

УДК 617.555-007.43-089.844

**В.И. Подолужный, В.В. Павленко,
С.Б. Старчёнков, В.Б. Десяткин**

E-mail: starsb65@mail.ru

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ РАЗЛИЧНЫМИ
СПОСОБАМИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ
В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ**ГОУ ВПО Кемеровская государственная
медицинская академия Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию;
МУЗ Городская клиническая больница № 3
им. М. А. Подгорбунского, г. Кемерово**ВВЕДЕНИЕ**

В России ежегодно выполняется 200 000 плановых операций по поводу грыж паховой локализации [1]. Остаётся высоким процент возврата заболевания, который иногда достигает 10-15%, при рецидивных грыжах – до 20% [2]. Самый распространённый метод пластики задней стенки – операция Лихтенштейна, применение которой позволило значительно сократить процент возврата заболевания [1]. Критерий уровня рецидивирования грыж остается главным при оценке различных способов герниопластики, однако современный, органосохраняющий подход в хирургии предъявляет к операциям при паховых грыжах новые требования. Это в первую очередь касается минимизации влияния оперативных вмешательств на репродуктивную функцию мужчин [3].

Предбрюшинные способы пластики пахового канала позволяют до минимума сократить риск повреждения органов, сосудов и других образований, не нарушая целостности пахового канала, вне старых послеоперационных рубцов, с меньшей травмой ретроградно удалить грыжевой мешок и выполнить герниопластику [4, 5]. Вопрос об оптимальном предбрюшинном доступе остается открытым, а поиск и разработка новых способов операций является актуальной задачей [6].

Целью нашего исследования было проведение сравнительного анализа эффективности разных способов герниопластики у больных с паховыми грыжами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 1997 по 2006 гг. в клинике госпитальной хирургии на базе ГКБ №3 г. Кемерово прооперировано 379 больных с паховыми грыжами. Основную группу составили 48 больных, оперированных по разработанному нами способу преперитонеальной герниопластики. Возраст больных был от 45 до 65 лет, в среднем $54,2 \pm 3,9$ года. Мужчин было 45, женщин – 3.

Контрольную группу составил 331 (мужчин – 319, женщин – 12) больной с паховыми грыжами, оперированные способом Лихтенштейна. Возраст больных был от 22 до 83 лет, в среднем $58,9 \pm 1,8$ лет. Группы были сравнимы по полу, возрасту и видам грыж.

Нами разработан способ преперитонеальной герниопластики при паховых грыжах из минидоступа. Модифицированный доступ должен быть малотравматичным и обеспечивать хорошую экспозицию глубокого пахового кольца, медиальной паховой ямки, внутреннего бедренного кольца, подвздошных и внутренних эпигастральных сосудов, а также достаточную свободу манипуляций при небольших размерах раны.

Методика операции. Под перидуральной анестезией в проекции внутреннего пахового кольца выполняется разрез кожи до 3,0 см в косопоперечном направлении по заранее отмеченным ориентирам, послойно вскрываются ткани до предбрюшинного пространства, отслаивается париетальная брюшина для создания кармана в предбрюшинном пространстве, визуализируется семенной канатик. Грыжевой мешок выделяется и иссекается. Отслойка ведётся до достижения достаточного объёма визуализируемого пространства, адекватного размерам имплантируемого протеза. Сетчатый эксплантат вводился в предбрюшинное пространство, расправлялся и устанавливался таким образом, чтобы он закрывал все слабые места паховой области. Затем в проекции наружного пахового кольца накладывали контрапертуру, через которую в направлении к внутреннему паховому кольцу с захватом ножек наружной косой мышцы, внутренней косой мышцы при помощи импровизированной иглы «Endo Glosse» полипропиленовой нитью накладывали П-образные швы на сетчатый эксплантат с прошиванием нижней трети протеза, что позволяло его надежно фиксировать, предотвращая миграцию.

Статистическая обработка данных осуществлялась по критериям Стьюдента, критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Была изучена длительность оперативного вмешательства, сроки госпитализации больного в стационаре, время нетрудоспособности и количество осложнений в зависимости от способа герниопластики у больных обеих групп.

