

Июнь, № 4

Медицинские науки

2014

УДК 617.557

АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ ЦИЦЮРА

ассистент кафедры госпитальной хирургии, лор-болезней, офтальмологии, стоматологии, оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
cap-74@mail.ru

АЛЕКСЕЙ ИВАНОВИЧ ФЕТЮКОВ

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, лор-болезней, офтальмологии, стоматологии, оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
fetukov@psu.karelia.ru

АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ МАРИЕВ

доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии, лор-болезней, офтальмологии, стоматологии, оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
asta@psu.karelia.ru

ОЛЕГ ИВАНОВИЧ КОВЧУР

кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, лор-болезней, офтальмологии, стоматологии, оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск, Российская Федерация)
olan@drevlanka.ru

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Представлен обобщенный опыт хирургического лечения паховых грыж с использованием комбинированной техники операции. Цель исследования – изучение комбинированных методов пластики задней стенки пахового канала для улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж. Задачами работы являются разработка и изучение результатов комбинированной пластики задней стенки пахового канала с использованием методики Bassini с одновременным укреплением ее сеткой при хирургическом лечении паховых грыж IIIA, IIIB, IVA и IVB типов (классификация по L. Nyhus, 1993). Проведен анализ результатов хирургического лечения паховых грыж у 101 больного. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 67 больных, перенесших радикальные операции при паховых грыжах с пластикой по Bassini. Во вторую группу были включены 34 пациента, оперированных с использованием комбинированной герниопластики. Проведен анализ всей группы больных по возрасту, полу, длительности грыженосительства и количеству рецидивов заболевания. Отдаленные результаты в обеих группах оценивали по наличию рецидива грыжи в сроки от 6 месяцев до 4 лет. В первой группе рецидив грыжи выявлен у 4 пациентов из 67 (5,9 %), во второй – у 1 пациента из 34 (2,9 %). Применяемая методика комбинированной герниопластики позволила снизить число рецидивов при паховых грыжах IIIA, IIIB, IVA и IVB типов в сравнении с традиционными способами герниопластики. Комбинированная методика снижает нагрузку на имплантат в раннем послеоперационном периоде, что обеспечивает формирование более полноценной рубцовой ткани вокруг сетки.

Ключевые слова: паховая грыжа, комбинированная герниопластика, отдаленные результаты

Одним из наиболее частых заболеваний в абдоминальной хирургии являются паховые грыжи. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов операций по поводу паховых грыж, что составляет от 10 до 15 % всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости. В России ежегодно выполняется около 200 000 плановых операций по поводу паховых грыж [5], [7]. Проблема хирургического лечения грыж остается актуальной, так как не решена проблема безрецидивного способа

операций паховых грыж. Частота рецидивов паховых грыж составляет 3–16 %, при осложненных формах достигает 30 % [4]. Наличие более 300 способов оперативного лечения паховых грыж оставляет возможность поиска новых способов и модификаций коррекции данной патологии. Мнения исследователей об объеме и способе герниопластики при паховых грыжах расходятся.

Существуют классические способы натяжной герниопластики. Способ Bassini, предложен-

женный в 1889 году, считается классической операцией для укрепления задней стенки пахового канала местными тканями. Недостатки натяжных способов пластики задней стенки пахового канала хорошо изучены, основным из них является механическое натяжение сопоставляемых тканей. Указанный момент сказывается на результатах оперативного лечения паховых грыж у пациентов с различной степенью выраженности разрушений задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца. При расширенном внутреннем паховом кольце, но с хорошо выраженной задней стенкой пахового канала, что наблюдается у молодых людей с небольшим сроком грыженосительства, данная методика остается весьма надежной. Пациентам с разрушенной задней стенкой пахового канала, у которых при пальцевом исследовании легко прощупывается внутренняя поверхность лонной кости, выполнение классических натяжных способов герниопластики сопряжено с риском развития рецидива заболевания. Больные с рецидивными грыжами имеют измененные анатомические взаимосвязи, что сказывается на целостности задней стенки пахового канала и требует тщательного выбора способа хирургического лечения.

Современные технологии привели к смене ориентации герниопластики в пользу ненатяжных методов, включающих широкое использование сетчатых трансплантатов при операциях сложных форм паховых грыж. Наиболее распространенным методом протезирования задней стенки пахового канала с использованием полипропиленовой сетки является способ I. Lichtenstein (1995) с прямым доступом к паховому каналу. Результаты применения герниопластики по I. Lichtenstein продемонстрировали низкий показатель послеоперационных осложнений и рецидивов (0,7–1,5 %) [1], [2], [3]. Однако и этот вид пластики при паховых грыжах не всегда является адекватным. После фиксации протеза остается без изменения внутреннее паховое кольцо, а применяемый имплантат не способен сдерживать периодически возникающие повышения внутрибрюшного давления, в связи с чем внутреннее паховое кольцо может быть источником рецидива грыжи. Также при пластике по I. Lichtenstein [8] не изменяется высота пахового промежутка, что в раннем послеоперационном периоде приводит к повышенной нагрузке на имплантат и, как следствие, в определенном проценте случаев к несостоятельности швов и рецидиву грыжи [3]. Современная герниохирургия, особенно при использовании методов без натяжения, требует от хирургов досконального знания уязвимых мест паховой области при герниопластике.

