ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Газиев К.У.
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Резюме. *Цель - разработать алгоритм выбора способа герниопластики у пациентов с паховыми грыжами на основе анализа патологических изменений, возникших вследствие грыжеобразования, и особенностей анатомического строения пахового канала. В Бухарском областном многопрофильном медицинском центре за период с 2016 по 2022 гг. прооперировано 306 больных с паховыми грыжами живота в возрасте от 16 до 82 лет, преобладали мужчины – 260 (85 %). Первичные паховые грыжи диагностированы у 260 (85 %), рецидивирующие – 46 (15 %). В исследовании использовали классификацию паховых грыж по Жильберту-Рутковому. Согласно этой классификации и учитывая высоту пахового промежутка и степень атрофических изменений в мышечно-апоневротических структурах пахового канала мы разработали следующий алгоритм выбора способа герниопластики. При грыжах II, III, IV, V типов при низком паховом промежутке (до 2 см) и отсутствует атрофии мышечно-апоневротичних структур пахового канала показана аутопластика задней стенки пахового канала или трансабдоминальная преперитонеальная лапароскопическая герниопластика; при желании пациента аллопластика за Лихтенштейном. При грыжах VI, VIII типа при низком паховом промежутке и отсутствующей атрофии мышечно-апоневротических структур пахового канала показана аллопластика задней стенки пахового канала, способа Лихтенштейна. При грыжах III, IV, V, VI, VII, VIII типов при высоком паховом промежутке (3-5 см), и имеющейся атрофии в мышечно-апоневротических структурах пахового канала показана аллогерниопластика по Ривзу или преперитонеальная аллогерниопластика паховых и бедренных грыж. С использованием предложенного алгоритма выбора способа герниопластики в клинике выполнено 21 (6,8%) аутопластических и 285 (93,2%) аллопластических операций. В послеоперационном периоде инфильтрат в области раны и серозное воспаление наблюдались у 6 (2,1%) пациентов, умеренный отек яичка имел место у 3 (2,8 %) пациентов, нагноение в 1 (0,3%). Рецидив грыжи возник у 3 (1,05%) из 285 обследованных в сроки от 1 до 5 лет. Улучшение результатов хирургического лечения больных с паховыми грыжами может быть достигнуто путем индивидуального выбора способа герниопластики с учетом патологических изменений в задней стенке пахового канала и высоты пахового промежутка, технически верного выполнения самой операции и за счет использования современных сетчатых имплантатов. Предложенный алгоритм выбора способа операции позволяет значительно минимизировать количество рецидива паховых грыж. Современные классификации паховых грыж не дают полной информации о патологических изменениях в паховом канале при грыжеобразовании и поэтому нуждаются в дополнениях.*

Ключевые слова: *паховые грыжи, аллопластика, выбор способа операции, проленовая сетка.*

CHOICE OF HERNIOPLASTY METHOD IN PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS

Gaziev K.U.
Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

Resume. *Purpose of the study – to elaborate an algorithm for the choice of hernioplasty method in patients with inguinal hernias on the basis of analysis of the pathological changes, which have appeared as a result of the hernia formation, and of the features observed in anatomic structure of the inguinal canal. During the period of 2016 to 2022, 306 patients with inguinal hernias, aged 16 to 82 years, were operated on at Bukhara regional multidisciplinary medical center. Mostly, they were male patients – 260 (85%). Primary inguinal hernias were diagnosed in 260 (85%), recurrent hernias in 46 (15%) patients. Used in the study was the inguinal hernia classification by Gilbert-Rutkov. According to this classification and with an account for the inguinal interspace height and a degree of atrophic changes in muscle-aponeurotic structures of the inguinal canal, we worked out the following algorithm for the choice of hernioplasty method. In case of hernias of types I, II, III, IV and V with the preserved posterior wall of the inguinal canal, with the lowered inguinal interspace (up to 2 cm) and lacking atrophy in muscle-aponeurotic structures of the inguinal canal, either autoplasty of the posterior wall of the inguinal canal or transabdominal preperitoneal laparoscopic hernioplasty is indicated; alloplasty by Liechtenstein method is possible at patient's will. In case of hernia types VI and VIII with the lowered inguinal interspace and lacking atrophy in muscle-aponeurotic structures of the inguinal canal, either alloplasty of the posterior wall of the inguinal canal by Liechtenstein method or PHS is indicated. For hernia types III, IV, V, VI, VII and VIII with the higher inguinal interspace (3 to 5 cm) and existent atrophy in muscle-aponeurotic structures of the inguinal canal, either allohernioplasty by Reeves method or preperitoneal allohernioplasty of inguinal and femoral hernias is indicated. Using the algorithm proposed for the choice of hernioplasty method, 21 (6.8%) autoplastic and 285 (93.2 %) alloplastic operations were performed at our Clinic. During the postoperative period, infiltrate in the wound area and serous inflammation were observed in 6 (2.1 %) patients, moderate edema of testicle in 3 (2.8%) and suppuration in 1 (0.3%) patients. Hernial recurrences occurred in 3 (1.05%) patients out of those 285 examined within 1 to 5 years. An improvement in the surgical treatment results in patients with inguinal hernias can be achieved by means of the individual choice of hernioplasty method with an account for pathological changes in the posterior wall of the inguinal canal and the inguinal interspace height, technically adequate performance of the operation itself, and the use of up-to-date mesh implants. The algorithm proposed for the choice of hernioplasty method allows for minimization of the recurrence rate of inguinal hernias. The present-day classifications of inguinal hernias do not give complete information about pathological changes in the inguinal canal and need to be supplemented.*

