

*Н.Д.Маслакова, Г.В.Киселевский, А.А.Новицкий, В.П.Василевский, Т.С.*

*Жотковская, А.О.Флёров, В.В.Макарчик, К.М.Фридман*

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ**

*ГУ «1134 военный медицинский центр ВС РБ»1*

*(начальник подполковник м/с Киселевский Г.В.)*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»2*

*(ректор проф. Гарелик П.В.)*

В статье описан усовершенствованный метод ненатяжной герниопластики при паховых грыжах, а также представлены результаты двухлетнего применения предлагаемого метода.

Грыжи живота занимают третье место по частоте встречаемости в хирургических стационарах, причем на долю паховых грыж приходится до 75% всех случаев грыж, 8% составляют вентральные грыжи, и 17% - другие виды грыж. [1]

Проблема выбора способа оперативного лечения паховых грыж до сих пор остаётся актуальной. Наиболее часто применяются традиционные методы герниопластики: по Жирану-Спасокукоцкому, Постемпскому, Кукуджанову, Бассини и др. Однако отдалённые результаты лечения паховых грыж с использованием этих методов оставляет желать лучшего: так, число рецидивов после герниопластики составляет, в среднем, 28,5%, а после операций по поводу рецидивных и послеоперационных грыж это число превышает 42%. [2] Возросшие требования к оценке послеоперационной реабилитации пациентов с позиции качества жизни обуславливают необходимость пересмотра требований к предлагаемым способам.

По данным многих исследований, основной причиной возникновения рецидивных послеоперационных грыж является недостаточное укрепление задней стенки пахового канала.[4,5] Наиболее приемлемым методом по нашему мнению является метод многослойной пластики по Шулдайсу, который включает в себя следующие этапы:

- Мобилизация семенного канатика с целью экспозиции задней стенки пахового канала;
- Выделение и удаление грыжевого мешка (при косой грыже) или погружение мешка (при прямой грыже);
- Иссечение гипертрофированной мышцы, поднимающей яичко (при грыже эту мышцу не иссекают);
- Рассечение поперечной фасции от глубокого кольца до лонного бугорка. Сшивание рассеченных листков непрерывным двухрядным швом. Формирование глубокого отверстия пахового канала;
- Соединение двойным рядом швов объединенного сухожилия и подвздошно-лобкового тяжа с глубоким отделом пупартовой связки. [3;6]

Материал и методы

Для улучшения непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения паховых грыж был усовершенствован метод ненатяжной герниопластики Шулдайса (Shouldice).

Был проведён анализ лечения 74 пациентов с пахово-мошоночными грыжами (мужчины в возрасте от 18 до 83 лет), из них 46 – с прямыми грыжами, 22 – с

косыми, б – с ущемленными косыми грыжами, оперированных в период с 2006 по 2008 г. Больные находились на лечении в ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ».

Все больные были оперированы под спинальной анестезией, т.к. этот способ обеспечивает полноценное обезболивание и релаксацию мышц, позволяет при необходимости выполнять двухстороннее вмешательство.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом.

Так как поперечная фасция присутствовала только у 30% пациентов, причём была крайне истончена и разволокнена, было решено отказаться от её использования в качестве пластического материала.

Первый и второй ряды непрерывного шва накладываются, поочерёдно, между поперечной мышцей живота и паховой связкой и внутренней косой мышцей живота и паховой связкой. Третий ряд непрерывного шва: паховая связка подшивается к апоневрозу наружной косой мышцы живота с формированием дубликатуры. Причём, надкостница лобковой кости не участвует в формировании непрерывного шва, что обуславливает отсутствие послеоперационного воспаления надкостницы.

Усовершенствование метода герниопластики было также направлено на снижение числа послеоперационных осложнений: парестезий, дизурических расстройств, половой дисфункции, дискомфорт и боль над лоном в отдалённом послеоперационном периоде, асептический периостит лобковой кости.

**Результаты**

Осложнений не наблюдалось. Средняя длительность госпитализации составила 5 – 7 дней. Отдаленные результаты операции прослежены в сроки от года до двух лет. Рецидивов не наблюдалось. Все работающие сохранили свою специальность. Отсутствовали послеоперационный дискомфорт, боли, парестезии. Опрос оперированных не выявил нарушений половой функции.

**Выводы**

Таким образом, предлагаемая методика четырехслойной пластики имеет преимущества перед традиционными методами оперативного лечения, является универсальным вмешательством при косой, прямой, ущемленной рецидивной паховой грыже. Представленная модификация позволяет эффективно производить реконструкцию пахового канала, укрепляя как переднюю, так и заднюю стенку, что обуславливает отсутствие рецидивов. Применение методики даёт возможность снизить количество послеоперационных осложнений, улучшить отдаленные результаты. Вмешательство не требует применения наркоза, сложной аппаратуры, дорогостоящих протезов, что позволяет рекомендовать ее в широкую хирургическую практику.

**Литература**

1. Абоев, А. С. Хирургическое лечение паховых грыж / А. С. Абоев, А. А. Кульчиев // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2006. № 3. С. 55–58.
2. Материалы УП международного съезда хирургов. М., 2008. С. 147–149.
3. Нестеренко, Ю. А. Результаты Шулдайса в плановой и экстренной хирургии / Ю. А. Нестеренко, Р. М. Газиев, Р. Р. Мударисов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2005. № 2. С. 49–53.

4. Современные методики хирургического лечения паховых грыж: метод. рекомендации / под ред. А. Д. Тимошина [и др.]. М.: Российский научный центр хирургии; Российская академия медицинских наук, 2003.
5. Федоров, В. Д. Эволюция лечения паховых грыж / В. Д. Федоров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2000. № 3. С. 51–53.
6. Bendavid, R. H. The Shouldice technique a canon in hernia repair / R.H. Bendavid // Can J Surg 1997. № 40. P. 199–205

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