

НАВИД МАРИЯ НАИМОВНА

**БЕСШОВНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ КОМБИНИРОВАННОГО
СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА PARIETENE™ PROGRIP™ В
ХИРУРГИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

14.01.17 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва - 2012

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук,
профессор

Протасов
Андрей Витальевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
профессор РНЦХ имени
акад. Б.В. Петровского РАМН

Тимошин
Андрей Дмитриевич

Доктор медицинских наук,
профессор ГБОУ ВПО РНИМУ
имени Н.И. Пирогова
Минздравсоцразвития России

Горский
Виктор Александрович

Ведущая организация: ГБОУ ВПО Московский государственный
медико-стоматологический университет
Минздравсоцразвития России

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2012 г. в _____ часов
на заседании диссертационного совета Д 212.203.09 в Российском
Университете дружбы народов по адресу: 117198, Москва, ул. Миклухо-
Маклая, д.8.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского
Университета дружбы народов по адресу: 117198, Москва, ул. Миклухо-
Маклая, д.6.

Автореферат разослан «_____» _____ 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

В.А. Иванов

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Распространенность грыж передней брюшной стенки на долю населения составляет 3-4%, в 75% случаев речь идет о паховых грыжах. Операции по поводу грыж составляют почти четверть от всех оперативных вмешательств (Тарбаев С.Д., Седов В.М., 2002г.; Федоров В.Д., Максимов В.И., 1972г., Koontz A.R., 1951г.).

Основной патогенетический принцип хирургического лечения паховых грыж заключается в восстановлении анатомических структур паховой области и придания им необходимой механической прочности, а способы герниопластики должны оцениваться по одному главному критерию - достигается эта цель операцией или нет (Awad ZT, Puri V, LeBlanc K, Stoppa R, Fitzgibbons RJ Jr, Iqbal A, Filipi CJ, 2005г.).

Хирургическое лечение грыж продолжает оставаться достаточно сложной и актуальной проблемой. Несмотря на столетнюю историю герниопластики при паховых грыжах, фундаментальные научные исследования в области анатомии и хирургической техники, работы по внедрению новых технологий, включая методы «ненатяжной» пластики и видеолaparоскопические вмешательства, до настоящего времени не сложились четкой концепции по данной проблеме.

В настоящее время методика Лихтенштейна является «золотым стандартом» в хирургическом лечении паховых грыж, позволяющим снизить число рецидивов заболевания до 2-3%. Однако, сохраняются проблемы воспалительных осложнений со стороны операционной раны (серомы, гематомы, инфильтраты, лигатурные свищи), составляющие от 0,7 до 9%, по данным ряда авторов (Amid PK, 1997г.; Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А., 1998г.; Щевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Бекشوков А.С., 2004г.; Подолужный В.И., 2008г.).

Кроме того, значимое место занимает формирование в послеоперационном периоде у пациентов хронического болевого синдрома различной степени выраженности за счет вовлечения нервных стволов в шов во время фиксации имплантата, что в целом значительно снижает медико-социальную эффективность хирургического лечения паховых грыж (Sergio Alfieri, Fabio Rotondi et al, 2006г.; Егиев В.Н., 2007г.; Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Магомадов Р.Х., 2011г.).

Все вышеизложенное позволило нам судить о необходимости исследования целесообразности и эффективности бесфиксационных герниопластик с применением сетчатого эндопротеза Parietene™ ProGrip™ в хирургическом лечении паховых грыж.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения пациентов с паховыми грыжами путем внедрения методики бесшовной имплантации самофиксирующегося сетчатого эндопротеза Parietene™ ProGrip™.

Задачи исследования

1. Разработать показания и противопоказания, определить технические особенности применения методики бесшовной имплантации самофиксирующегося сетчатого эндопротеза Parietene™ ProGrip™.
2. Провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов классической герниопластики по Лихтенштейну и пластики путем бесшовной имплантации эндопротеза Parietene™ ProGrip™, определить причины осложнений после аллогерниопластик.
3. Сравнить влияние на качество жизни в послеоперационный период классической герниопластики по Лихтенштейну и пластики путем бесшовной имплантации эндопротеза Parietene™ ProGrip™.
4. Определить целесообразность и эффективность применения эндопротеза Parietene™ ProGrip™ при выполнении герниопластик по поводу паховых грыж, установить причины рецидивов при выполнении аллогерниопластик.

