

**КОМБИНИРАН МЕТОД ЗА ХЕРНИОПЛАСТИКА С ЕДНОВРЕМЕННО
УКРЕПВАНЕ НА ТРИТЕ СЛАБИ МЕСТА НА СЛАБИННАТА ОБЛАСТ**
Костадин Георгиев*, Димитър Чонов, Юксел Дуран**, Мариана Георгиева*****

* - УМБАЛ „Св. Георги“, – гр. Пловдив – Еднодневна хирургия

**УМБАЛ „проф. Куркович“ - гр. Стара Загора

*** - МБАЛ – гр. Чирпан – Отделение по физикална терапия и рехабилитация
Европа; България; гр. Пловдив; бул. Пещерско шосе 66, ет. 1, Еднодневна хирургия;
e-mail: хо2014@abv.bg

Обширни и задълбочени проучвания показват, че в днешно време около 65% от херниалните репарации се извършват с имплантиране на херниални платна или мрежи с отворен преден достъп.

В съвременната херниология се разширява приложението на протезиращите техники с преобладаващ дял на предния достъп. При използването на тези техники отчетливо намалява честотата на рецидивите, но е сравнително висок процента на пациентите с късна следоперативна хронична слабинна болка. Възможността за редуциране на нежеланите резултати и подобреното качество на живот сред оперираните пациенти е наложило усъвършенстването на оперативните техники и създаване на нови. Широко приложение в херниологията имат съвременните протезиращи платна: т.н. леки платна и комбинирани платна с резорбираща се компонента с цел намаляване на чуждия материал в организма.

Въпреки простотата и универсалността си, операцията на Lichtenstein не е лишена от недостатъци. При този метод рецидивите не са изключени. Те се развиват в незащитените области на задната стена на ингвиналния канал. Рецидивите обикновено възникват между трансверзалната фасция и протезата в областта на tub. pubicum или през вътрешния отвор на канала.

Цел

Да се съпоставят двата оперативни метода този на Lichtenstein и нашия комбиниран оперативен метод.

Материали и методи

Събрани и съхранени са данни от оперативното лечение на 204 пациенти, оперирани за слабинни хернии през 2009-2014 год. в Отделението по еднодневна и миниинвазивна хирургия към Втора хирургическа клиника на УМБАЛ „Св. Георги“ гр. Пловдив. Средната възраст на оперираните е 62,7г. жените са 38, а мъжете – 166, всички са оперирани в планов порядък. Пациентите са разделени в две групи от по 100 човека. Едната група са оперирани по Lichtenstein, а другата група по наша оперативна методика. Приложен е вариационен и корелационен анализ на ранните и късните усложнения за период от 12 до 24 месеца.

Оперативен метод

При този оперативен метод се извършва допълнително укрепване на вътрешния отвор и плицирание на трансверзалната фасция преди фиксиране на полипропиленовата мрежа. По принцип импланта може да бъде използван за укрепване на вече защитата

херниална врата. При тази комбинирана техника се осъществява реконструкция на ингвиналната зона. Възстановяването на нормалните топографо – анатомични взаимоотношения на тъканите и укрепването им, повишава тяхната възможност за противопоставяне на повишеното интраабдоминалното налягане, както и здравината и функционалността на пластиката. Полипропиленовият меш дори и при напрежение на шевове отдолу предотвратява тяхното прорязване.

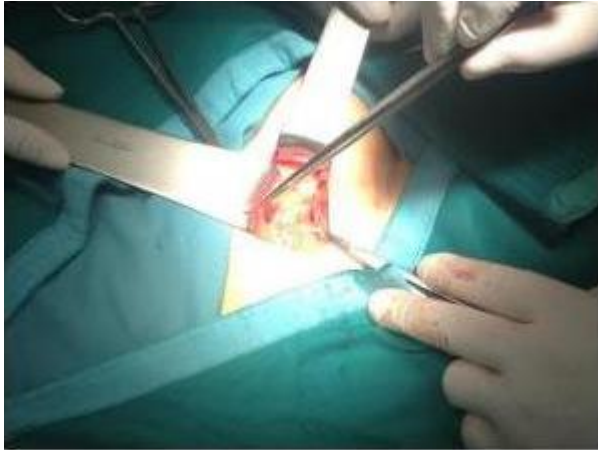
Основни моменти

Редуцирана трансверзална инцизия на кожа и подкожие по Rutkow - Robbins. Укрепване на задната стена. Разкрояване на импланта *in situ* и фиксиране с резорбируеми конци. Невропредпазваща процедура. Инфилтрация на местен анестетик в оперативното поле за следоперативна аналгезия. Ранно раздвижване и дехоспитализация. Обща анестезия или спинална с краткодействащ медикамент Lidocain.

