

УДК 617.557+616-007.47-073.75

© Маханта Абхиджит, 2014.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ УЗИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ОБОСНОВАНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Маханта Абхиджит*Кафедра хирургии №2 (зав. кафедрой - проф. Ф.Н. Ильченко), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

USE OF ABDOMINAL WALL ULTRASOUND DATA TO SUBSTANTIATE DIAGNOSTIC AND TREATMENT ALGORITHMS OF PATIENTS WITH INGUINAL HERNIA

Mahanta Abhijit**SUMMARY**

In 51 patients with inguinal hernia, ultrasonography of the abdominal wall was performed. With help of the ultrasound data, the inguinal hernia type was determined, in accordance with the classification of inguinal hernias recommended by the European Association herniology (EHS). following types of hernias were diagnosed: I type -5 patients; II-type 34 patients; III-type 6 patients; IV type-2 patients; V-type 8 patients; VI type - 1 patient; VII type - 1 patient; VIII type - 6 patients. The obtained data on the characteristics of the abdominal wall echo anatomy was used to select the individual method of hernioplasty for each patient.

ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ УЗД ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ОБГРУНТУВАННІ ЛІКУВАЛЬНО - ДІАГНОСТИЧНОГО АЛГОРИТМУ У ХВОРИХ З ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Маханта Абхиджит**РЕЗЮМЕ**

У 51 хворого з пахової грижі було проведено УЗД черевної стінки. З урахуванням даних УЗД визначали тип пахової грижі відповідно до класифікації пахових гриж рекомендованої Європейською Асоціацією герніологів (EHS). Діагностовані такі типи гриж: I тип -5 хворих; II тип - 34 хворих; III тип - 6 хворих; IV тип - 2 хворих; V тип - 8 хворих; VI тип - 1 хворий; VII тип - 1 хворий; VIII тип - 6 хворих. Отримані дані про особливості ехоанатомії черевної стінки використовували для вибору індивідуального способу герніопластики.

Ключевые слова: паховая грыжа, ультразвуковое исследование, тотальная экстраперитонеальная пластика.

Диагностика паховой грыжи не представляет особых трудностей. Сложным является определение типа и формы паховой грыжи, которые в большинстве случаев выявляются только во время операции. Нередко имеют место ошибки, когда не диагностируются грыжи с противоположной стороны, ошибочно устанавливается диагноз паховой грыжи вместо бедренной или не выявляются так называемые «канальные» грыжи. При двусторонних паховых и бедренных грыжах частота послеоперационных диагностических ошибок может достигать 50-60% [1, 2, 3]. Есть данные, о том, что у 29,65% пациентов во время эндовидеохирургической операции выявляются двусторонние грыжи, или обнаруживается наличие дефекта и «грыжевых пещер» в зоне бедренного канала [4,5]. Это затрудняет выбор адекватного метода хирургического лечения грыжи и может быть причиной неудовлетворительных результатов операции.

В связи с этим, является обоснованным проведение при дооперационном обследовании пациента с паховой грыжей УЗИ, как одного из современных

высокоинформативных метода визуализации тканей и органов.

Целью работы было клиническое изучение возможности и целесообразности применения результатов УЗИ паховых областей в обосновании лечебно-диагностического алгоритма у больных с паховой грыжей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего был обследован 51 больной с паховой грыжей. Все пациенты - мужчины. Возраст больных от 28 до 56 лет. Кроме общеклинического обследования у них было проведено УЗИ паховой участков на аппарате фирмы Simens в реальном времени линейным датчиком с частотой сканирования 3,5-7,0 МГц. Исследования проводились при наполненном мочевом пузыре. Вначале исследовали белую линию живота, прямые и боковые группы мышц передней брюшной стенки. Визуализировали все слои брюшной стенки, и точки их фиксации к лонной кости. С двух сторон определили высоту пахового треугольника, оценивали состояние и размер наружного и внутреннего паховых колец. Определили наличие

грыжевого мешка (его контуры четко определялись при напряжении и покашливания) и его содержимое. Визуализировали подвздошные сосуды. Для визуализации наружного пахового кольца датчик устанавливали параллельно наружному краю прямой мышцы живота в проекции медиальной паховой ямки. Для визуализации внутреннего пахового кольца датчик располагали латеральнее наружных подвздошных сосудов и перпендикулярно паховой связке. УЗИ признаками паховой грыжи был широкий паховый треугольник с визуализацией грыжевого мешка, широкое внутреннее паховое кольцо в зоне визуализируемой шейки грыжевого мешка при косых грыжах.

С учетом данных УЗИ определяли тип паховой грыжи в соответствии с классификацией паховых грыж по Nyhus [6] с дополнениями:

I - косая грыжа с не расширенным внутренним кольцом;

II - косая грыжа с расширенным внутренним кольцом;

III - косая грыжа с разрушенным внутренним кольцом;

IV - прямая грыжа с большим дефектом задней стенки;

V - прямая грыжа с небольшим дефектом задней стенки;

VI - комбинация косой и прямой грыж;

VII - бедренная грыжа;

VIII- тип - рецидивная грыжа.

Затем исследовали мочевой пузырь. В норме, при УЗИ, наполненный мочевой пузырь округлой формы, стенки его симметричны. Если при УЗИ наполненного мочевого пузыря в поперечном направлении, определяется изменение нормальной конфигурации его и асимметрия со смещением в паховую область на сторону ранее выявленной грыжи, констатировали участие мочевого пузыря в формировании одной из стенок грыжевого мешка, т.е. наличие скользящей паховой грыжи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным физикального обследования и результатов УЗИ были диагностированы следующие типы грыж:

I косая грыжа с расширены внутренним кольцом (канальная грыжа) -5 больных;

II косая грыжа с расширенным внутренним кольцом - 34 больных;

III косая грыжа с разрушенным внутренним кольцом - 6 больных;

IV прямая грыжа с большим дефектом задней стенки 2 больных;

V прямая грыжа с небольшим дефектом задней стенки - 8 больных;

VI комбинация косой и прямой грыж - 1 больной;

VII бедренная грыжа – 1больной;

VIII тип - рецидивная грыжа - 6 больных.