Научная новизна полученных результатов

Впервые внедрен в клиническую практику комбинированный сетчатый эндопротез Parietene™ ProGrip™ и исследована целесообразность и эффективность его применения при выполнении герниопластик по поводу паховых грыж.

Определены показания и противопоказания к имплантации эндопротеза Parietene™ ProGrip™ при хирургическом лечении паховых грыж.

Исследованы особенности оперативной техники герниопластик с применением эндопротеза Parietene™ ProGrip™.

Проведена сравнительная оценка результатов бесшовной герниопластики при паховых грыжах с применением эндопротеза Parietene™ ProGrip™ с классической герниопластикой по Лихтенштейну.

Практическая значимость работы

Применение в клинической практике методики бесшовной герниопластики с использованием эндопротеза Parietene™ ProGrip™ позволило снизить частоту развития послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания и, таким образом, обеспечило медико-социальную эффективность хирургического лечения паховых грыж.

Данная методика обладает малой травматичностью, технически легко выполняема. Использование бесшовной герниопластики в клинической практике обеспечило пластику без натяжения тканей, позволило снизить количество инородного материала в тканях, нивелировало вовлечение в шов нервных стволов. Данная методика отвечает основным принципам хирургического лечения паховых грыж.

В силу изложенных преимуществ применение бесшовной герниопластики с эндопротезом Parietene™ ProGrip™ позволило улучшить результаты хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами,

повысить эффективность и безопасность выполнения оперативных вмешательств и обеспечить более быструю социальную и профессиональную реабилитацию пациентов.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность хирургического отделения Клинической Больницы № 85 ФМБА РФ (г. Москва) - клинической базы кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии РУДН.

Апробация работы

Результаты исследования и основные положения диссертации доложены и обсуждены на: VI конференции «Актуальные вопросы герниологии» (Москва, октябрь 2009г.), II международной конференции «Современное состояние и перспективы герниологии» (Казань, ноябрь 2009г.), VII конференции «Актуальные вопросы герниологии» (Москва, октябрь 2010г.), конференции-мастер-классе «Современные оперативные подходы в лечении грыж передней брюшной стенки» (Москва, февраль 2011г.), XIV съезде Общества эндоскопических хирургов России (Москва, февраль 2011г.), мастер-классе «Российские хирургические дни» (Франция, г. Эланкур, март 2011г.), VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» (Москва, ноябрь 2011г.).

Публикации

По теме диссертационной работы опубликовано 14 научных работ. Из них 4 работы в ведущих научных рецензируемых журналах.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Бесшовная методика герниопластики с имплантатом Parietene™ ProGrip™ обоснована у пациентов с первичными и рецидивными паховыми грыжами вне зависимости от типа грыжи и размеров грыжевых ворот
2. Методика бесшовной герниопластики с имплантацией эндопротеза Parietene™ ProGrip™ позволяет полностью избежать развития пахово-генитальной невралгии у пациентов в послеоперационном периоде.
3. Эффективность бесшовной герниопластики с использованием комбинированного сетчатого эндопротеза Parietene™ ProGrip™ при паховых грыжах обусловлена значимым снижением частоты развития послеоперационных осложнений и рецидивирования заболевания.
4. Медико-социальные результаты выполнения бесшовных герниопластик с имплантатом Parietene™ ProGrip™ сравнимы с аналогичными результатами при применении стандартных полипропиленовых имплантатов и превосходят последние по ряду показателей.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 126 страницах машинописного текста и

состоит из введения, 4-х глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы (164 литературных источника, из которых - 81 отечественный и 83 зарубежных) и приложения. Текст иллюстрирован 12 таблицами и 44 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационная работа основана на исследовании результатов хирургического лечения 123 пациентов с паховыми грыжами, оперированных в период с 2008 по 2011 год, в отделении хирургии Клинической Больницы № 85 ФМБА России.

Все пациенты были мужского пола, оперированы в плановом порядке, по методике Лихтенштейна. В зависимости от вида применяемого в герниопластике имплантата были сформированы следующие группы сравнения:

I группа (основная) - 59 пациентов (48,0%), которым была выполнена герниопластика с применением имплантата Parietene™ ProGrip™.

II группа (контрольная) - 64 пациента (52,0%), которым была выполнена герниопластика со стандартным полипропиленовым имплантатом, с фиксацией имплантата к тканям в ходе операции.