Скъсена трансверзална инцизия в ингвиналната област с дължина 4 – 5 см. (фиг.1) Надлъжно отваряне на ингвиналния канал, луксиране на кордона, идентификация на нервите (фиг.2) и херниалния сак (фиг.3), минималното му отпрепарирание и обработка, лигиране с ексцизия или инвагиниране. Следва укрепване на задната стена на ингвиналния канал като при техниката на Shouldice (фиг.4). С продължителен шев с резорбируем конец Vicryl 2/0, започва се от *tub. pubicum* като се сутурират от медиално към латерално сухожилната дъга на *m. transversus abd.* към *tr. ileopubicus* и се достигне до вътрешния отвор на канала. При широк ингвинален триъгълник, предимно при директните хернии, с цел избягване на напрежение, използваме релаксиращ разрез по предната стена на правия коремен мускул по Halsted.



Фиг. 1. Скъсена трансверзална инцизия в ингвиналната област



Фиг. 2. Идентификация на нервите



Фиг. 3. Херниален сак



Фиг. 4. Продължителен шев на задната стена

След това се имплантира полипропиленов меш с размери 7,5x15 см (фиг. 5), като в началото едната от дългите страни се фиксира към *tub. pubicum* и *lig. inguinale* с три шева (фиг. 6) – първият към *tub. pubicum* със застъпване 1 – 1,5см, вторият по средата и третият на нивото на вътрешния отвор. Медиалният ръб на протезата се фиксира с три

п-образни лигатури, прекарани и фиксирани върху медиалното крилце на фасцията на обликвус абдоминис екстернус. Използваме при тази пластика Vupro II (синтетично, плетено, полурезорбируемо платно, състои се от 50% плетени нишки Vicril с покритие и 50% Prolene, не се разплита при „рязане и кроене“, има макропори-3-5мм. благодарение на което не се капсулира, а се инкорпорира, еластично и „послушно“-движи се с коремната стена, частично се резорбира- 70% по-малко чуждо тяло след около 60 дни в сравнение с полипропиленовите).



Фиг. 5. Полипропиленов меш с размери 7,5x15 см.



Фиг. 6. Фиксиране към lig. inguinale



Фиг. 7. Разкрояване на меща in situ с крива ножица



Фиг. 8. Дистално разкрояване 1/3 към 2/3

Избягваме затварянето и фиксирането на протезата проксимално от вътрешния отвор към подлежащите мускули, поради опасност от захващане в шевове на нервите в ингвиналната област. Цялото фиксиране на меща се извършва само с резорбируем конец Vicryl 3/0. При адекватна идентификация на трите нерва в ингвиналния канал се стремим те да не са в контакт с меща, а при недобра идентификация и опасност от захващането им в шевове, при възрастни пациенти предпочитаме невректомията.

Избягваме фиксирането на меща с нерезорбируем конец, поради доказаното свиване на протезата с 30 – 40% до края на първата година и прорязването на фиксиращите конци през фасциалните структури, което би довело до отслабването им и възможност за рецидивизиране. Над протезата се поставя кордона и се затваря ингв. канал. След затварянето му инфилтрираме вътре Lidocain 100 mg 10 ml , със същото количество местен анестетик инфилтрираме подкожието и кожата за следоперативна аналгезия и ги възстановяваме послойно със същия шевен материал. Обикновено не се налага допълнително обезболяване. Следва ранно раздвижване, на 6-я час след операцията и дехоспитализация същия или на следващия ден.