Всем обследованным больным была выполнена эндовидеохирургическая экстраперитонеальная тотальная пластика грыжевого дефекта (ТЕР).

Особенности техники операции ТЕР были следующие. Поперечным разрезом до 1,5 см. ниже и латерально от пупка рассекали кожу, подкожно - жировую клетчатку и переднюю стенку влагалища прямой мышцы. Тупо (дигитоклазия) создавали пространство в преперитонеальном пространстве позади прямой мышцы по направлению к лону. В созданное пространство вводили троакар с манжетой, которая раздувалась и с помощью которой формировали полость в зоне планового вмешательства (правая и левая паховые области). Манжету извлекали. После чего в полость над лоном устанавливали специальный удлиненный 10 мм троакар, через который делали инсуффляцию CO² и вводили видеокамеру. Устанавливали дополнительные троакары по средней линии живота ниже видео троакара и в зависимости от локализации грыжи в правой или левой паховой областях. Выполняли препаровку преперитонеального пространства. Выделяли грыжевой мешок и грыжевую пещеру. При больших размерах последнюю ушивали узловым швами интракорпоральным швом (12 больных). Грыжевой мешок не иссекали. Через видео троакар вводили облегченный сетчатый имплантат «Ультрапро» фирмы Этикон размером 10 ? 15 см. Размещали его так, чтобы перекрыть медиальную и латеральную паховые ямки, бедренное кольцо. Фиксируя края сетки зажимами для предотвращения ее смещения, проводили десуффляцию. При этом сетка плотно прижималась и фиксировалась сближенными краями слоев брюшной стенки.

У 9 больных с III типом (косая грыжа с разрушенным внутренним кольцом) - 6 больных; IV типом (прямая грыжа с большим дефектом задней стенки) - 2 больных ; и VI типом (комбинация косой и прямой грыжи) – 1 больной сетку фиксировали к подвздошно-лонному тяжу, поперечной фасции и производили герниорафию по разработанной нами методике.

Методика заключалась в следующем. После эндоскопического формирования полости, выделение грыжевого мешка и размещения сетчатого имплантата в экстраперитонеальном пространстве в области грыжи, производили ушивание глубокого пахового кольца узловыми швами материалом, который рассасывается (викрил). Проводили фиксацию сетчатого имплантата непрерывным швом, который также рассасывается или фиксировали фибриновым клеем к подвздошно - лонному тяжу и связке Купера по нижнему контуру, а по верхнему краю грыжевого дефекта выше на 2 -3см сетку фиксировали узловыми швами или фибриновым клеем к поперечной фасции и внутренней косой мышце. Затем из-

влекало троакары. Ушивали раны.

В ходе операции данные о типе паховой грыже полученные при УЗИ были подтверждены у 42 больных (84,3%). Была также диагностирована у 9 больных двусторонняя паховая грыжа, не диагностированная при физикальном обследовании.

Таким образом, как показали наши исследования, изучение эхоанатомии паховой области у больных с паховой грыжей до операции позволяет получить информацию повышающую уровень и качество предоперационного обследования больных. При УЗИ паховой области возможна визуализация всех элементов грыжи, определение ширины грыжевого дефекта, ход и размеры грыжевого мешка, его содержимое, отношение грыжи к мочевому пузырю, сосудам, кишке. В целом получение этих данных является критерием для определения типа паховой грыжи, что в свою очередь определяет особенности оперативного вмешательства и позволяет в ряде случаев избежать интраоперационных осложнений.

ВЫВОДЫ

1. УЗИ паховой области является высокоинформативным методом диагностики типа паховых грыж по классификации, рекомендованной Европейской Ассоциацией герниологов с нашими дополнениями. Полученные данные об особенностях эхоанатомии брюшной стенки могут быть использованы для выбора индивидуального способа герниопластики у конкретного больного.

2. У больных с паховыми грыжами III (косой грыжи с разрушенным внутренним кольцом), IV (прямой грыжи с большим дефектом задней стенки), и VI (комбинация косой и прямой грыжи) типов целесообразно выполнять герниографию внутреннего пахового кольца и фиксировать имплантат к подвздошно-лонному тяжу непрерывным швом, нитями из рассасывающегося материала. Возможна фиксация имплантата фибриновым клеем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н. Клеевая фиксация протезов при лапароскопической герниопластике: первый опыт / Егиев В.Н., Лядов К.В., Ермаков Н.А. // Герниология. - 2009. - № 3 (23). - С. 14.
2. Amato G. Fixation free open ventral hernia repairing using a new mesh with integrated placement straps/ Gulotta G., Agrusa A. et al. // Hernia-2011. - № 15 (2) - P. 21.
3. Bringman S Hernia repair: the search for ideal meshes / Conze J., Cuccurullo D. et al // Hernia - 2010. - № 14 (1) - P. 81–87.
4. Brown C.N. Which mesh for hernia repair? / Finch J.G. // Ann R Coll Surg Engl. - 2010. - № 92 (4). - P. 272–278.
5. Fine A.P. Laparoscopic repair of inguinal hernia using surgisis mesh and fibrin sealant. / Fine A.P. // JSLS. - 2006. - № 10 (4). - P. 461–465.
6. Nyhus LM. Classification of groin hernia: milestones // Hernia. - 2004. - № 8. - P.87-88.