

СПОСОБ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ И СЛАБОСТИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА

Вальчук А.А., Рычагов Г.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий, причем на долю паховых приходится до 75% всех случаев грыж [3]. Рецидив после пластики местными тканями в течение многих лет остается достаточно высоким и составляет 10% при простых грыжах и до 30% при больших и рецидивных [1]. Несмотря на наличие более 400 способов оперативного лечения паховых грыж, возможность улучшения результатов хирургической коррекции данной патологии еще не исчерпана. Разработка новых способов и модификаций не останавливается до сегодняшнего дня. Своего рода «прорывом» в развитии хирургии паховых грыж стали методы ненатяжной герниопластики, что способствовало значительному снижению рецидивов заболевания по сравнению с «классическими» натяжными способами грыжесечения. Наиболее широкое распространение получил способ I. Lichtenstein (1986), который предусматривал укрепление задней стенки пахового канала с помощью синтетического протеза без какого-либо натяжения тканей. Однако в ряде случаев возникают осложнения, связанные с использованием для пластики сетчатых трансплантатов: послеоперационные невралгии, чувство инородного тела, повреждение семявыносящего протока, миграция имплантата, образование сером, гематом. Около 20% больных после ненатяжных пластик не считают себя полностью здоровыми.

Цель исследования. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с косой паховой грыжей.

Материалы и методы. Мы выборочно изучили истории болезни 100 больных от 32 до 80 лет (все мужского пола), находившихся на лечении в 3 ГКБ г. Минска с 2005 по 2009 гг. по поводу паховых грыж, прооперированных с использованием для пластики грыжевых ворот полипропиленовой сетки: по Лихтенштейну –

50 (50%); по нашей методике – 50 (50%). Эффективность применения различных видов пластик оценивали по таким показателям, как боли в области послеоперационного рубца, ослабление эрекции и рецидив грыжи.

Как известно, при непосредственном соприкосновении семенного канатика с сеткой он вовлекается в рубцово-спаечный процесс, что, в свою очередь, сопровождается уменьшением артериального притока, затруднением венозного оттока и гипоксией яичка. Для предупреждения этих осложнений мы разработали и применяем с 2005 года собственную методику, предотвращающую травматизацию семенного канатика и его прямой контакт с сеткой. Техника операции заключается в следующем: разрез кожи не более 4–5 см над проекцией внутреннего пахового кольца. После разреза апоневроза наружной косой мышцы живота из элементов семенного канатика выделяется грыжевой мешок до шейки, семенной канатик не выделяется. При необходимости грыжевой мешок может быть вскрыт для ревизии, а затем ушит на верхушке. На шейку накладывается кисетный шов, который не завязывается. Выше шейки на 1–1,5 см для удобства инвагинации грыжевого мешка и погружения сетчатого протеза на грыжевой мешок накладывают 3 зажима «москита» на 120, 240, и 360 градусов по окружности. Далее из прямоугольного фрагмента полипропиленовой сетки формируется «волан», размер и ширина которого определяется диаметром грыжевых ворот в каждом отдельном случае. Полученный сетчатый протез фиксируют к верхушке грыжевого мешка узловым швом и через незатянутый кисетный шов на шейке инвагинируют в брюшную полость. Одновременно снимают зажимы. До завязывания кисетного шва сетчатый протез подшивают П-образными швами к косым мышцам живота у латерального края внутреннего кольца пахового канала и кисетный шов завязывают (получен патент № 11883 от 2009.02.10). На данном этапе хирург оценивает состояние задней стенки пахового канала. При отсутствии необходимости в дополнительном ее укреплении операция завершается ушиванием апоневроза наружной косой мышцы живота и послойным ушиванием раны. Выявленная интраоперационно слабость пахового промежутка обуславливает необходимость дополнительного укрепления задней стенки пахового канала. Это достигается путем до-

полнительной мобилизации поперечной фасции без выделения семенного канатика и ее рассечением от внутреннего пахового кольца к лонному бугорку. Затем на подготовленную площадку, предбрюшинно, укладывается полипропиленовая сетка необходимого размера и фиксируется швами к лонному бугорку и к поперечной фасции, края которой впоследствии сшиваются над трансплантатом отдельными швами (патент № 15583 от 08.06.2009).

После этого операция завершается ушиванием апоневроза и операционной раны. В качестве шовного материала для пластики мы используем нити Daklon 3-0. Операция выполняется под местной инфильтрационной анестезией.

Результаты. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Болевой синдром был слабо выражен, температура тела оставалась нормальной. Больной спустя 2–3 часа вставал с постели. Применялись ненаркотические анальгетики, которые отменялись на 2-е сутки. Пациенты выписывались на амбулаторное лечение на 2–3 сутки. У всех больных раны зажили первичным натяжением. Данный способ позволяет осуществить малотравматичный (кожный разрез не более 4–5 см) доступ к грыжевому мешку, изолировать париетальной брюшиной аллотрансплантат от элементов семенного канатика и предупредить их вовлечение в рубцовый процесс, создать надежный не смещаемый барьер со стороны брюшной полости, препятствующий рецидиву грыжи. Кроме того, уменьшается интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращается время пребывания больного в стационаре и уменьшается период нетрудоспособности пациента. Результаты лечения после различных вариантов пластик в сроки от 1 года до 7 лет изучены методом анкетирования у 100 пациентов. Боли в области послеоперационного рубца: по Лихтенштейну – 7 случаев (14%), по нашей методике – 4 случая (8%). Ослабление эрекции: по Лихтенштейну – 3 случая (6%), по нашей методике – 1 случай (2%). Рецидив: по Лихтенштейну – 1 случай (2%), по нашей методике рецидивов не установлено. 4 больных, которые были оперированы по методике клиники, ранее перенесли грыжесечения с другой стороны и отметили значительно лучший косметический и лечебный эффект после повторного оперативного вмешательства.

Заключение. Данный метод герниопластики, как малоинвазивный, позволяет осуществить малотравматичный доступ к грыжевому мешку, изолировать оба сетчатых протеза от элементов семенного канатика, дополнительно укрепив заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировать вероятность рецидива заболевания, а также уменьшить частоту послеоперационных осложнений, улучшить отдаленные результаты лечения и косметический эффект. Кроме того, уменьшается время пребывания больных в стационаре, сокращаются сроки их социальной и трудовой реабилитации.

Литературные ссылки

1. Емельянов, С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург. – СПб.: Фолиант. – 2000. – 176 с.
2. Аллопластика паховой грыжи или традиционная пластика: преимущества и недостатки: Материалы науч.-практ. семинара / Рос. Науч. Центр хирургии; РАМН; О-во герниологов // М., 2003.
3. Абоев, А.С. Хирургическое лечение паховых грыж / А.С. Абоев, А.А. Кульчиев // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2006. – № 3. – С. 55–58.

ЭНДОЛЮМИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ НА КАРОТИДНЫХ И ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ

*Васильчук Л.Ф.², Василевский В.П.¹, Кардис А.И.²,
Цилиндзь А.Т.², Горячев П.А.², Труханов А.В.², Гнядо Ю.В.²,
Черний В.А.², Полудень Д.И.², Тарасюк Е.С.¹*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь*

Лечение и уход за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения и его последствиями представляют собой тяжелую социальную, медицинскую и экономическую проблему. Как минимум один из трех пациентов, перенесших инсульт, ста-