

© Коллектив авторов, 2007  
УДК [616.34-007.43-031:611.957]-089

С.В.Васильев, Т.А.Мошкова, В.В.Олейник, А.Б.Морозов

## АЛЛОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫМИ СЕТКАМИ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. С.В.Васильев) стоматологического факультета  
Санкт Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

**Ключевые слова:** паховая грыжа, полипропиленовые сетки, аллопластика по способу Лихтенштейна.

**Введение.** Высокая частота развития паховых грыж, которые составляют 75–80% от всех грыженосителей [4], обусловлена, с одной стороны, особенностями строения пахового канала, часто врождённой слабостью составляющих его тканей, а с другой стороны — множеством факторов, приводящих к значительному повышению внутрибрюшного давления. Рутинные способы пластики паховых грыж не устраняют причин грыжеобразования. Сохраняющиеся после операции этиопатогенетические механизмы грыжеобразования приводят к рецидивам заболевания, которые встречаются после традиционных способов герниопластики с частотой 9–21% [2, 4]. Высокая частота рецидивов при таком широко распространённом и по мнению многих хирургов несложном заболевании, как паховая грыжа, побуждает изыскивать новые способы более совершенного лечения этих больных.

Одним из путей решения проблемы авторы считают использование эксплантатов. Их применение позволяет ушить разошедшиеся ткани пахового канала без натяжения, укрепить растянутые, разволокнённые и несостоятельные ткани дополнительным прочным материалом. Неоспоримым преимуществом аллопластики по сравнению с пластикой местными тканями является значительно большая надёжность укрытия пахового канала. Случаи рецидивов при использовании данного метода единичны [1, 6]. Однако многие хирурги описывают после аллопластики паховых грыж развитие в послеоперационной ране

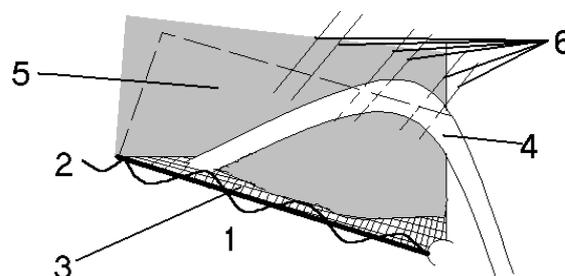
таких осложнений, как длительная лимфорея с формированием сером, асептический некроз подкожной клетчатки, нагноение послеоперационной раны, образование лигатурных свищей и, в конечном итоге, отторжение аллотрансплантата. Кроме того, после аллопластики больные могут ощущать давление, ограничение подвижности, чувство дискомфорта и невралгические боли. От соприкосновения с аллотрансплантатом возможна атрофия семенного канатика. Следствием миграции и сморщивания аллотрансплантата может быть рецидив грыжи. По литературным данным, частота осложнений составляет 10–50% [5, 7].

В настоящее время одним из наиболее часто используемых для аллопластики материалов является полипропилен. Основными его преимуществами являются инертность по отношению к тканям организма, высокая прочность, хорошая адаптация к любым частям тела. Отечественные «Линтекс» и зарубежные «Этикон» фирмы изготавливают из полипропиленовых монолитных нитей сетки, которые мы используем для пластики грыж. В последнее время с целью уменьшения тканевой реакции используются так называемые облегчённые сетки, содержащие 50% викрила. Подобные сетки Vipro-II использованы у 8 больных обследуемой группы с хорошими непосредственными и отдалёнными результатами.

**Материал и методы.** Начиная с 2002 г. в общехирургическом отделении многопрофильной городской больницы № 2, являющимся базой кафедры хирургических болезней стоматологического факультета СПбГМУ им. И.П.Павлова, стали применять аллопластические способы лечения прямых, косых и рецидивных паховых грыж. За это время аллопластика

была осуществлена у 61 больного с паховыми грыжами. Среди них было 58 мужчин и 3 женщины в возрасте от 28 до 80 лет. Мы считаем наиболее показанным применение аллопластического способа укрепления пахового канала у лиц старших возрастных групп. Больные старше 50 лет составляли 76,7%. У 10 пациентов отмечена двусторонняя локализация паховых грыж, из них 8 больным произведена аллопластика одновременно с двух сторон. 15 больных обследуемой группы оперированы по поводу рецидива паховой грыжи. У 3 из них рецидив наступил после лапароскопической трансабдоминальной герниопластики. У 1 больного паховые грыжи рецидивировали с обеих сторон. Повторное рецидивирование грыж было отмечено у 2 пациентов, и у 2 больных грыжи рецидивировали ранее трижды. Из 51 больного с первичными паховыми грыжами у 28 пациентов диагностирована прямая паховая грыжа, а у 23 — косая. Обычно мы ставили показания для аллопластики при больших размерах грыж и при больших дефектах тканей. Паховый промежуток у 35 больных превышал 3 см (у 25 пациентов — с прямыми паховыми грыжами и у 10 больных — с косыми паховыми грыжами). Размеры грыжевого мешка у 55 (83,3%) больных превышали 8×7×6 см.

