

УДК 616.681-007.43-089.168.7

РЕЦИДИВТІ ЖӘНЕ ҮЛКЕН ШАП – ҰМА ЖАРЫҚТАРЫНЫҢ СЕБЕП - САЛДАРЫН АНЫҚТАУ

А. Д. Раимханов

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті, Семей қ., Қазақстан

Кіріспе. Рецидивті шап жарықтары хирургияның өзекті мәселелерінің бірі. Бірақ рецидивтің себептері әлі күнге дейін толық зерттелмеген. Бұл тиімді алдын алу шараларын жүргізуді, біріншілік операциялар кезінде пластиканың рецидивті азайту әдістерін және шап жарықтарының рецидивті формаларының хирургиялық емдеуінің әдістерін құрастыруға мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты шап жарығы рецидивінің қауіпті факторлары бөлінген. Шап жарықтары рецидивтерінің кейбір қауіп факторларын зерттеу мүмкін емес.

Жұмыстың мақсаты: шап жарығына байланысты жасалынған пластика түрлерінен кейінгі рецидивтердің себеп – салдарын және түрлерін анықтау, соған байланысты келесі жасалатын пластика түрін таңдау.

Зерттеу әдістері: Семей қ. ММУ МО 2008- 2013 жылдар аралығында шап жарығы бойынша 519 науқасқа операция жасалған ауру тарихтарына ретроспективті талдау жасалынды, ал олардың ішінде 64 (12,3%) шап жарығының рецидиві бойынша операция жасалған. Жарықтың болуы 1 жылдан 20 жылға дейін. Сырқатнама тарихын анализдеу кезінде шап жарығы 10 жылдан артық 8,7% науқаста, яғни әрбір оныншы науқаста анықталған. Операция жасалған науқастардың орташа жасы 53,6(±12,5) жас. Жарықтың оң жақта орналасуы 342(65,89%), ал сол жақты - 171 (32,94%) және екі жақты – 6 (1,15%) науқаста анықталған.

Зертту нәтижесі: Біз қараған науқастардың объективті зерттеулерін, рецидивтің себептерін және операциялық мәліметтерді сараптау барысында біз шап жарығы рецидивінің 5 түрін бөлдік. Бұл кезде олардың орналасуына, шап каналының құрылысының ерекшеліктеріне, рецидивті жарықтың қақпасын түзетін құрылымдарды, біріншілік операция кезіндегі техникалық қателіктерді ескере отырып, сонымен қатар шап каналының жолын қайталайтын операциядан кейінгі тыртықтар ескеріледі.

Қортынды: Сонымен, шап жарығы рецидивінің негізгі себептері адекватты емес пластика (шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасы), тігілетін тіндердің созылуы, біртегіс емес тіндердің созылуымен тіндерді тігу, шап каналының дефектілері, шап каналын түзетін тіндердегі дегенеративтік өзгерістер. Шап жарығы рецидивінің негізгі түрлері латералды, ортаңғы, медиалды, тоталды және жалған жарықтар.

Негізгі сөздер: шап жарығы, шап жарығының рецидиві, шап жарығы рецидивінің себептері, шап жарығы рецидивінің жіктелуі, шап жарығы рецидивін алдын алу.

IDENTIFYING RISK FACTORS OF RECURRENT AND SCROTAL-INGUINAL HERNIAS

A. D. Raimkhanov

Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

Introduction. Recurrent inguinal hernias are the actual problem of surgery. However, the causes of recurrence have not been studied at all. This is a reason that doesn't allow to carry out effective preventive measures and develop non-recurrent methods of primary operation of inguinal hernias. It is impossible to investigate all risk factors of inguinal hernia.

Objective: To determine risk factors of recurrent and scrotal-inguinal hernias, and choice plastic method for recurrent inguinal hernias.

Methods and Materials: Between 2008 and 2013 years in Medical Center of Semey State Medical University, 519 patient were operated on inguinal hernia, 64 (12.3%) of them on recurrent inguinal hernia, and retrospective analysis was conducted based on case histories. Those patients suffered from hernia form 1 to 20 years. By analyzing case histories, 8,7% (approximately every tenth) of all patients suffered from inguinal hernia more than 10 years. Average age of patients underwent operation, was 53,6(\pm 12,5). Right-sided inguinal hernia occurred in 342 (64,89%) patients, left-sided in 171 (32,94%) patients and both-sided inguinal hernia was found in 6 (1,15%) patients.

Results: By analyzing surveys and causes of inguinal hernia recurrence of patients, we have distinguished 5 types of inguinal hernia recurrence. We focused on their location, condition of the structures of the inguinal canal, that form hernial ring of recurrent hernia, that can point on additional technical mistakes during first operation, and also scar that repeats the direction of inguinal canal.