Среднее время оперативного вмешательства в обеих группах существенно отличалось и составило для основной группы $25,9 \pm 3,2$ минуты, для герниопластики полипропиленовым протезом по Лихтенштейну – $49,7 \pm 2,9$ минуты ($p=0,002$). Получены статистически значимые различия.

Срок пребывания больных в стационаре после преперитонеальной герниопластики в среднем составил $3,8 \pm 1,2$ суток, операции по Лихтенштейну – $7,1 \pm 0,9$ суток ($p=0,172$). Статистически значимых различий не получено.

Длительность нетрудоспособности в основной группе больных составила в среднем $13,6 \pm 3,43$ суток, в контрольной группе – $21,9 \pm 3,9$ суток ($p=0,421$). По приведенным показателям статистически значимых различий нет.

Все осложнения, связанные с перенесенной герниопластикой, мы подразделяли на интраоперационные, ранние местные (раневые) послеоперационные и поздние.

Интраоперационных осложнений в обеих группах выявлено не было.

Ранние местные раневые осложнения при преперитонеальной герниопластике составили 4,2%, тогда как при операции Лихтенштейна они оказались несколько больше – 6,1%.

В отдаленном периоде (до 5 лет) прослежены результаты лечения 297 больных после герниопластики по Лихтенштейну и 48 больных после преперитонеальной герниопластики.

Отдаленные результаты различных способов герниопластики оценивались по количеству возвратов заболевания и нарушению половой функции. В основной группе отмечен один рецидив, в контрольной – два рецидива.

Как видно из приведенных данных, в обеих группах процент рецидива заболевания низкий, при этом большая часть возвратов заболевания пришлось на период освоения операций, а в последние три года больных с рецидивами грыжи не было. Учитывая, что в большинстве случаев оперативному лечению по поводу грыж паховой области подвергаются мужчины репродуктивного возраста, мы изучили влияние принципиально различных способов герниопластики на половую функцию мужчин.

Исследование репродуктивной функции у мужчин проведено у 57 лиц мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет с распределением по 3 группам:

- практически здоровые мужчины – 20 человек.

- больные с косыми паховыми грыжами до операции – 37 человек (оперированные способом преперитонеальной герниопластики – 19; оперированные по Лихтенштейну – 18)

- те же больные 2-й группы после операции – 37 человек.

Оценка репродуктивной функции проводилась, основываясь на данных клинического исследования (осмотр, пальпация мошонки и яичек, кремастерный рефлекс, орхидометрия, определение уровня тестостерона в сыворотке крови).

Определение кремастерного рефлекса и размеров яичек на стороне операции (по данным УЗИ) в различные сроки у обследованных больных представлены в табл.1.

Полученные клинико-инструментальные данные указывают на склонность к гипотрофии яичка и угнетению кремастерного рефлекса в обеих группах до операции. Отмечено отсутствие статистически значимых различий между показателями обеих групп при исследовании кремастерного рефлекса как до операции ($p=0,75$), так и после – через 6 месяцев ($p=0,66$). Исследование размеров яичка выявило статистически значимые различия до операции ($p=0,03$). Статистически значимых различий через 6 месяцев после операции по Лихтенштейну и после операции преперитонеальной герниопластики по этому показателю нет ($p=0,939$).

Таблица 1

Результаты исследования кремастерного рефлекса и орхидометрии в исследуемых группах больных

Исследованные показатели	Операция Лихтенштейна (n=18)	Преперитонеальная герниопластика (n=19)	Практически здоровые (n=20)
Кремастерный рефлекс: -до операции	86,9±1,66	88,1±3,28	90,2±1,4%
	p=0,75		
- через 6 мес после операции	84,5±3,82	86,8±3,5	
	p=0,659		
Орхидометрия: -до операции	16,1±0,16	16,9±0,31	17,1±0,42
	p=0,03		
- через 6 мес после операции	16,8±1,32	16,9±0,22	
	p=0,939		

Таблица 2

Результаты исследования тестостерона после операций у больных с паховыми грыжами

Исследуемые показатели	Операция Лихтенштейна (n=16)	Преперитонеальная герниопластика (n=13)	Контрольная группа (n=20)
Тестостерон, нмоль/л			22,9±0,9
до операции	14,6±0,8*	14,6±0,8*	
через 6 мес после операции	10,0±0,6	12,6±0,9	
	p=0.02		

Примечание: * – рассчитывался общий показатель у всех больных до операции.

