

# ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ И ЕГО РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Никоненко А. С., Завгородний С. Н., Русанов И. В., Головкин Н. Г., Клименко А. В.,  
Охрименко Г. И., Белай А. И., Децьк Д. А., Гайдаржи Е. И.*  
*Запорожский государственный медицинский университет*

Выбор метода пластики при паховой грыже остаётся актуальным в связи со значительной частотой этого заболевания (4–10% от общего числа оперативных вмешательств) [1, 2, 3]. В последние годы изменились принципы и методы лечения больных с грыжей различной локализации, это обусловлено широким внедрением в клиническую практику принципа пластики грыж «без натяжения» («tensionfree»), что привело к сокращению числа неудачных герниопластик [5, 6]. Результаты рандомизированных исследований, проведенных в США и в странах Западной Европы, по применению синтетических имплантатов, свидетельствуют об их значительных преимуществах. В месте с тем, на фоне успехов герниологии общая эффективность лечения паховой грыжи остаётся невысокой. По-прежнему сохраняется высокий процент рецидивов – до 10% после первичной и до 25% после повторной герниопластики. В то же время имеются работы, в которых описаны случаи неудачной имплантации протеза, изменения его свойств *in vivo* с последующей миграцией протеза. Основная причина неудачных результатов при хирургическом лечении паховых грыж – это «универсализация» методик, чрезмерная увлечённость имплантационными способами, в том числе и лапароскопической методикой. Такой подход лишает пациента возможности получить адекватную хирургическую помощь. В связи с этим пластика как синтетическим имплантатом (метод Лихтенштейна, Трабукко, Руткова–Робинсона, Жильберта, Моранаи др.), так и собственными тканями, требуют индивидуального подхода и выбора метода пластики в зависимости от типа паховой грыжи [1, 4].

## Цель

Целью данного исследования явилось обоснование дифференцированного подхода к выбору хирургического метода лечения паховой грыжи.

## Материалы и методы

Анализируются результаты лечения 207 больных с паховой грыжей. Возраст пациентов был от 18 до 80 лет, в среднем  $52 \pm 2,3$  года. Мужчин

было 199(96,1%), женщин 8(3,9%).

Во всех больных паховая герниопластика заключалась в укреплении задней стенки пахового канала.

Плановые оперативные вмешательства проводились после предварительного обследования пациентов. Обследование включало: лабораторную диагностику, фиброгастроуденоскопию, электрокардиографию, флюорографию, осмотр уролога.

Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование пахового канала на аппарате УЗС SIMENS Sonoline SL-1. Изучались следующие параметры: длина пахового канала, высота пахового промежутка, диаметр внутреннего пахового кольца, расположение грыжевого дефекта. Данные дооперационного ультразвукового исследования во всех случаях соответствовали данным интраоперационного измерения. Использовали классификацию грыж по типам, предложенную Жильбертом–Рутковым.

Показанием для применения синтетического протеза явились:

- III, IV, VI тип грыж;
  - VIII тип являлся абсолютным показанием к применению синтетического протеза;
  - пациентам до 30 лет с паховыми грыжами I, II, V типа – пластика дефекта выполнялась местными тканями;
  - в случае отказа пациента от синтетического протеза, выполняли пластику паховой грыжи по методу Shouldice, Кукуджанова или Postempski;
- Пластика местными тканями выполнена у 109(52,6%) больных, из них по способу Кукуджанова у 38(34,9%), по Postempski у 59(54,1%), по Shouldice у 12 (11,0%) больных (рис. 1).

Герниопластика полипропиленовой сеткой применена у 98(47,4%) больных. Из них преперитонеальный способ по Nyhus применяли у 12(12,2%), по Rives у 20(20,4%), передняя пластика по Lichtenstein у 62(63,4%), видеоассистированная преперитонеальная герниопластика (ВПГ) – у 4(4,1%) пациентов (рис.2). Двусторонняя одномоментная герниопластика полипропиленовым имплантатом выполнена 10(10,2%) больным. По поводу рецидивной грыжи оперировано 7(7,1%) пациентов. У 96% больных при-

менялиперидуральную анестезию. Для профилактики тромбозомболических осложнений всем пациентам назначали низкомолекулярные гепарины в соответствующих дозировках. У 2(0,9%) больных выполнена операция Троянова.

### Результаты исследования

Анализ непосредственных результатов лечения больных с паховой грыжей показал, что идеальных методов пластики пахового канала не существует. Для каждого способа герниопластики характерны определённые послеоперационные осложнения. При герниопластике местными тканями чаще наблюдали гнойно-септические осложнения (5 пациентов, 4,5%), это значительно превышало частоту гнойно-септических осложнений при использовании синтетических имплантатов (1 больной, 1%).

