

И.В. ФЕДОРОВ, О.К. ПОЗДЕЕВ, А.Л. ФЕДОРОВ, Э.М. РАМАЗАНОВ
Казанская государственная медицинская академия

УДК 616.681-007.43

Герниопластика по Трабукко в лечении паховых грыж

Федоров Игорь Владимирович

доктор медицинских наук, профессор кафедры эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии
420012, г. Казань, ул. Волкова, д. 11, кв. 7, тел.: (843) 236-43-08, 260-40-05, e-mail: fiv-endosur@yandex.ru

Авторами проанализированы результаты лечения паховых грыж по методу Трабукко. Подробно описана техника операции, преимущества метода в сравнении с пластикой по Бассини, Шаулдайс, Постемски и Лихтенштейну. Показано, что имплантация ригидного полипропиленового протеза с памятью формы в сочетании с ушиванием апоневроза наружной косой мышцы живота под семенным канатиком обеспечивает благоприятный результат на ранних и поздних сроках наблюдения.

Ключевые слова: паховая грыжа, пластика по Трабукко.

I.V. FEDOROV, O.C. POZDEYEV, A.L. FEDOROV, E.M. RAMAZANOV
Kazan State Medical Academy

Trabucco hernioplasty in the treatment of inguinal hernias

Authors analyzed the results of treatment of inguinal hernias by the method Trabucco. Described in detail surgical technique, the advantages of plastics compared to Bassini, Shauldays, Postemski and Liechtenstein. It is shown that the implantation of rigid polypropylene implant with shape memory in conjunction with suturing the aponeurosis of external oblique muscles of the abdomen under the spermatic cord provides a favorable outcome at early and late stages of observation.

Keywords: inguinal hernia, plastic by Trabucco.

В начале XXI века грыжа по-прежнему остается самым распространенным заболеванием, требующим планового хирургического лечения. Грыжа брюшной стенки встречается у каждого 3–5-го жителя планеты. Ежегодно в мире выполняют более 20 млн хирургических операций, из которых 10–15% составляют грыжи. То есть на долю герниопластик приходится не менее 2 млн выполняемых операций во всем мире. Нерешенная проблема данной патологии — частота рецидива, который при прямых паховых грыжах достигает 10%, вероятность повторного рецидива при пластике послеоперационных и паховых грыж составляет 40%. Вероятность развития грыжи после первичной лапаротомии колеблется от 1 до 10% за трехлетний послеоперационный период. При осложненных грыжах вероятность рецидива достигает 20–30% [1–3].

Эта статистика стала серьезным вызовом хирургам, оперирующим грыжи брюшной стенки. Углубленный анализ лечения грыж живота, проведенный в последние десятилетия, показал, что основная причина возврата заболевания в несостоятельности собственных тканей передней брюшной стенки, применяемых для пластики грыжевых ворот, которую усугубляют

натяжение и ишемия тканей. Единственная альтернатива аутопластике — использование синтетического протеза, главное преимущество которого в отсутствии натяжения тканей, применяемых для пластики грыжевых ворот [4, 5].

В последние годы многие авторы подчеркивают необходимость совершенствования традиционных и создания новых способов оперативного лечения грыж живота, осложненных ущемлением и/или непроходимостью кишечника в грыжевом мешке. Ущемление развивается у 8–20% больных с наружными грыжами живота. Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста, непосредственная летальность у этого контингента больных достигает 10%. Рецидив заболевания при ущемленных грыжах живота составляет 20–30%, что во многом связано с развитием раневой инфекции и сшиванием тканей под натяжением [6, 7].

В настоящее время существует три метода хирургического лечения паховых грыж, позволяющих добиться хорошего отдаленного результата с минимальным числом рецидивов. Это пластика задней стенки пахового канала собственными тканями (Бассини, Шоулдайс), аутопластика по Постемпски с выве-

дением семенного канатика под кожу и смещением наружного пахового кольца вверх и латерально, а также аллопластика полипропиленовым протезом по Лихтенштейну.

В феврале 1989 года главный редактор американского журнала хирургии Пикок (Peacock) заключил, что следует полностью отказаться от ушивания прямых паховых грыж собственными тканями [8]. «Новая, биологически обоснованная концепция для лечения паховых грыж, приобретенных во взрослой жизни, состоит в применении заплат, без натяжения, под местной анестезией, чтобы результат можно было протестировать интраоперационно».

