

УДК 616.756.26-007.43:617-089.166-06

© Коллектив авторов, 2013.

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В УСЛОВИЯХ ИНФИЦИРОВАНИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА ИЛИ ЕГО ОТТОРЖЕНИЯ

А.В. Костырной, К.Л. Гройзик, Е.А. Стаценко

Кафедра хирургии № 1 (зав. кафедрой – проф. А.В. Костырной), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

METHOD OF INGUINAL CANAL PLASTICS IN RECURRENT INGUINAL HERNIAS IN CASE OF INFECTION OF POLYPROPYLENE MESH OR ITS REJECTION

A. V. Kostyrnoi, K. L. Groyzik, E. A. Statsenko

SUMMARY

The article reflects the experience of reconstructive operations in singly and doubly recurrent inguinal hernias, in terms of earlier implantation PPM or stretch autoplasty. A technique of forming the musculo-aponeurotic flap to close the hernial defect is proposed. Attention is paid to the allergic anamnesis of the patient, control of postoperative wound, and necessity of early puncture sanations according to indications.

МЕТОД ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ У ВИПАДКАХ РЕЦИДИВУ ПАХОВИХ ГРИЖ В УМОВАХ ІНФІКУВАННЯ СІТЧАТОГО ІМПЛАНТУ АБО ЙОГО ВІДТОРГНЕННЯ

О.В. Костырной, К.Л. Гройзик, Е.А. Стаценко

РЕЗЮМЕ

У роботі висвітлено досвід реконструктивних операцій при одно-і двократно рецидивних пахових грижах, в умовах раніше виконаних імплантацій ППС або натяжних аутопластик. Пропонується методика формування м'язово-апоневротичного клаптя для закриття грижового дефекту. Приділяється увага алергічному анамнезу пацієнтів, контролю за післяопераційною ранною, необхідністю своєчасних пункційних санацій за показаннями.

Ключевые слова: паховый канал, паховая грыжа, пластика пахового канала.

В работе отражён опыт реконструктивных операций при одно- и двукратно рецидивных паховых грыжах, в условиях ранее выполненных имплантаций ППС или натяжных аутопластик. Предлагается методика формирования мышечно-апоневротического лоскута для закрытия грыжевого дефекта. Уделяется внимание аллергическому анамнезу пациентов, контролю за послеоперационной раной, необходимостью своевременных пункционных санацій по показаниям.

Хирургическое лечение паховых грыж имеет вековую историю. Становление герниологии началось со стандартных методов хирургического лечения грыж в 1870-1880 гг., когда все они были разными вариантами операций подкожного зашивания Джона Вуда (John Wood) или Винсента Черни (Vincenz Czerny). Разработанная Э.Бассини (Eduardo Bassini) в 1884 году концепция реконструкции задней стенки пахового канала явилась основой для возникновения множества других способов герниопластики, закрепив за собой на долгое время приоритет.

Качественно новым этапом в развитии хирургии грыж передней брюшной стенки различной ло-

кализации явился опыт применения аллопластических материалов. На сегодняшний день во всем мире при плановом хирургическом лечении паховых грыж наиболее часто (70-80%) применяют герниопластику без натяжения, по Лихтенштейну (5,7). Экстренное хирургическое вмешательство при ущемленной паховой грыже требует выполнения собственно этапа пластики в условиях частого отсутствия синтетического трансплантата и настороженностью к его применению в условиях ургентной хирургии. Это обусловлено характером сопутствующей патологии (аллергические реакции в анамнезе), погрешностями в хирургической технике, воспалительными процессами в зоне операции, дегенеративно-изменёнными тканями в паховой области, выбором метода анестезии, обеспечивающим необходимый обзор тканей и надёжность фиксации.

Располагая большим опытом хирургии грыж, отмечаем, что наибольшее количество рецидивов возникает при выполнении экстренных операций. Обращая внимание только на паховые грыжи, процент рецидива варьирует в пределах 8-15% (1,5). Рецидивные паховые грыжи после выполненной операции в плановом порядке составляют 0,5-9% (3,4,5).

Настоящая работа посвящена редким случаям рецидива паховой грыжи, обусловленным фактом инфицирования полипропиленовой сетки (ППС) или же развитием массивного дегенеративно-воспалительного процесса в окружающих тканях, трактуемых нами как реакцией отторжения аллотрансплантата. Процент данного рода больных сравнительно мал (по нашим данным 0,2-0,3%), однако трудность выполнения реконструктивных работ на тканях паховой области в этих условиях заставляет обратить внимание к такой патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы наблюдали двух пациентов с развитием свищей после перенесённой операции с использованием сетчатого протеза и его последующего инфицирования и 1-го пациента с развитием воспалительного инфильтрата без доказательных признаков инфицирования, что трактовали как местную аллергическую реакцию.