Цель исследования – дать анатомо-физиологическое и клиническое обоснование целесообразности выполнения комбинированных методов пластики задней стенки пахового канала с целью улучшения результатов хирургического лечения сложных форм паховых грыж.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: разработать и изучить результаты комбинированной пластики задней стенки пахового канала с использованием методики Bassini с одновременным укреплением ее сеткой при хирургическом лечении паховых грыж IIIA, IIIB, IVA и IVB типов (классификация по L. Nyhus, 1993).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов хирургического лечения паховых грыж у 101 больного. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 67 (66,3 %) больных, перенесших радикальные операции при паховых грыжах с пластикой по Bassini. Во вторую группу были включены 34 (33,6 %) пациента, перенесших операции с использованием комбинированной герниопластики. Возраст больных от 19 до 83 лет. Средний возраст составил 53,6 года. Подавляющее большинство пациентов – мужчины (92, или 91,1 %), женщины – 9 (8,9 %). Длительность грыженосительства – от одного месяца до 15 лет. Рецидивные грыжи наблюдались у 19 (18,8 %) из 101 больного.

Пластика по Bassini в классическом виде выполнялась с использованием для опоры подвздошно-лобкового тракта (*tractus iliopublicus*) у больных с первичными паховыми грыжами с типом грыж IIIA, IIIB с высотой пахового промежутка не более 2 см.

Комбинированный способ пластики задней стенки пахового канала применялся с типом грыж IIIA, IIIB, IVA и IVB с высотой пахового промежутка более 2 см. Грыжи IVA и IVB типов во всех случаях являлись показанием к комбинированной герниопластике вне зависимости от высоты пахового промежутка и возраста пациента. После окончательной интраоперационной диагностики вида паховой грыжи, определения степени разрушения задней стенки пахового канала, обработки грыжевого мешка выполнялась пластика задней стенки пахового канала по методике Bassini с целью ликвидации пахового промежутка (рис. 1). В последующем поверх выполненной пластики фиксировалась полипропиленовая сетка фирмы «Линтекс». Нижний край сетки подшивали к лонному бугорку монофиламентной полипропиленовой нитью (2/0). Далее непрерывным швом нижний край сетки фиксировался к пупартовой связке с формированием внутреннего отверстия пахового канала. Верхний край сетки фиксировали отдельными швами к влагалищу прямой мыш-



Рис. 1. Этап герниопластики по Bassini

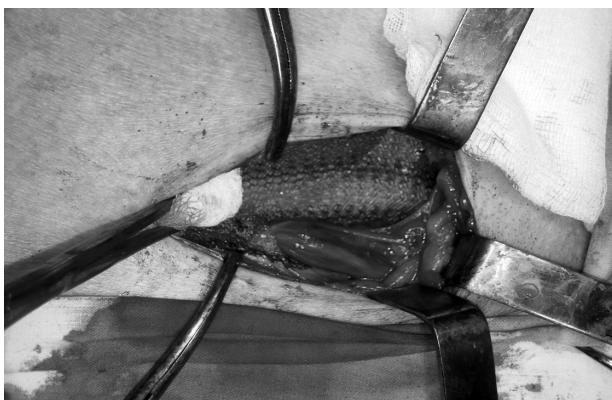


Рис. 2. Этап укладки сетки

цы живота и внутренней косой мышце живота. Семенной канатик укладывался на вновь созданное ложе. Передняя стенка ушивалась край в край (рис. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отдаленные результаты оценивали по наличию рецидива грыжи в сроки от 6 месяцев до 4 лет в двух группах пациентов: 1-я группа – классическая герниопластика по Bassini (67), 2-я группа – комбинированная герниопластика (34).

В 1-й группе рецидив грыжи выявлен у 4 пациентов из 67 (5,9 %). Во 2-й группе рецидив выявлен у 1 пациента из 34 (2,9 %).

Таким образом, применение комбинированной герниопластики позволило снизить число рецидивов примерно в два раза. Применение коррекции задней стенки пахового канала с использованием аутопластики по Bassini при комбинированной герниопластике позволяет избежать ранней нагрузки на сетку, что создает ей покой в отличие от пластики по I. Lichtenstein. К 90-му дню после имплантации, когда образуется плотная капсула вокруг элементов сетки [6], происходит более полноценная адаптация имплантата к имеющейся нагрузке.

ВЫВОДЫ

1. При сложных вариантах паховых грыж с разрушенной задней стенкой пахового канала применение комбинированной герниопластики позволяет снизить количество рецидивов в сравнении с традиционными способами натяжной герниопластики.