Conclusion: Thus, the main risk factors of inguinal hernia recurrence are inadequate plastics (pastics of anterior wall of inguinal canal), tension of tissues, stitching inhomogeneous tissues, defects of the inguinal canal, age-related changes of tissues that form inguinal canal. The main types of inguinal hernia recurrence are lateral, median, medial, total and false hernas.

Key words: inguinal hernia, recurrent hernia, causes of recurrent inguinal hernia, classification of inguinal hernia recurrence, prevention of recurrence of inguinal hernia

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВНЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ

А. Д. Раимханов

Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей, Казахстан

Введение. Рецидивные паховые грыжи являются актуальной проблемой хирургии. Однако причины рецидива до настоящего времени недостаточно изучены. Это не позволяет проводить эффективные профилактические мероприятия и вести разработку безрецидивных методов пластики при первичных операциях и методов хирургического лечения рецидивных форм паховой грыжи. Невозможно изучить все факторы риска грыж.

Цель исследования: определение факторов риска рецидивных и пахово-мошоночных грыж и выбор метода пластики при рецидивных паховых грыжах.

Методы исследования: в клинике МЦ ГМУ г. Семей с 2008 по 2013 годы по поводу паховой грыжи было оперировано 519 больных, по историям болезням которых проведен одномоментный ретроспективный анализ, из них 64 (12,3%) по поводу рецидива паховой грыжи. Давность грыженосительства от 1 до 20 лет. При анализе историй болезней паховая грыжа более 10 лет отмечена у 8,7%, т.е. у каждого десятого больного. Средний возраст оперированных больных составил 53,6(\pm 12,5) года. Правосторонняя локализация грыжи выявлена у 342(65,89%) пациентов, левосторонняя - у 171 (32,94%) и двусторонняя – у 6 (1,15%).

Результаты: анализируя данные объективного обследования наблюдавшихся нами больных, причины рецидивов и данные операционных находок, мы выделили 5 видов рецидивов паховой грыжи. При этом ориентировались на их локализацию, характер структур пахового канала, образующих ворота рецидивной грыжи, что может указывать на допущенные технические погрешности при первичной операции, а также ход послеоперационного рубца, примерно повторяющий ход пахового канала.

Вывод: Таким образом, основными факторами риска рецидива паховой грыжи служат неадекватная пластика (пластика передней стенки пахового канала), натяжение сшиваемых тканей, сшивание неоднородных тканей, дефекты пахового канала, возрастные изменения в тканях, образующих паховый канал. Основными видами рецидивов паховой грыжи являются латеральные, срединные, медиальные, тотальные и ложные грыжи

Ключевые слова: паховая грыжа, рецидив паховой грыжи, причины рецидива паховой грыжи, классификация рецидивов паховой грыжи, профилактика рецидива паховой грыжи.

Библиографическая ссылка:

Раимханов А. Д. Определение факторов риска рецидивных и пахово-мошоночных грыж // Наука и Здравоохранение. 2015. № 6. С. 101-109.

Raimkhanov A. D. Identifying risk factors of recurrent and scrotal-inguinal hernias. *Nauka i Zdravooхранenie* [Science & Healthcare]. 2015, 6, pp. 101-109.

Раимханов А. Д. Рецидивті және үлкен шап – ұма жарықтарының себеп - салдарын анықтау // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 6. Б. 101-109.

Кіріспе

Рецидивті шап жарықтары хирургияның өзекті мәселелерінің бірі. Бірақ рецидивтің себептері әлі күнге дейін белгілі емес. Бұл тиімді алдын алу шараларын жүргізуді, біріншілік операциялар кезінде пластиканың рецидивсіз әдістерін және шап жарықтарының рецидивті формаларының хирургиялық емдеуінің әдістерін құрастыруға мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты шап жарығы рецидивінің қауіпті факторлары бөлінген. Шап жарығы рецидивінің негізгі қауіп факторы жарықты кесуде шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасын орындау. Шап жарықтарының рецидивтерінің себептері әртүрлі. Бұл құрсақ қуысы қысымының ұлғаюына әкелетін үлкен шап жарықтары кезіндегі науқастың шап аймағы тіндерінің морфологиялық өзгерістері, егде жас, ілеспелі созылмалы аурулар, операция кезіндегі техникалық қателіктер және геринопластиканың әдісін дұрыс таңдамау, операция маңындағы іріңді асқынулар. [8,13,15].

Оларды келесідей жүйелеуге болады:

- 1) операцияға дейінгі болған себептер;
- 2) орындалған операция түріне және оның техникалық орындалуына тәуелді себептер;
- 3) операциядан кейінгі дамыған себептер.

