

УДК 616-007.43:617.557

*В.В. Жебровский, В.В. Кисляков, С.Н. Воровский***О РЕЦИДИВАХ ПОСЛЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО СПОСОБУ LICHTENSTEIN I***Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского*

В статье приведен анализ лечения 508 больных с паховыми грыжами по методу Lichtenstein I, и изученные причины возникновения рецидивов заболевания. Все больные были разделены на две группы: первая – с первичными паховыми грыжами (461 больных), вторая – рецидивными и рецидивирующими грыжами (47 больных). В первой группе рецидивы возникли в 1,5% пациентов, во второй группе рецидивы обнаружены в 4,3%. Причинами рецидивов представляются технические ошибки хирургов, гнойно-воспалительные осложнения в послеоперационном периоде, аутоиммунные реакции на имплантат. Повторные оперативные вмешательства при рецидиве после пластики Lichtenstein I в большинстве случаев не нуждаются в удалении имплантатов. Но при возникновении аутоиммунной реакции возникают трудности в проведении пластики пахового канала из-за отсутствия пластичного материала.

Ключевые слова: паховая грыжа, операция, рецидив.

Результаты лечения паховых грыж классическими (натяжными) методами не могут в полной мере удовлетворить как больных, так и хирургов. Рецидивы в среднем составляют до 10% при простых формах и до 30% – при сложных [1-4].

Изучению данной проблеме посвящено огромное количество исследований и публикаций, предложено множество способов операций, созданы современные синтетические материалы, благодаря которым появились и новые способы. В настоящее время, одним из них стал способ Lichtenstein I, являющийся «золотым стандартом» паховой герниопластики известный с 1989 года. Способ достаточно прост в техническом исполнении, в большинстве случаев не требует общего обезболивания, обеспечивает низкий процент рецидивов, быстрое восстановление трудоспособности пациентов в кратчайшие сроки.

Однако, поголовное увлечение данным способом Lichtenstein I, без учета вида грыжи, её размеров, выявляемых изменений в паховом канале, возраста и пола пациента исключает принцип индивидуального подхода к лечению больных с паховыми грыжами. Следует также заметить, что не исключается возникновение местной и системной воспалительной реакции на наличие имплантата, что в лучшем случае проявляет себя серомой, а в худшем — нагноением. Многих авторовстораживают такие изменения, как: сокращение или растяжение

протеза, его «сигарообразная деформация», миграция, образование пролежней и др. [4]. В последние годы уже отмечены случаи аутоиммунного ответа на имплантат, что требует повторного оперативного вмешательства, включающего полное удаление имплантата с окружающими рубцово-изменёнными тканями и лигатурами. Это приводит к большой травматизации структур пахового канала и пахового дна, вплоть до их полного разрушения. В таких случаях вопрос о повторной пластике становится крайне проблематичным.

Цель исследования – изучить причины рецидивов после паховой герниопластики по способу Lichtenstein I и на основании полученных данных разработать алгоритм выбора оптимальной операции в зависимости от вида грыжи, выявляемых в ходе операции особенностей хирургической анатомии пахового канала.

Материал и методы

Изучен опыт применения пластики пахового канала по способу Lichtenstein I у 508 больных за 5 лет (с 2004 по 2008 годы). Все мужчины в возрасте от 18 до 78 лет. Рецидивы отмечены у 9 (1,9%) пациентов.

Способ был применён у больных при сложных формах паховых грыж: косые грыжи больших размеров с выпрямленным паховым каналом, рецидивные и многократно рецидивирующие. 79% больных были оперированы под местной анестезией, 15% – под местной ане-

стезией в сочетании с нейролептоанелгезией, остальные – под сминозговой анестезией.

Все больные были разделены на две группы. В первую группу (461 человек – 90,7%) вошли больные, которым герниопластика выполнялась по поводу первичной паховой грыжи. Вторую группу (47 человек – 9,3%) составили пациенты оперированные по поводу рецидивных и многократно рецидивирующих паховых грыж.

Результаты и обсуждение

Рецидивы возникли в ближайшие сроки (3-4 месяца) после операции. Причём, их появление больные не связано ни с физической нагрузкой, ни с какими либо состояниями сопровождающимися повышением внутрибрюшного давления. Это даёт право думать о технических ошибках в ходе операции.