При использовании синтетического протеза чаще определяли ретенционные осложнения (серома, гематома), у 5(5,1%) пациентов. Нами отмечено, что при герниопластике по Lichtenstein ретенционные осложнения наблюдаются чаще, у 4 пациентов (4,1%), чем при выполнении преперитонеальных методик, 1 пациентов (1,0%).

Отёк яичка и семенного канатика при различных видах герниопластики достоверно не различалась (2 больных, 2,1%) (Табл. 1). Это осложнение связано с техническими дефектами выполнения самой пластики и не зависит от выполняемых методик.

Длительный паховый дискомфорт чаще отмечался у пациентов оперированных по методу Lichtenstein у 4 больных (4,1%). Сроки возникновения этого осложнения варьировали от 7 дней до 6–7 месяцев.

### Обсуждение

Проведенные исследования позволяют заключить, что лечение паховой грыжи должно заключаться в укреплении задней стенки пахового канала, при этом невозможно отдавать предпо-

чтение какой-либо определённой методике герниопластики. Необходим дифференцированный подход к выбору метода укрепления задней стенки пахового канала. Среди способов пластики местными тканями оптимальным считаем методики Кукуджанова, Postempski и Shouldice. Показанием для выполнения этих методик является сохранная задняя стенка пахового канала, небольшие косые паховые грыжи, а также ущемлённые паховые грыжи, в случае отсутствия протезного материала.

Герниопластика по Lichtenstein показала высокую эффективность и простоту выполнения операции при паховой грыже. Операция не является универсальной, по степени травматичности её можно сравнить с преперитонеальной пластикой. Согласно нашим исследованиям наличие рецидивной грыжи и при грыжах III, IV, VI типа, предпочтительно выполнять преперитонеальную пластику. Эта пластика особенно эффективна при рецидивных грыжах, и не требует повторного вмешательства со стороны пахового канала, тем самым, снижая риск повреждения подвздошно-пахового нерва и структур семенного канатика.

Отдалённые результаты изучали путём повторных осмотров в сроки 1 до 3 лет. Рецидив грыжи, при пластике пахового канала собственными тканями возник у 11(10,1%) больных. При использовании синтетического протеза рецидив грыжи выявлен у одного больного (1%) вследствие его миграции. Одним из недостатков передней пластики по Lichtenstein является чувство инородного тела при физической нагрузке. Этого осложнения не наблюдали при преперитонеальной пластике.

Наш опыт оперативного лечения паховых грыж подтвердил эффективность и безопасность подобных операций в стационарах одного дня. Это позволяет активизировать пациента в первые послеоперационные сутки и не требует длительного назначения инъекционных форм анальгетиков. При рецидивной паховой грыже операция во всех случаях является травматичной, поэтому мы применяли преперитонеальные методики. Наиме-

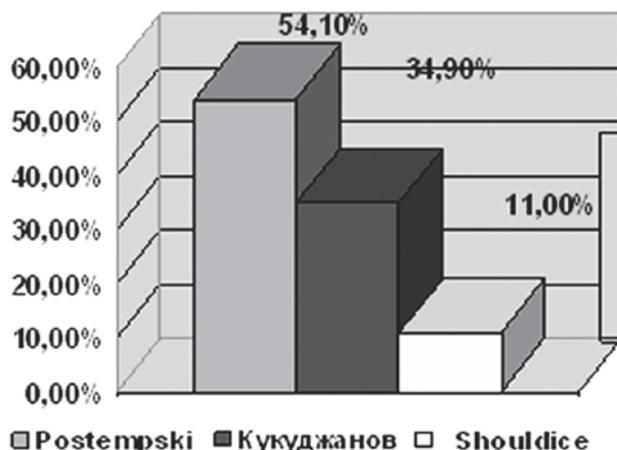


Рис. 1 Пластика местными тканями

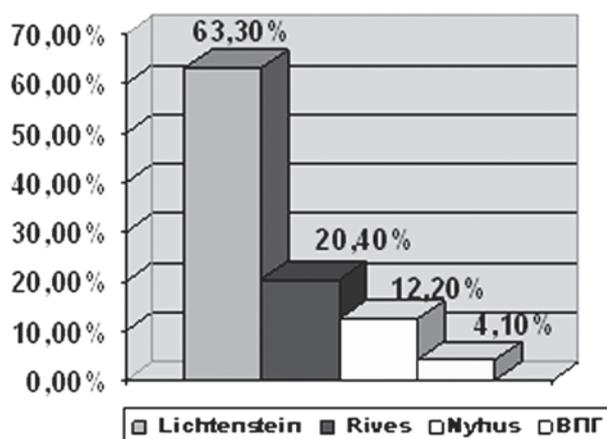


Рис. 2 Пластика полипропиленовой сеткой

нее травматично выполнение лапароскопической герниопластики, но использование этого метода не всегда возможно. Для её выполнения требуется специальное эндоскопическое оборудование, которое недоступно многим хирургическим стационарам. Альтернативой лапароскопических методик являются открытые способы преперитонеальной пластики. При этих методиках сроки реабилитации пациентов после операции, несмотря, на некоторую травматичность операции, не отличаются от таковых при операции Lichtenstein.

