

Координаты для связи с авторами: Скидан Виктория Игоревна – канд. мед. наук, врач отделения функциональной и ультразвуковой диагностики ФГБУ ФЦ ССХ МЗ РФ тел. +7-914-407-62-25, e-mail: skivi5@yandex.ru; Бондарь Владимир Юрьевич – д-р мед. наук, главный врач ФГБУ ФЦ ССХ МЗ РФ, тел. 8-(4212)-78-06-06, e-mail: khvfccvs@mail.ru; Андреев Дмитрий Борисович – канд. мед. наук, врач сердечно-сосудистый хирург, зав. кардиохирургическим отделением № 1 ФГБУ ФЦ ССХ МЗ РФ, тел. +7-984-299-46-89, e-mail: andreevdb@mail.ru; Кузнецов Алексей Николаевич – канд. мед. наук, врач сердечно-сосудистый хирург кардиохирургического отделения № 1 ФГБУ ФЦ ССХ МЗ РФ, тел. +7-962-503-21-52, e-mail: Dr.heart@live.ru; Фатеева Юлия Витальевна – врач-кардиолог кардиохирургического отделения № 1 ФГБУ ФЦ ССХ МЗ РФ, тел. +7-962-585-08-31, e-mail: yuv11@mail.ru; Нарциссова Галина Петровна – д-р мед. наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ РФ, тел. +7-913-935-43-56, e-mail: galinar3@yandex.ru.



УДК 616.34-007.43-089.85

М.Б. Дергилёв

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ульска районная больница, 682400, ул. Пионерская, 24, с. Богородское

Резюме

Проведен анализ оперативного лечения пациентов с паховыми грыжами II, IIIA, IIIB, IVA, IVB типов по классификации «Nyhus» в возрасте от 17 до 89 лет. Основную группу составили 92 пациента, оперированных по разработанному автором способу натяжной пластики пахового канала, в основе которого положена герниопластика по методу Постемпского. Группу сравнения составили 72 пациента, которым при II, III B, IV B типах грыжевых выпячиваний выполнялась герниопластика по методу Жирара – Спасокукоцкого со швами по Кимбаровскому, а при III A и IV A типах грыжевых выпячиваний выполнялась герниопластика по методу Бассини. Применение предложенного способа позволило статистически значимо снизить частоту осложнений и рецидивов.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика.

M.B. Dergilev

OPTIMIZATION OF INGUINAL HERNIAS SURGERY IN A DISTRICT HOSPITAL

Ulchskaja distric hospital, Bogorodskoe

Summary

The analysis of surgical treatment of patients with inguinal hernias II, IIIA, IIIB, IVA, IVB types according to the classification of «Nyhus» at the age from 17 to 89 was made.

The main group (92) included patients operated by the author's own method of tension hernioplasty of the inguinal canal. The method is based on hernia plasty of the inguinal gap worked out by Postempsky.

The comparison group (72) included the patients operated on by different methods of plasty of the inguinal canal. Plastic reconstruction of IIIA, IVA types of protrusions were performed according to the method of Bassini. Plastic surgery of II, IIIB, IVB types of protrusions was performed by the method of Girard – Spasokukotskiy with stitches of Kimbarovskiy. The application of the offered method has allowed to reduce the rate of complications, recurrence, duration of surgery. Statistical processing of quality indicators to determine the reliability of the differences between the indexes in different groups were made using Fisher's exact test (p).

Key words: inguinal hernia, hernioplasty.

Заболеваемость грыжами передней брюшной стенки в настоящее время остается высокой и наблюдается у 3-7 % взрослого населения, причем из общего количества оперативных вмешательств по поводу грыж передней брюшной стенки герниопластика при паховых грыжах составляет более 65 % [11]. Ежегодно по поводу паховых грыж выполняется более 20 миллионов оперативных вмешательств, что составляет 10-15 % от

всех операций [19]. Предложено более 300 натяжных способов паховой герниопластики, однако методики являются недостаточно эффективными и сопровождаются рецидивами в 10-30 % случаях [1,7].