Key words: *inguinal hernia, aloplasty, choice of operation method, prolene mesh.*

CHOV CHURRASI BO'LGAN BEMORLARDA GERNIOPLASTIKA USULINI TANLASH

Gaziyev K.U.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston

Rezyume. *Maqsad - churra shakllanishi natijasida yuzaga kelgan patologik o'zgarishlarni va chov kanalining anatomik tuzilishining xususiyatlarini tahlil qilish asosida chov churrasi bilan og'rigan bemorlarda gernioplastika usulini tanlash algoritmini ishlab chiqish. Buxoro viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot markazida 2016-2022-yillarda. 16 yoshdan 82 yoshgacha bo'lgan qorin bo'shlig'i chov churrasi bo'lgan 306 nafar bemor operatsiya qilindi, erkaklar ko'p - 260 (85%). Birlamchi chov churrasi 260 (85%), takroriy - 46 (15%) tashxisi qo'yilgan. Tadqiqotda Gilbert-Rutkovga ko'ra chov churralarning tasnifi ishlatilgan. Ushbu tasnifga ko'ra va chov bo'shlig`ining balandligi va chov kanalining mushak-aponevrotik tuzilmalarida atrofik o'zgarishlar darajasini hisobga olgan holda, biz gerni-*

oplastika usulini tanlash uchun quyidagi algoritmni ishlab chiqdik. Chov bo'shlig`i past (2 sm gacha) va chov kanalining mushak-aponevrotik tuzilmalari atrofiyasi bo'lmagan II, III, IV, V turdagi churralar uchun chov kanalining orqa devorining avtoplastikasi yoki transabdominal preperitoneal laparoskopik gernioplastika yoki bemorning iltimosiga ko'ra, Lixtenshteyn bo`yicha alloplastika qilinadi; Chov bo'shlig`i past bo'lgan va chov kanalining mushak-aponevrotik tuzilmalari atrofiyasi bo'lmagan VI va VIII turdagi churralar uchun Lixtenshteyn usulidan foydalangan holda chov kanalining orqa devorining alloplastikasi qilinadi.. III, IV, V, VI, VII, VIIIII turdagi chov bo'shlig`i (3-5 sm) va chov kanalining mushak-aponevrotik tuzilmalarida atrofiya mavjud bo'lgan churralar uchun Rivs bo'yicha allogernioplastika yoki son churralari uchun ham inguinal va preperitoneal allogernioplastika qilinadi. Hernioplastika usulini tanlash uchun tavsiya etilgan algoritmdan foydalanib, klinikada 21 (6,8%) avtoplastik va 285 (93,2%) alloplastik operatsiyalar amalga oshirildi. Operatsiyadan keyingi davrda yara sohasida infiltrat va seroz yallig'lanish 6 (2,1%) bemorda, moyakning o'rtacha shishishi 3 (2,8%) bemorda, 1 (0,3%) bemorda yiringlash kuzatilgan. 1 yildan 5 yilgacha tekshirilgan 285 bemorning 3 tasida (1,05%) churraning takrorlanishi kuzatilgan. Chov churrasi bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini yaxshilashga chov kanalining orqa devoridagi patologik o'zgarishlarni va chov bo'shlig`ining balandligini, operatsiyani texnik jihatdan to'g'ri bajarishni hisobga olgan holda gernioplastika usulini individual tanlash orqali erishish mumkin. Jarrohlik usulini tanlash uchun tavsiya etilgan algoritm chov churralarning takrorlanish sonini sezilarli darajada kamaytirish imkonini beradi. Chov churralarning zamonaviy tasniflari churra shakllanishi vaqtida chov kanaldagi patologik o'zgarishlar haqida to'liq ma'lumot bermaydi va shuning uchun qo'shimchani talab qiladi.