Рисунок 1.

Полипропиленовая сетка закрывает заднюю стенку пахового канала (с разрешения E. Trabucco. In: Ermanno Trabucco. Atlas of herniology. Turin, 2006, p. 33)

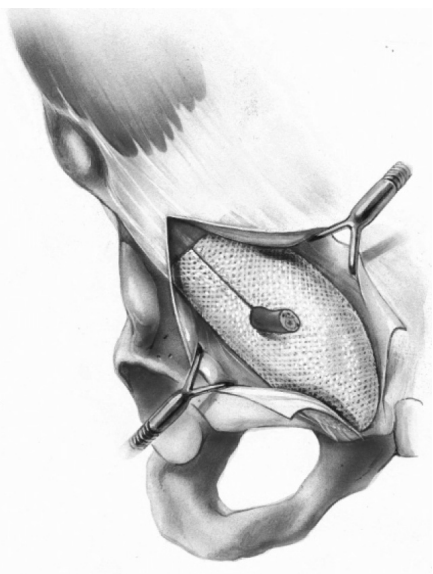


Рисунок 2.

Апоневроз наружной косой мышцы живота ушивают над сеткой без натяжения, но под семенным канатиком, который оказывается в подкожной клетчатке (с разрешения E. Trabucco. In: Ermanno Trabucco. Atlas of herniology. Turin, 2006, p. 39)

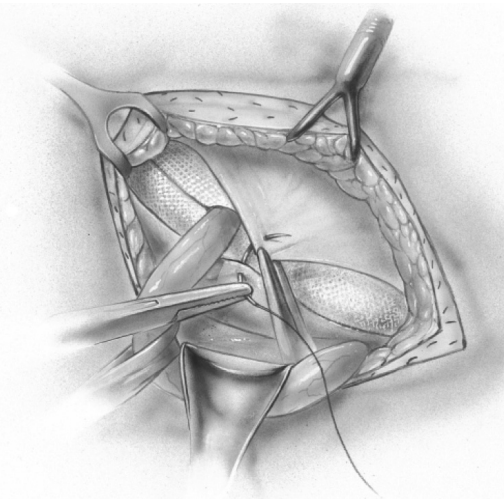
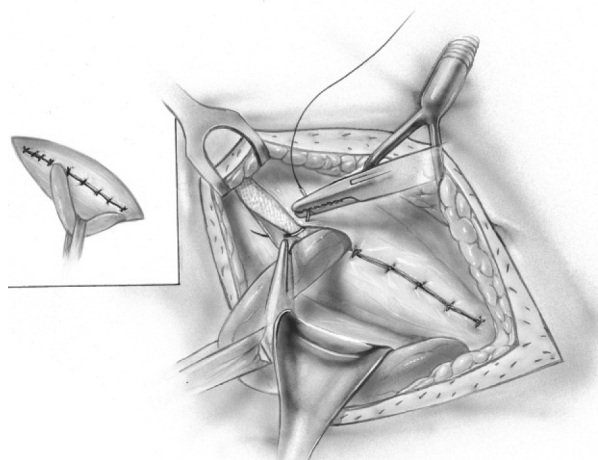


Рисунок 3.

Окончательный вид паховой герниопластики по Трабукко (с разрешения E. Trabucco. In: Ermanno Trabucco. Atlas of herniology. Turin, 2006, p. 44)



В том же номере журнала Лихтенштейн (Lichtenstein) с коллегами сообщили о 1000 последовательно прооперированных больных с первичной пластикой паховых грыж без натяжения [9]. Сетчатый протез «Марлекс» использовался для прямого закрытия дна пахового канала без сведения тканей дефекта.

Классическая методика операции по Лихтенштейну подразумевает расположение сетки на дне пахового канала для укрепления его задней стенки. Имплантат подшивают по периметру непрерывным или узловыми швами для его надежной фиксации к окружающим тканям. Семенной канатик располагается поверх сетки, но под апоневрозом наружной косой мышцы живота.

При операции по Трабукко после удаления или вправления в брюшную полость грыжевого мешка формируют «паховую коробочку» — анатомически закрытое пространство между задней стенкой и апоневрозом наружной косой мышцы живота. Сетка Hertra производства итальянской компании Herniamesh, помещенная сюда, не смещается и не нуждается в подшивании к окружающим тканям. Этот протез обладает идеальной жесткостью и памятью формы к плоскому положению, поэтому он не сворачивается и не сморщивается даже без пришивания к окружающим тканям. Сетка не будет перемещаться, находясь в закрытом анатомическом пространстве, укрытом сверху апоневрозом косой мышцы живота. В послеоперационном периоде эта плоско лежащая сетка, расположенная во внутреннем пространстве, легко прорастает соединительной тканью и представляет собой однородный барьер, предотвращающий рецидив заболевания.

