

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОДНО- И ДВУХЭТАПНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОНТРАТЕРАЛЬНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ (ОПЫТ 10 ЛЕТ ПРАКТИКИ)

Чирков Р.Н., Дорохов С.В.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Паховая грыжа является одним из самых распространенных хирургических заболеваний. Среди всех наружных брюшных грыж она составляет 70-80%, а ее доля в структуре больных, лечившихся в хирургических стационарах - 4-6%. Грыжесечения по поводу паховых грыж составляют 8-24% от всех хирургических вмешательств, и являются одной из наиболее часто выполняемых операций в общехирургических стационарах. В России ежегодно проводятся до 200 тыс. операций герниопластики.

Дискутабельными до настоящего времени остаются вопросы, касающиеся способа устранения двусторонней паховой грыжи. Важным вопросом хирургической тактики, на который в настоящее время нет однозначного ответа, является выбор одномоментной или двух этапной герниопластики.

Целью работы явилась оценка результатов одноэтапного и двухэтапного устранения контралатеральных паховых грыж.

Для сравнительного анализа результатов устранения контралатеральной паховой грыжи сформирована группа из больных, оперированных (2001-2010 гг.) в хирургических отделениях городской клинической больницы №6 г. Твери, районной больницы г. Сонково, Тверской области ЛПУ КГБ №1 г. Красногорск и филиала №1 Главного военного клинического госпиталя им.Н.Н. Бурденко в плановом порядке по поводу двусторонних паховых грыж. Для сравнения результатов одноэтапного и двухэтапного устранения паховой грыжи с пластикой брюшной стенки были применены критерии эффективности

лечения, разработанные М.С. Бегуном (2011г.). Наиболее очевидным критерием, с точки зрения цели выполнения операции, была частота рецидива заболевания. Число рецидивов оценивалось исходя из числа устраняемых грыж, т.е. результат устранения грыжи с каждой из сторон оценивался отдельно. Другим независимым критерием оценки результаты лечения были осложнения операции. На основании первичного анализа выделено 4 группы осложнений герниорафии. К первой группе были отнесены: инфильтрат послеоперационного раны, подкожные серомы и гематомы области раны, нагноение раны, эксплантация протеза в ранние или поздние сроки после операции. Во вторую группу осложнений отнесены: пахово-генитальная невропатия и водянка оболочек яичка. Диагноз пахово-генитальной невропатии устанавливался при сочетании болевого синдрома и нарушении чувствительности (гипостезия или гиперстезия в зоне иннервации позвздошно-пахового полового нервов). В третью группу вошли ятрогенные осложнения: повреждение полых органов и сосудов семенного канатика и семявыносящего протока. В четвертую группу осложнений мы отнесли: острую задержку мочи.

Были изучены грыженосители, оперированные традиционными аутопластическими способами; грыженосители, оперированные способом Лихтенштейна; грыженосители, оперированные комбинированными способами. В выборку вошли мужчины в возрасте от 20 до 87 лет, которым выполнялась аллопластика и аутопластика пахового канала. На этапе предварительного анализа из исследования были исключены дети, и юноши и девушки в возрасте до 20 лет. Кроме того, в исследование не включались люди, оперированные по поводу паховой грыжи и умершие по не связанным с грыжесечением причинами в течение года после операции. При том условии, что число больных было 306, выполнено 612 операций по устранению паховой грыжи с пластикой передней брюшной стенки: аутопластика (способом Кукуджанова с обеих сторон), аллопластика (способом Лихтенштейна с обеих сторон) и комбинированные (способом Кукуджанова с одной стороны и

Лихтенштейна с противоположной, а так же способом Десарда с одной стороны и Лихтенштейна с противоположной). Операции по поводу контралатеральных паховых грыж выполнялись больным одноэтапно и двухэтапно. Показатели корреляции распределения частоты выполнения разных способов укрепления передней брюшной стенки при устранении контралатеральных паховых грыж двухэтапно и одноэтапно низкие ($r=0,2$). Распределение числа больных с двусторонней паховой грыжей по возрастным группам показало высокую степень корреляции этих выборок ($r=0,96$), что позволяет рассчитывать на корректность сравнения обеих групп выборки. Статистически значимых отличий в частоте и структуре сопутствующей патологии у больных, оперированных одноэтапно и двухэтапно не было отмечено. Выявлено, что на одного больного, в группе, где устранение паховых грыж проводилось в один этап, приходится 2,0 заболевания, в группе, где устранение грыж проводилось в два этапа - 2,2 заболевания. Распределение числа заболеваний в возрастных группах близко к квадратичной прогрессии и коррелирует с возрастом грыженосителей ($r=0,995$). Сравнение распределения больных по типу грыжи показало отсутствие статистически значимой разницы их соотношений в возрастных группах при одноэтапном и двухэтапном устранении контралатеральных грыж. На основании проведенной сепарации установлено, что пациенты с грыжами 2-3 типа составили более 85%. Таким образом, сравнительный анализ выборки больных, оперированных одноэтапно и двухэтапно, показал, что по половому признаку, частоте выявления грыж разного типа сложности, возрасту больных, частоте сопутствующей патологии статистически значимых отличий не обнаружено. Сравнение результатов лечения этих групп больных является корректным. Не отмечено статистически значимой разницы частоты развития разных видов послеоперационных осложнений, кроме достоверно низкой частоты ятрогенных осложнений, что мы полагаем, связано с обработанностью технологии устранения паховой грыжи. При устранении контралатеральных паховых грыж в два этапа

