных операциях) также обуславливает дискуссию герниологов всего мира о наиболее рациональном способе операции.

Современная герниология проходит новый этап своего развития: технологии, оборудование, а также пластические и шовные материалы для лечения грыж живота позволяют добиться превосходных результатов. Однако, несмотря на достижения в лечении грыж, многие вопросы герниологии остаются дискуссионными, иногда мнения хирургов бывают совершенно противоположными. Поэтому разработка и изучение более эффективных методов лечения паховых грыж являются актуальными для герниологов всего мира и имеют большое социальное значение.

Укрепление задней стенки пахового канала уже не вызывает сомнения и является обязательным условием современной герниологии при лечении паховой грыжи. Основным принципом хирургического лечения грыж передней брюшной стенки является выполнение пластики с использованием полипропиленовой сетки. Методика пахового грыжесечения, предложенная Lichtenstein, была признана в свое время "Gold standart" в лечении паховой грыжи за свою надежность, простоту и быстроту. Одной из положительных сторон пластики по Лихтенштейну является ее безнатяжной характер.

Однако и искусственные протезы привели к возникновению специфических послеоперационных осложнений: жесткость, ощущение инородного тела, местная хроническая инфекция, дискомфорт в области пластики, миграция сетки.

Возможное воспаление тканей вокруг установленного сетчатого импланта проявляется как реакция организма на инородное тело, в результате возможно формирование так называемых «сером» (опухолевидного скопления сыворотки крови в тканях). При инфицировании эндопротеза могут развиваться в послеоперационном периоде свищи, что может привести к отторжению сетки, либо к развитию инфекции, которая может потребовать удаления сетчатого импланта.

Также одной из негативных сторон пластики Лихтенштейна является незащищенность семенного канатика, лежащего на сетке. Рубцовые изменения в области, где семенной канатик соприкасается с установленным имплантом, могут впоследствии привести к нарушению кровоснабжения тканей яичка, его атрофии и нарушению эндокринной функции. Пораженным рубцовым процессом может оказаться и семявыносящий проток, что может привести к нарушению половой функции в послеоперационном периоде.

Все вышеперечисленное заставляет совершенствовать протезирующие способы паховой герниопластики.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами с использованием сетчатого импланта.

Методы исследования. В 2018 году в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» паховое грыжесечение с комбинированной пластикой задней стенки пахового канала сетчатым имплантом и апоневрозом наружной косой мышцы живота было выполнено 5 пациентам с односторонними первичными паховыми грыжами. Все они были мужчины в возрасте от 35 до 67 лет. Размер грыжевых ворот составил от 3 до 7 см в диаметре.

Операция выполнялась под спинномозговой анестезией. После послойного вскрытия пахового канала выделялся, обрабатывался и удалялся грыжевой мешок по общепринятой методике с погружением культи мешка в брюшную полость по Красинцеву-Баркеру.

Для укрепления задней стенки пахового канала ушивалась поперечная фасция по Иоффе с уменьшением глубокого пахового кольца до его нормального анатомического размера. Сетчатый имплант, выкроенный по размерам пахового промежутка с формированием отверстия для семенного канатика в проекции глубокого пахового кольца, фиксировался в 4х точках по своим краям, что предотвращало его гофрирование. На расстоянии, соответствующем ширине семенного канатика (в среднем 2 см), от края верхнего лоскута апоневроза производился параллельный этому же краю разрез с формированием полоски апоневроза на двух ножках. Обвивным швом к паховой связке подшивался нижний край сформированной полоски апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с нижним краем сетки. Таким образом, образовывалась «новая» апоневротическая задняя стенка пахового канала, укрепленная снизу сетчатым имплантом.

Верхний край сформированной ранее апоневротической полоски фиксировался обвивным швом к подлежащей сетке и внутренней косой и

поперечной мышцам. Семенной канатик укладывался на фиксированную на сетке апоневротическую полоску на ножках. Сверху над канатиком сшивался встык обвивным швом нижний апоневротический лоскут и свободный край верхнего лоскута по направлению к лобковому бугорку с формированием поверхностного пахового кольца. Таким образом, для семенного канатика образовывался «апоневротический туннель».

Результаты и их обсуждение. Время операции колебалось от 50 мин до 90 мин. Все пациенты были выписаны из стационара на 6е сутки после вмешательства с разрешением физической активности через 10 дней. В послеоперационном периоде пациентам не потребовалось введение наркотических анальгетиков.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Операционная рана у всех зажила первичным натяжением, гематом и инфекционных осложнений с ее стороны отмечено не было, швы были сняты у всех на 6-е сутки.

При осмотре после операции всех пациентов отека и гематом в области раны выявлено не было, яичко на стороне грыжи с 1-х суток оставалось нормальных размеров, при пальпации было безболезненное. Транспозиции сетчатого трансплантата не было ни в одном случае.

После операции ни один из пациентов не предъявлял жалобы на натяжение, «покалывание», ощущение инородного тела в проекции пахового канала при ходьбе, в покое и при максимальном сгибании в тазобедренном суставе.

Выводы.

1. Ближайшие результаты комбинированной пластики задней стенки пахового канала сетчатым имплантом и апоневрозом наружной косой мышцы живота у пациентов с паховыми грыжами говорят об отсутствии клинически значимых осложнений в послеоперационном периоде.

2. Предложенная модификация операции позволяет, при сохранении всех преимуществ пластики пахового канала сетчатым имплантом, избежать отрицательного воздействия сетки на семенной канатик благодаря заключению последнего в «апоневротический туннель».

ЛИТЕРАТУРА

1. Amid, P.K. Surgical treatment of postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: triple neurectomy with proximal end implantation [Text] / P.K. Amid // Contemporary Surgery. - 2003. - № 6. - P. 276-280.

2. Amid, P.K. An analytic comparison of laparoscopic hernia repair with open "tension-free" hernioplasty [Text] / P.K. Amid, A.G. Shulman, I.L. Lichtenstein // Int Surg. - 1995. - Vol. 80, № 1. - P. 9-17.