Другая принципиальная особенность паховой герниопластики по Трабуко состоит в том, что семенной канатик располагается под кожей, поверх апоневроза наружной косой мышцы живота, то есть операция несет в себе элементы техники Постемпски. Эта техника обеспечивает минимальный контакт имплантата с семявыносящим протоком, что сводит к минимуму риск образования рубцовой ткани, повреждающей его сосуды и нервы (рис. 1-3).

На протяжении 2005-2009 годов в отделении неотложной хирургии Казанского Госпиталя ветеранов войн нами выполнены 42 операции при паховых грыжах по методике Трабукко.

Из них 20 вмешательств проведено при ущемленных и 22 — неосложненных паховых грыжах.

Проводили изучение общей бактериальной обсемененности грыжевого экссудата и видового состава факультативной и анаэробной микрофлоры при ущемленных грыжах. Забор экссудата производили стерильной пастеровской пипеткой в объеме 1 мл и помещали в стерильные пробирки.

Из ранних послеоперационных осложнений у двух больных наблюдали гематому, а у одного — инфильтрат послеоперационной раны. Отдаленные результаты хирургического лечения паховых грыж по методу Трабукко прослежены на сроках от 3 до 6 лет. Ведущим критерием эффективности применения любого метода герниопластики служит частота возврата заболевания. В изученной группе из 42 пациентов рецидив наступил у одного — выше и латеральнее места выхода семенного канатика из-под апоневроза наружной косой мышцы живота. Осложнение связано с нарушением правил хирургической техники. Каких-либо нежелательных последствий со стороны мочеполовой системы (водянка или атрофия яичка, киста семенного канатика, орхит, орхоэпидидимит) у этих пациентов мы не наблюдали.

Таким образом, можно утверждать, что герниопластика по Трабукко — эффективный метод лечения паховых грыж как в неотложной, так и плановой хирургии. Операция проста в исполнении, не сопровождается серьезными осложнениями и при соблюдении должной техники приводит к полному излечению у подавляющего большинства прооперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Островский В.И. Способ двухслойной пластики задней стенки пахового канала при паховых грыжах // Хирургия, 2009. — № 3. — С. 67-68.
2. Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Чекушин А.А. Взгляд на этиологию и патогенез грыжеобразования в XXI веке. — Тезисы конференции «Современное состояние и перспективы герниологии». — Казань, 2009. — С. 43.
3. Жебровский В.В., Торотадзе Н.Н., Каминский И.В. Эвентрация как осложнение послеоперационного перитонита и ее лечение — Герниология, 2009. — № 1. — С. 8-9.
4. Пушкин С.Ю., Белоконов В.И. Обследование больных с грыжей и методы контроля за течением раневого процесса // Герниология, 2008. — № 3 (19). — С. 36-37.
5. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин И.В., Нуждихин А.В., Гаресян Р. Натяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах // Хирургия, 2009. — № 7. — С. 63-66.
6. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости — М.: Трида-Х, 2005. — 640 с.
7. Добровашин С.В., Волков Д.Е., Измайлов А.Г. Причины гнойно-септических раневых осложнений при хирургическом лечении ущемленных послеоперационных вентральных грыж // Казанский медицинский журнал, 2006. — № 5. — С. 341-345.
8. Peacock EE Jr. Here we are: behind again! Editorial. Am J Surg. 1989; 157:187.
9. Lichtenstein I.L., Schulman A.C., Amid P.K. The tension-free hernioplasty. Am J Surg. 1989; 157:188.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

ВЕСТНИК

Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

www.mfvt.ru | mfvt@mfvt.ru

- официальная и нормативная информация
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки).
- научно-практические материалы от ведущих специалистов в области медицины, обзоры конференций, круглых столов, съездов.
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты.

**420012, Казань, ул. Щапова, 26,
корп. Д, офис 200, а/я 142
многоканальный телефон (843) 267-60-96**

ОПЕРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ЗАЛОГ ВАШЕГО УСПЕХА!



ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