

Паховая грыжа – это часто встречающаяся патология (только в Италии ежегодно проводится 180 000 операций), имеющая несомненное социальное значение.

Все операции по ликвидации паховой грыжи, выполненные существующими в настоящий момент хирургическими техниками с использованием протезов, не исключают риска возникновения послеоперационных ощущений дискомфорта и хронических невралгий у пациентов (от 1% до более чем 30% в разных случаях). За исключением причин, связанных с «человеческим фактором», это может быть связано с интерференцией протезов, которые при наложении в соответствии с техникой, могут воздействовать на нервные структуры пахового канала. Кроме того, не следует пренебрегать и возникающими постоянными ощущениями дискомфорта от «инородного тела», вызванными достаточно крупными размерами существующих на рынке протезов.

Целью хирургии паховых грыж на сегодняшний день является улучшение качества жизни пациента и в особенности снижения рисков возникновения хронических послеоперационных болей – осложнения, приводящего к необходимости оказания постоянной медицинской помощи, к хроническому приему болеутоляющих лекарственных препаратов и, в 5% самых тяжелых случаев, даже к повторной госпитализации и хирургическим вмешательствам, часто не приносящим результата.

Предлагаемая хирургическая процедура задумана иначе и состоит в наложении протеза специально разработанной формы, одновременно охватывающей все нуждающиеся в укреплении слабые зоны. Техника предусматривает небольшие размеры протеза, чтобы иметь возможность его наложения непосредственно над поперечной фасцией (в том месте, где нет расположенных выше опорных мышечных структур) и покрытия креmasterной мышцей. Это позволяет избежать воздействия на нервные и мышечные структуры пахового канала, которое часто является причиной невралгий и ощущений инородного тела.

Техника "ALL IN ONE MESH HERNIOPLASTY"

После надреза верхних слоев и открытия апоневроза наружной косой мышцы выделяется семенной канатик. Здесь нет необходимости выделять и изолировать суб-апоневротические нервные структуры (подвздошно-подчревной нерв и подвздошно-паховый нерв). При помощи диатермокоагулятора выполняется продольный медиальный надрез фибро-креmasterной оболочки (образованной креmasterной мышцей и наружной семенной фасцией) от внутреннего кольца до лобкового бугорка.

Зажимами «Москит» выделяются медиальные края «фибро-креmasterной оболочки» (Рис.1), затем производится её отделение от структур (грыжевого мешка и элементов канатика) до паховой связки, функциональным продолжением которой она является. Далее, в соответствии с техникой, выделяется, отделяется и уменьшается грыжевой мешок, происходит выравнивание (в зависимости от типа грыжи) слабой зоны путем образования складки на поперечной фасции при помощи нити Glicofil Lac 2/0. Внутреннее паховое кольцо готовится таким образом, чтобы вставить в него часть А протеза, как это описано ниже.

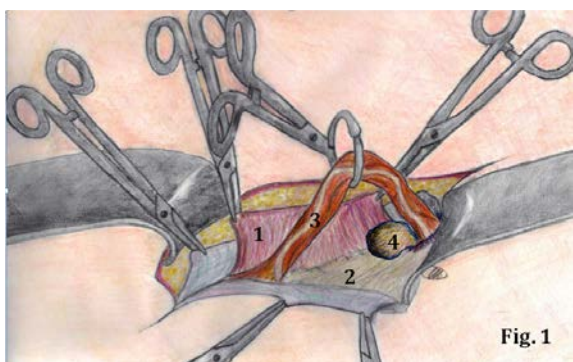
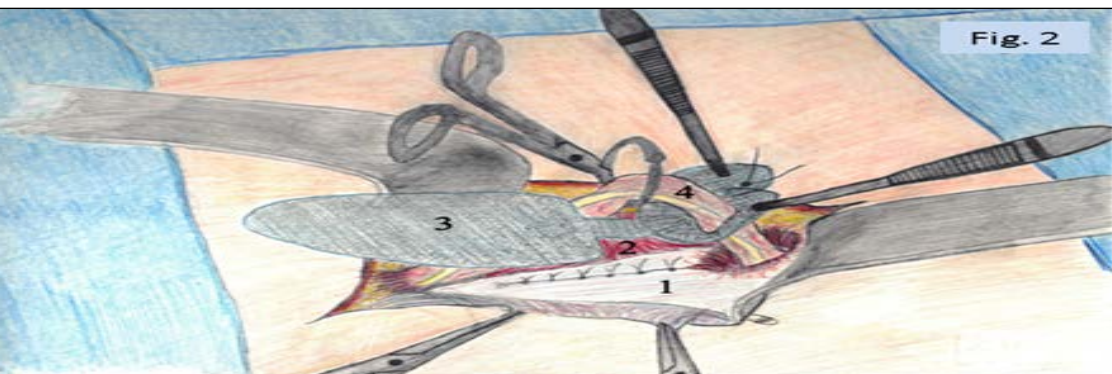


Рис. 1

1 – Фибро-креmasterная оболочка

- 2 – Поперечная фасция
- 3 – Семенной канатик
- 4 – Наружная косая грыжа

Во всех случаях для укрепления стенки накладывается сетчатый протез (Рис. 4), форма которого специально разработана для одновременного укрепления всех слабых зон пахового канала без риска образования морщин на сетке.