Рецидивтің бірінші тобына жатады (операцияға дейінгі себептер).

1. Ұзақ жарықтың болуы, шап аймағы тіндерінің аса маңызды өзгерістері кезіндегі кеш операция. Жарық ұзақ болған сайын, шап каналындағы терең морфологиялық өзгерістер айқын болады. Сонымен қатар операциядан кейінгі кезеңде рецидивтар жиі дамиды;

2. Егде және қарт адамдардағы шап аймағы тіндеріндегі үдемелі дегенеративті өзгерістер;

3. Құрсақ қуысы қысымының өткір түрдегі өзгеруіне әкелетін ілеспелі созылмалы

аурулар (қуық безінің қатерлі емес гиперплазиясы, өкпедегі созылмалы обструктивті аурулар, созылмалы іш қатулар);

4. Операция алдында науқастың толық зерттелмеуі және ағзада инфекцияның қалдыруымен санациясының дұрыс орындалмауы;

Рецидивтің екінші тобына жатады (операцияның орындалу түріне және техникалық орындалуына байланысты себептер).

1. Жарық түзілуінің патогенетикалық шарттарын ескерусіз операцияның дұрыс әдісін таңдамау мысалы: тура және рецидивті жарықтарда шап каналының тек алдыңғы қабырғасын қатайту.

2. Операциялық техниканың дөрекі дефектілері: толық емес гемостаз, жарық қабын толықтай емес жоғары бөліп алу, екінші шап жарығын қараусыз қалуы, шап жарығы тұқылынан лигатураның сырғуы, тігілмеген көлденен фасцияны қалдыру немесе оның операция кезінде зақымдалуы, тіндерді қатты тартумен байлау, шап байламына бұлшық еттердің барлық бөліктерін тікпеу тек беткей бөлігін тігу, тігілетін тіндерді май клетчаткасынан толықтай бөліп алынбауы, қантамырлар мен нервтардың зақымдалуы.

Рецидивтер себепінің үшінші тобына жатады (операциядан кейінгі кезеңде дамитын себептер).

1. Операциялық жара жағынан қабынулы асқынулар (іріңдеу, инфилтраттар, лигатуралы жыланкөздер);

2. Әлі түзілмеген тыртыққа ерте күш түсіру;

3. Операциядан кейінгі кезеңдегі ауыр физикалық жұмыстар;

4. Үрлемелі құралдарда ойнау;

5. Қайталамалы ауыр босанулар;

6. Өкпенің обструктивті ауруларындағы жөтел.

Қиғаш жап жарығы кезіндегі шап каналының артқы қабырғасының пластикасы болашақта тура шап жарығы дамуын алдын алу болып табылады. Орналасуына, шап жарықтарын кесу кезіндегі тактикалық жәнәтехникалық ауытқуларға байланысты рецидивтердің 5 түрі бөлінген. Шап каналының артқы қабырғасының пластикасы, біртекті тіндерді тартусыз тігу шап жарықтары рецидивтерін алдын алу болып табылады. Геринопластиканың тартылулы әдістерін қолдану кезінде рецидивтердің жиілігі біріншілік операциялардан кейін 14 % [3, 17], ал рецидивтер кезінде - 30 % [14, 18] құрайды. Заманауи герниопластика әдістерін, сонымен қатар аллотраспланттарды қолдану кезінде бұл көрсеткіш 1 ден 3 % [2, 16], құрайды. Осы мақала көлденең «жағдай-бақылау» зерттеу принциптері бойынша жасалынды [5].

Жұмыстың мақсаты шап жарығына байланысты жасалынған пластика түрлерінен кейінгі рецидивтердің себеп – салдарын және түрлерін анықтау, соған байланысты келесі жасалатын пластика түрін таңдау.

Материалдар мен әдістер

Осы ретроспективті рандомизацияланбаған клиникалық «жағдай-бақылау» зерттеуі шап жарықтары рецидивтерін алдын алу шараларын жүргізуге көмектеседі. Шап жарықтары рецидивтерінің кейбір қауіп факторларын зерттеу мүмкін емес. Осыны ескере отырып, Семей қ. ММУ МО 2008- 2013 жылдар аралығында шап жарығы бойынша 519 науқасқа операция жасалған ауру тарихтарына ретроспективті талдау жасалынды, ал олардың ішінде 64 (12,3%) шап жарығының рецидиві бойынша операция жасалған топқа анализ жүргізілді. Нақастар қарапайым таңдау әдісімен іріктелді. Жарықтың болуы 1 жылдан 20 жылға дейін. Сырқатнама тарихын анализдеу кезінде шап жарығы 10 жылдан артық 8,7% науқаста, яғни әрбір оныншы науқаста анықталған. Операция жасалған науқастардың орташа жасы 53,6(±12,5) жас. Жарықтың оң жақта орналасуы 342(65,89%), ал сол жақты - 171 (32,94%) және екі жақты – 6 (1,15%) науқаста анықталған. Оң жақтық шап жарығы сол жақ жап жарығына қарағанда кеңірек тараған [8].