Возраст пациентов основной группы колебался в пределах от 27 до 82 лет. Средний возраст составил $53 \pm 14,12$ года. Грыжевой анамнез оперированных пациентов колебался от 2 месяцев до 20 лет. В 92 случаях (74,8% от общего числа пациентов) у пациентов было зафиксировано наличие сопутствующих заболеваний в стадии компенсации.

В своей работе тип паховой грыжи мы определяли согласно общепринятой классификации L. Nyhus, 1993 г. (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов в группах в зависимости от типа грыжи. Классификация L. Nyhus (1993)

Тип грыжи	Количество пациентов по группам					
	Основная (n=59)		Контрольная (n=64)		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I тип	4	6,8	2	3,1	6	4,9
II тип	13	22,0	22	34,4	35	28,4
IIIa тип	29	49,1	24	37,5	53	43,1
IIIb тип	8	13,6	9	14,1	17	13,8
IIIc тип	0	0	0	0	0	0
IVa тип	3	5,1	3	4,7	6	4,9
IVb тип	2	3,4	4	6,2	6	4,9
IVc тип	0	0	0	0	0	0
IVd тип	0	0	0	0	0	0

Исходя из представленной таблицы, видно, что в большинстве случаев в обеих группах мы имели дело с первичными прямыми грыжами, с ослаблением поперечной фасции – 53 пациента (43,1 % от общего числа).

Все оперативные вмешательства проводились с использованием сертифицированных хирургических инструментальных наборов и операционного оборудования.

При пластике по Лихтенштейну у пациентов контрольной группы мы применяли полипропиленовые монофиламентные сетчатые эндопротезы фирмы ЭСФИЛ (Линтекс) – в 37 (57,8%) случаях, фирмы Ethicon (Prolene) – в 9 (14,1%) случаях, фирмы Resorba (SurgiMesh) – в 18 (28,1%) случаях. Данные имплантаты мы отнесли к группе стандартных имплантатов, для фиксации которых к подлежащим тканям паховой области требуется шовный материал. При 59 операциях (48,0%), у пациентов основной группы, мы использовали синтетический комбинированный сетчатый эндопротез – Parietene™ ProGrip™ фирмы Covidien (Франция). Данный имплантат фиксируется к подлежащим тканям за счет микрокрючков из полимолочной кислоты на его нижней поверхности.

Выбор метода анестезии в каждом конкретном случае был индивидуален. Предпочтение отдавалось спинномозговой и регионарной анестезии. В качестве регионарной анестезии нами был с успехом применен метод блокады подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов в зоне операции, для этого мы использовали 0,5% раствор наропина.

Техника герниопластик в обеих группах имела существенные различия лишь на третьем и четвертом этапах – выкраивание, размещение и фиксация имплантата к структурам паховой области. Данные этапы оперативной техники в основной группе пациентов были объединены в один, поскольку выкраивания имплантата нужного размера не требовалось. Имплантат Parietene™ ProGrip™ имеет стандартную эллипсоидную форму и размер 12х8см и выполняет полностью паховый треугольник. Техника имплантации данного эндопротеза заключалась в следующем. Семенной канатик помещался в окно имплантата, клапан имплантата закрывался. При этом имплантат ориентировали таким образом, чтобы цветная нитяная метка была направлена к лонному бугорку, в проекции которого за Куперову связку имплантат фиксировался единственным швом. А поверхность с микрокрючками обращена к задней стенке пахового канала. Для соблюдения данного условия имплантат имеет правостороннюю и левостороннюю конфигурацию. В дальнейшем имплантат разворачивается и расправляется с покрытием всех слабых участков.

Анализ результатов исследования затрагивал как технические аспекты аллогерниопластик, так и клинические составляющие хирургического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования особенностей оперативной техники герниопластик при паховых грыжах анализировались нами по следующим

показателям: длительность операции и отдельных ее этапов, объем операционной травмы, количество интраоперационных осложнений.

Вычисляя продолжительность операций в обеих группах поэтапно, мы отметили достоверное снижение продолжительности 3 и 4 этапов операции в основной группе пациентов, т.е. при применении имплантата Parietene™ProGrip™. Таким образом, применение данных имплантатов позволило отказаться от 3 этапа операции, а время выполнения 4 этапа сократить, в среднем, в 2,1 раза, за счет отсутствия манипуляций по фиксации имплантата (Рис.1).