Kalit so'zlar: *chov churralari, alloplastika, jarrohlik usulini tanlash, prolen to'r.*

Введенеие

Результаты хирургического лечения паховых грыж свидетельствуют о существенном прогрессе в лечении данной патологии, благодаря внедрению аллопластики и лапароскопических операций. Вместе с тем, частота рецидивов паховой грыжи после аллопластики при первичной герниопластике составляет 0,5-1,5 %, а при повторной 1,5-7 % [1-4, 6-7]. Значительно худшие результаты наблюдаются при автопластике, так частота рецидивов паховой грыжи при первичной герниопластике составляет 5,7-10 %, а при повторной 15-36 % [1-4]. Улучшение результатов хирургического лечения этого вида грыж возможно достичь за счет дифференцированного подхода к выбору оптимального способа герниопластики и правильной техники выполнения операции.

Цель - разработать алгоритм выбора способа герниопластики у пациентов с паховыми грыжами на основе анализа патологических изменений, возникших вследствие грыжеобразования, и особенностей анатомического строения пахового канала.

Материал и методы

В Бухарском областном многопрофильном медицинском центре за период с 2016 по 2022 гг. прооперировано 306 больных с паховыми грыжами живота в возрасте от 16 до 82 лет, преобладали мужчины – 260 (85 %). Первичные паховые грыжи диагностированы у 260 (85 %), рецидивные – 46 (15 %), из них правосто-

ронние паховые грыжи наблюдались у 167 (54,6 %), левосторонние – у 139 (45,4 %). Проанализировав патологические изменения пахового канала, которые возникли при грыжеобразовании, мы пришли к выводу, что ни одна из современных классификаций в полной мере их не отражает. Тем не менее, наиболее приемлемой является классификация паховых грыж по Жильберту - Рутковому. Согласно этой классификации и учитывая высоту пахового промежутка и степень аторофических изменений в мышечно-апоневротических структурах пахового канала мы разработали следующий алгоритм выбора способа герниопластики.

Так, при грыжах I типа (косая грыжа с нерасширенного глубоким паховым кольцом); II типа (косая грыжа с расширенным глубоким паховым кольцом до 2 см и сохраненной задней стенкой пахового канала) при низком паховом промежутке (1-2 см), показана трансабдоминальная преперитонеальная лапароскопическая герниопластика (ТАПП), или аутопластика пахового канала с обязательным сужением глубокого пахового кольца за счет сшивания краев поперечной фасции, способы: Марсе+Мартынова у женщин, Марсе+Жирара-Кимбаровского или Бассини, Шолдайса у мужчин.

При грыжах III типа (косая грыжа с расширенным глубоким паховым кольцом, больше 2 см; IV типа (прямая грыжа); V типа (прямая грыжа с небольшим дефектом задней стенки) при низком паховом промежутке (2 см), и отсутствует при атрофии мышечно-апоневротичних структурах пахового канала, показана аутопластика задней стенки пахового канала, способы: Бассини, Шолдайса, или ТАПП, или аллопластика по Лихтенштейну, PHS при желании пациента.

При грыжах VI типа (сочетание косой и прямой грыж); VIII типа (рецидивная грыжа) при низком паховом промежутке (1-2 см), отсутствует при атрофии мышечно-апоневротических структур пахового канала, показана аллопластика задней стенки пахового канала с передним размещением протеза, способы: Лихтенштейна или PHS.

При грыжах VII типа (бедренная грыжа) при низкой сосудистой лакуны (до 2 см) показана аутопластика по Бассини, а при высокой (2-4 см) – преперитонеальная алогерниопластика по Ривзу или преперитонеальные способы алогерниопластики паховых и бедренных грыж [5].

При грыжах III, IV, V, VI, VIII типов при высоком паховом промежутке (3-5см), и при наличии атрофических изменений в мышечно-апоневротических структурах пахового канала показана аллопластика задней стенки пахового канала с задним размещением протеза – преперитонеальний способ аллогерниопластики – ПСАГП.