Біздің зертеуде 407(78,4%) науқаста қиғаш шап жарығы, ал 112 (21,57%) - тура шап

жарығы анықталған. Операциялық араласуларды орындау кезінде 14(2,69%) науқаста шап жарыға сырғымалы екендігі, оның 4(0,77%) бір шап жарығының қабырғасы қуық болған, 4(0,77%) – соқыр ішекқабырғасы, ал 6(1,15%) –сигма тәрізді ішек.

Мүшенің қысылуына байланысты шұғыл көрсеткіштер бойынша 57 (10,9%) науқасқа операция жасалған, сонын ішінде 32 (6,16%) науқаста шап жарығында үлкен шарбы, ал 25(4,8%) науқаста – жіңішке ішек қысылған. Қысылған мүше бөлігінің некрозы болғанда үлкен шарбы резекциясы 4 науқаста жасалды, жіңішке ішек резекциясы «бүйір бүйіріне» анастомозымен – 2 науқаста орындалды. 2008 жылдан 2013 жж. аралығындағы Семей қ. ММУ МО хирургия бөлімінде рецидивті шап жарығымен емделген науқастарда рецидивтің қауіп факторлары зерттелді.

Басқа авторларға қарағанда [4, 7, 10] біз құрсақ қуысы қысымының жоғарылауымен (іш қатулар, уретра стриктурасы, өкпе және бронхтардың аурулары) жүретін қауіп факторларына мұқият болу керек деп санаймыз. Ағзаның қалыпты қызметі барысында дені сау адамда бұл факторлар жоқ болғанның өзіндеде тәулік барысында құрсақ қуысы қысымының жоғарлауына әкелетін кездейсоқ жағдайлар болуы мүмкін (күлкі, жөтел, күшену, физикалық еңбек). Бұл факторларды рецидивті шақыратын және шап каналын түзетін құрылымдардың ақаулары кезінде біріншілік шап жарығын шақыратын себептер ретінде қарастыру керек. Шап каналына жарықтың түріне байланысты тиісті пластика жасалынса рецидив даму қауіпі төмен болады, сонымен бірге шап каналының дефектілері болмағанда шап жарығы шықпайды.

Мәліметтерімізді анализдеу барысында, 7(10,9%) науқаста рецидив өкпенің созылмалы аурулары кезіндегі жөтелмен шақырылған, ал 18 (28,1%) науқаста – ауыр физикалық жүктемемен. Құрсақ қуысының қысымының кездейсоқ бірнеше рет жоғарлауы 16 (25%) науқаста рецидив шақырған, ал қалған 23 (36%) науқаста рецидив себебі белгісіз.

Дефектілердің болмауы, шап каналының артқы қабырғасының адекватты пластикасы

кезінде, бірінші және екінші топ науқастарында рецидив болмауы керек болған. Сондықтан құрсақ қуысы қысымының жоғарлауына әкелетін факторлар шап жарығы рецидивінің қауіп факторына жатқызылмайды. Ал рецидивтің шыңайы қауіп факторларына шап каналы пластикасы әдісін дұрыс таңдамау, шап каналын түзетін тіндердегі өзгерістерді бағалаусыз (кең шап аралығы, оның үшбұрышты формасы, іштің сыртқы қиғаш бұлшық ет апоневрозының талшықсыздануы, көлденең фасцияның әлсіздігі, үлкен мөлшерлі жарықтар, терең шап сақинасының кеңеюі) пластиканы орындаудың техникалық қателіктері [10].

Көрсетілген шап каналын түзуге қатысатын тіндердегі құрылымдық морфологиялық өзгерістер біз бақылаған 59(92,1%) - науқаста болған. Бұл мәліметтер бойынша көрсетілген факторлар рецидив дамуында маңызды орын алады.

Шап жарығы рецидиві дамуының негізгі қауіп факторы шап каналын құрайтын тіндердің морфологиялық құрылысын ескерусіз пластика әдісін таңдау. Кимбаровский тігістерімен Жирар-Спасокуоцкий әдісі бойынша шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасы 34(53,1%) науқаста жүргізілсе, Бассини бойынша артқы қабырғаның пластикасы 18(28,1%) науқаста, 12(18,7%) - біріншілік операция кезіндегі пластиканың түрі анықталмады. Қиғаш шап жарығы бойынша біріншілік операция 43(67,1%) науқаста, тура бойынша – 21(32,9%) жүргізілген.