Таким образом, в результате полного анализа было зафиксировано закономерное уменьшение средней продолжительности операций в основной группе (с имплантатами Parietene™ProGrip™) в 1,4 раза, т.е. на 13,7 минут.

У 15 (25,4%) пациентов основной группы мы применили метод герниопластики из мини-доступа. Полученные результаты свидетельствуют о хорошем косметическом результате. Интраоперационных осложнений в ходе данных операций не получено.



Рисунок 1. Колебания средней продолжительности этапов оперативных вмешательств в группах сравнения

В ходе проведения исследования нами было зафиксировано 7 случаев (5,7% от общего числа герниопластик) развития интраоперационных осложнений (Табл. 2). Анализ частоты развития интраоперационных осложнений по группам сравнения не выявил статистически значимых различий.

На основании проведенного анализа нами были выявлены основные причины развития интраоперационных осложнений: нарушение хирургами принципа прецизионности оперативной техники герниопластик; применение

методики «острой» диссекции тканей на этапе выделения грыжевого мешка из элементов семенного канатика.

Таблица 2

Характер интраоперационных осложнений в группах сравнения*

Осложнения	Основная группа		Контрольная группа		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	
Кровотечение из сосудов семенного канатика	1	1,7	2	3,1	3 (2,4%)
Повреждение n.ilioinguinalis	2	3,4	2	3,1	4 (3,3%)
Всего	3	5,1	4	6,3	7 (5,7%)

* $p \leq 0.05$; $\chi^2_{\text{крит.}} = 3,8$

Течение раннего послеоперационного периода было изучено нами посредством осмотра пациентов, анализа медицинской документации и анкетирования пациентов. В послеоперационном периоде нами было зарегистрировано 22 случая осложнений (17,9%). Среди них 3 осложнения (2,4% от общего числа операций и 5,1% от числа операций в группе) было зарегистрировано в основной группе сравнения и 19 осложнений (15,4% от общего числа операций и 29,7% от числа операций в группе) – в контрольной группе.

Наибольшее количество осложнений в контрольной группе было представлено осложнениями воспалительного характера со стороны операционной раны – 5 случаев (4,1%) и пахово-генитальными невралгиями – 9 случаев (7,3%). Лишь в 1 случае (0,8%) при использовании в ходе герниопластики имплантата Parietene™ ProGrip™ нами было зафиксировано образование серомы в области операционной раны (Табл. 3).

Анализируя причины увеличения, в среднем, в 4,6 раз частоты раневых осложнений воспалительного характера в группе герниопластик со стандартным имплантатом, мы пришли к заключению, что данная оперативная техника характеризуется более высокой степенью травматичности. В ходе операции проводится фиксация имплантата по периметру подшиванием его к структурам паховой области, используя непрерывный или узловый швы. Таким образом, травмируются ткани паховой области в зоне фиксации.

Немаловажным фактором в структуре причин развития раневых осложнений воспалительного характера является воспалительная реакция на границе «нить - ткань».

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о достоверном уменьшении, в среднем, в 6,4 раза частоты развития послеоперационных осложнений при применении для герниопластики по Лихтенштейну имплантата Parietene™ ProGrip™.

Таблица 3

Послеоперационные осложнения у пациентов в группах сравнения*

Осложнения	Основная группа (n=59)		Контрольная группа (n=64)		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Серома	1	0,8	2	1,6	3	2,4
Гематома	0	0	2	1,6	2	1,6
Инфильтрат/лигатурный свищ	0	0	1	0,8	1	0,8
Отек мошонки	1	0,8	3	2,4	4	3,3
Эпидидимит	1	0,8	0	0	1	0,8
Кровотечение из уретры	0	0	1	0,8	1	0,8
Острая задержка мочи	0	0	1	0,8	1	0,8
Невралгия	0	0	9	7,3	9	7,3
Всего	3	2,4	19	15,4	22	17,9