В первой группе больных после пластики по Lichtenstein I, рецидивы установлены у 7 больных (1,5%). В ходе оперативного вмешательства наиболее выраженные рубцово-дистрофические изменения структур пахового канала были выражены в области апоневроза наружной косой мышцы живота, семенном канатике и в области внутренней косой мышцы живота в местах фиксации трансплантата. Медиальный рецидив выявлен у 5 больных, латеральный – у 1. Ещё у одного больного отмечено отхождение сетки начиная от лонного бугорка и на всем протяжении пупартовой связки (трансплантат был фиксирован непрерывным проленовым швом). Данный случай мы расценили как прямой полный рецидив.

У пациентов с медиальным рецидивом грыжевой мешок инвагинировался под трансплантат, который заново фиксировался отдельными швами в стандартных точках фиксации.

При латеральном рецидиве во время повторной герниопластики требовалось выделение грыжевого мешка из окружающих тканей и элементов семенного канатика, для чего производили незначительное рассечение сетки в области внутреннего отверстия пахового канала. После вскрытия мешка, производилась мануальная ревизия задней стенки пахового канала. В данном случае, последняя была состоятельна. Грыжевой мешок был ушит, заново сформировано внутреннее отверстие.

Рубцово измененные края апоневроза наружной косой мышцы живота были сшиты между собой отдельными узловыми швами по типу способа Postempsky.

У больного с прямым полным рецидивом произведено удаление непрерывного проленового шва, выделен и вскрыт грыжевой мешок (скользящая грыжа сигмовидной кишки), прошит изнутри кисетным швом. Стенки мешка иссечены. Поперечная фасция ушита. Учитывая частичное разрушение пупартовой связки, был выделен подвздошно-лонный тяж к которому, начиная от лонного бугорка была заново фиксирована полипропиленовая сетка отдельными узловыми швами.

Течение послеоперационного периода у всех больных протекало без осложнений. В сроки 1-2 года повторных рецидивов у больных данной группы не обнаружено.

Во второй группе больных (47), рецидив отмечен у 2 больных (4,3%). В ходе повторных операций возникли значительные трудности из-за грубых рубцово-дистрофических изменений в тканях и изменённой анатомии пахового канала. У одного больного после поэтапной чёткой анатомической препаровки выявлен прямой полный рецидив. Трансплантат не был фиксирован к надкостнице лонного бугорка, его латеральный край полностью отошёл от пупартовой связки, которая полностью разрушена и не могла служить опорой для швов. Сам трансплантат выглядел деформированным, его размеры не позволяли использовать его для новой реконструкции пахового канала. Трансплантат удалён. Произведена пластика пахового канала новым трансплантатом размером 8×12 см. с фиксацией его к выделенному подвздошно-лонному тяжу от лонного бугорка до внутреннего отверстия с формированием последнего. Противоположный край был подшит сзади внутренней косой и поперечной мышцами с захватом в шов сохранившейся части поперечной фасции. Апоневроз наружной косой мышцы ушит отдельными узловыми швами. В раннем послеоперационном периоде у больного в течении 8 суток сохранялись отёк мошонки и семенного канатика. Проведена антибактериальная терапия, физиотерапия с положительным эффектом. При контрольном осмотре через 6, 9

месяцев и через 1,5 года рецидива нет. Имелись незначительные болевые ощущения по типу пахово-генитальной невралгии.

Второй больной (72 лет) ранее оперирован 4 раза. В плановом порядке больному произведено паховое грыжесечение, с пластикой по Lichtenstein I. В раннем послеоперационном периоде у больного наблюдалась общая гипертермия, местно – инфильтрация тканей послеоперационной раны. Проводимые лечебные мероприятия с положительным эффектом. Был выписан на 12 сутки в удовлетворительном состоянии. Через 2 недели госпитализирован с диагнозом — абсцесс послеоперационного рубца. Произведено вскрытие абсцесса, заживление раны вторичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 18 сутки. В последующем через 2 месяца госпитализирован вновь с диагнозом: лигатурные свищи послеоперационного рубца. Консервативными методами острые воспалительные явления купированы. В плановом порядке оперирован - после прокрашивания свищевых ходов иссечен старый послеоперационный рубец. При поэтапном иссечении тканей свищевых ходов, выявлены массивные гнойно-некротические процессы вокруг трансплантата, некрозы участков апоневроза и внутренних мышц. Трансплантат полностью удалён, воспалительно-изменённые ткани иссечены. Произведена тщательная санация раны. При дальнейшей ревизии имеется грыжевой дефект в виде пролабирования задней стенки пахового канала размерами 3х6 см. Выполнена многослойная аутопластика пахового канала с сквозным проточным дренированием. В послеоперационном периоде проведена массивная антибактериальная терапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия. Заживление раны первичным натяжением. Выписан на 23 сутки с момента операции. Осмотрен через 1 год – умеренная слабость передней брюшной стенки по ходу послеоперационного рубца, атрофия яичка на стороне операции, грыжевого дефекта не определяется.