Жарықты кесу кезінде шап жарығы бар барлық науқастарда шап каналының тек артқы қабырғасының пластикасы жүргізілу керектігін айтқан басқа ғалымдармен келісеміз [9, 11]. Бұндай ой жас кездегі қиғаш шап жарығы бар науқастарда және шап каналының жақсы құрылысы кезінде жастық шақта операцияға алынатындығына байланысты. Бірақ науқастардың жасы ұлғайған сайын шап каналы және шап аралығының құрылысы жағымсыз морфологиялық өзгерістерге ұшырап, әлсірейді, ал шап каналын түзетін тіндерде 50 жастан кейін дистрофиялық өзгерістер дамуы мүмкін [9, 10, 12].

Жастың ұлғаюына байланысты шап аймағындағы дистрофиялық өзгерістер, қиғаш жарыққа байланысты операциядан кейін, тура шап жарығы да дамуы мүмкін. Сондықтан шап каналының артқы қабырғасының пластикасы болашақта дамуы мүмкін тура жарықтардың алдын алу болып табылады. Біздің мәліметтер бойынша 50 жастан асқан 52(81,2%) науқаста рецидивті шап жарығы кездескен. Бір жылға дейінгі рецидив біріншілік операция кезінен бастап 21(19,2%) науқаста дамыған. Осындай ерте рецидив пластика әдісін дұрыс таңдамауға байланысты және оның техникалық орындалуының қателігі (тура шап жарығы кезіндегі алдыңғы қабырғасының пластикасы және үлкен көлемдегі қиғаш шап жарығы кезіндегі кең шап аралығында, сонымен қатар шап каналын түзетін тіндердің дистрофиялық өзгерістері). Бір жылдан үш жылға дейінгі 14(21,9%), ал 4 жылдан 5 жылға дейін - 6(9,4%) науқаста байқалған. Бірақ шап жарықтары рецидивтерінің көп мөлшері - 23(35,9%) науқаста – 6 жылдан кейін дамыған. Бұл жас ерекшеліктеріне байланысты (шап каналын түзетін дегенеративті-дистрофиялық өзгерістер).

Рецидивті шап жарығында жасалатын пластика әдісін таңдау ғана емес, сонымен қатар шап каналын түзуге қатысатын тіндердің морфологиялық жағдайын, құрылыстарын бағалау үшін хирургтың тәжірибесі маңызды.

Науқасқа алғаш рет операция жүргізетін хирургтың тәжірибесін бағалау үшін мүмкіндіктер болмады, себебі науқастардың көп мөлшері рецидивпен бірнеше жылдар өткен соң және әртүрлі емдеу мекемелерінде емделген соң, Семей қ., ММУ МО түскен.

Шап каналының пластикасы кезіндегі маңызды жағдай біртекті тіндерді тартусыз тігу, сондықтан бұлшық еттік тіндермен пластика әдісі қалдыру керек [6].

В.В. Жебровский мәліметтері бойынша [7], шап жарықтары рецидивтерінің келесі түрлері бар:

1) рецидивті қиғаш шап жарығы, қиғаш шап жарығының жолдарын қайталайды және ұрық шылбырының элементтерімен қоршалған;

2) медиалды рецидив тура шап жарығына байланысты операция кезінде болады, бұл

шап аралығының медиалды бөлігінде дамиды;

3) қасағаүсті рецидиві шап аралығының медиалды бөлігінде орналасқан;

4) аралық рецидив Гессельбах үшбұрышының ортаңғы бөлігінде дамиды, бұл кезде жарықтың түрі саңырауқұлақтәрізді формаға ие;

5) толық рецидив, шап каналының артқы қабырғасы толықтай бұзылған және шап аралығы үлкен көлемді жарықтармен толтырылған;

6) жалған рецидившапты немесе сан жарығының даму себебі, ол бірінші операция кезінде анықталмаған.

Нәтижелер

Біз қараған науқастардың объективті зерттеулерін, рецидивтің себептерін және операциялық мәліметтерді сараптау барысында біз шап жарығы рецидивінің 5 түрін бөлдік. Бұл кезде олардың орналасуына, шап каналының құрылысының ерекшеліктеріне, рецидивті жарықтың қақпасын түзетін құрылымдарды, біріншілік операция кезіндегі техникалық қателіктерді ескере отырып, сонымен қатар шап каналының жолын қайталайтын операциядан кейінгі тыртықтар ескеріледі.

