

## ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ И ПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

*Мамадалиева М. К, Асамов К.Р*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

### Аннотация

Представлен опыт герниопластики по Лихтенштейну, выполненной 134 больным с различными вариантам паховых грыж. Из них 104 больным была произведена пластика пахового канала по классической методике Лихтенштейна, 30 – пластика по Постемскому. По нашим данным улучшение результатов лечения связываем с уменьшением натяжения и ишемизации сшиваемых тканей с сетчатым эндопротезом. Рецидивы в основной группе больных составили 1,4%, в контрольной 2,2%.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, герниопластика по Лихтенштейну.

### LIHTENSHTEIN HERNIOPLASTY AT INGUINAL HERNIA

Authors present the Lihtenshtein hernioplasty experiment performed on 134 with different variants of inguinal herminas. Inguinal canal plastic surgery on Lihtenshtein method was made for 104 patients, 30 - of method Postemsk

A better cure result, on authors opinion, is due to decrease of tension and ischemia of sewing tissues with mesh implant. Relapses in basic group of patients is 0,2%, in controlled group is 1,5%.

**Key words:** inguinal hernia, Lihtenshtein hernioplasty.

Грыжесечения и пластика при паховых грыжах является наиболее часто выполняемой операцией в хирургических отделениях и составляет 10-12% от общего числа оперативных вмешательств. В структуре грыж передней брюшной стенки паховые грыжи занимают первое место, что составляет 75-80% от всех грыже носителей.

Многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов установлена что ведущее значение в формирование грыж является слабость задней стенки пахового канала, расширения поперечной фасции наряду с размерами дефекта мышечно-апоневротических структур.

Существование многочисленные способы пластики пахового канала и улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж не удовлетворяет исследователей, что вероятность рецидива после грыжесечение является все еще актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии.

При сложных формах паховых грыж необходимость укрепления задней стенки признается почти всеми хирургами, но мнения расходятся при выборе способа пластики, который конкретизируется в зависимости от возраста, размеров глубокого пахового кольца, степени изменений поперечной фасции мышц паховой области.

Хирурги нашей республики и СНГ придерживаются традиционной классификации паховых грыж с разделением их на косые и прямые, скользящие, которые в свою очередь подразделяются на первичные, рецидивные и рецидивирующие и при различных вариантах грыж выполняют пластику как задней, так и передней стенок. В последние годы данная методология пересмотрена, патогенетически обоснованной считается укрепление задней стенки пахового канала как при косой, так и при прямой грыжах.

С появлением новых синтетических материалов для имплантации широкое признание получили безнатяжные методики грыжесечения, особенно пластика по Лихтенштейну. Но, в период внедрения и освоения данного метода появляются вопросы, связанные с техническим исполнением, осложнениями и рецидивами, что требует анализа и совершенствования метода.

#### **Материал и методы**

В клинике хирургии грыжесечение по безнатяжной методике с использованием полипропиленовой сетки выполняется с 1996г. За с 2018 - 2019 годы оперировано 134 больных. По методике Лихтенштейна выполнено 104 грыжесечений (основная группа больных), и 30 больным произведена пластика по Постемскому (контрольная группа) Все больные оперированы в плановом порядке. При анализе результатов лечения больных данной группы были выявлены ряд осложнений. Возникновение сером, наличие инфильтратов в области операционных ран.

По нашему мнению, развитию этих осложнений во многом способствует ишемия мягких тканей, возникающая при использовании традиционной методики. Кроме того, в случае больших пахово-мошоночных грыж, восстановление наружного пахового кольца сопровождается чрезмерным натяжением тканей, обуславливая в послеоперационном периоде выраженный болевой синдром при применении пластика по Постемскому. Учитывая эти недостатки, с 2019г. все плановые операции - паховые~грыжесечения производятся по без натяжной методике сеткой эндопротезом по Лихтенштейну.

В работе нами используется классификация Е.М.Nichus (1998), позволяющая учитывать патогенез и топографо-анатомические

характеристики возникновения грыж. По данной классификации больные в основной и контрольной группах распределились следующим образом: 1 типа- 6 человек, 2 типа- 12, 3А типа 81, 3В типа- 53, Мужчин было

123 (91,7 %) , женщин 11 (8,2%). Средний возраст больных составил  $48 \pm 3,5$ г. Больные обеих групп были сопоставимыми по возрасту, полу, по классификации Е.М. Nichus. являлись сравнимыми. При обследовании больных использовались клинические, лабораторные, биохимические, инструментальные (ЭКГ, спирография, УЗИ,) и статистические методы..Определяли болевой синдром в ранний послеоперационный период по визуально аналоговой шкале.

При анализе мы учитывали существующие недостатки метода Лихтенштейна частоте причин рецидивов, достигающих по данным некоторых авторов 1-3 %. Мы полагали, что возникновение инфильтратов и сером также является реакцией на«инородное тело», Применение не натяжных способов пластики пластика методике Лихтенштейна позволяет существенно снизить болевой синдром в послеоперационном периоде. При применения пластика по Постемскому, когда имеются дегенеративно дистрофические изменения апоневроза наружной косой мышцы живота, формировании наружного пахового кольца представляет определенные трудности. При наложении узловых швов возникает натяжение тканей в области наружного пахового кольца.

### **Результаты и обсуждение**

Болевой синдром визуально аналоговой шкале в первые сутки составил в контрольной группе 3-4 балла, в основной (у больных с пластикой наружного пахового кольца)1-2 балла Использование узлового шва при укреплении сетки позволило значительно уменьшить степень ишемизации тканей пахового промежутка, уменьшить количество случаев возникновения сером и инфильтратов (1,8% контрольной и 1,3% в основной) в послеоперационной ране, и в конечном счете позволило сократить количество рецидивов.

При изучении отдаленных результатовлечения рецидив в контрольной группе отмечен у 3 больных (1,4%) больных, в основной группе у 2 оперированных (2,2%).

### **Выводы**

Способ Лихтенштейна является методом выбора пластика паховых являясь малой травматичностью и высокой эффективностью. 2. Применения не натяжной герниопластики по Лихтенштейну не вызывает болевого синдрома и снижает сроки реабилитации после операционного периода.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. М: ООО МИА 2005; 384
2. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. Хирургическое лечение паховых грыж (обзор литературы) Хирургия 1982; 8: 119-124.
3. Тимошин А.Д, Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А.. Современные методики хирургического лечения паховых грыж (методические рекомендации).М., 2003-С.13-27.
4. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики. Герниология.-4.-2004.-3-7.
5. Белоконов В.И., Заводчиков Д.А. Ковалева З.В. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения паховой грыжи натяжными и ненатяжными способами (Новые технологии в хирургии грыж. Материалы межрегиональной научно-практической конференции.-Саратов, 2006.С24-26.
6. Nihus E.M. Herniology 1948-1998. Evolution toward excellence// Hernia. 1998, 2(1): 1-5.
7. Lichtenstein I.L, Shulman A.G, Amid, P; The Tension-Free Hernioplasti; Am J Surg;1989;1989;157: 188-193.