У 61 больного были произведены 69 операций с использованием аллопластического способа укрытия пахового канала. Наиболее часто мы производили аллопластику пахового канала по способу Лихтенштейна с различными незначительными его модификациями. Основываясь на собственном опыте выполнения этой операции у 59 больных с паховыми грыжами, считаем необходимым подчеркнуть следующие моменты, повышающие надёжность данного метода. При разрезе не следует отслаивать подкожно-жировую клетчатку от апоневроза наружной косой мышцы живота. При прямых паховых грыжах небольших размеров грыжевой мешок не вскрываем и не иссекаем (7 больных). При провисании и растяжении поперечной фасции у 25 больных ушивали её гофрирующими швами. Полипропиленовую сетку обязательно прочно фиксируем к лонному бугорку и к подвздошно-лонной связке, а по верхнему краю 4–6 узловыми швами подшиваем её к внутренней косой и поперечной мышцам примерно на 2 см выше их нижнего края. Стараемся при размещении сетки избегать её гофрирования, складывания и натяжения. Подгибаем нижнемедиальный край сетки и фиксируем его к связке Купера для укрытия бедренного кольца по способу, описанному в методических рекомендациях А.Д.Тимошина и соавт. [3]. Не вырезаем в сетке отверстия для прохождения семенного канатика. Разрез сетки делаем с латеральной стороны. После проведения семенного канатика «хвосты» сшиваем и при этом в области формируемого внутреннего отверстия пахового канала первым, самым



Способ пластики паховых грыж при низком паховом промежутке.

1 — паховая связка; 2 — сетка подшита непрерывным швом к паховой связке; 3 — полипропиленовая сетка; 4 — семенной канатик; 5 — внутренняя косая и поперечная мышцы; 6 — П-образные швы, фиксирующие верхний край сетки к мышцам.

медиальным швом подхватываем оболочки семенного канатика. Переднюю стенку пахового канала ушиваем «край в край» у больных более молодого возраста над семенным канатиком (30 больных), а у пациентов старших возрастных групп и при толстом семенном канатике — под ним (29 больных).

При низком паховом промежутке пластика пахового канала местными тканями не сопровождается существенным натяжением их. У этих больных нет абсолютных показаний для выполнения «безнатяжной» герниопластики по Лихтенштейну, и аллопластика может быть применена для укрепления пластики местными тканями как вспомогательный приём. У больных молодого возраста при небольших размерах пахового промежутка применяли полипропиленовые сетки в комбинации с пластикой местными тканями по Бассини (рисунок). Сетку размещали и фиксировали над поперечной фасцией под сшиваемыми с паховой связкой внутренней косой и поперечной мышцами<sup>1</sup>. Для предотвращения «гофрирования» сетки отслаиваем мышцы по задней их поверхности вверх на протяжении, суммарно составляющем ширину пахового промежутка больного и ширину используемой сетки. С целью уменьшения «сморщивания» полипропиленовой сетки используем «облегчённые» эксплантаты Virgo-11 и подшиваем протез внизу к паховой связке непрерывным швом, а сверху — П-образными швами к мышцам по верхней границе их отслаивания от поперечной фасции. Такой вид комбинированной пластики был предпринят у 4 больных в возрасте 20–30 лет, профессионально занимающихся спортом. Размещённая под низведёнными мышцами сетка предотвращает прорезывание мышечно-апоневротических швов, растяжение мышечной ткани и сама по себе укрепляет линию швов разнородных плохо срастающихся тканей, являясь дополнительным прочным пластическим материалом. Преимуществом этой операции по сравнению с операцией Лихтенштейна явля-

<sup>1</sup> Удост. на рац. предл. № 1464. Способ пластики паховых грыж при низком паховом промежутке / Т.А.Мошкова.—Выдано 16.09.2005 г. Санкт-Петербургским государственным медицинским университетом им. акад. И.П.Павлова.

ется возможность использования меньшего количества аллотрансплантата и отсутствие соприкосновения его с семенным канатиком. Согласно последним литературным данным, соприкосновение семенного канатика с полипропиленовой сеткой приводит к его атрофии.

При рецидивных грыжах, развившихся после пластики по Постемпскому, выполнение аллопластики по способу Лихтенштейна часто сопряжено с большими техническими трудностями. Поэтому у 4 больных была произведена аллопластика по способу Trabucco [8]. Рецидивы в виде бедренных грыж у 2 больных были ушиты также с применением аллопластики.

