

УДК 616.34-007.43-089.85

М.Б. Дергилёв

ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ НАТЯЖНЫМ И НЕНАТЯЖНЫМ СПОСОБАМИ, СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

Ульчская районная больница, 682400, ул. Пионерская, 24, с. Богородское, Хабаровский край

Резюме

Проведена сравнительная оценка пациентов, которым выполнялось паховое грыжесечение на базе отделения хирургии КГБУЗ «Ульчская районная больница» с 2014 по 2021 годы. Основная группа – пациенты с устранением грыжи по авторской методике (патент РФ № 2577420). Группа сравнения пациенты, устранение грыжи по способу Лихтенштейна. Оперативные пособия в обеих группах выполнены автором. В исследование включены 95 пациентов носителей паховых грыж. Основная группа включает 52 пациентов (ОГ). Группа сравнения включает 43 пациентов (ГС). Послеоперационных осложнений не выявлено в обеих группах. В период от 1-го месяца до 3 лет прослежены результаты выполненных вмешательств у всех пациентов ОГ и ГС. Рецидивов не отмечено. Предложенный автором способ ликвидации паховой грыжи обладает достоинством способа Лихтенштейна, то есть может быть применим при любых типах грыжевых выпячиваний.

Ключевые слова: паховая грыжа, натяжной метод герниопластики, ненатяжной метод герниопластики.

M.B. Dergilev

TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS BY TENSION AND NON-TENSION METHODS, COMPARATIVE ASSESSMENT

Ulch regional hospital, Bogorodskoye, Khabarovsk Territory

Abstract

A comparative assessment of patients who underwent inguinal hernia repair at the surgical department of the Ulch Regional Hospital from 2014 to 2021 was carried out. The main group included the patients in whom hernia was removed according to the author's individual method (patent of the Russian Federation No. 2577420). The comparison group consisted of the patients with hernia that was removed according to the Lichtenstein method. Operational manuals in both groups were made by the author. The study included 95 patients with inguinal hernia. The main group (MG) included 52 patients. The comparison group (CG) included 43 patients. No postoperative complications were detected in two groups. In the period from 1 month to 3 years, the results of the performed surgeries were analyzed in all patients of both groups. No relapse was noted. The applied method of inguinal hernia elimination has the advantage of the Lichtenstein method, namely, it can be applied to any types of hernia protrusions.

Key words: inguinal hernia, tension method of hernioplasty, non-tension method of hernioplasty.

Операции пахового грыжесечения являются одними из самых распространенных хирургических вмешательств по всему миру, независимо от страны, расы или социально-экономического статуса [14]. Показатели заболеваемости паховой грыжей у лиц в возрасте от 23 до 36 лет стабильно высокие, частота встречаемости 14 случаев на 1 тыс. населения. В возрастной группе от 53 до 63 лет частота грыженосительства возрастает в четыре раза – до 53 случаев на 1 тыс. населения [15].

В настоящее время операции по поводу грыж передней брюшной стенки составляют около 25 % от всех выполняемых оперативных вмешательств во всем мире [3]. Адекватное восстановление анатомии указанной зоны является условием хороших функциональных результатов [8].

Доминирующим принципом хирургического лечения грыж в настоящее время является выполнение пластики «без натяжения» с использованием современных синтетических материалов [9].

Наиболее распространенная методика, в хирургической практике паховых грыж – пластика задней стенки пахового канала по Бассини дает высокий процент рецидивов до 10-28 % [1].

Применение ненатяжной герниопластики по Лихтенштейну позволило уменьшить частоту рецидивов до 0,6-4,9 % [5, 13]. Лапароскопическая герниопластика также имеет много преимуществ, включая уменьшение интенсивности послеоперационной боли в зоне операции, частоты развития хронического болевого синдрома, быстрое восстановление функции желудочно-кишечного тракта, физической активности, короткие сроки пребывания в стационаре, быстрое возвращение к труду, хороший эстетический эффект [10, 11]. В то же время, лапароскопическая герниопластика сопровождается большими затратами при оперативном лечении по методикам TAPP и TEP [4]. Кроме того, недостаток высокотехнологического оборудования, специализированных кадров, расходных материалов, также не позволяет следовать миро-



вым стандартам в хирургии. Большая часть паховых грыжесечений в лечебных учреждениях России проводятся под местной анестезией, в то же время как лапароскопическая герниопластика выполняется под общей анестезией [6]. Поэтому разрабатываются новые способы натяжных пластик пахового канала с

целью уменьшения количества осложнений и улучшения качества жизни пациентов [2].

С целью сравнения результатов пахового грыжесечения натяжным способом по методике автора и результатов применения способа Лихтенштейна было проведено данное исследование.