* $p \leq 0.05$; $\chi^2_{\text{крит.}} = 3,8$

У всех пациентов в послеоперационном периоде мы проводили оценку выраженности болевого синдрома. Для этого определяли степень выраженности болевого синдрома, количество и характеристику использованных анальгетических препаратов, продолжительность их применения и сроки полного купирования болевого синдрома. Анализируя полученные результаты субъективной оценки интенсивности боли пациентами по шкале VAS после паховых герниопластик, мы не выявили статистически значимых различий между группами сравнения, что свидетельствует об отсутствии корреляции между применением той или иной методики пластики и степенью интенсивности болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде. Однако, у 9 пациентов контрольной группы (7,3% от общего числа пациентов, 14,1% от числа пациентов данной группы) в послеоперационном периоде длительное время сохранялись болевые ощущения в области оперативного вмешательства высокой интенсивности (в покое показатель по шкале VAS к 8-ым суткам составил $3,2 \pm 0,63$, при нагрузке – $3,7 \pm 0,47$). Такую боль в раннем послеоперационном периоде мы расценивали как невралгию пахово-подвздошного нерва, связанную, по всей видимости, со сдавлением данного нерва в месте фиксации сетчатого имплантата лигатурой.

Статистически значимых различий в показателях сроков активизации пациентов в группах сравнения получено не было, что продемонстрировало сравнимость данных результатов как при выполнении герниопластик по Лихтенштейну с применением имплантата Parietene™ProGrip™, так и при применении стандартных имплантатов, требующих фиксации к тканям.

Статистически значимых различий в сроках пребывания пациентов в стационаре в группах сравнения нами также получено не было.

Наиболее достоверным показателем эффективности проведенного хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами является частота

рецидивирования заболевания. В исследовании нами было зафиксировано 3 случая (2,4% от общего числа пациентов) формирования рецидивов паховых грыж, на сроках наблюдения за пациентами до 1 года.

Все случаи рецидивирования заболевания были диагностированы в контрольной группе пациентов, оперированных с применением стандартных имплантатов (4,7% от числа пациентов данной группы). В ходе исследования нами были установлены причины рецидивов при герниопластики по Лихтенштейну со стандартными имплантатами (Табл. 4).

На основании полученных результатов (послеоперационные осложнения и рецидивы заболевания) в группах сравнения к успешным герниопластикам были отнесены 56 (45,5% от общего числа операций и 94,9% от числа операций в основной группе) операций с имплантатом Parietene™ ProGrip™ и 42 (34,1% от общего числа операций и 65,6%) операции с применением стандартных имплантатов. Это позволило сделать заключение о высокой степени эффективности бесфиксационной герниопластики с применением имплантата Parietene™ ProGrip™ при хирургическом лечении паховых грыж, в среднем в 1,4 раза, по сравнению со стандартными герниопластиками по Лихтенштейну.

Таблица 4

Причины формирования рецидивов грыж

Причины формирования рецидивов		Основная группа	Контрольная группа	Всего:
Тактические	Неверный выбор диаметра создаваемого окна Кукса	0	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Технические	Недостаточно надежная фиксация имплантата	0	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Гнойно-воспалительные осложнения	Аутоиммунная реакция организма на нить	0	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Всего:		0	3 (2,4%)	3 (2,4%)

Отдаленные результаты герниопластик оценивались на основании осмотра, данных анкетирования пациентов на сроках послеоперационного периода 6 месяцев, 1 год и 2 года после перенесенной операции, для чего мы применили формализованную анкету, предложенную Российским обществом герниологов.

У части пациентов (48 пациентов – 39,0%) в обеих группах на вторые сутки после операции мы отмечали субфебрильную температуру, которую мы расценивали, как нормальную реакцию организма на операционную травму.

Средняя продолжительность нетрудоспособности пациентов после выписки из стационара составляла в основной группе $11,6 \pm 5,97$ дней, в

контрольной $12,8 \pm 5,04$ дней. Анализируя данные показатели, нами не было выявлено статистически значимых различий в группах сравнения.

9 пациентов контрольной группы, перенесших герниопластику по Лихтенштейну (7,3% от общего числа пациентов, 14,1% от числа пациентов данной группы), отмечали наличие боли в области имплантации эндопротеза, с иррадиацией в мошонку, в течение 6 месяцев, а у 3 пациентов болевой синдром сохранялся до года. На наш взгляд, эти явления связаны с периневральной воспалительной реакцией, как ответной реакцией ткани на имплантат, а также с возможным вовлечением нервного ствола в фиксирующую имплантат лигатуру. Так, герниопластика по Лихтенштейну с применением имплантата Parietene™ ProGrip™ позволяет избежать развития у пациентов в послеоперационном периоде пахово-генитальной невралгии.