Производящими факторами данных осложнений послужили повторная стерилизация импланта после вскрытия упаковки (хранение неиспользованной части ППС в антисептических растворах); вовремя не санированная серома послеоперационной раны; нагноившаяся гематома послеоперационной раны, потребовавшей разведения краёв раны, повышенный аллергический фон, выявленный в дальнейшем при обстоятельном сборе анамнеза. В этих услови-

ях мы применили модифицированный способ Усова, имевший положительный послеоперационный результат, что даёт нам возможность рекомендовать его в схожих обстоятельствах. Также он был применён в двух случаях у больных с повторными рецидивами, которым до этой операции выполнялась замена импланта.

Применённый нами способ пластики заключался в следующем. Иссекался послеоперационный рубец. Осуществлялся доступ к апоневрозу наружной косой мышцы живота с рассечением плотной инфильтрированной подкожно-жировой клетчатки выше на 2 см и параллельно паховой складки. Отсепаровывался из рубцовых тканей установленный ранее имплант. Выделялись внутренняя косая и поперечная мышцы живота, паховая связка, также находящиеся в состоянии плотного инфильтрата. П-образными швами формировали мышечно-апоневротический лоскут.

Технические особенности такого шва следующие: вкол иглы в апоневроз наружной косой мышцы живота осуществлялся на 5-7 см выше линии разреза; далее вкол происходит с задней стороны поперечной мышцы живота. Лигатура при этом охватывает весь массив тканей. Выкол иглы через апоневроз. Сохраняя расстояние между вколами 1 см, другим концом лигатуры проводим аналогичную манипуляцию. Концы нитей завязываются.

Схематичное пояснение представлено на иллюстрациях.

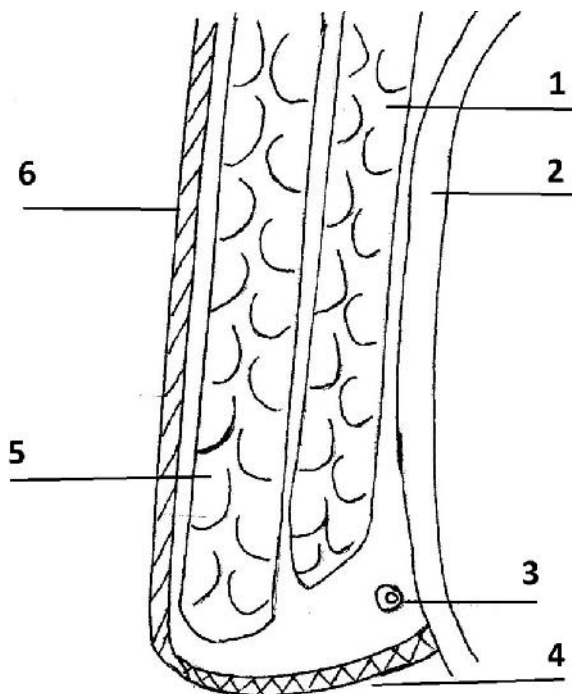


Рис. 1. Схема сагиттального среза нижней половины туловища человека в норме.
(1 - поперечная мышца живота; 2 – поперечная фасция; 3 – семенной канатик; 4 – паховая связка;
5 – внутренняя косая мышца живота;
6 – апоневроз наружной косой мышцы живота).

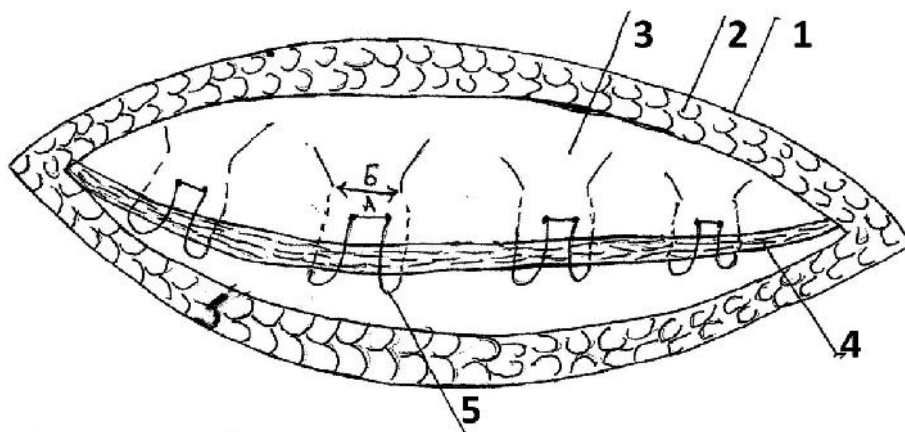


Рис. 2. Схема выполнения мышечно-апоневротического лоскута.