2. Комбинированная методика снижает нагрузку на имплантат в раннем послеоперационном периоде, что позволяет сформировать рубцовую ткань вокруг сетки, обеспечить более полноценную адаптацию ее к имеющейся нагрузке и, как следствие, добиться снижения количества рецидивов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Адамян А. А. и др. Комбинированная пластика при паховых грыжах // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2007. № 2. С. 74–79.
- Арчадзе В. Ш. и др. Пластика пахового канала без натяжения при грыжах // Хирургия. 2005. № 7. С. 50–52.
- Бочкарев А. А. и др. Хирургическое лечение паховых грыж // Сибирский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 53–55.
- Марiev А. И., Ушаков Н. Д. Наружные грыжи живота. Петрозаводск, 1989. 10 с.
- Пришин А. П., Майстренко Н. А., Сингаевский С. Б. Оптимизация методики лапароскопической герниопластики // Вестник хирургии. 2003. № 6. С. 71–75.
- Сурков Н. А. Особенности репаративных процессов передней брюшной стенки в зоне имплантации сетки из пропилена в эксперименте // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2002. № 1. С. 52–61.
- Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Грыжи живота. М.: Медицина, 1983. 240 с.
- Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P. K. Tension-Free of Groin Hernias // Hernia / Ed. by L. M. Nyhus, R. E. Condon. 4 ed. 1995. P. 237–249.

Tsitsyura A. P., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Fetyukov A. I., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Mariev A. I., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

Kovchur O. I., Petrozavodsk State University (Petrozavodsk, Russian Federation)

COMBINED GROIN HERNIA SURGERIES

The summarized experience of surgery treatment of groin hernias with the use of combined surgery procedure is presented in the article. The goal of the research is to study combined methods of plastic surgery of the posterior wall of the inguinal canal with the aim to improve outcomes of groin hernia surgery treatment. The objective of the research consists in the development and

study of the outcomes of combined plastic surgery conducted on the posterior wall of the inguinal canal with the use of Bassini's procedure together with its simultaneous reinforcement by a surgical mesh during surgical treatment of IIIA, IIIB, IVA and IVB types groin hernia (classification according to L. Nyhus, 1993). The analysis of the results of groin hernia surgeries in 101 patients was carried out. The patients were divided into two groups. The first group included 67 patients after major groin hernia surgeries with the plastic surgery using Bassini's procedure. The second group included 34 patients after surgeries with the use of combined hernioplasty. The data of all patients involved in the study were analyzed according to age, sex, duration of the hernia disease, and recurrence rate. The remote results were evaluated by recurrence rates during the period from 6 months to 4 years. In group 1 recurrence was found in 4 patients out of 67 (5,9 %). In group 2 recurrent hernia was identified in 1 patient out of 34 (2,9 %). The applied technique of combined hernioplasty allowed to reduce the recurrence rate for complex forms of groin hernia, compared with traditional techniques of tension hernioplasty. The combined technique allows to reduce implant loading in the early post-surgery period, which makes it possible for the scar tissue to develop around the mesh.

Key words: groin hernia, combined hernioplasty, remote results

REFERENCES

1. Adamyan A. A. et al. Combined plastic surgery of groin hernia [Kombinirovannaya plastika pri pakhovykh gryzhakh]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii* [Annals of plastic, reconstructive and aesthetic surgery]. 2007. № 2. P. 74–79.
2. Archvadze V. Sh. et al. Hernia tension-free plastic surgery of the inguinal canal [Plastika pakhovogo kanala bez natyazheniya pri gryzhakh]. *Hirurgiya* [Surgery]. 2005. № 7. P. 50–52.
3. Bochkarev A. A. et al. Surgical treatment of groin hernia [Hirurgicheskoe lechenie pahovykh gryzh]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal* [Siberian medical journal]. 2008. № 4. P. 53–55.
4. Mariev I. A., Ushakov N. D. *Naruzhnye gryzhi zhivota* [Exterior abdominal hernias]. Petrozavodsk, 1989. 10 p.
5. Prishvin A. P., Maysstrenko N. A., Singaevskiy S. B. Optimization of laparoscopic hernioplasty technique [Optimizatsiya metodiki laparoskopicheskoy gernioplastiki]. *Vestnik khirurgii* [Medical Bulletin]. 2003. № 6. P. 71–75.
6. Surkov N. A. Specifics of reparative processes of the anterior abdominal wall in the zone of propylene mesh implantation in the experiment [Osobennosti reparativnykh protsessov peredney bryushnoy stenki v zone implantatsii setki iz propelena v eksperimente]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii* [Annals of plastic, reconstructive and aesthetic surgery]. 2002. № 1. P. 52–61.
7. Toskin K. D., Zhebrovskiy V. V. *Gryzhi zhivota* [Abdominal hernia]. Moscow, Medicine Publ., 1983. 240 p.
8. Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P. K. *Tension-Free of Groin Hernias* // *Hernia* / Ed. by L. M. Nyhus, R. E. Condon. 4 ed. 1995. P. 237–249.

Поступила в редакцию 08.11.2013