

УДК617.557:616-007.43-07-089

Л.В. Кюн, Б.П. Филенко

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

С.-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Одной из актуальных проблем современной хирургии является оперативное лечение двусторонних паховых и бедренных грыж, которые согласно нашим наблюдениям встречаются в 37,5% случаев [1]. Если после устранения «простых» форм паховых грыж повторно оперируются от 3 до 16% пациентов, то после устранения «трудных» форм, к которым относят двустороннюю грыжу, рецидив возникает в 15-35% случаев [2, 3].

Из анализа отдаленных результатов хирургического лечения грыж паховой области следует, что невозможно добиться хороших результатов без учета анатомо-физиологических особенностей пахового канала. Так, после 167 операций, выполненных по поводу односторонних паховых грыж, с пластикой пахового канала по Жирану — Спасокукоцкому со швами Кимбаровского, Бассини, Шолдису, Постемскому наблюдалось 19% рецидивов [4]. Наименьшее количество рецидивов — до 9% — выявлено после устранения «трудных» форм паховых грыж с пластикой пахового канала по Кукуджанову. Основной причиной неудовлетворительных результатов был неадекватный выбор способа пластической операции. Принимая во внимание современные подходы в герниологии, классическая установка — выполнение пластики передней стенки пахового канала при паховых грыжах — неприемлема, так как косая и прямая паховые грыжи возникают вследствие несостоятельности задней стенки пахового канала.

После изучения отдаленных результатов хирургического лечения двусторонних грыж пахово-бедренной области установлено, что при выполнении герниопластики в два этапа увеличивается количество рецидивов до 67%. В таких случаях необходимы повторные, неоднократные вмешательства. В подобной ситуации важным этиологическим моментом возобновления заболевания является перетягивание мышечно-апоневротических структур с одной стороны на другую, что приводит к дистрофическим изменениям боковых мышц живота.

Причину возобновления заболевания всегда ищут в несовершенстве герниопластики, забывая о диагностических ошибках, которые также приводят к увеличению количества рецидивов, хотя и ложных. Установить вид и форму паховой грыжи в дооперационном периоде не всегда просто. По данным Д.В. Усова и соавт. (1985) ошибки встречаются в 30,6% случаев [5]. Если изменения двусторонние, то частота дооперационных ошибок возрастает до 50-60% [6]. Установить вид и форму грыжи пахово-бедренной области помогают такие методы исследования, как рентгеноконтрастная перинеография и ультразвуковое исследование паховых промежутков.

О Л.В. Кюн, Б.П. Филенко, 2006

Таким образом, несмотря на многообразие пластических операций по реконструкции пахового канала результаты хирургического лечения двусторонних грыж пахово-бедренной области нельзя признать удовлетворительными. Успех в лечении подобных грыж следует искать не только в совершенствовании технических приемов, но и в своевременной диагностике и оптимизации выбора хирургической методики индивидуально для каждого больного.

**Методы исследования.** Работа основана на анализе результатов обследования 366 больных с грыжами пахово-бедренной области, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней № 2 С.-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова в период с 1980 по 2003 г. С целью подтверждения диагноза всем пациентам с грыжами пахово-бедренной области проведено общеклиническое обследование, включающее сбор анамнеза, исследование объективного статуса, а также общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования. Кроме того, 57 больным выполнена герниография, 50 пациентам ультразвуковое исследование паховых промежутков с двух сторон. Герниографию проводили на аппарате фирмы PHILIPS «DIAGNOST 76\66\56» под контролем телерентгеноскопии, с использованием катетера SECALON фирмы VIGGO однократного применения и контрастного водорастворимого вещества: 76%-ного урографина (20-40 мл), разведенного в 0,9%-ном растворе NaCl, 1:1. Для правильной интерпретации герниограмм пользовались схематическим изображением задней поверхности нижних отделов передней брюшной стенки [7].

Ультразвуковое исследование паховых промежутков осуществлялось на аппарате фирмы ACUSON 128+P/10 в реальном масштабе времени линейным датчиком с частотой сканирования 7,0 МГц. Пациентов осматривали в горизонтальном положении. Меняя положение датчика над паховым каналом, получали полное представление о его высоте. В целях осмотра медиальной части датчик устанавливали параллельно наружному краю прямой мышцы живота в проекции медиальной паховой ямки. Для осмотра латеральной части пахового промежутка датчик располагали латеральнее наружных подвздошных сосудов, перпендикулярно паховой связке.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены в срок от одного года до 23 лет у 239 пациентов (75,6%). В зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы.

Пациенты первой группы были оперированы с 1980 по 1995 г. по поводу двусторонних грыж пахово-бедренной области в два этапа, из традиционного доступа. Герниопластику выполняли по Постемскому, Кукуджанову, Бассини, Шолдису, Мартынову как в клинике, так и в других медицинских учреждениях города. За 15 лет в два этапа прооперировано 65 пациентов. Отдаленные результаты изучены у 55 (85%) больных.

Пациенты второй группы оперированы одновременно из надлонного доступа по разработанной в клинике методике (д-р. мед. наук В.И. Северин, 1995), в период с 1995 по 2003 г. К 2003 г. данным способом прооперировано 251 больной. Отдаленные результаты изучены у 184 (73,3%) пациентов.