Материалы и методы

За период с 2014 по 2021 г. автором выполнено 95 плановых герниопластик на базе хирургического отделения Ульчской районной больницы села Богородского Хабаровского края (52 герниопластики по методике автора, натяжной метод, основная группа) и (43 герниопластики по способу Лихтенштейна, ненатяжной метод, группа сравнения). Больные распределены по возрасту, видам грыж, длительности заболевания. Выполнена оценка длительности операции, интраоперационных и послеоперационных осложнений, частоты рецидивов. Статистический анализ был основан на точном критерий Фишера. Различия при $p < 0,05$ рассматривались как статистически достоверные.

Критерии включения: лица мужского пола от 16 до 93 лет, грыжевое выпячивание паховой области II, IIIA, IIIB, IVA, IVB типа по классификации «Nyhus», оперативное лечение в плановом порядке (таблица).

Таблица

Характеристика по типу грыжевого выпячивания, абс. (%)

Характер грыжевого выпячивания по Nyhus	Основная группа (n=52)	Группа сравнения (n=43)
Тип II	20 (38,46 %)	17 (39,53 %)
Тип III A	14 (26,92 %)	13 (30,23 %)
Тип III B	13 (25 %)	10 (23,25 %)
Тип IV A, B	5 (9,61 %)	3 (6,97 %)

Основная группа: 52 пациента – мужчины в возрасте от 16 до 83 лет, оперированные методом натяжной пластики по методике автора. Средний возраст – $57,12 \pm 14,62$ лет. Пациенты трудоспособного возраста (до 60 лет) составили 28 больных (53,84 %). Характеристика по возрасту: 18–30 лет – 4 больных (7,69 %);

30–60 лет – 26 больных (50,0 %); 60 и более лет – 23 больных (44,23 %). Характеристика по длительности заболевания: до 1 года – 9 больных (17,30 %); от 1 до 5 лет – 31 больной (59,61 %); более 5 лет – 12 больных (23,07 %).

Группа сравнения: 43 пациентов мужчин в возрасте от 18 до 93 лет, оперированные методом ненатяжной пластики пахового канала синтетической сеткой по Lichtenstein. Средний возраст – $54,75 \pm 16,39$ лет. Пациенты трудоспособного возраста (до 60 лет) составили 25 больных (58,13 %). Характеристика по возрасту: 18–30 лет – 4 больных (9,30 %); 30–60 лет – 21 больной (48,83 %); 60 и более лет – 18 больных (41,86 %). Характеристика по длительности заболевания: до 1 года – 7 больных (16,27 %); от 1 до 5 лет – 25 больных (58,13 %); более 5 лет – 11 больных (25,58 %).

Из приведенных данных следует, что группы больных сопоставимы по полу, возрасту, видам грыж, длительности заболевания.

Пациентам проведены объективные методы исследования. В раннем послеоперационном периоде оценивали состояние зоны вмешательства (наличие инфильтрата, сером, гематом, воспаления и нагноения) и органов мошонки. В сроки от 1-го месяца до 3 лет оценивали состояние послеоперационного рубца, паховую область осматривали на наличие или отсутствие рецидива, уточняли о дискомфорте в паховой области.

Способ пахового грыжесечения основной группы подробно описан в Дальневосточном медицинском журнале [2].

Способ пахового грыжесечения группы сравнения выполняли по стандартной методике «Lichtenstein».

Результаты и обсуждение

Продолжительность операции в ОГ в среднем составила 35 ± 5 минут. Срок пребывания больных ОГ в стационаре после операции в среднем составил $6,76 \pm 0,53$ суток. Интраоперационных осложнений, как и осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все пациенты осмотрены в срок от 1 месяца до 3 лет с момента операции: рецидива грыжи не отмечено.

Продолжительность операции в ГС в среднем составила 40 ± 10 минут. Срок пребывания больных ГС в стационаре после операции в среднем составил $6,66 \pm 0,62$ суток. Интраоперационных осложнений, как и осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все пациенты осмотрены в срок от 1 месяца до 3 лет с момента операции: рецидива грыжи не отмечено. В одном случае спустя 1 месяц с момента операции пациент, с его слов, ощущал наличие инородного тела в паховой области, в 3 месяца при осмотре таких жалоб не предъявлял.

Разница показателей длительности оперативного лечения согласно точному критерию Фишера составила 0,06005 ($p > 0,05$), статистически незначимое различие. Согласно полученным данным видно, что после применения разработанного способа оперативного лечения и способа Лихтенштейна не отмечено интраоперационных осложнений, осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Пациенты обеих групп достаточно быстро восстановили свою физическую активность в срок от 3 до 4 недель. Не отмечено выраженного болевого синдрома в обеих группах, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленном. Рецидив в обеих группах не отмечен.