наибольшая частота осложнений (47%) была зарегистрирована после пластики пахового канала способом Кукуджанова $t > 2,3$, $p < 0,05$ в большей степени на счет раневых и компрессионно-ишемических осложнений, что, по-видимому, обусловлено значительным числом операций при «сложных» грыжах. При таких грыжах укрепление пахового канала неминуемо сопровождалось натяжением тканей. Статистически значимых отличий частоты осложнений после устранения паховой грыжи способами Десарда и Лихтенштейна не отмечено, $t = 0,2$, $p > 0,05$. Изучение результатов устранения контралатеральной паховой грыжи в два этапа показало, что частота рецидива заболевания и послеоперационных осложнений не имеют существенных отличий от результатов устранения односторонних паховых грыж соответствующими способами герниопластики.

Изучение результатов устранения контралатеральной паховой грыжи в два этапа показало, что частота рецидива заболевания и послеоперационных осложнений имеют непосредственную связь с типом сложности паховой грыжи и способом ее устранения и не имеют достоверной связи с возрастом. При устранении контралатеральных паховых грыж в один этап наибольшая частота осложнений (39,6%) была зарегистрирована после пластики пахового канала способом Кукуджанова ($t > 2,0$, $p < 0,05$) в большей степени на счет компрессионно-ишемических осложнений, и острой задержки мочи. Мы полагаем, что более высокая частота вышеуказанных осложнений по сравнению с аналогичными после операции Десарда и Лихтенштейна обусловлена «натяжной» технологией пластики пахового канала. Достоверно более низкая частота осложнений после операции Десарда ($t = 2,0$, $p = 0,05$) сравнительно с операциями Кукуджанова и Лихтенштейна связана с минимальной травматичностью этой операции, особенно в случае использования для устранения «простых» 1-2 типа грыж. Изучение результатов устранения контралатеральной паховой грыжи в два этапа показало, что частота рецидива заболевания и послеоперационных осложнений имеют

непосредственную связь с типом сложности паховой грыжи и способом ее устранения и не имеют достоверной связи с возрастом.

На основании оценки результатов устранения контралатеральных грыж в один и два этапа можно утверждать, что одноэтапная двусторонняя герниопластика имеет преимущества перед двухэтапной в плане частоты рецидива заболевания, частоты осложнений и качества жизни через год после операции. Наиболее важными факторами, влияющими на частоту рецидива заболевания были тип сложности грыжи и способ укрепления пахового канала. Послеоперационные осложнения чаще развивались после аутопластики пахового канала, что предполагает контралатеральное натяжение тканей при устранении двусторонних грыж.

Список литературы

1. Борисов А. М. Результаты дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики при лечении больных паховой грыжей / А. М. Борисов, С. Е. Митин, К. Н. Мовчан и др. // Аллопластика грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки: Материалы семинара общества герниологов. – М.: РНЦХ РАМН. – 2003. – С. 6–7.
2. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. - М.: Медпрактика, 2002. - 147 с.
3. Калантаров Т.К. Пути повышения качества лечения паховых грыж в общехирургических стационарах/Т.К. Калантаров, Г.М. Кавалерский, И.Л. Памурзин// Медицинская помощь. - Москва. - 2003. - №1. - С.25-27.
4. Чирков Р.Н., Махмудов Н.Б. Возрастные особенности апоневроза наружной косой мышцы живота, поперечной фасции в паховой области и их значение в хирургическом лечении пациентов с двухсторонними паховыми грыжами// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №10. – С. 22-25.
5. Поздняков О.Б., Асеев А.В., Ситкин С.И., Соколов А.А., Чирков Р.Н. Использование методов лучевой диагностики и реанимационных мероприятий

Тверской медицинский журнал. 2019 год. Выпуск №2.

у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на дооперационном этапе // Верхневолжский медицинский журнал. 2010. Т. 8. № 2. С. 44-46.