После операции по Лихтенштейну имеет место отсутствие статистически значимых различий как при исследовании кремастерного рефлекса ($p=0,57$), так и при исследовании размеров яичка ($p=0,60$). После операции преперитонеальной герниопластики также отсутствуют статистически значимые различия как при исследовании кремастерного рефлекса ($p=0,12$), так и при исследовании размеров яичка ($p=0,10$). Это говорит о минимальном воздействии сетчатого эксплантата на семенной канатик. Результаты исследования тестостерона в крови у больных с паховыми грыжами приведены в табл. 2.

Определение уровня половых гормонов (тестостерона) показало, что после предбрюшинной герниопластики их уровень не имеет статистически значимых различий ($p=0,11$) через 6 месяцев. После операции по Лихтенштейну через 6 месяцев уровень гормонов имел статистически значимое ($p=0,01$) различие по сравнению с исходным. Влияние на уровень тестостерона после герниопластики по Лихтенштейну и предбрюшинной герниопластики имело статистически значимое различие ($p=0,02$) через 6 месяцев. Этот факт объясняется минимальным влиянием сетчатого эксплантата на семенной канатик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предбрюшинная герниопластика при паховых грыжах из минидоступа является недорогой и надежной альтернативой операции Лихтенштейна и трансабдоминальным видеолапароскопическим вмешательствам у больных с первичными паховыми грыжами. При рецидивных паховых грыжах показано применение пластики по Лихтенштейну или трансабдоминальной видеолапароскопической герниопластики. Предлагаемый способ преперитонеальной герниопластики, разработанный нами, оптимален для обработки грыжевого мешка и закрытия грыжевых ворот, фиксация сетки двумя П-образными швами предотвращает ее возможное смещение. Кроме того, малотравматичность преперитонеальной герниопластики и уменьшение площади контакта протеза с семенным канатиком при этом позволяют значительно уменьшить влияние операции на репродуктивную функцию пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ороховский В.И. Основные грыжесечения. – Ганновер; Донецк; Котбус: МУНЦЭХ, КИТИС, 2000. – 236 с.
2. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Современные подходы к лечению паховых грыж // Анналы хирургии. – 2000. – № 5. – С.13-16.
3. Павленко В.В., Демидов Д.Г. О предбрюшинной пластике паховых и бедренных грыж // Материалы семинара "Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки". – М., 2003. – С. 17-19.
4. Liem M.S., van Vroonhoven T.J., Geurts J.A. all. Randomized comparison of physical performance following laparoscopic and open inguinal hernia repair // Br. J. Surg. – 1997. – V.84, №1. – P. 64-67.

5. Nyhus L. Individualization of hernia repair: A new era // Surgery. – 1993. – Vol. 114. – P.t – 2.
6. Rutkov I. M., Robbins A. W. Hernioplasty with mesh implantanti // Surg. Clin. North Am – 1993; 73: P. 413-426.

COMPARATIVE RESULTS OF INGUINAL HERNIA PATIENTS TREATMENT USING SEVERAL HERNIOPLATY WAYS

V.I. Podolouzhnyi, V.V. Pavlenko,
S.B. Starchyonkov, V.B. Dessyatkin

SUMMARY

Comparative analysis of efficacy of different ways of hernioplasty in 379 patients having inguinal hernias was performed. Issues of surgical treatment strategy of patients having inguinal hernias are considered.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ РУКОПИСЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В «СИБИРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»!

С целью повышения оперативности взаимодействия между редакцией «СМЖ» и авторами с 2003 г. в каждой рукописи должен указываться электронный адрес (e-mail) лица, ответственного за переписку с редакцией «СМЖ».

Обработка рукописей без e-mail задерживает её публикацию в очередных номерах.

Приоритет в публикации рукописей отдается авторам, имеющим текущую годовую подписку на «СМЖ».

Переписка с авторами осуществляется по e-mail: medicina@tomsk.ru