Выявленные результаты показывают, что предложенный способ натяжной пластики, выполненный у пациентов с различными типами паховых грыж, не уступает операции Лихтенштейна по длительности

оперативного вмешательства, срокам пребывания в стационаре, срокам восстановления физической активности, по частоте послеоперационных осложнений и рецидивов. Разработанный способ пахового грыжесечения может быть применим наряду со способом Лих-

тенштейна у пациентов различных возрастных групп. Мы считаем, что хирург должен владеть различными видами пахового грыжесечения и уметь выбрать оптимальный способ пластики пахового канала [7, 12].

Выводы

1. Предложенный способ паховой герниопластики применим при паховых грыжах различных типов, так как при этом соблюдается золотой стандарт пахового грыжесечения – укрепление задней стенки пахового канала.

2. Предложенный способ паховой герниопластики, не уступает способу Лихтенштейна как по по-

длительности оперативного вмешательства, так и по срокам пребывания в стационаре и срокам восстановления физической активности.

3. Осложнений и рецидивов в обеих группах не наблюдалось, что позволяет использовать разработанный способ наряду с оперативным вмешательством по способу Лихтенштейна.

Литература

1. Алиев С.А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж // Вестник хирургии. – 2010. – Т. 169. – № 5. – С. 109-113.
2. Дергилев М.Б. Оптимизация хирургического лечения паховых грыж в условиях районной больницы // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 39-43.
3. Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Афонова Н.С., Чугунов В.С. и др. Медико-экономические подходы к выбору способа хирургического лечения паховых грыж в современных условиях страховой медицины // Вестн. экспер. и клин. хир. – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 10-18.
4. Поборский А.Н., Ашутаев Ш.Д. Оценка эффективности герниопластики на основе анализа «Заграта-Полезность» // Сибирский Научный Медицинский Журнал. – 2018. – Т. 38, № 2. – С. 27-32.
5. Подлужный В.И., Павленко В.В., Краснов О.А., Котов М.С., Старченков С.Б. // Результат девятилетнего применения полипропиленовых сетчатых эксплантатов в хирургии грыж живота. Медицина в Кузбасе. – 2006. – № 1. – С. 31-34.
6. Славин Л.Е., Алиуллова Р.Р., Борисова И.Ю., Чугунов А.Н. Влияние вида обезболивания на течение раневого процесса после оперативного лечения паховых грыж // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94, № 3. – С. 413-417.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Фёдоров Д.А. Современные методы хирургического лечения паховых грыж. – М.: Российская академия медицинских наук, 2003. – 28 с.
8. Федоров И. В. Герниопластика по Трабукко в лечении паховых грыж // Практическая медицина. –

2011. – № 49. – С. 96-98.
9. Шалашов С.В., Куликов Л.К., Егоров И.А., Михайлов А.Л., Буслаев О.А., Горбунов И.А., Манн Ю.В. Y-пластика при паховых грыжах // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, № 3. – С. 84-89.
10. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Bartsch D.K., Fendrich V., Koch O.O., Pointner R., et al. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized studies // Am. J. Surg. – 2013. – № 206 (2). – P. 245-252.
11. Kockerling F., Bittner R., Jacob D.A., Seidelmann L., Keller T., Adolf D., et al. TEP versus TAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia // Surg. Endosc. – 2015. – № 29 (12). – P. 3750-3760.
12. Koning G.G. The transinguinal preperitoneal hernia correction vs. Lichtenstein's technique; is TIPP top? // Hernia. – 2011. – № 1. – P. 19-22.
13. Lichtenstein I.L. [et al.] Twenty questions about hernioplasty // Am J Surg. – 1991. – Vol. 57, № 11. – P. 730-733.
14. Mukesh P., Praveen Sh., Patel G.R. Retrospective Study of Repair of Inguinal Hernia by Various Methods of Surgery, Comparing their Results and rate of Complications in the Teaching Institute of South Gujarat // Gujarat medical journal. – 2012. – Vol. 67, № 2. – P. 22-24.
15. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / Miserez M, Peeters E, Aufenacker T. [et al.] // Hernia. – 2014. – Apr; Vol. 18, № 2. – P. 51-163.

Literature

1. Aliev S.A. Evolution of methods of surgical treatment of inguinal hernia // Bulletin of Surgery. – 2010. – Vol. 169, № 5. – P. 109-113.
2. Dergilev M.B. Optimization of surgical treatment of inguinal hernias in a district hospital // Far Eastern Medical Journal. – 2018. – № 1. – P. 39-43.
3. Ivanov Yu.V., Panchenkov D.N., Afonina N.S., Chugunov V.S., et al. Medical and economic approaches to the choice of a method of surgical treatment of ingui-

- nal hernias in modern conditions of insurance medicine // Bulletin of Experimental and Clinical Medicine. – 2016. – Vol. 9, № 1. – P. 10-18.
4. Poborsky A.N., Ashutaev Sh.D. Evaluation of the effectiveness of hernioplasty based on cost-benefit analysis // Siberian Scientific Medical Journal. – 2018. – Vol. 38, № 2. – P. 27-32.
5. Podluzhny V.I., Pavlenko V.V., Krasnov O.A, Kотов M.S., Starchenkov S.B. The result of nine years of use



of polypropylene mesh explants in abdominal hernia surgery // *Medicine in Kuzbass*. – 2006. – № 1. – P. 31-34.

