

Смотрин С.М., Жук С.А., Колоцей В.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: НОВЫЙ МЕТОД АТЕНЗИОННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время общепризнанная концепция лечения паховых грыж предусматривает применение как натяжных, так и атензионных методов герниопластики. Наиболее сложной, в связи с возрастными изменениями мышечно-апоневротических структур пахового канала, остается проблема оперативного лечения паховых грыж у лиц пожилого возраста, которые составляют 50-65 % среди всех пациентов с паховыми грыжами. В структуре открытых методов хирургического лечения паховых грыж у лиц пожилого возраста ведущие позиции занимает операция Лихтенштейна. Однако публикации последних лет свидетельствуют, что данный способ имеет и нежелательные осложнения.

Цель исследования. Разработать новый метод атензионной паховой герниопластики у пациентов пожилого возраста при открытых оперативных вмешательствах, который расширит арсенал эффективных методов оперативного лечения паховых грыж и улучшит результаты их лечения.

Материал и методы исследования. В соответствии с поставленной целью нами пролечено и обследовано 188 пациента пожилого возраста с паховыми грыжами. Паховая герниопластика по методике Лихтенштейна выполнена 90 пациентам (I группа пациентов), а по разработанной методике – 98 пациентам (II группа пациентов, инструкция по применению МЗ РБ № 181-1220 от 29.12.20). Разработанная методика атензионной паховой герниопластики предусматривает последовательное выполнение следующих этапов. 1 этап операции – доступ и обработка грыжевого мешка. Операция выполняется под спинномозговой анестезией или другими методами обезболивания. После обработки операционного поля проводят разрез кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 8 см параллельно паховой связке и выше ее на 2 см. Вскрывают апоневроз наружной косой мышцы живота. Грыжевой мешок выделяют из окружающих тканей, вскрывают, прошивают у основания, перевязывают и отсекают. Небольшие грыжевые мешки при грыжах IIIa типа могут быть инвагинированы в брюшную полость. Отдельными узловыми швами ушивается поперечная фасция. 2 этап – определение метрических параметров пахового канала и мышечно-апоневротических структур. 3 этап – подготовка сетчатого эндопротеза к имплантации по результатам интраоперационной морфометрии пахового канала. 4 этап - Фиксация сетчатого эндопротеза к анатомическим структурам пахового канала. Отведя семенной канатик кверху, закругленный конец фиксируют к lig.inguinale в области лонного бугорка. Затем сетчатый

эндопротез фиксируется к *lig. inguinale*. После этого он размещается в паховом канале так, чтобы полностью закрывать паховый промежуток и на 15-20 мм накладывался на внутреннюю косую и поперечную мышцы живота. Семенной канатик располагается в окне сетки, а ножки сетчатого эндопротеза заводят латеральнее внутреннего отверстия пахового канала. Далее сетку фиксируют узловыми швами к наружному краю влагалища прямой мышцы живота до места прикрепления к нему апоневроза наружной косой мышцы живота, а верхний край ее перемещают под верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота на 15-20 мм. Для предупреждения флотации и сворачивания сетчатого эндопротеза верхний край его отдельными швами фиксируют к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота. Ножки сетчатого эндопротеза сшиваются за отверстием, через которое проходит семенной канатик на всем протяжении. Апоневроз наружной косой мышцы живота сшивается отдельными узловыми швами под семенным канатиком. Семенной канатик располагается на апоневрозе косой мышцы живота. Над семенным канатиком отдельные швы накладываются на фасцию Томпсона и ушивается кожная рана. После завершения пластики задняя стенка пахового канала представлена поперечной фасцией, сетчатым эндопротезом и апоневрозом наружной косой мышцы живота.

Результаты. Интраоперационных осложнений у всех оперированных больных мы не наблюдали. Послеоперационный период в обеих группах пациентов протекал удовлетворительно, на 2 сутки пациенты начали ходить, температура тела нормализовалась на 2-3 сутки. Для снятия боли в течение 2-3 суток применялись ненаркотические анальгетики. Пациентам обеих групп проводилась профилактическая антибиотикотерапия. В обеих группах пациентов нагноения операционных ран не отмечено. У 1 пациента после герниопластики по Лихтенштейну имел место воспалительный инфильтрат, который прошел после консервативного лечения. Скопление жидкости в подкожно-жировой клетчатке имели место у 2,5% пациентов после герниопластики по Лихтенштейну и 3,75% по предлагаемому методу. При ультразвуковом исследовании, на 5 сутки после операции Лихтенштейна, отмечено увеличение объема яичка на стороне оперативного вмешательства с 15,6 (15,2; 16,1) см³ до 20,5 (17,6; 21,5) см³ ($p < 0,005$). После герниопластики по предлагаемой методике также имело место увеличение объема яичка с 15,4 (15,1; 15,9) см³ до 17 (16,8; 17,4) см³ ($p < 0,05$). При этом степень увеличения объема яичка после герниопластики по Лихтенштейну была больше, чем после герниопластики по предлагаемой методике ($U=325,5; p=0,001; r_{rb}=-0,803$). Через год после атензионной герниопластики предлагаемым методом объем яичка у пациентов пожилого возраста составил $15,8 \pm 0,2$ см³ и не отличался от первоначального объема до оперативного вмешательства. У пациентов перенесших операцию Лихтенштейна объем яичка через 1 год после натяжной герниопластики составил $14,6 \pm 0,3$ см³. У 2 пациентов после герниопластики по Лихтенштейну отмечен рецидив заболевания.

Выводы. Предлагаемый метод герниопластики прост в исполнении и по ряду параметров превосходит известный метод Лихтенштейна.