(1 – кожа; 2 – подкожно-жировая клетчатка;

3 – апоневроз наружной косой мышцы живота;

4 – глубокие мышцы живота; 5 – лоскут формирующий П-образный шов; 5А – начальная часть шва, место вкола; 5Б – конечная часть шва, место выкола).

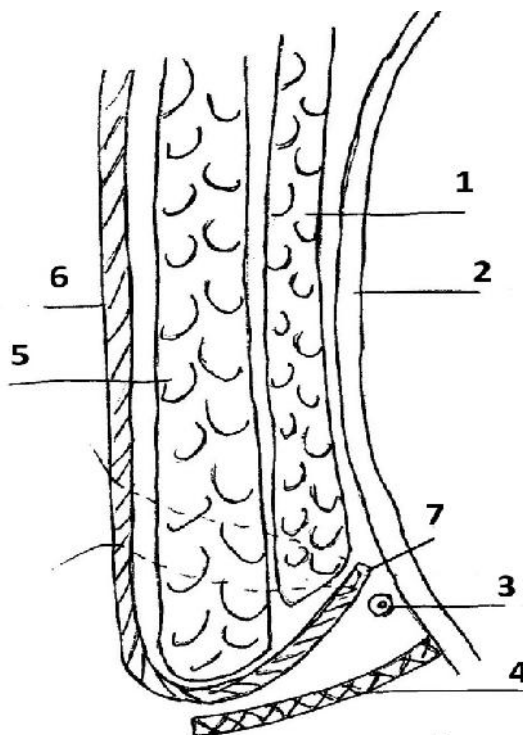


Рис.3. Схема сагиттального среза нижней половины туловища человека после формирования мышечно-апоневротического лоскута. (1 – поперечная мышца живота; 2 – поперечная фасция; 3 – семенной канатик; 4 – паховая связка; 5 – внутренняя косая мышца живота; 6 – апоневроз наружной косой мышцы живота; 7 – лоскут-формирующий П-образный шов).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Не нашедший столь широкого применения в своё время способ пластики пахового канала по Усову при выполнении первичного оперативного вмешательства по поводу паховой грыжи, был успешно применён нами с модификацией при повторных реконструктивных операциях. Отдалённые профилактические наблюдения этих пациентов подтвердили стойкий положительный результат.

ВЫВОДЫ

Рецидив паховой грыжи после перенесённых-герниопластик независимо от использованных методов развивается в ближайшие 2 года после операции. Повторный рецидив паховой грыжи определяется факторами инфицирования, внутрибрюшного давления или местного аллергического воспаления. В условиях формирования послеоперационных гематом или сером тщательный каждодневный конт-

роль за состоянием тканей и диагностические пункции по показаниям предупреждают развитие инфицирования. При повторных рецидивах после произведённых ранее ауто- или аллопластик рекомендуем использовать предложенную методику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургия: 2002, Киев, Украина - №4 - Адамьян А.А. Использование проленовой системы для пластики паховых грыж / - С.65-68.

2. Барышников А.И. Об эффективности применения простых способов операций при лечении паховых грыж; автореф. дис. д-ра. мед. наук: Донецк/Барышников А.И.; мед, ин-т. - Донецк., 1965.- 18 С.

3. Применение ненатяжных способов пластики при рецидивной паховой грыже / Белоконев В.И., Заводчиков Д.А., Ковалева З.В., Афанасенко; Гер-

ниология.- 2006.- № 3 (11).- С.10-11.

4. Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- 2006.- Т. 165. - № 4. : Борисов А.Е., Митин С.Е. / Современные методы лечения паховых грыж - С.20-22.

5. Герниология.- 2007. - № 2. : Жебровский В.В., Абдул Вали, Лунин В.Г. / Оценка эффективности современных методов оперативного лечения рецидивных многократно рецидивирующих паховых грыж - С.3-7.

6. Вестник герниологии - 2004.- № 4: Жебровский В.В. , Ильченко Ф.Н., Салах Ахмед М.С. / Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов - С.46-52.

7. Хирургия. 2004. Киев, Украина - № 5: Нестеренко Ю.А. / Выбор метода герниопластики при операциях по поводу паховой грыжи. - С.24-25.