6. Slavin L.E., Aliullova R.R., Borisova I.Yu., Chugunov A.N. Influence of the type of anesthesia on the course of the wound process after surgical treatment of inguinal hernias // *Kazan Medical Journal*. – 2013. – Vol. 94, № 3. – P. 413-417.

7. Timoshin A.D., Yurasov A.V., Shestakov A.L., Fedorov D.A. Modern methods of surgical treatment of inguinal hernias. – M.: Russian Academy of Medical Sciences, 2003. – 28.

8. Fedorov I.V. Hernioplasty according to Trabucco in the treatment of inguinal hernias // *Practical Medicine*. – 2011. – № 49. – P. 96-98.

9. Shalashov S.V., Kulikov L.K., Egorov I.A., Mikhailov A.L., Buslaev O.A., Gorbunov I.A., Mann Yu.V. Y-plastic surgery for inguinal hernias // *Surgery News*. – 2013. – Vol. 21, № 3. – P. 84-89.

10. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Bartsch D.K., Fendrich V., Koch O.O., Pointner R., et al. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized

studies // *Am. J. Surg.* – 2013. – № 206 (2). – P. 245-252.

11. Kockerling F., Bittner R., Jacob D.A., Seidelmann L., Keller T., Adolf D., et al. TEP versus TAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia // *Surg. Endosc.* – 2015. – № 29 (12). – P. 3750-3760.

12. Koning G.G. The transinguinal preperitoneal hernia correction vs. Lichtenstein's technique; is TIPP top? // *Hernia*. – 2011. – № 1. – P. 19-22.

13. Lichtenstein I.L. [et al.] Twenty questions about hernioplasty // *Am J Surg.* – 1991. – Vol. 57, № 11. – P. 730-733.

14. Mukesh P., Praveen Sh., Patel G.R. Retrospective Study of Repair of Inguinal Hernia by Various Methods of Surgery, Comparing their Results and rate of Complications in the Teaching Institute of South Gujarat // *Gujarat medical journal*. – 2012. – Vol. 67, № 2. – P. 22-24.

15. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / Miserez M, Peeters E, Aufenacker T. [et al.] // *Hernia*. – 2014. – Apr; Vol. 18, № 2. – P. 51-163.

Координаты для связи с авторами: Держилёв Михаил Борисович – врач-хирург, зав. отделением КГБУЗ «Ульчская районная больница».



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-4-5>

УДК 616-002.3-002.1-026.564-018-057.36.07-089

А.Н. Коваль^{1,2}, Н.В. Ташкинов¹, А.И. Хоменко¹, Н.А. Колпаков¹, Ю.А. Сапожников¹,
С.Е. Банкрашков¹, И.В. Рачковский², С.Н. Булавинов^{1,2}

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСКУССТВЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ИНИЦИИРОВАННЫХ ВВЕДЕНИЕМ ЖИДКИХ УГЛЕВОДОРОДОВ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru;
²301 Военный клинический госпиталь, 680028, ул. Серышева, 1а, г. Хабаровск

Резюме

Изучены особенности искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (ИГВЗМТ), вызванных введением жидких углеводов. Проведён сравнительный анализ местных дооперационных и интраоперационных проявлений у 19 пациентов с ИГВЗМТ-1, вызванных введением жидких углеводов, и 156 пациентов ИГВЗМТ-2, вызванных введением ротовой жидкости. При ИГВЗМТ-1 при местном осмотре статистически значимо ($p < 0,05$) чаще по сравнению с ИГВЗМТ-2 наблюдался некроз кожи (соответственно 42,1 % и 14,1 %) и отслойка эпидермиса (31,6 % и 12,2 %), и статистически значимо реже ($p < 0,05$) – крепитация при пальпации (10,5 % и 64,1 %). Во время операции у всех больных с ИГВЗМТ-1 наблюдался характерный запах нефтепродуктов и не наблюдались симптомы анаэробной инфекции, таких как газообразование, неприятный запах из раны, характерный вид экссудата и некроз, которые наблюдались у всех больных с ИГВЗМТ-2. При искусственных гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей, вызванных введением жидких углеводов, не наблюдаются характерные для ИГВЗМТ, вызванных введением ротовой жидкости, признаки анаэробного поражения мягких тканей.

Ключевые слова: искусственные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, углеводороды.