Аллопластика не является противопоказанием для осуществления симультанных операций. Расширение объёма операции имело место у 10 больных. У 4 больных произведена резекция подпаянного к грыжевому мешку большого сальника, у 2 пациентов произведено симультанное устранение пупочной грыжи, у одного из них — с аллопластикой грыжевых ворот, у 1 больного произведена аллопластика послеоперационной вентральной грыжи, у 1 пациента выполнена аппендэктомия в связи с хроническим воспалением червеобразного отростка, находившегося в грыжевом мешке, у 2 больных обнаружены во время операции и удалены кисты семенного канатика. Кроме того, у 4 больных удалены липомы семенного канатика.

**Результаты и обсуждение.** Осложнения после операции развились у 16 больных, что составило 26,2%. Этот высокий показатель отчасти обусловлен тем, что мы относили к осложнениям любые, даже незначительные отклонения от гладкого послеоперационного периода. При этом следует отметить, что среди первых 16 больных, оперированных нами по способу Лихтенштейна в период освоения методики (2003 г.), осложнения были выявлены у 9 (56,25%) пациентов. В дальнейшем несколько модифицировав методику, как это было описано нами выше, мы смогли существенно улучшить результаты. Из 45 больных, оперированных модифицированным способом, послеоперационные осложнения развились только у 7 (15,6%) пациентов. Причём среди осложнений в этой группе больных наблюдались следующие: ликворная гипотензия после спинномозговой анестезии — у 1 больного, серомы послеоперационной раны — у 4 больных, воспалительный инфильтрат раны — у 1 больного, и у 1 больного уже после выписки из стационара развилось кровотечение из подкожных вен в области послеоперационного рубца, потребовавшее повторной госпитализации, ревизии раны и остановки кровотечения. Хочется отметить, что осложнения в ране часто развиваются в поздние сроки от момента операции, но не

являются тяжёлыми. Развитие осложнений в ране не потребовало удаления эксплантата ни у одного больного.

Болевые ощущения после аллопластики паховых грыж ненапряжным способом выражены незначительно, и реабилитация больных наступает быстрее. Средний койко-день после аллопластики был несколько ниже, чем при устранении паховой грыжи с пластикой местными тканями, и составил в среднем 6,5 сут против 8 сут после герниопластики местными тканями.

Отдалённые результаты описанной группы больных изучены в сроки от 6 мес до 3 лет. Рецидивов грыж пока не выявлено ни у одного больного. Все пациенты вернулись к своей обычной работе, не ограничивают физических нагрузок, ведут активный образ жизни.

Таким образом, анализ нашего опыта применения аллопластики для лечения паховых грыж позволяет рекомендовать этот метод к более широкому использованию.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гогия Б.Ш., Адамян А.А. Использование проленовой системы для пластики паховых грыж // Хирургия.—2002.—№ 4.—С. 65–68.
2. Мариев А.И., Ушаков Н.Д. Наружные грыжи живота.—Петрозаводск: изд. Петрозаводск. гос. ун-та, 1998.—195 с.
3. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Фёдоров Д.А. Современные методики хирургического лечения паховых грыж: Метод. реком.—М., 2003.—28 с.
4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота.—М.: Медицина, 1983.—С. 77–172.
5. Шулуто А.М., Эль Саед А.Х., Данилов А.И., Мецатурян Р.М. Результаты пластики без натяжения по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами // Анн. хир.—2003.—№ 2.—С. 74–77.
6. Юрасов А.В., Фёдоров Д.А., Шестаков А.Л. и др. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж // Анн. хир.—2002.—№ 2.—С. 54–59.
7. Klinge U., Klosterhalfen B., Muller M., Schumpelick V. Foreign body reaction to meshes used for the repair of abdominal wall hernias // Eur. J. Surg.—1999.—Vol. 165.—P. 665–673.
8. Trabucco A.E. Feat plugs and mesh hermoplasty in the inguinal box: description of the surgical technique // Hernia.—1998.—№ 2.—P. 133–138.

S.V.Vasiliev, T.A.Moshkova, V.V.Olejnik, A.V.Morozov

#### ALLOPLASTY OF INGUINAL HERNIAS WITH POLYPROPYLENE GAUZES

An experience with treatment of 61 patients with inguinal hernias on whom 69 alloplastic hernioplasties had been performed was analyzed. For the most part the Lichtenstein method of alloplasty with polypropylene gauzes was used. Good immediate and long-term results were obtained. No recurrences were observed during the three year follow-up. Alloplasty should be used more widely for the treatment of inguinal hernias.