Часть А протеза располагается вокруг элементов канатика и образует вокруг них коническое кольцо. Это возможно путем сближения между собой частей А1 и А2. В зависимости от диаметра канатика можно, при

уменьшении длины А1 и А2, добиться изменения степени открытия вершины конусной части. Один стежок нитью Glicofil Lac 2/0 соединяет части А1 и А2 до достижения необходимого диаметра и закрывает конус сетки вокруг канатика. В то время как ассистент приподнимает элементы канатика вверх при помощи зажима Боттини, хирург двумя анатомическими пинцетами вводит кольцо протеза во внутреннее паховое отверстие (Рис. 2).

Рис. 2

1 – Поперечная фасция после выравнивания прямой грыжи; 2 – Изолированная фиброкремастерная оболочка; 3 – Укрепляющая сетка пахового отверстия; 4 – Семенной канатик.

Созданный удерживающий конус протеза помогает репарации слабой зоны, расположенной на уровне внутреннего пахового кольца (латеральной ямки). Его глубина при размещении во внутреннем кольце такова, что не происходит наложения и сдавливания находящихся под ним сосудистых структур. Один узелок рассасывающейся нитью (GLICOFIL Lac 2-0) восстанавливает кольцо на уровне перемычки В протеза.

Части В + С располагают над поперечной фасцией. Перемычка В выходит за пределы кольца и переходит в часть С под углом в медиальном направлении, что позволяет уместить её целиком в паховом канале в части С и укрепить среднюю и медиальную ямки. Протез, наложенный таким образом, должен удобно расположиться боковиной к менее выпуклому краю углубления паховой связки, а медиальной частью доходить до объединенного сухожилия или расположиться над ним (это зависит от комплекции пациента), чтобы на сетке не образовались морщины.

Дистальный край части С протеза накладывается поверх бугорка лобковой кости примерно на 1 см и, не затрагивая надкостницу, крепится к нему рассасывающейся нитью (Glicofil Lac 2/0).

Особая форма протеза гарантирует возможность его зеркального применения при выполнении правосторонней или левосторонней герниопластики.

И наконец, производится восстановление медиального края предварительно выделенной фиброкремастерной мышцы, который, закрывая сетчатый протез, подшивается к медиальным мышечно-апоневротическим структурам непрерывным швом с использованием нити Filbloc 3/0 (Рис.3). Кремастер выполняет одну единственную, покрывающую, функцию и позволяет избежать прирастания канатика к расположенной под ним сетке. Если во время манипуляций по диссекции она повреждается, это легко исправить рассасывающейся нитью (GLICOFIL Lac 2-0). После возвращения канатика на свое место, выполняется закрытие фасции наружной косой мышцы непрерывным швом с использованием нити Filbloc 0, а закрытие поверхностных слоев нитью GLICOFIL Lac 3/0 завершает операцию.

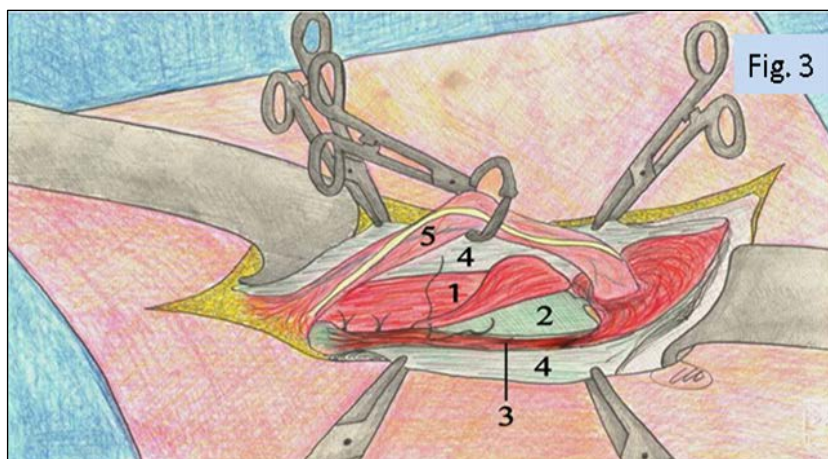


Рис. 3
 1 - Кремастер
 2 – Сетка
 3–Мышечно-апоневротический слой
 4 – Фасция наружной косой мышцы
 5 – Семенной канатик

Сетчатый протез, закрепленный между внутренним паховым кольцом и лобковым бугорком для укрепления задней стенки, оказывается зажатым и свободно растянутым между кремастером и поперечной фасцией. Канатик, суб-апоневротический слой и давление, производимое тканями, способствуют сжатию сетки, как в сэндвиче. Быстрый клеточный ответ фиксирует сетку по месту, образуя эффективный тройной слой защитной оболочки без формирования мертвого пространства, где возникают вторичные гематомы и/или серомы, и не захватывая нервные структуры, что позволяет предотвратить появление трудно излечимых хронических болей.