Принцип ненатяжной герниопластики, предложенный Лихтенштейном и основанный при применении аллопластики, уменьшил частоту рецидивов до 4,9 % [16, 17], но повысил сроки послеоперационной не-

трудоспособности и показатели хронической боли в области операции, связанные с реакцией организма на применяемые трансплантаты.

Внедрение лапароскопических методов герниопластики при паховых грыжах позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений и сроков госпитализации, а также рецидивы заболевания, которые снизились до 0,3-4,2 % случаев [13, 14, 15]. В то же время, применение лапароскопических методов герниопластики требуют дорогостоящей аппаратуры и инструментария, а также использование общего обезболивания. В настоящее время в странах Западной Европы ненапряжные способы герниопластики при паховых грыжах с имплантацией

сетчатых протезов выполняются в 46-82,5 % случаев, в то время как традиционные методы пластики собственными тканями применяются у 2,5-14,9 % больных [5, 12, 18]. В условиях районных больниц нашей страны при паховых грыжах по-прежнему наиболее часто применяются традиционные напряженные способы герниопластики, что диктует необходимость разработки метода пластики пахового канала, сопровождающегося небольшой частотой осложнений и рецидивов [3, 6]. С этой целью нами в 2012 году предложен способ натяжной пластики пахового канала, который может применяться при различных формах паховых грыж, на который получен патент на изобретение [4].

Материалы и методы

За период с 2012 по 2016 год выполнено 92 плановых оперативных вмешательств по предложенному способу натяжной пластики пахового промежутка, который применялся при всех типах паховых грыж по классификации «Nyhus». Способ разработан на основе способа герниопластики по методу Постемпского, причем в отличие от прототипа происходит соединение однородных тканей с формированием нового пахового канала. Эти пациенты составили основную группу. Группу сравнения составили 72 пациента, оперированные по методу Бассини или Жирара – Спасокукоцкого со швами Кимбаровского в зависимости от типа грыжевого выпячивания (табл. 1, 2, 3).

Таблица 1

Характеристика пациентов по полу

Пол	Основная группа (n=92)	Группа сравнения (n=72)
Мужчины	80 (86,96 %)	63 (87,5 %)
Женщины	12 (13,04 %)	9 (12,5 %)

Таблица 2

Характеристика пациентов по возрасту

Возраст	Основная группа (n=92)	Группа сравнения (n=72)
18-30 лет	8 (8,7 %)	7 (9,72 %)
30-60 лет	45 (48,91 %)	36 (50 %)
60 и более лет	39 (42,4 %)	29 (40,28 %)

Таблица 3

Характеристика пациентов по характеру грыжевого выпячивания

Характер грыжевого выпячивания по Nyhus	Основная группа (n=92)	Группа сравнения (n=72)
Тип II	32 (34,79 %)	27 (37,5 %)
Тип III A	39 (42,40 %)	27 (37,5 %)
Тип III B	16 (17,4 %)	12 (16,67 %)
Тип IV A, B	5 (5,43 %)	6 (8,33 %)

Результаты и обсуждение

В отличие от других видов натяжных пластик пахового промежутка, при данном способе происходит формирование нового пахового канала с двойным перемещением семенного канатика, происходит соединение однородных тканей, причем данный способ

Как видно из представленных таблиц группы пациентов сопоставимы по возрасту, полу и характеру грыжевого выпячивания.

Сущность способа оперативного лечения заключается в следующем. Выполняется разрез кожи параллельно и выше паховой складки на 1,5 см, рассекается подкожно-жировая клетчатка, апоневроз наружной косой мышцы живота и наружное паховое кольцо, производится выделение из окружающих тканей грыжевого мешка, рассечение внутренней косой и поперечной мышц живота от внутреннего пахового кольца в латеральную сторону на 0,5 см с перемещением семенного канатика вниз и кнаружи. Далее накладываются непрерывные вертикальные П-образные швы нерассасывающейся нитью, отступая от края рассечения апоневроза наружной косой мышцы на 1-1,5 см в медиальном направлении. Производится захватывание в шов апоневроза наружной косой мышцы живота, наружной и внутренней косой мышц живота с захватом поперечной мышцы живота. Далее производится прошивание вышеуказанных тканей в обратной последовательности, отступая 0,3-0,5 см от края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы. Производится наложение этой же нитью горизонтальных П-образных швов на паховую связку, с последующим прошиванием апоневроза наружной косой мышцы живота. Швы затягиваются начиная от проксимального отдела пахового промежутка.