Рецидивтердің бұндай түрлері:

1. Құрсақ қуысынан шығатын ұрық шылбырының сыртқы шап шұңқыры проекциясындағы терең шап сақинасы орналасқан жерден жарық қабы шығады. Мұндай рецидив Постемпски бойынша пластика кезінде болады. Жарықтық құрылым 4-5 см диаметрге дейін, дөңгелек пішінді, операциядан кейінгі тыртықтың жоғарғы үштен бір бөлігінде орналасқан және алдыңғы операция кезіндегі ұрық шылбыры қапшықтарының бұзылуы, көбінесе ұмаға түспейді, сондықтан осындай рецидивтің түрі латералды болып саналады. Мұндай рецидивтің себебі көлденен фасцияны және ішкі шап сақинасы проекциясындағы ұрық шылбыры маңындағы тіндерін толық тікпеу болып саналады, бұған И.Л. Иоффе [8] және Т.Ф. Лаврова назар аударған [15]. Мұндай рецидивке ұрық шылбыры шығатын жерді, іштің сыртқы қиғаш бұлшық етінің апоневрозын дұрыс тікпеу және Постемпски бойынша пластикасы кезіндегі жағдайлар

жатады, ол 4(6,2%) науқаста байқалды. Латералды рецидивтің алдын алу үшін құрсақ қуысынан ұрық шылбыры шығатын жердегі тіндерді тігу, сонымен қатар ұрық шылбыры маңындағы апоневрозды толықтай тігу немесе тіндердің тартылуынсыз пластика аллотрансплантантты қолдану қажет.

2. Жарық қабы шап каналының ортаңғы үштен бір бөлігінде шығады және операциядан кейінгі тыртықтың ортаңғы бөлігіне орналасады. Пупарт байламы және іштің сыртқы қиғаш апоневрозының ішкі жапырақшасы арасындағы тігістердің ажырауы кезінде түзіледі. Рецидивке көлденен фасцияны толық тікпеу, іштің сыртқы қиғаш бұлшық еті апоневрозының талшықсыздануы, кең шап аралығы әсер етеді. Дөңгелек формалы жарық қабы, ұмаға түспейді. Рецидивтің бұл түрі ортаңғы деп сипатталады және ол 2(3,1%) науқаста кездесті. Рецидивтің алдын алу – көлденен фасцияны мықты тігу, ал апоневроздың талшықсыздануында - аллопластикалық материалдарды қолдану.

3. Жарық қабының шап каналының сыртқы саңылауының терісі арқылы шығуы (шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасынан кейін). Шап каналының артқы қабырғасының әлсіздігін және кең шап аралықты ескермей алдыңғы қабырғасының пластикасын орындау. Осындай рецидив түрі 38(59,4%) науқаста байқалды. Бұл тағы да шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасы рецидивтің негізгі себебі екендігін көрсетеді. Бұл жерде жарық қабы овалды формалы, ұмаға түсе алады. Көрсетілген рецидив түрі медиалды болып саналады. Рецидивтің профилактикасы – қиғаш шап жарығы кезінде шап каналының артқы қабырғасының пластикасын қолдану, сонымен қатар іштің сыртқы қиғаш бұлшық еті апоневрозының медиалды жапырақшасын міндетті түрде қасаға төмпешігіне тігу немесе альтернативті әдіс тіндердің тартылуынсыз пластика аллотрансплантантты қолдану.

4. Пупарт байламы жиектерінің толық ажырауы және шап каналының артқы қабырғасының толық зақымдалуымен іштің сыртқы қиғаш бұлшық етінің апоневрозының ажырауы. Шап каналының барлық артқы қабырғасы жарық қабымен көрсетілген.

Жарық түзілісі овалды формалы, үлкен мөлшерлі, операциядан кейінгі тыртық жолымен орналасқан, ұмаға түспейді. Бұл рецидив түрі 10(15,6%) науқаста байқалды және тоталды ретінде сипатталды. Рецидивтің алдын алу шап каналының артқы қабырғасының пластикасы, ал іштің сыртқы қиғаш бұлшық етінің апоневрозының талшықсыздануында - аллопластикалық материалдарды қолдану.

5. Тура шап жарығына байланысты операциядан кейінгі бірнеше жылдардан кейін – жас кездегі қиғаш жап жарығына байланысты шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасы жасалған. Бұл жағдайда рецидив емес, («жалған рецидив»), бұрында қиғаш шап жарығына байланысты жүргізілген операцияға байланыссыз тура шап жарығының түзілуі болады. Бұл жарықтың түрі 10(15,6%) науқаста кездесті.