Техника предусматривает проведение местной анестезии.

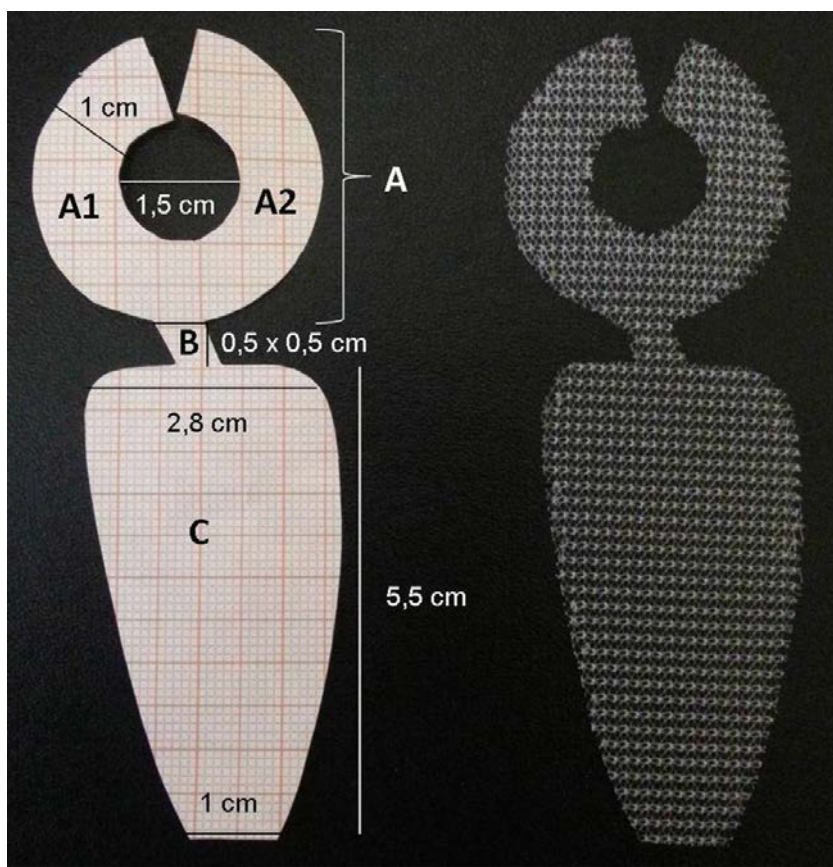


Рис. 4

Протез новой концепции имеет небольшие размеры и накладывается в соответствии с описанной выше техникой для упрощения операции по герниопластике, снижения риска возникновения послеоперационных осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

Методика All in One Mesh позволяет одновременно и без натяжения укрепить все слабые зоны пахового канала (латеральную, среднюю и медиальную ямки), воздействуя на ослабленные структуры, поперечную фасцию пахового отверстия (hiatus inguinale).

Благодаря своей особой форме, протез остается закрепленным между внутренним паховым кольцом и лобковым бугорком и может быть покрыт фибро-кремастерной оболочкой. Находящийся сверху семенной канатик и апоневроз наружной косой мышцы осуществляют давление, удерживающее протез на месте.

Еще одним преимуществом является резкое снижение риска возникновения хронических невралгических болей, которые могут появиться при других методиках по причине интерференции с нервными структурами из-за размеров и местоположения протеза. Кроме того, исключен любой риск миграции протеза в брюшной полости.

Сетка такой формы дает возможность более точного технического наложения по месту и дает неоспоримые преимущества в ходе оперативного вмешательства:

- ⊕ Исключает необходимость выделения или изоляции (за исключением случаев анатомических изменений) нервных структур и кремастера, что часто становится причиной повреждений и последующих невралгий, особенно при выполнении операции не очень опытным хирургом;
- ⊕ Исключает необходимость подготовки места для сетки под апоневрозом, подгонки протеза в случае, если его размеры слишком велики для пациента, подшивания к окружающим мышечно-апоневротическим структурам (по Лихтенштейну) или наложения одной и более «заглушек» (по Трабукко), приводя к сокращению времени на проведение операции ;
- ⊕ Умеренный хирургический травматизм без /или с минимальными послеоперационными болями, минимальное применение болеутоляющих препаратов и скорейшее возвращение к обычной повседневной жизни;
- ⊕ Небольшие размеры сетки не создают проблем с образованием на ней морщин и не дают ощущения «инородного тела»;
- ⊕ Отсутствие необходимости применения «заглушек» и, следовательно, отсутствие риска их миграции в брюшной полости.