Выводы

Рецидивы после паховой герниопластики по способу Lichtenstein I у больных с первичными паховыми грыжами наблюдаются в 1,5% случаев, а у больных с рецидивными и много-

кратно рецидивирующими паховыми грыжами – 4,3% случаев.

Причинами рецидивов при данном способе по нашему мнению являются: технические ошибки хирургов; гнойно-воспалительные осложнения в раннем послеоперационном периоде, которые возможно связаны и с развитием аутоиммунной реакции на имплантат.

В большинстве случаев, при рецидиве грыжи после пластики по способу Lichtenstein I не требуется удаление трансплантата. Необходимость в этом возникает при наличии воспалительных изменений в ответ на имплантацию.

При повторной операции после пластики по Lichtenstein I резко увеличивается вероятность повреждения элементов семенного канатика из-за сложности дифференцировки последнего в рубцово-изменённых тканях.

ПРО РЕЦИДИВИ ПІСЛЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПО СПОСОБУ ЛІХТЕНШТЕЙН І

В.В. Жебровський, В.В. Кисляков, С.М. Воробський

В статті наведено аналіз лікування 508 хворих з пахвинними грижами по методу Lichtenstein I, та вивчені причини виникнення рецидивів захворювання. Всі хворі були поділені на дві групи: перша – з первинними пахвинними грижами (461 хворих), друга – рецидивними та багаторецидивуючими грижами (47 хворих). У першій групі рецидиви виникли у 1,5% пацієнтів, у другій групі рецидиви виявлені у 4,3%. Причинами рецидивів являються технічні помилки хірургів, гнійно-запальні ускладнення у післяопераційному періоді, аутоімунні реакції на імплантат. Повторні оперативні втручання при рецидиві після пластики Lichtenstein I у більшості випадків не потребують видалення імплантатів. Але при виникненні аутоімунної реакції виникають труднощі у проведенні пластики пахвинного каналу із за відсутності тканин навколо як у самого хворого, так відсутність пластичного матеріалу.

Ключові слова: пахвинна грижа, операція, рецидив.

RECURRENTS AFTER INGUINAL HERNIOPLASTY BY LICHTENSTEIN'S I METHOD

V.V. Gebrovskiy, V.V. Kislakov, S.N. Vorovsky

Treatment analysis of 508 patients with Lichtenstein I inguinal hernia repair is performed in the article. Reasons of hernia recurrences are studied. All patients were divided on two groups: first – with primary inguinal hernia (461 patients), second – with recurrent and multiply recurrent hernia (47 patients). In the first group recurrence rate made up 1.5%, in the second group – 4.3%. Reasons of hernia recurrences are: surgeons' technical mistakes, pyoinflammatory complication in a postoperative period, autoimmune reactions on an implant. Reoperations for recurrences after Lichtenstein I repair don't need implants removal in most cases. But in case of autoimmune reactions certain difficulties in a plasty performing are revealed,

due to a lack of patient`s tissues and plastic material.

Key words: inguinal hernia, operation, recurrence.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подергин А.В. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой. / А.В. Подергин, В.Л. Хальзов // *Герниология*. – 2007. – № 2. – С. 22-24.
2. Ждановский В.В. Лечение паховых грыж: поиск оптимальных путей решения проблемы. / В.В. Ждановский, В.Г. Шаляпин, Н.И. Понамарёв, А.В. Шпичка // *Герниология*. – 2007. – № 4. – С. 31-34.
3. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота. / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко — Симферополь: Изд. Центр КГМУ, 2004. – 315с.
4. Саенко В.Ф. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи. / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, А.С. Лаврик, А.А. Пустовит // *Герниология*. – 2007. – № 3. – С. 38-40.
5. Туркина Н.В. Современные варианты паховой герниопластики у больных пожилого и старческого возраста. / Н.В. Туркина, В.В. Жолтиков // *Герниология*. – 2007. – № 3. – С.32-34.

Стаття надійшла 22.02.2011