
[REDACTED]

[illegible][illegible]

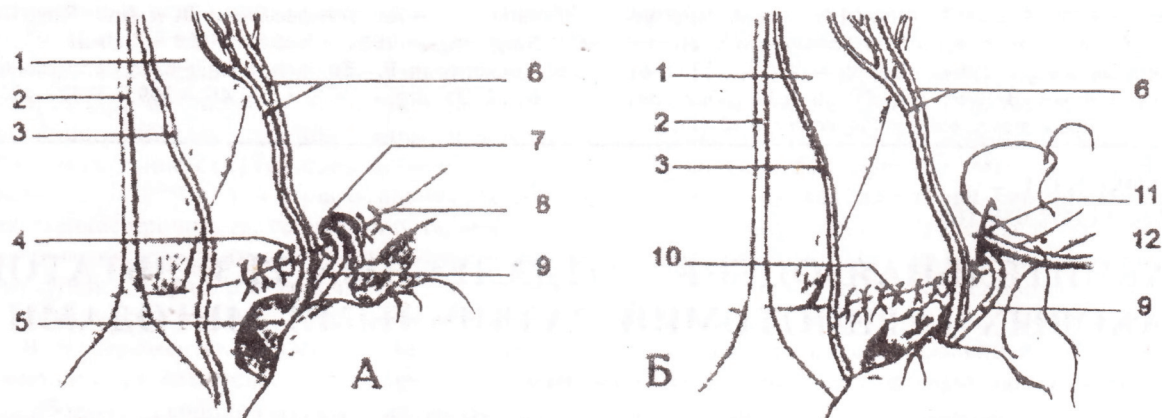


Рис.1. Герниопластика из предбрюшинного доступа по Nuyus (А – при косой паховой грыже; Б – при прямой паховой грыже):

1 – прямая мышца живота; 2 – срединная пупочная связка; 3 – латеральная пупочная связка; 4 и 8 – швы на заднюю стенку пахового канала; 5 – наружная подвздошная вена; 6 – нижние эпигастральные сосуды; 7 – вновь сформированное глубокое паховое кольцо; 9 – семявыносящий проток; 10 – узловые швы на медиальную паховую ямку; 11 – глубокое паховое кольцо; 12 – подвздошно-лобковый тяж.

Материалы методы

Настоящее сообщение основано на опыте хирургического лечения 980. больных паховыми грыжами, в период с 1981 по 1999 гг., которым было сделано 1033 грыжесечения (53 больным операции выполнены одномоментно с обеих сторон). Все операции выполнены в плановом порядке. Среди грыженосителей преобладали мужчины (М:Ж=10:1). Возрастной состав был весьма широк, от 3 до 84 лет, из них в 48% случаев лица были трудоспособного возраста (20-50 лет).

Операции производились в двух хирургических отделениях Врачебно-санитарной службы Восточно-Сибирской железной дороги (ВСЖД): хирургическом отделении больницы на ст. Иркутск-Сортировочный и хирургическом отделении больницы на ст. Улан-Удэ. Операции выполняли более 17 хирургов различной квалификации, причем в своей работе они использовали различные методы герниотомий. Таким образом, анализируемые данные, особенно по группе больных, у которых при герниотомии использовалась пластика передней стенки пахового канала, носят случайный характер. Операции, в процессе которых герниотомия сочеталась с пластикой передней стенки пахового канала (способы Жерара-Спасокукоцкого, Кимбаровского, Мартынова), отнесены к 1-й группе. Операции с пластикой задней стенки пахового канала (способы Бассини, Постемпского и Nuyus – рис.1) отнесены ко 2-й группе.

Техника всех операций не отличалась от описанной в литературе [7,9,10,16,20,21]. Критерием исключения был возраст до 14 лет (74 случая), т.к. у детей пластику задней стенки пахового канала не применяли. Подавляющее большинство больных были работниками ВСЖД, либо членами их семей, получавших медицинскую помощь в лечебных учреждениях железной дороги. Информация (анкетирование, осмотр) о наличии или отсутствии рецидива грыжи получена от 906 оперированных, которые продолжили жить в регионе ВСЖД (табл.3).

Что касается вариантов оперированных грыж, то в первой группе прямые грыжи отмечены в 24,2% случаев, косые – в 75,7%, рецидивные – в 9%, у которых анатомическая направленность характера рецидива определялась во время операции. Во второй группе соответственно: 32,2%, 67,8% и 6,9%.

Результаты и обсуждение

В результате анализа приведенных выше данных, установлено, что частота рецидивов паховых грыж в первой группе составила 9%, что не имеет существенных различий с данными таблицы 1 ($p = 0,6$). Во второй группе этот показатель был 4,2%, что также не отличается от данных литературы ($p = 0,2$). После операций по Nuyus было 9 (2,7%) рецидивов на 328 обследованных. Возникновение рецидивов происходило в различные сроки после операции. Наибольшая их частота в первой группе приходилась на первые 6-18 месяцев

Таблица 3

Количество обследованных больных и выявленные рецидивы в зависимости от способа операции

Способ операции	Число оперированных	Обследованные		Рецидивы		Р
		абс.	%	абс.	%	
1-я группа: пластика передней стенки пахового канала	51	33	63,0	3	9,0	0,2
2-я группа: пластика задней стенки пахового канала	855	475	55,5	20	4,2	
ВСЕГО:	906	508	56,0	23	4,52	