Далее одиночными узловыми швами фиксируется нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота к апоневрозу наружной косой мышцы живота, надсеченному поперечно до 0,5 см у внутреннего пахового кольца. В результате вновь образованный паховый канал проходит изнутри кнаружи и сзади наперед. Семенной канатик при этом укладывается на апоневроз, а над семенным канатиком ушивается подкожная фасция и кожа (рис. 1, 2, 3).

пригоден для пластики пахового промежутка при любых типах грыжевых выпячиваний.

В ближайшем послеоперационном периоде в основной группе осложнений не отмечено, в группе сравнения осложнения отмечены в 3 случаях (4,17 %):

нагноение послеоперационной раны у 2 (2,78 %) и гематома послеоперационной раны – у 1 (1,39 %) больного. Разница показателей осложнений согласно точному критерию Фишера составила 0,01829 ($p < 0,05$), что свидетельствует о статистически значимом различии.

Анализ отдаленных результатов оперативного лечения в сроки от 1 года до 3 лет показал, что в основной группе рецидивов не отмечено, в то время как в группе сравнения рецидивы отмечены в 9 случаях (12,5 %). Разница показателей составила 0,00039 ($p < 0,05$), что свидетельствует о статистически значимом различии.

В настоящее время в хирургических отделениях районных больниц сохраняется высокий процент оперативного лечения паховых грыж натяжными спосо-

ми: Бассини, Жира – Спасокукоцкого со швами Кимбаровского, реже Шолдайса, Кукуджанова [2]. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составляет 1-4 %, что в большей степени зависит от квалификации хирурга, «культуре» оперативного вмешательства [9]. Поздние послеоперационные осложнения – рецидивы паховых грыж встречаются от 10 до 15 % при прямых и косых паховых грыжах (частота рецидивов при пластике по Бассини 7,8-15 %, частота рецидивов при пластике по Жира – Спасокукоцкому со швами Кимбаровского 5,5-10 %, по Шолдайсу 1-15 %). При скользящих формах грыж рецидивы достигают 30-35 % [8, 10].

Выводы

1. Предложен новый способ натяжной герниопластики паховых грыж, который может применяться при любом типе грыжевого выпячивания по классификации «Nyhus».

2. Применение предложенного способа герниопластики характеризуется статистически значимым снижением частоты раневых осложнений и рецидивов в отдаленном периоде после операции.

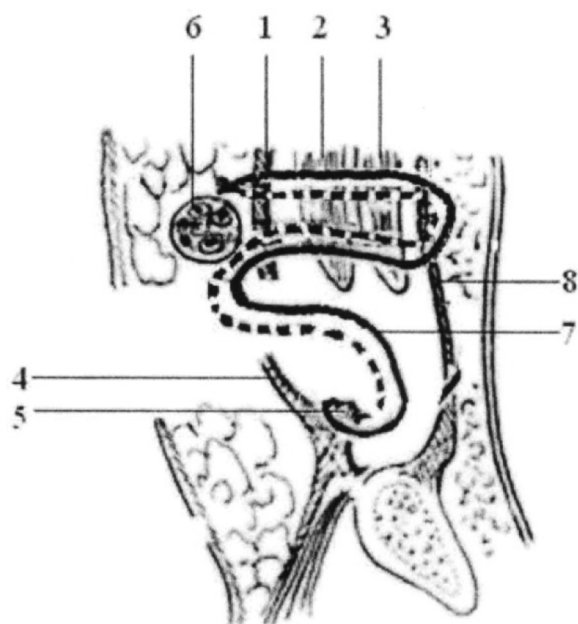


Рис. 1. Схематическое изображение швов в сагитальной плоскости.

На рис. 1-3: 1 – верхний доступ апоневроза наружной косой мышцы живота; 2 – внутренняя косая мышца живота; 3 – поперечная мышца живота; 4 – нижний доступ апоневроза наружной косой мышцы живота; 5 – паховая связка; 6 – семенной канатик; 7 – шов прямой – сплошная линия, шов обратный – пунктирная линия; 8 – поперечная фасция

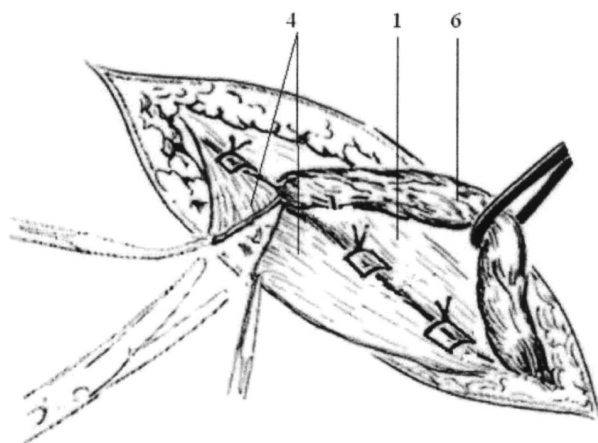


Рис. 2. Этап оперативного лечения после ликвидации пахового промежутка

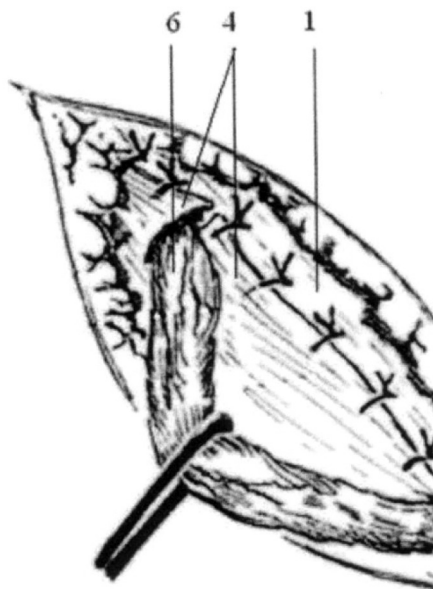


Рис. 3. Вид раны после завершения пластики

Литература

1. Абоев А.С. Классификация паховых грыж и выбор способа операции // Ургентная и реконструктивно-восстановительная хирургия. Сб. науч. тр. – Самара, 2009. – № 4. – С. 109-115.

2. Габоян А.С. Климов А.Е. Ненатяжные способы пластики грыж живота с использованием современных аллотрансплантатов: учебное пособие. – М., 2008. – С. 2.

3. 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. – Т. 11, № 4. – С. 31.
4. Дергилев М.Б., Баранов А.И., Блажитко Е.М. Способ пластики пахового канала при паховых грыжах // Патент России № 2577420, 2016. Бюл. № 8.
5. Егиев В.Н. и др. Результаты пластики брюшной стенки по методике Стоппа // Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4. – 444 с.
6. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К., Рудакова М.Н., Чижов Д.В., Шурыгин С.Н. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – 227 с.
7. Емельянов С.И. Эндоскопическая хирургия паховых и бедренных грыж. – СПб.: Фолиант, 2000. – 175 с.
8. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – МИА, 2005. – 687 с.
9. Кириллов Ю.Б., Астраханцев А.Ф., Зотов Н.В. Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 65-67.
10. Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала. – М.: БИНОМ, 2005. – 144 с.
11. Сажин В.П. и др. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
12. Chiasson P. M., Pace D. E., Schlachta C. M., et al. Minimally invasive surgical practice A survey of general surgeons in Ontario // Can J Surg. – 2004. – № 47. – P. 15-19.
13. Gong K. Comparison of the open tension-free mesh-plug, transabdominal preperitoneal (TAPP), and totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for primary unilateral inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled trail // Surg Endosc. – 2011. – Vol. 25, № 1. – P. 234-239.
14. Krishna A., et al. Laparoscopic inguinal hernia reppair: transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approat: a prospective randomized controlled trail // Surg Endosc. – 2012. – Vol. 26, № 3. – P. 639-649.
15. Lepere M.A., et al. multicentric comparison of transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic hernia repair using PARIETEX meshes // JSLS. – 2000. – Vol. 4, № 2. – P. 147-153.
16. Lichtenstein I. L., et al. Twenty questions about hernioplasty // Am J Surg. – 1991. – Vol. 57, № 11. – P. 730-733.
17. Neumaer L., et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia // N Engl J Med. – 2004. – Vol. 350, № 18. – P. 1819-1827.
18. Simons M. P., Aufenacker T., Bay-Nielsen M., et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients // Hernia. – 2009. – Vol. 13, № 4. – P. 343-403.
19. Wei F.X., et al. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Versus Totally Extraperitoneal (TEP) for Laparoscopic Hernia Repair: A Meta – Analysis // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2015. – Vol. 26. – P. 1-9.