Нәтижелерді талқылау

Сонымен, шап жарығы рецидивінің негізгі себептері адекватты емес пластика (шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасы), тігілетін тіндердің созылуы, біртегіс емес тіндердің созылуымен тіндерді тігу, шап каналының дефектілері, шап каналын түзетін тіндердегі дегенеративтік өзгерістер. Шап жарығы рецидивінің негізгі түрлері латералды, ортаңғы, медиалды, тоталды және жалған жарықтар. Шап жарығы рецидивін алдын алу: шап каналының артқы қабырғасының пластикасын жүргізу, ішкі шап саңылауының тартылуы, көлденен фасцияны жақсылап тігу, Постемпски бойынша пластика кезінде іштің сыртқы қиғаш бұлшық етінің апоневрозын қасаға төмпешігіне тігу, ал шап каналын түзуге қатысатын құрылымдарда өзгерістер болса – аллотрансплантаттарды тіндердің тартылуынсыз қолдану. Қиғаш шап жарықтары кезінде шап каналының артқы қабырғасының пластикасы болашақта дамиды тура шап жарықтарының алдын алу болып табылады. Сонымен қатар алып қосатын жағдай клиникаға шап жарығының заманауи лапароскопиялық емдеу әдістерін енгізу. Nyhus 1993 жылы қабылданған шап жарығын төрт типке бөліп қарастыру классификациясын қолдана отырып шап аралыққа альтернативті пластика әдісін таңдау.

Әдебиеттер:

1. Айгораев Р. Д. Паховая грыжа – этиология, патогенез, лечение и вторичная профилактика // Наука и здравоохранение. 2011. №3. С. 40-42.
2. Баулин А. В. Сравнительная оценка способов герниопластики у больных паховыми грыжами: автореф. дис. канд. мед. наук. Пенза, 2009. 23 с.
3. Бижев А. А. Место герниопластики по I. L. Lichtenstein в лечении паховых грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2002. 23 с.
4. Воскресенский Н. В., Горелик С. А. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: Медицина, 1965. 326 с.
5. Гржибовский А. М., Иванов С. В., Горбатова М. А. Исследования типа «случай-контроль» в здравоохранении // Наука и Здравоохранение. 2015. № 4. С. 5-17.
6. Егизов В. Н., Сакеев В. П., Качанов В. А., Сергеев А. К. Результаты использования герниопластики без натяжения при лечении ущемленной паховой грыжи // Герниология. 2004. №4. С. 16-18.
7. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота. М: ООО МИА, 2005. 384 с.
8. Иоффе И. Л. Оперативное лечение паховых грыж. М.: Медицина, 1968. 171 с.
9. Коган А. С., Веронский Г. И., Таевский А. В. Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. Иркутск: изд-во Иркутского ун-та, 1991. 176 с.
10. Лаврова Т. Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. М.: Медицина, 1979. 104 с.
11. Нестеренко Ю. А., Газиев Р. М. Паховые грыжи, реконструкция задней стенки пахового канала. М: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. 144 с.
12. Нестеренко Ю. А., Салов Ю. Б. Хирургическое лечение паховых грыж (обзор лечения ущемленной паховой грыжи // Хирургия. 1982. С. 55 - 67.
13. Релин В. Н. Оперативное лечение прямых паховых грыж. Пермь. Перм. гос. мед. академия, 2000. 119 с.
14. Тимошин А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М.: Триада-Х, 2003. 144 с.
15. Тычинкина А. К. Пластика апоневроза передней брюшной стенки расщепленным

кожным ауто трансплантатом без удаления эпидермиса // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1969. № 4. С. 60-63.

16. Belokonev V. I., Breeders D. A., Kovalev Z. V. et al. Rationale for use in plastics combined method hernia // Modern technologies and capabilities Reconstructive and Aesthetic Surgery: Materials of the 1st International Conference / ed. prof. V.D. Adamian. M., 2008. P. 90-91.

17. Konmger J. S., Oster M., Butters M. Management of inguinal hernia - a comparison of current methods // Chirurg. 1998. V. 69, № 12. P. 1340-1344.

18. Meakins J. L., Barkun J. S. Old and new ways to repair inguinal hernias // New Engl. J. Med. 1997. V. 336, № 22. P. 1596-1597.

References:

1. Aigoraev R. D. Pakhovyе gryzhi – etiologiya, patogenez, lechenie i vtorichnaya profilaktika [Inguinal hernias – an etiology, pathogenesis, treatment and secondary prevention]. *Nauka i zdavookhranenie*. 2011. 3. pp. 40-42. [in Kazakhstan.]

2. Baulin A. V. *Sravnitel'naya otsenka sposobov gernioplastiki u bol'nykh pakhovymi gryzhami: (avtoref. dis. kand. med. nauk)*. [Comparative assessment of ways of a gernioplastika at patients inguinal hernias: abstract. thesis. candidate. medical sciences. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Penza, 2009. 23 p.