Для аллопластики использовали проленовые сетки и систему PHS (Ethicon).

Оперативное вмешательство выполняли под общей или спинномозговой анестезией. В послеоперационном периоде особое внимание уделяли профилактике осложнений со стороны раны, поскольку развитие их особенно при реци-

дивных грыжах повышался с каждой последующей операцией в связи с прогрессированием морфофункциональной недостаточности тканей и очагами хронической инфекции на “старых” лигатурах. С этой целью, наряду с дренированием раны назначали антибиотико профилактику до и во время операции и в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждения

В клинике прооперировано 306 больных с паховыми грыжами, использовав предложенный алгоритм выбора способа герниопластики.

Осложнения воспалительного характера наблюдались, в основном, среди пациентов с сопутствующим ожирением и сахарным диабетом и прооперированных по поводу рецидивной грыжи. Инфильтрат и серозное воспаление в области послеоперационной раны имели место у 6 (2,1 %) пациентов. Умеренный отек яичка наблюдался у 4 (1,2 %) пациентов. Эти осложнения были ликвидированы соответствующими консервативными мерами. Нагноение послеоперационной раны не наблюдалось.

Отдаленные результаты хирургического лечения паховых грыж были изучены при повторных осмотрах и анкетировании пациентов в сроки от 1 до 5 лет. Рецидивы грыжи возникли у 2 (0,65 %) пациентов, в том числе у одного – как результат нагноения послеоперационной раны. В другой после аутопластики в результате раннего чрезмерной физической нагрузки и асоциального образа жизни. Через год пациенты с рецидивами были успешно прооперированы повторно, им выполнена аллопластика с использованием проленовой сетки. Таким образом, удовлетворительные и хорошие результаты хирургического лечения грыж брюшной стенки с использованием полипропиленовой сетки получены у 99,35% пациентов, что свидетельствует о высокой эффективности предложенного алгоритма выбора способа операции и целесообразности широкого использования вспомогательных пластических материалов.

Выводы

1. Улучшение результатов хирургического лечения больных с паховыми грыжами может быть достигнуто путем индивидуального выбора способа герниопластики с учетом патологических изменений в задней стенке пахового канала и высоты пахового промежутка, технически верного выполнения самой операции, и за счет использования современных сетчатых имплантатов.

2. Предложен алгоритм выбора способа операции позволяет значительно минимизировать количество рецидивов паховых грыж.

3. Современные классификации паховых грыж не дают полной информации о патологических изменениях в паховом канале при грыжеобразовании и поэтому, нуждаются в дополнениях.

Список литературы

1. Ступнин В.А. К вопросу о рецидиве паховой грыжи / В.А. Ступнин, Ю.А. Нестоpенко, О.М. Раджабанов, Э.Т. Джафаров // Герниология. – 2006. – №3 (11). - С. 39-40.

2. Рубинов М.А. Ближайшие и ранние результаты аллопластики паховых грыж сетчатыми эксплантатами / М.А. Рубинов, В.А. Козлов, Д.В. Айрапетов, Л.Г. Виноградова // Материалы научно-практического семинара «Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки». – Москва, 23 октября 2003. – С. 39-40.

3. Грубник В.В. Современные методы лечения брюшных грыж. / В.В. Грубник, А.А. Лосев, Н.Р. Баязитов, Р.С. Парфентьев. – К.: Здоровье, 2001. – С.280

4. Десятилетний опыт проведения оперативных вмешательств с применением сетчатых аллотрансплантатов у пациентов с паховыми грыжами / А. А. Бурка, Л. Ю. Маркулан, С. М. Гойда и др. // Хирургия Украины. – 2009. – № 1. – С. 4-7.

5. Хужамов О.Б., Газиев К.У., Хамдамов И.Б. Паховые грыжи: новые аспекты этиопатогенеза и лечения // Вопросы науки и образования № 5 (161), 2022 – 24-49.

6. Gaziyev, K. (2023). Features of the tactics of treatment in adult patients with postoperative abdominal hernia. American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences, 1(4), 158–161. Retrieved from https://grnjournal.us/index.php/AJPMHS/article/view/275

7. K.Gaziev. (2022). Adaptive Approach In The Treatment Of Elderly And Senile Patients With Postoperative Ventral Hernias. Journal of Pharmaceutical Negative Results, 4613–4616. Retrieved from https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.S07.574