Literature

1. Aboyev A.S. Classification of inguinal hernia and the choice of operation method // Urgent Reconstructive Surgery. Collection of scientific works. – Samara, 2009. – № 4 – P. 109-115.
2. Gaboyan A.S., Klimov A.E. Tension-free repair of abdominal wall hernias using modern allograft // Text-book. – M., 2008. – P. 2.
3. Demidov D.G., Khorava V.G., Torgunakov A.P. Metod of prosthetics of preperitoneal abdominal wall in inguinal hernia through semilunar pararectal access // Medicine in Kuzbass. – 2012. – Vol. 11, № 4. – P. 31.
4. Dergilev M.B., Baranov A.I., Blagitko E.M. Method of plasty of the inguinal canal in inguinal hernias // Patent of Russia № 2577420, 2016. Bulletin № 8.
5. Egiyev V.N., et al. Results of plasty of abdominal wall according to Stoppa // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia, Series Medicine. Obstetrics and Gynecology. – 2012. – № 4. – 444 p.
6. Egiyev V.N., Lyadov K.V., Voskresensky P.K., Rudakova M.N., Chizhov D.V., Shurygin S.N. Atlas of Operative Hernia Surgery – M.: Publising House «Medpraktika», 2003. – 227 p.
7. Emelyanov S.I. Endoscopic surgery of inguinal and femoral hernias. – SPb.: Foliant, 2000. – 175 p.
8. Zhebrovsky V.V. Abdominal hernia surgery. – MIA, 2005. – 687 p.
9. Kirillov Yu.B., Astrakhantsev A.F., Zotov N.V. Surgery. – 2003. – № 2. – P. 65-67.
10. Nesterenko Yu.A., Gaziev R.M. Inguinal hernia, reconstruction of the posterior wall of the inguinal canal. – M.: BINOM, 2005. – 144 p.
11. Sazhin V.P. Endoscopic abdominal surgery. – M.: GEOTAR-Media, 2010. – 512 p.
12. Chiasson P.M., Pace D.E., Schlachta C.M., et al. Minimally invasive surgical practice A survey of general surgeons in Ontario // Can J Surg. – 2004. – № 47. – P. 15-19.
13. Gong K. Comparison of the open tension-free mesh-plug, transabdominal preperitoneal (TAPP), and totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for primary unilateral inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled trail // Surg Endosc. – 2011. – Vol. 25, № 1. – P. 234-239.
14. Krishna A., et al. Laparoscopic inguinal hernia reppair: transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approat: a prospective randomized controlled trail // Surg Endosc. – 2012. – Vol. 26, № 3. – P. 639-649.
15. Lepere M., et al. A multicentric comparison of transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic hernia repair using PARIETEX meshes // JSLS. – 2000. Vol. 4, № 2. – P. 147-153.
16. Lichtenstein I.L., et al. Twenty questions about hernioplasty // Am J Surg. – 1991. – Vol. 57, № 11. – P. 730-733.

17. Neumaier L., et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia // N Engl J Med. – 2004. – Vol. 350, № 18. – P. 1819-1827.

18. Simons M.P., Aufenacker T., Bay-Nielsen M., et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients // Hernia 2009. – Vol. 13, № 4. – P. 343-403.

19. Wei F.X., et al. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Versus Totally Extraperitoneal (TEP) for Laparoscopic Hernia Repair: A Meta – Analysis // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2015. – Vol. 26. – P. 1-9.

Координаты для связи с авторами: Дергилёв Михаил Борисович – зав. хирургическим отделением, врач-хирург КГБУЗ «Ульянская районная больница», тел. 8-(4215)-15-10-80, e-mail: dergilev.84@mail.ru.

