

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПАХОВОЙ СВЯЗКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Б.А. Мизаушев, А.Н. Кумышев

Кафедра госпитальной хирургии
Медицинский факультет
Кабардино-Балкарский государственный университета.
ул. Чернышевского, 173, Нальчик, 360004

С внедрением новых методов технологий, применением современных пластических и шовных материалов при лечении паховых грыж уменьшились количество рецидивов и послеоперационных осложнений.

Одним из методов лечения является натяжная герниопластика, заключающаяся в многослойном пришивании мышц и апоневроза к паховой связке. Основные недостатки этого метода — выраженный болевой синдром, длительный срок реабилитации (1,5—2 месяца) и частые рецидивы заболевания. Согласно статистике количество таких рецидивов колеблется от 3% до 14% и зависит от правильности выбора метода операции с учетом индивидуальных особенностей пациента и функционального состояния тканей организма.

Вышеперечисленных недостатков лишена ненатяжная герниопластика (Lichtenstein), которая на сегодняшний день является «золотым стандартом» в лечении паховых грыж. Данная методика может применяться при любых паховых грыжах вне зависимости от размеров, формы, возраста и пола пациента. В ходе такой операции сетчатый трансплантат пришивается в виде заплатки к анатомически и функционально полноценным тканям организма специальной нерассасывающейся нитью. На сетку укладывается семенной канатик (у мужчин) или круглая связка (у женщин) и над ним сшивается край в край сухожильная часть наружной косой мышцы живота. Пришитый без натяжения сетчатый трансплантат предохраняет линию швов от перерастяжения. Число рецидивов после применения данного способа герниопластики не превышает 1%. Однако проблемы встречаются и при пер-

вично, и при многократно рецидивирующих грыжах. После этих вмешательств и разных методов пластик у больных наступает истончение паховой связки, апоневроза, мышц и нет возможности прочной фиксации сетчатого эндопротеза к местным тканям. В итоге после герниопластики при таком состоянии местных тканей рецидив достигает 5—6%.

В основу нашего исследования вошла разработка метода моделирования паховой связки полипропиленовой сеткой с прочным фиксированием сетчатого эндопротеза в условиях выраженного истончения местных и отсутствия других анатомически и функционально полноценных тканей организма.

В хирургическом отделении городской клинической больницы № 1 и хирургическом отделении № 2 Республиканской клинической больницы г. Нальчика в период с 1985 по 2010 годы выполнены 2958 операций по поводу паховых грыж. Из них 2165 операций произведены в период до 2000 года. В этот период, как при первичных, так и при повторных вмешательствах, нами использовались натяжные методы герниопластики. Рецидив грыжи был выявлен у 17,4% больных. С 2001 по 2010 годы при паховых грыжах выполнены 793 операции. В 607 (76,5%) случаях производилась ненатяжная герниопластика с использованием сетчатых эндопротезов. Использование ненатяжных методов герниопластики позволило снизить число рецидивов заболевания с 17,4% до 2,6%. Вместе с тем при хирургическом лечении однократно или многократно рецидивировавших паховых грыж мы встретились со значительными трудностями, связанными с истончением, разволокнением, деформацией, а зачастую и полным отсутствием важных анатомических образований, в том числе и паховой связки, которые не позволяли выполнить надежную герниопластику с использованием сетчатых эндопротезов. Это привело нас к разработке нового метода герниопластики при рецидивных паховых грыжах путем моделирования паховой связки из полипропиленовой сетки.

Метод состоит в следующем. Послеоперационный рубец иссекался, выделялся грыжевой мешок и семенной канатик (у мужчин). Грыжевой мешок вскрывали, выделяли до шейки и удаляли. Реконструкция истонченной, разволокненной, бесформенной паховой связки заключалась в создании плотного двухслойного тяжа из полипропиленового протеза, который фиксировался узловыми швами вверху к передней верхней подвздошной ости, внизу — к Куперовой связке и к крылу подвздошной кости. Формировался крепкий тяж, заменяющий паховую связку. По величине грыжевых ворот выкраивали полипропиленовую сетку, которую подшивали нерассасывающейся монофиламентной нитью к моделированной паховой связке. Дальнейшая герниопластика осуществлялась, как правило, по методу Lichtenstein.

Моделирование паховой связки мы произвели у 34 больных с однократно и многократно рецидивировавшими паховыми грыжами.

Все 34 больных после операции находятся под наблюдением в течение 1—3 лет без жалоб и без рецидивов паховой грыжи.

MODELLING OF INGUINAL LIGAMENT IN THE SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT INGUINAL HERNIAS

B.A. Mizaushev, A.N. Kumishev

Faculty of hospital surgery
Medical faculty
The Kabardino-Balkarian state university
Chernyshevskogo str., 173, Nalchik, 360004

In work the analysis of results of surgical treatment of 2958 patients with the inguinal hernias by which tension and not tension methods of hernioplastic were made is spent. Relapse of a hernia at tension methods of hernioplastic has made 17,4%, not tension — 2,6%. At primarily and repeatedly relapsing inguinal hernias when after numerous interventions and various methods plastic, at patients comes thinning of inguinal ligament, aponeurosis, muscles, even performance not tension of hernioplastic is accompanied by relapse at 11,7% of patients. With the purpose of improvement of results of surgical treatment recurrent of inguinal hernias authors develop a technique of modelling inguinal ligament polypropylene endoprosthesis, allowing to receive good results, both in the nearest, and in remote postoperative the periods.

Key words: the inguinal hernia, relapse, the inguinal ligament, modelling of the inguinal ligament.