На аналогичных сроках послеоперационного периода 4 пациента (3,3%) отмечали чувство «инородного тела» в области операции при движениях и физической нагрузке, из них 3 пациента контрольной группы сравнения (2,4%) и 1 пациент основной группы (0,8%). Статистически значимых различий по данному показателю выявлено не было (Рис.2).

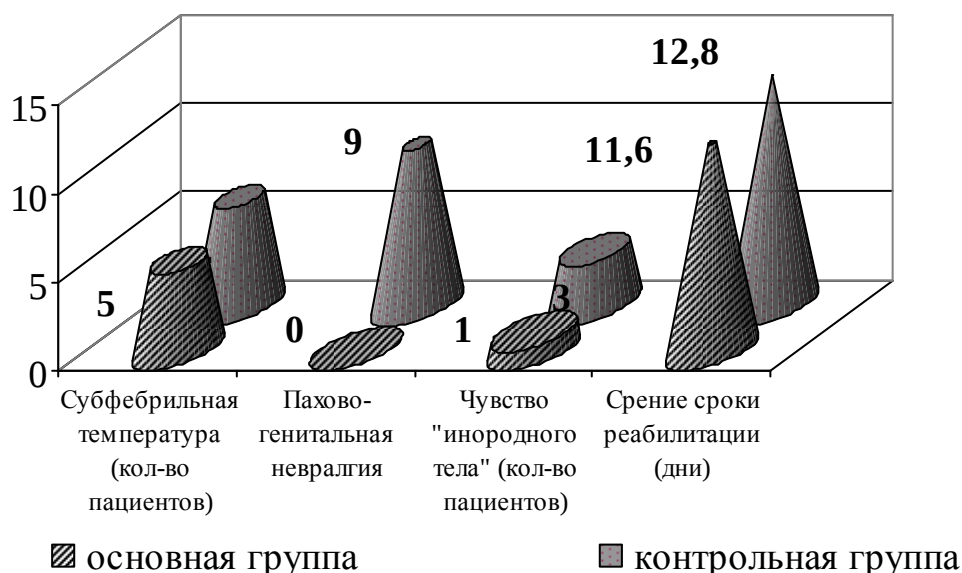


Рисунок 2. Сравнительный анализ данных анкетирования пациентов в группах сравнения

Нами также были исследованы показатели качества жизни пациентов на основании модифицированного опросника «The MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey».

Качество жизни пациентов по значению показателя ВР (интенсивности боли в области операции) у пациентов контрольной группы на сроках опроса 6 месяцев после операции, было в среднем в 3,0 раза ниже, чем после герниопластики с имплантацией Parietene™ ProGrip™ (пациенты основной группы). При этом отмечалось закономерное снижение разницы данных показателей в группах на сроках опроса 1 и 2 года после операции. Значения показателей RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным

состоянием) и МН («психическое здоровье») у пациентов контрольной группы на ранних сроках опроса были также снижены по сравнению со значениями в основной группе пациентов в среднем в 1,8 и 1,5 раз соответственно. Что свидетельствует об ухудшении эмоционального состояния пациентов контрольной группы, связанное, по данным опроса, с дискомфортными ощущениями в области операции, ограничивающими выполнение повседневной работы и вызывающими депрессивные переживания.

Полученные данные позволяют судить о сравнимости значений показателей физического и психологического компонентов здоровья пациентов после герниопластик по Лихтенштейну в обеих группах сравнения, что свидетельствует о соответствии бесфиксационных герниопластик с применением имплантата Parietene™ ProGrip™ медико-социальным требованиям, предъявляемым к герниопластикам.

ВЫВОДЫ

1. Бесшовная методика герниопластики с имплантатом Parietene™ ProGrip™ может быть использована у пациентов с первичными и рецидивными паховыми грыжами вне зависимости от типа грыжи и размеров грыжевых ворот.

2. Эндопротез Parietene™ ProGrip™ имеет ряд преимуществ перед стандартными полипропиленовыми имплантатами: обладает оптимальной пористостью, относится к классу «легких» сеток, особые размеры и форма данного эндопротеза позволяют закрыть все слабые зоны паховой области, микрокрючки обеспечивают полноценную плоскостную фиксацию сетки.

3. Применение бесшовной методики герниопластики с имплантацией эндопротеза Parietene™ ProGrip™ позволяет сократить время выполнения операции в 1,4 раза, т.е. на 13,7 минут по сравнению со стандартной герниопластикой по Лихтенштейну.

4. Бесшовная герниопластика с использованием комбинированного сетчатого эндопротеза Parietene™ ProGrip™ позволяет в среднем, в 6,4 раза снизить частоту развития послеоперационных осложнений и в 4,6 раза частоту развития раневых осложнений.

5. Методика бесшовной герниопластики с имплантацией эндопротеза Parietene™ ProGrip™ позволяет значительно снизить вероятность возникновения пахово-генитальной невралгии и рецидива заболевания, что обеспечивает медико-социальную эффективность и целесообразность применения данного метода в хирургическом лечении паховых грыж.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При выполнении операции герниопластики по поводу паховой грыжи наиболее оправдано применение регионарной анестезии путем осуществления подвздошно-пахового и подвздошно-подчревного блока 0,5% раствором наропина.

2. При выполнении герниопластики по поводу паховой грыжи вне зависимости от применяемого имплантата, размер последнего должен на 4см перекрывать внутреннее паховое кольцо, на 3см – треугольник Гессельбаха, на 2см – лонный бугорок. Окно Кукса должно соответствовать диаметру семенного канатика.

3. При размещении имплантата Parietene™ ProGrip™ на задней стенке пахового канала, он должен быть ориентирован стороной с микрокрючками из полимолочной кислоты к поперечной фасции, а нитяной меткой – к лонному бугорку. Перед размещением имплантата требуется достаточная препаровка задней стенки пахового канала для свободного размещения и фиксации имплантата к подлежащим тканям.

4. Имплантат Parietene™ ProGrip™ должен располагаться без натяжения. При фиксации его к тканям необходимо соблюдать принцип плоскостного размещения имплантата, что обеспечит ему адекватную фиксацию. Единичные складки имплантата не влияют на качество герниопластики.

5. При выполнении герниопластик по поводу паховых грыж, при которых размеры грыжевых ворот превышают 10см, и обширных дефектах поперечной фасции рекомендуем использовать готовые эндопротезы Parietene™ ProGrip™ для паховых герниопластик размерами 14х9см или выкраивать нужного размера имплантат из прямоугольного эндопротеза Parietene™ ProGrip™ 15х15см в соответствии с требованиями.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н., Шухтин Н.Ю., Кумуков М.Б. /Возможность применения не требующих фиксации имплантатов при лапароскопической герниопластике// **Эндоскопическая хирургия. - 2010. - № 6. С.61-64.**

2. Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Шухтин Н.Ю., Кумуков М.Б., Навид М.Н., Черкезов Д.И. /Технические особенности выполнения герниопластик с различными имплантатами// **Эндоскопическая хирургия. - 2011. - № 1. С.35-38.**

3. Алишихов Ш.А., Богданов Д.Ю., Рутенбург Г.М., Кореневский А.С., Кумуков М.Б., Титаров Д.Л., Навид М.Н., Шухтин Н.Ю. /Исследование современных способов фиксации имплантатов при протезирующей герниопластике// **Хирург – 2011. - №5. С.4-9.**

4. Смирнова Э.Д., Протасов А.В., Шухтин Н.Ю., Титаров Д.Л., Навид М.Н. /Аллогерниопластика с использованием безфиксационного импланта Parietene ProGrip// **Известия ТулГУ. Естественные науки. - Вып.1 – 2011. С.266-274.**

5. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н., Шухтин Н.Ю., Кумуков М.Б., Айгузин А.В. /Лапароскопическая безфиксационная герниопластика. Первый опыт// **Материалы XIV Съезда Российского**

общества эндоскопических хирургов г.Москва. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011. – С.117.

6. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н., Шухтин Н.Ю., Кумуков М.Б., Айгузин А.В. /Безфиксационная аллогерниопластика в лечении вентральных грыж// Материалы XIV Съезда Российского общества эндоскопических хирургов г.Москва. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011. – С.118.

7. Протасов А.В., Навид М.Н., Геворгян А.О. /Применение не требующих фиксации имплантатов в хирургии паховых грыж// Проблемы современной медицины: актуальные вопросы и перспективы развития. Материалы II Всероссийской научно-практической (заочной) конференции 27.04.-29.04.2011 в г.Санкт-Петербурге. – 2011. – С.89-92.

8. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н., Шухтин Н.Ю., Кумуков М.Б., Айгузин А.В. /Исследование возможностей применения не требующих фиксации имплантатов при лапароскопической герниопластике// Материалы XI Съезда хирургов России г. Волгоград, 25.05-27.05.2011г. Изд-во ВолГМУ. – 2011. – С.57.

9. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н., Шухтин Н.Ю., Кумуков М.Б., Айгузин А.В. /Оценка результатов применения методики бесфиксационной аллогерниопластики при вентральных грыжах// Материалы XI Съезда хирургов России г. Волгоград, 25.05-27.05.2011г. Изд-во ВолГМУ. – 2011. – С.58-59.

10. Кумуков М.Б., Навид М.Н., Богданов Д.Ю., Шухтин Н.Ю. /Бесфиксационная герниопластика при лечении послеоперационных вентральных грыж// Материалы VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» г. Москва, 1-2 ноября 2011г. – 2011. – С.123-124.

11. Кумуков М.Б., Навид М.Н., Богданов Д.Ю., Шухтин Н.Ю. /Способ укладки самофиксирующегося имплантата при бесфиксационной аллогерниопластике// Материалы VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» г. Москва, 1-2 ноября 2011г. – 2011. – С.124-125

12. Кореневский А.С., Кумуков М.Б., Богданов Д.Ю., Навид М.Н. /Возможность применения самофиксирующегося имплантата при лапароскопической герниопластике// Материалы VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» г. Москва, 1-2 ноября 2011г. – 2011. – С.116-117.

13. Протасов А.В., Навид М.Н., Геворгян А.О., Бекмуратов Э.Т. /Отдаленные результаты паховых герниопластик с применением методов бесшовной имплантации сетчатых эндопротезов// Материалы VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» г. Москва, 1-2 ноября 2011г. – 2011. – С.167-170.

14. Протасов А.В., Навид М.Н., Геворгян А.О., Бекмуратов Э.Т. /Использование имплантата Parietene Progrid при лапароскопической паховой герниопластике// Материалы VIII конференции «Актуальные вопросы герниологии» г. Москва, 1-2 ноября 2011г. – 2011. – С.171-172.

Навид Мария Наимовна (Россия)

**Бесшовная имплантация комбинированного сетчатого эндопротеза
Parietene™ ProGrip™ в хирургии паховых грыж.**

Диссертация посвящена актуальной проблеме – улучшению результатов хирургического лечения больных с паховыми грыжами путем внедрения методики бесшовной герниопластики.

Исследование основано на анализе результатов 123 герниопластик по поводу паховых грыж; 59 пациентов (48,0%) оперировано с применением имплантатов Parietene™ ProGrip™, не требующих фиксации к тканям, 64 пациента (52,0%) – с применением стандартных полипропиленовых имплантатов.

Результатами бесшовной герниопластики с применением имплантатов Parietene™ ProGrip™ явилось сокращение продолжительности операций в 1,4 раза, снижение в 6,4 раза частоты развития послеоперационных осложнений и в 4,6 раза частоты развития раневых осложнений по сравнению с контрольной группой. Данная методика позволила значительно снизить вероятность возникновения пахово-генитальной невралгии в послеоперационном периоде и рецидива заболевания.

Анализ результатов доказал высокую степень эффективности, а также медико-социальные преимущества применения бесшовной герниопластики с имплантатом Parietene™ ProGrip™ при выполнении операций по поводу паховых грыж.

Navid Maria Naimovna (Russia)

**Non-sutured implantation of combine mesh implant Parietene™
ProGrip™ in inguinalhernia's surgery.**

The dissertation is actual work of improving results of surgical inguinal hernia repair by introducing non-sutured hernioplasty.

The analysis include 123 consecutive cases of inguinal hernia treated by different approaches. 59 patients (48.0%) undergo repair surgery with Parietene™ ProGrip™ without any sutures. 64 pts (52.0%) were treated using polypropylene mesh implants.

As a result of using non-sutured implant, surgery time was shorter in 1.4 folds, rate decrease of overall complication in 6.4 folds, and wound complication in 4.6 folds. Method helps to significantly decrease incidence of genital and groin neuropathy and hernia recurrence.

The analysis shows high level of effectiveness and medical-social advantages of introduced method using non-sutured hernioplasty with Parietene™ ProGrip™ implant in inguinal hernia surgical repair.