дивирования после лапараскопической герниопластики не превышает 0,65% при сроках наблюдения от 2 месяцев до 6 лет. Эти показатели, в сравнении с приведенными в табл.5, выглядят неожиданными и трудно объяснимыми. Дело в том, что лапараскопическая герниопластика исключает главный компонент операции по Nyhus – использование в качестве опорной структуры подвздошно – лобкового тяжа. Это, в свою очередь, исключает возможность полноценной реконструкции задней стенки пахового канала. По существу, при лапараскопическом методе производится простое укрепление зоны глубокого кольца пахового канала синтетическим материалом (сеткой) без удаления и резекции перерастянутой и рубцово измененной брюшины – грыжевого мешка, что с анатомической и патогенетической точек зрения представляется недостаточным.

Что касается различий в результатах после хирургической коррекции задней стенки пахового

канала и лапараскопических операций, то они статистически незначимы ($p = 0,8$).

Таким образом, рецидивы паховых грыж после их хирургического лечения методами, основой которых является пластика передней стенки пахового канала, встречаются в 9% случаев среди оперированных, а при пластике задней стенки – в 4,2%. Частота рецидивов паховой грыжи при преперитонеальной герниопластике по Nyhus составляет 1,8%, что существенно ниже, чем при пластике передней стенки либо задней по методу Бассини и Постемпского. Широкое внедрение в практику патогенетически обоснованного метода хирургического лечения паховых грыж по Nyhus – реальный путь снижения частоты рецидивов, что имеет большое медицинское и социально-экономическое значение, учитывая массовость этой патологии.

COMPARATIVE ESTIMATE OF REMOTE RESULTS OF INGUINAL HERNIOTOMIES BY VARIOUS METHODS

S.G. Thibikov

(Center of Reconstructive and Restorative Surgery of East-Siberian Scientific Center of RAMS)

The remote results of herniotomies in patients with inguinal hernias, operated in scheduled order, with the use of two variants of operations are considered: herniotomies with plasty of front wall of inguinal canal and its posterior wall (with stapling deep ring of inguinal canal). The relapses after operations were accordingly in 9% and 4,2% of cases. The least number of relapses were after operations on the Nyhus methods (1,8%). The main technical aspect of this methods is the use of transverse fascia and iliopubic band forplasty of posterior wall of inguinal canal.

Литература

- Белчев Б. Отдаленные результаты многослойной пластики // Вестн. хир. – 1989. – №5. – С.34-36.
- Бобков М.К. О предупреждении рецидивов после операций по поводу паховой грыжи // Вестн. хир. – 1977. – №1. – С.48-51.
- Веронский Г.И., Комаровских К.Ф. Глубокая герниопластика из предбрюшинного доступа // Хирургия. – 1991. – №5. – С.79-81.
- Гавриленко В.Г., Банный А.В., Погава А.З., Мельник Б.С. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста // Клини. хир. – 1992. – №2. – С.29-31.
- Гринев М.В., Стойко Ю.М., Силищев С.Н., Тарасенко М.Ю. Анализ хирургического лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1986. – №12. – С.88-91.
- Каншин Н.Н. Многослойная паховая герниопластика // Вестн. хир. – 1973. – №5. – С.101-106.
- Коган А.С., Веронский Г.И., Таевский А.В. Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. – Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1990. – 172с.
- Кузнецов В.И. Хирургическое лечение сложных видов паховых грыж // Хирургия. – 1990. – №10. – С.88-91.
- Кукужданов Н.И. Паховые грыжи. – М.: Медицина, 1969. – 440с.
- Крымов А.П. Учение о грыжах. – Л.: Медицина, 1929. – 551с.
- Морозов С.А., Крупенин В.С., Баков В.Н. Ошибки и осложнения в хирургии и травматологии. – Л.: Медицина, 1985. – С.56-59.
- Рутенбург Г.А. Лапараскопическая герниопластика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – 42с.
- Салов Ю.Б., Нестеренко Ю.А. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. – 1980. – №7 – С.24-29.
- Смирнов А.Б. Хирургическое лечение паховых грыж // Вестн. хир. – 1994. – №7-8. – С.116-118.
- Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1989. – №8. – С.137-140.
- Такуев К.С. Глубокая паховая герниопластика // Хирургия. – 1982. – №10. – С.61-64.
- Фелештинский Я.П. Преперитонеальная герниопластика доступом через паховый канал с использованием имплантата при рецидивных паховых грыжах // Вестн. хир. – 1998. – Т.157, №2. – С.64-65.
- Хатькова И.Е., Протасов А.В., Фалькова А.Э. Трудности лапараскопической герниопластики // Эндоскоп. хир. – 1999. – №3. – С.31-34.
- Berliner S., Burson L., Katz P., Wise L. An anterior transversalis fascia repair for adu inguinal hernias // Amer. J. Surg. – 1978. – Vol.13, №5. – P.633-636.
- Nyhus L., Condon R. Hernia. – Philadelphia; Toronto, 1978.
- Pollak R., Nyhus L.M. Complication of groin hernia repain // Surg. Clin. N. Amer. – 1983. – Vol.63, №6. – P.1363-1371.

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: !5&L9bO

STACK: