

## ИЗБОР НА ОПЕРАТИВНА МЕТОДИКА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА СЛАБИННИ ХЕРНИИ

**Василев В. \*, Раев Р.\*\*; Кавръков Т.\*\*\*, Абрашев Хр.\*\*\***

\* МБАЛ „Бургас“ АД,

\*\* МБАЛ „Д-р Христо Стамболски“ ,

\*\*\* УМБАЛ „Проф.д-р Стоян Киркович“ АД.

## CHOICE OF OPERATIVE METHODS IN TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

**\*Vasilev V., \*\*Raev R.,\*\*\* Kavrakov T., \*\*\*Abrashv H.**

### RESUME

Inguinal hernia is the most common reason for an abdominal surgery. There are a number of operative methods, as each one of them has its advantages and disadvantages. It depends on type, size and age of the hernia. That is why the choice of method is important, to achieve optimal postoperative results. In Surgery Department of MBAL “Hristo Stamboliyski”, from 2010 to 2014, we operated 955 patients, 859 males and 96 females, as only male patients are subject of our investigation. In 115 patients we established an incarcerated hernia. 32 of them, after successfully carried taxis, were operated in planned order. The rest of them were operated emergency. In only 78 patients, a hernioplasty was made without surgical mesh, by the method of Bassini, Shouldice or Kirschner. In the remaining 781 patients, the front abdominal wall was recovered by surgical mesh, with the methods of Trabucco (287 patients); Lichtenstein (433 patients) and McVay with mesh (61 patients). Postoperative all of the patients were followed until the third month. Some of them (412 patients) were followed by the sixth month. Relapse of the hernia was established in 14 patients – 7 of them were operated without a mesh(8,97%), 2 of them – by the method of Trabucco(0,69%) , 4 patients – by the method of Lichtenstein (0,92%) and only one patient with the McVay method (1,63%). The results show that methods with surgical mesh are more reliable. After all, they have to be done by experienced surgeons with excellent knowledge of inguinal canal’s anatomy.

*Keywords: Inguinal hernia; surgical mesh; hernioplasty.*

### Въведение

Най-честата оперативна намеса в света остава пластичното възстановяване на слабинния канал. В САЩ ежегодно се извършват повече от 500 000 херниопластики. Честотата на заболяването във Великобритания е 0,1%, в САЩ 0,21%, а в Германия 0,4%, като годишния брой на извършените ингвинални херниопластики в тези страни достига до 15% от всички оперативни интервенции. Приблизително 15 000 пациента годишно се оперират в България от появила се слабинна херния[1,2,3,4].

Социалната значимост на слабинните хернии се определя както от честота на заболяването, така и от риска от усложнения и рецидиви особено при наличие на съпътстващи хронични заболявания на други органи и системи и сроковете на нетрудоспособност. В България с увеличаване на средната възраст на населението, респ. нарастващата честота на хроничните заболявания, социалната значимост на заболяемостта от слабинни хернии се увеличава. Голямо икономическо и социално значение имат подхода към заболяването и избирането на метода на лечение, които трябва да се основават на съвременните принципи за хирургична пластика и новите концепции за организация на здравеопазването с прилагане на едnodневен или краткосрочен болничен престой при определени заболявания. Едnodневната хирургия при лечението на херниите е икономически ефективна и отговаря едновременно на интересите на пациента и практиката.

Класическото определение за херния е дал Aulus Cornelius Celsus (30г. пр. Хр. – 50г. сл. Хр.), според което това е “изпадането на който и да било вътрешен орган от нормалната

му позиция в тялото през вроден или придобит отвор”. Според съвременната дефиниция всички видове слабинни хернии представляват дефект (патологичен отвор) в дълбокия мускулно-апоневротичен слой на коремната стена в слабинната област[2,3].

Съотношението мъже /жени при слабинните хернии е около 10:1, докато при феморалните е 1:5, но честотата на последните е почти 100 пъти по-малка. Това се дължи преди всичко на анатомични разлики в структурата на ингвиналния канал. При мъжете слабинната херния следва пътя, по който тестисите от коремната кухина слизат в скротума през периода на ембрионално развитие на пикочо-половата система при мъжа. По-големият размер на слабинния канал при мъжа е основната причина силният пол да бъде с повече от 10 пъти по-висок риск от развитие на ингвинална херния в сравнение с жената. Не трябва да се омаловажава начинът на живот, тежкия физически труд, наследствеността и др. От съществено значение е да се определи типа на слабинните хернии според локализацията на херниалния отвор или дефект. Този дефект е винаги разположен в дълбокия мускулно-апоневротично-фасциален слой на коремната стена в слабинната област[2]. Различаваме следните видове слабинни хернии: индиректни – дефект на вътрешния слабинен отвор (областта на преминаване на структурите на семенния кордон от коремната кухина към скротума); директни – дефект на транзверзалната фасция медиално и дорзално от вътрешния слабинен отвор; феморални – херниален дефект в областта на феморалния отвор, на граница между слабината и бедрото. Въпреки че последните се приемат като отделна група дефекти на предната коремна стена, техният произход е вследствие проявата на комплексната патология на слабинната област. Разкриването на анатомичната и патологоанатомична същност на слабинните хернии обосновава категоричната необходимост от хирургично оперативно лечение, което в същността си може да бъде определено като пластично и реконструктивно. Въвеждането на модерни материали и технологии, като херниалните платна и лапароскопската хирургия направи операциите по-ефективни и по-лесно поносими за пациента.

През 1889г. почти едновременно Bassini и Halsted описват първите пластики целящи анатомично възстановяване на ингвиналния канал чрез премахване на дефекта с пластично разместване и фиксиране на собствени тъкани на пациента. През втората половина на XX век и до днес като златен стандарт се налагат хепниопластиките на fascia transversalis a modo Schouldice и на lig. Cooperi a modo McVay. Идеята за възстановяване със собствени тъкани се опира на познанията относно анатомино-функционалните особености на слабинната област и немалкото случаи на отхвърляне на имплантатите.

Второто направление е възстановяване на дефекта с имплантиране на биологична или синтетична протеза която укрепва и замества увредената анатомична структура. През 1909г. Kirschner предлага използването на свободен автотрансплантат от fascia lata. През 1956г. Uscher използва мерсилиенова мрежа за подсилване и укрепване на съществуващи вече пластики. Lichtenstein (1986) предлага теоретично и практично обосновава идеята, че съединяването на собствени тъкани причинява напрежение, водещо до следоперативни усложнения и рецидиви, което може да бъде преодоляно единствено чрез използване на изкуствено платно за постигане на tensionfree repair[8].

С течение на времето и с придобиване на все по – голям опит всеки хирург усвоява един или няколко оперативни метода на херниопластика. Днес най – често се използват платна с мрежовидна оплетка, изработени от пролен, при които реакцията на отхвърляне от организма е пренебрежимо малка, а имплантирането – лесно и достъпно, дори за хирург с по – малък опит. Повече от 15 години проленовите платна широко се използват при пластичното възстановяване на предната коремна стена. Изпълнението на дълбоки многослойни пластики със собствени тъкани, за което се изисква много опит и търпение, като че ли остана на по – заден план. Сравнителният анализ показва, че при по – простите и лесни за изпълнение пластики на ингвиналния канал, като тази по Мартинов, хернията може

да рецидивира до 25% от случаите, докато поставянето на платно сваля процента на рецидивите 4 – 5 пъти. Все пак нека не забравяме, че правилно изпълнената многослойна пластика по Shouldice или по McVay рецидивира от 0,8% до 3%, което се потвърждава и от нашия опит[9]. Следователно в зависимост от вида, големината и давността на хернията от една страна и опита на хирурга от друга, се налага с особена острота проблема с избора на оперативна методика за постигане на оптимални следоперативни резултати.

### Цел

Да се извърши наблюдение и анализ на оперираните от ингвинална херния болни в хирургичното отделение на МБАЛ „Д-р Христо Стамболски“ – гр.Казанлък и да се прецени ефективността на приложените от нас лечебни методи чрез постигнатите резултати.

### Материал и методи

За периода 2010 – 2014год. бяха оперирани по повод слабинна херния общо 955 пациенти, от тях 859 мъже и 96 жени, като обект на настоящото проучване са само мъжете. На таблица 1 е отразено разпределението по възраст.

Таблица 1

възраст пол	20-40г.	40-50г.	50-60г.	60-70г.	Над 70г.
мъже	238	163	187	176	95

Прави впечатление сравнително равномерното разпределение на пациентите по възраст, което означава че заболяването ингвинална херния няма предпочитана възраст. Все пак най-много болни са оперирани във възрастта 20 – 40 год., когато мъжете са физически активни в най – голяма степен. Като се има предвид средната продължителност на живота у нас привидно ниската цифра стояща под възрастта над 70 год. е напълно съизмерима с останалите възрастови групи. За избора на оперативна методика от особена важност е вида на хернията, което е отразено на таблица 2.

Таблица 2

вид на хернията	ингвинална репонибелна	ингвино-скротална репонибелна	ингвино-скротална нерепонибелна	рецидивна	заклещена неуспешен таксис
брой болни	548	113	79	36	83

Основният оперативен метод използван от нас е пластиката на Lichtenstein /златен стандарт/, следвана от тази на Trabucco, Shouldice /без платно/ и McVay с платно.

### Резултати и обсъждане

След извършване на необходимата предоперативна подготовка – лабораторни изследвания, ЕКГ, консултации с кардиолог и анестезиолог болните бяха оперирани. Беше предпочетена общата или спинална анестезия с цел по-добра релаксация на тъканите и по-лесно възстановяване задната стена на ингвиналния канал. При всички пациенти беше извършена периперативна антибиотична профилактика с цефалоспорини поне трето поколение с цел намаляване риска от инфекция на платното[5]. При 115 пациенти беше

установена заклещена херния, като 32-ма от тях след успешно извършен таксис бяха оперирани в планов порядък, а останалите – по спешност, което задължително наложи антибиотично лечение, независимо от това дали беше използвано платно или не. Следоперативно в първото денонощие бяха назначени аналгетици и венозни инфузии по преценка на анестезиолога. Болните като правило бяха изписани на 1 – 3 ден след операцията с изключение на тези, при които се появиха следоперативни усложнения, а именно: следоперативен хематом – 37 /4,31%/, инфилтрация на оперативната рана – 42 /4,89%/, оток на скротума – 28 /3,25%/. Таблица 3 показва броя болни оперирани по описаните методики.

Таблица 3

вид на оперативната методика	херниопластика без платно по Bassini, Shouldice, Kirschner	херниопластика по Lichtenstein	херниопластика по Trabucco	херниопластика по McVay с платно
брой болни	78	433	287	61

Пластиката без платно беше приложена при пациенти с малки репонибелни хернии и при част от заклещените с давност повече от 6 часа и данни за напреднал илеус. Методите на Lichtenstein и Trabucco, които са близки по своята същност /tensionfree repair/, бяха предпочетени при хернии с по-голям дефект на предната коремна стена и при рецидивни хернии. Метода на McVay с платно беше използван ограничено поради сложността на изпълнение на оперативната техника.

Следоперативно всички пациенти бяха проследени до 3 месеца, част от тях – 412 до 6 месеца. Рецидив на хернията се установи при 14 болни – 7 от оперираните без платно /8,97%/, 2 от оперираните по Trabucco /0,69%/, 4 от оперираните по Lichtenstein /0,92%/ и един по McVay в съчетание с платно /1,63%/. Получените резултати кореспондират с публикуваните в български и чуждестранни източници, което говори в полза на правилния избор на оперативна методика[4]. Все пак е необходимо да се отбележи, че след шестия месец са били възможни рецидиви и на други пациенти, потърсили медицинска помощ на друго място, за които обаче ние нямаме информация.

### Заклучение

Хирургичното лечение на слабинните хернии е едно от сериозните предизвикателства в общата хирургия. Резултатите от нашето проучване показват, че избора на оперативна методика при различните видове слабинни хернии е от съществено значение. Методите на Lichtenstein и Trabucco с проленово платно са предпочетени от нас поради сравнително лесното и бързо изпълнение на техниката, липсата на силна и упорита следоперативна болка и по-малко следоперативни усложнения. Пластиката на Lichtenstein се приема като „златен стандарт“ от повечето хирурзи. Съчетаването на херниопластиката по McVay с имлантиране на проленово платно непосредствено след възстановяване на задната стена на ингвиналния канал е надежден метод за пластика на предната коремна стена по повод слабинна херния. Въпреки това този метод беше използван при ограничен брой болни поради сложността на изпълнение от една страна и опасността от следоперативни хематоми от друга. Препоръчва се към този вид методика да пристъпват опитни хирурзи с отлични познания по анатомията на слабинния канал.

### Литература

1. Баев, Ст., 1990. *Коремна хирургия*. София, Изд. Знание.
2. Ванев, Ю., 1998. *Дисертационен труд*

3. Дамянов, Д., 2007. *Клинична хирургия*. София, Изд. Знание.
4. Butters M, Redecke J, Koeninger J, 2007. Long-term results of a randomized clinical trial of Shouldice, Lichtenstein and trans-abdominal preperitoneal hernia repairs. *Br J Surg* 94:562–565
5. Celdra'n A, Frieyro O, de la Pinta JC, Souto JL, Esteban J, Rubio JM, Sen'ar'is JF, 2004. The role of antibiotic prophylaxis on wound infection after mesh hernia repair under local anesthesia on an ambulatory basis. *Hernia* 8:20–22
6. Edelman, D., Hodde J., 2006. Bioactive prosthetic material for treatment of hernias. *Surgical technology international* ; 15: 104–108
7. Gray, S. H., Hawn, M. T., Itani, K.M. et al., 2007. Surgical Progress in Inguinal and Ventral Incisional Hernia Repair. *Surgical Clinics of North America* ; 88 (1): 17-26
8. Lichtenstein, I.L., Shulman A.G., 1986. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *International surgery* ; 71
9. Simons, M. P, Aufenacker, T., Bay-Nielsen et al., 2009. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*; 13 (4): 343–403