Резултати

Регистрирани са 54 ранни и късни усложнения сред проучените случаи. Рецидивите са 7, като 6 от тях са при болните оперирани по Lichtenstein и един сред групата оперирани по нашия оперативен метод. Хронична следоперативна слабинна болка е установена при 20 пациенти (12.8%). Атрофия на тестиса се намери при 2 пациенти. Ранните следоперативни усложнения са общо 14 при двете методики - при тази на Lichtenstein са 10, а при комбинирания оперативен метод - 4. Късните следоперативни усложнения съответно при Lichtenstein – 32, а при нашия метод -8. При новия метод рецидивите са 1.9% и намалява процента на късната следоперативна хронична болка и се подобрява качеството на живот сред оперираните пациенти.

Табл.1. Ранни следоперативни усложнения според вида пластика

Ранни следоперативни усложнения	Вид пластика Lichtenstein	Вид пластика Собствена методика
Хематом	1	1
Хеморагия	1	-
Сером	4	1
Супурация	1	2
Орхостаза	3	-
Общо	10	4

Табл.2. Късни следоперативни усложнения според вида пластика.

Късни следоперативни усложнения	Вид пластика Lichtenstein	Вид пластика Собствена методика
Парестезия	3	1
Орхостаза	3	-
Атрофия на тестис	1	1
Хронична болка	19	5
Хронична инфекция	1	-
Отхвърляне на протеза	-	-
Ре-рецидив	6	1
Общо	32	8

Заклучение и изводи

Възможността за редуциране на нежеланите резултати и подобреното качество на живот сред оперираните пациенти е наложило усъвършенстването на оперативните техники и създаване на нови, приложение на съвременни (т.н. леки) платна и комбинирани с резорбираща се компонента с цел намаляване на чуждия материал в организма.

С плисирането на трансверзалната фасция по Shouldice се прави най-близко да естественото моделиране на задната стена и вътрешния ингвинален отвор. Постига се анатомично укрепване на местата за поява на директна херния, намалява се ингвиналният промеждутък и умерено се намалява кранио-каудалния размер на вътрешния ингвинален отвор. Дебарасирацията намалява напрежението в мястото на опората на пластиката. Тези анатомични промени подобряват анатомо-функционалната защита на задната стена и вътрешния ингвинален отвор, като при това не се нарушава послойния строеж на областта.

Поставения меш допълнително укрепва слабите места със създаването на т.н., протезна апоневроза” укрепваща херниалния дефект. Запазва се нормалната биомеханика на областта и е щадяща по отношение на нервите преминаващи в тази зона.

Създадения и апробиран комбиниран оперативен метод за хирургично лечение на ингвинални хернии е с доказана сигурност в лечението - снижава рецидивите до 1.9% и намалява процента на късната следоперативна хронична болка и подобрява качеството на живот сред оперираните пациенти.

Ключови думи: слабинни хернии, рецидив, постоперативна хронична слабинна болка, атрофия на тестиса, херниопластика с протеза.

Библиография:

1. Георгиев К, Баташки И. Слабинна херния избор на оперативен метод на лечение Мед. издателство „Райков”-2010г.
2. Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: Its inception, evolution and principles. *Hernia* 2004; 8: 1-7.
3. Bartorfi J. The Herniology in Hungary today.-on The 1st Symposium with international participation of the Association of the herniologists of Yugoslavia: „ Anatomy, Pathophysiology and Repair of Groin Hernia" - Nish 7th-9th November 2002.
4. Bay-Nielsen M, E. Nilsson, P. Nordin, H. Kehlet. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg* 2004; 91(10):1372-6.
5. Collaboration Eu Hernia Trialists. Repair of Groin Hernia with Synthetic Mesh. Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg* 2002; 235 : 322-332.
6. Klaristenfeld DD, E. Mahoney, DA. Iannitti. Minimally invasive tensionfree inguinal hernia repair. *Surg Technol Int.* 2005; 14:157-63.

Science & Technologies

7. Searle R. et Simpson K. Chronic post-surgical pain. Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain 2010; 10: 12-14
8. Schumpelick V, Operationsatlas Chirurgie. Stuttgart - F. Encke Verlag 1997a.