Таким образом, полученные нами результаты обусловлены дифференцированным подходом при выборе метода оперативного лечения паховой грыжи.

### Выводы

1. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения больных с паховой грыжей и соблюдения принципа не натяжной герниопластики позволяет значительно улучшить как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения больных, сократить сроки нетрудоспособности и снизить количество послеоперационных рецидивов.

2. Герниопластика синтетическим протезом значительно реже сопровождается рецидивом

грыжи по сравнению с герниопластикой местными тканями.

3. Выбор способа пластики определяется степенью повреждения задней стенки пахового канала и необходимостью выполнения двусторонних вмешательств. Пластика местными тканями целесообразна лишь у молодых пациентов с сохранённой задней стенкой пахового канала.

4. При выполнении паховой герниопластики при рецидивных грыжах предпочтение следует отдавать преперитонеальным способам укрепления задней стенки пахового канала.

### Перспективы

1. Дополнительного изучения требует вопрос адаптации полипропиленового протеза в преперитонеальном пространстве. Это позволит разработать методы профилактики миграции протеза и уменьшить количество пациентов с паховым дискомфортом.

2. Изучить возможности применения открытой преперитонеальной герниопластики в общехирургических стационарах.

3. Разработать методы профилактики повреждения структур семенного канатика и пахового канала при выполнении оперативных вмешательств по поводу рецидивной грыжи.

Таблица 1

Сравнительная характеристика осложнений при пластике паховой грыжи

Осложнения	Вид пластики		
	Пластика собственными тканями (n=109)	Пластика с применением полипропиленовой сетки (n=98)	
		Lichtenstein (n = 62)	преперитонеальные методики (n = 36)
Гнойно-септические	5(4,6%)	1(1%)	
Ретенционные осложнения (серома, гематома)	0	4(4,1%)	1(1%)
Отёк яичка и семенного канатика	5(4,6%)	2(2%)	0
Длительный паховый дискомфорт	0	4(4,1%)	0
Рецидив грыжи	11(10,1%)	1(1%)	0
Итого	21(19,3%)	12(12,2%)	1(1%)

### Литература

1. Белянский Л. С., Манойло Н. В. Сравнительная оценка современных методов открытой пластики пахового канала с применением синтетических протезов // Клінічна хірургія. – 2002. – № 11– 12. С.7.
2. Андрущенко В. П., Бісярін Ю. В., Кущнір М. І. Структурні зміни тканин передньої черевної стінки як чинник визначення методу герніопластики післяопераційних вентральних гриж // Хірургія України. – 2011. – № 3(39). С. 3–5.
3. Білянський Л. С., Перехрестенко О. В., Свісенко О. В., Давіденко Н. Г. Порівняльний аналіз методів відкритої лапароскопічної алопластики пахвинного каналу // Хірургія України. – 2011. – № 3(39). С. 3–5.
4. Саенко В. Ф., Белянский Л. С., Мануйло Н. В. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки // Клінічна хірургія. – 2001. – № 6. – С. 59–64.
5. Gilbert A. J. An anatomical and function classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia // Amer. J. Surg. – 1989. – Vol. 157. – P. 331–337.
6. DeBord J. R. The historical development of prosthetics in hernia surgery // Surg. Clin. N. Amer. – 1998. – Vol. 78. – P. 1089–1102.

## CHOICE OF METHOD OF THE INGUINAL HERNIA REPAIR, AS METHOD OF PROPHYLAXIS OF POSTOPERATIV COMPLICATIONS

*Nikonenko A. S., Zavgorodniy S. N., Rusanov I. V., Golovko N. G., Detsyk D. A.*  
*Zaporozhia State Medical University*

The results of treatment are analysed 207 patients with inguinal hernia. Age of patients was from 18 to 80, on the average  $52 \pm 2,3$  years. The plastic arts are executed local fabrics in 109(52,6%) patients. Inguinal hernia repair with the mash of polypropylene maked in 98(47,4%) patients. Bilateral non-permanent inguinal hernia repair executed polypropylene implantatom 10(10,2%) by a patient. Concerning recurrent inguinalhernia operated 7 patients. In 96% patients were applied periduralanaesthesia. The comparative analysis of complications were conducted at the different methods of inguinal hernia repair, advantages of preperitonealmethods of treatment of inguinal hernia are rotined.

**Keywords:** inguinal hernia, operative treatment, postoperation complications.