3. Bizhev A. A. *Mesto gernioplastiki po I. L. Lichtenstein v lechenii pakhovykh gryzh : avtoref. dis. ... kand. med.nauk* [Gernioplastika place on I. L. Lichtenstein in treatment of inguinal hernias: abstract. thesis.... edging. medical sciences.]. Moscow, 2002. 23 p.

4. Voskresenskii N. V., Gorelik S. A. *Khirurgiya gryzh bryushnoi stenki* [Hernia surgery of the abdominal wall]. Moscow.: Meditsina, 1965. 326 p.

5. Grzhibovskiy A. M., Ivanov S. V., Gorbatova M. A. Issledovanie tipa «sluchay-kontrol'» v zdavookhranении. [The study of the "case-control" in health care]. *Nauka i zdavookhranenie* [Science & Healthcare]. 2015. 4. P. 5-17.

6. Egiev V. N., Sakeev V. P., Kachanov V. A., Sergeev A. K. Rezul'taty ispol'zovaniya gernioplastiki bez natyazheniya pri lechenii ushchemlennoi pakhovoi gryzhi [The results of

using tension-free hernia repair in the treatment of strangulated inguinal hernia]. *Gerniologiya* [Herniology]. 2004. 4. P. 16-18.

7. Zhebrovskii V. V. *Khirurgiya gryzh zhivota* [Surgery abdominal hernias]. Moscow. OOO MIA, 2005. 384 p.

8. Ioffe I. L. *Operativnoe lechenie pakhovykh gryzh* [Surgical treatment of inguinal hernias] Moscow. Meditsina, 1968. 171 p.

9. Kogan A. S., Veronskii G. I., Taevskii A. V. *Patogeneticheskie osnovy khirurgicheskogo lecheniya pakhovykh i bedrennykh gryzh* [Pathogenetic bases of surgical treatment of inguinal and femoral hernias]. Irkutsk: izd-vo Irkutskogo un-ta, 1991. 176 p.

10. Lavrova T. F. *Klinicheskaya anatomiya i gryzhi perednei bryushnoi stenki* [Clinical anatomy and hernia of anterior abdominal wall]. Moscow. Meditsina, 1979. 104 p.

11. Nesterenko Yu. A., Gaziev R. M. *Pakhovyе gryzhi, rekonstruktsiya zadnei stenki pakhovogo kanala* [Inguinal hernia, reconstruction of the posterior wall of the inguinal canal]. Moscow. BINOM. Laboratoriya znaniy, 2005. 144 p.

12. Nesterenko Yu. A., Salov Yu. B. *Khirurgicheskoe lechenie pakhovykh gryzh (obzor lechenii ushchemlennoi pakhovoi gryzhi)*. [Surgical treatment of inguinal hernias (overview treatment of strangulated inguinal hernia)]. *Khirurgiya*. [Surgery]. 1982. C. 55 – 67.

13. Repin V. N. *Operativnoe lechenie pryamykh pakhovykh gryzh* [Surgical treatment of direct inguinal hernias]. Perm': Perm. gos. med.akademiya, 2000. 119 p.

14. Timoshin A. D. *Khirurgicheskoe lechenie pakhovykh i posleoperatsionnykh gryzh bryushnoi stenki* [Surgical treatment of inguinal and postoperative abdominal wall hernias]. Moscow. Triada-Kh, 2003. 144 p.

15. Tychinkina A. K. *Plastika aponevroza perednei bryushnoi stenki rasshcheplennym kozhnym autotransplantatom bez udaleniya epidermisa* [Plastic fascia anterior abdominal wall band split skin autograft without removing the epidermis]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova* [Journal of Surgery named after I.I. Grekov], 1969. 4. P. 60-63. [In Russia]

16. Belokonev V. I., Breeders D. A., Kovalev Z. V. et al. Rationale for use in plastics combined method hernia. Modern technologies and

capabilities Reconstructive and Aesthetic Surgery: Materials of the 1st International Conference / ed. prof. V.D. Adamian. Moscow. 2008. pp. 90-91.

17. Konmger J. S., Oster M., Butters M. Management of inguinal hernia - a comparison of

current methods // Chirurg. 1998. V. 69, 12. P. 1340-1344. [In Germany]

18. Meakins J. L., Barkun J. S. Old and new ways to repair inguinal hernias // New Engl. J. Med. 1997. V. 336, 22. P. 1596-1597.

Контактная информация:

Раимханов Айдар Дуйсенович - PhD-докторант 3-го года обучения, кафедра интернатуры по хирургии, Государственного медицинского университета города Семей.

Почтовый адрес: Восточно-Казахстанская область, 071400, г. Семей, ул. Шмидта 9/2, кв. 57.

E-mail: aidar_rd@mail.ru

Телефон: р.т. 8(7222) 53-29-42, сот. тел. 87073320084