Результаты хирургического лечения оценивались следующим образом:

1) хорошими считались исходы лечения, когда бывший пациент не предъявлял жалоб, при объективном осмотре отсутствовал рецидив, трудоспособность восстанавливалась полностью;

2) удовлетворительными считались результаты, при которых у больных появлялись боли в области перенесенной операции после физической нагрузки, не влияющие на трудоспособность, и отсутствовал рецидив;

3) к неудовлетворительным результатам относили случаи, когда в области перенесенной операции был выражен болевой синдром, снижающий трудовую деятельность пациентов, а также возникновение рецидива.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методов описательной статистики по стандартным программам прикладного статистического анализа (Statistica for Windows 6.0) [8]. Для оценки достоверности разности средних арифметических величин использовали критерий «t» Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. После анализа 55 историй болезни и осмотра пациентов первой группы хорошие результаты были зафиксированы только у 15 человек (27,3%). В трех случаях (5,5%) пациентов беспокоила периодически появляющаяся умеренная боль в паховой области, которая возникала после физической нагрузки. У 37 больных (67,2%) возник рецидив. Установить четкую зависимость рецидива от вида грыжи и способа герниопластики не удалось. Чаще рецидив возникал через три месяца после устранения второй грыжи на ранее оперированной стороне и имел поочередный, многократный характер.

Высокий процент неудовлетворительных результатов хирургического лечения двусторонних грыж пахово-бедренной области в два этапа заставил искать их основную причину. С учетом анатомического строения нижних отделов передней брюшной стенки предположили, что при натяжении тканей после герниопластики с одной стороны должен расширяться паховый промежуток на противоположной. Для подтверждения данной гипотезы измеряли высоту паховых промежутков в динамике у 50 пациентов мужского пола после устранения односторонней паховой грыжи с пластикой по Кукуджанову. Основная часть топографо-анатомических изменений (расширение пахового промежутка на здоровой стороне) возникала спустя три месяца от момента оперативного лечения, в возрастной категории от 50 до 70 лет (рис. 1). Если до операции средняя величина высоты пахового промежутка (31 больной) была равна  $15 \pm 2$  мм, то после устранения грыжи она увеличилась до  $29 \pm 3$  мм. Достоверность полученных результатов исследования оценена с помощью критерия «t» Стьюдента при  $p < 0,05$ .

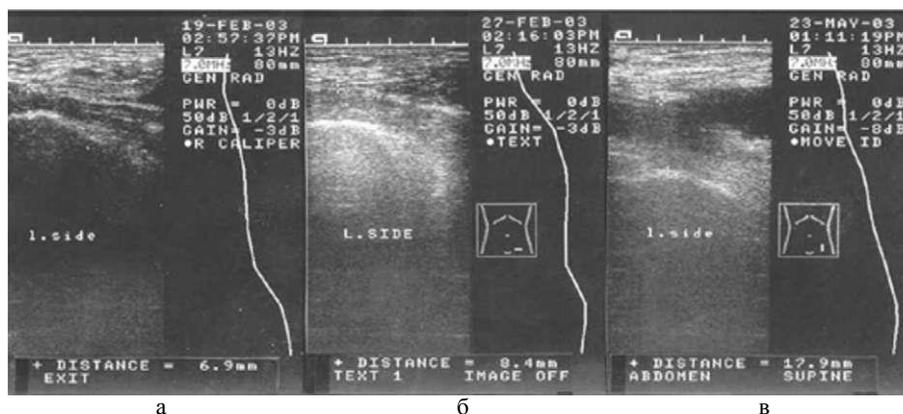


Рис. 1. Эхограмма левого пахового промежутка больного Л., 65 лет, до и после устранения правосторонней косой паховой грыжи:

- а — перед оперативным лечением (высота пахового промежутка слева 6,9 мм); б — через одну неделю после операции (высота пахового промежутка слева 8,4 мм); в — через три месяца после хирургического лечения (высота пахового промежутка слева 17,9 мм)

Отдаленные результаты хирургического лечения двусторонних грыж пахово-бедренной области в два этапа и результаты ультразвукового исследования пахового канала помогли обосновать необходимость выполнения одномоментной герниопластики с двух сторон. Важным этиологическим моментом возникновения и развития любой грыжи является нарушение динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и прочностью передней брюшной стенки, которая значительно уменьшается при наличии таких анатомических особенностей, как узкая сухожильная часть прямой мышцы живота; комбинация треугольного «поверхностного» с треугольным «глубоким» паховым промежутком; слабая поперечная фасция.

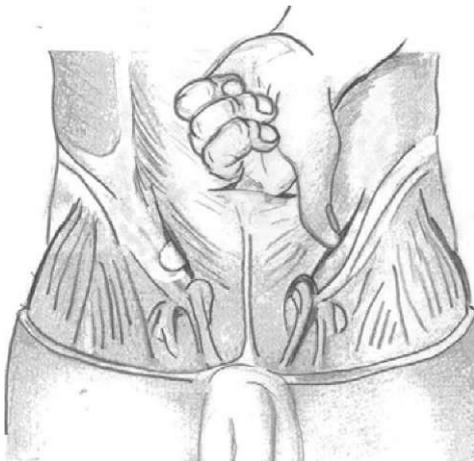
При устранении двусторонней паховой грыжи в два этапа или одномоментно практически всегда присутствует симптом натяжения. Если в первом случае происходит перетягивание мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки с одной стороны на другую, то во втором создается дополнительное натяжение в двух противоположных направлениях, которое приводит к дистрофическим изменениям мышечных структур, нарушению их функции и возникновению рецидива.

Этот существенный недостаток пластических операций побудил нас обратить внимание на белую линию — «линию ограничения мобильности апоневроза» боковых мышц живота в медиальной части пахового промежутка. Для улучшения ее подвижности мы предложили [9] дополнить герниопластику П.И. Кукуджанова мобилизацией боковых мышц живота через поперечный разрез (рис. 2). При использовании разработанного способа оперативного лечения двусторонних грыж можно симметрично низвести боковые мышцы живота с двух сторон и исключить симптом натяжения и перетягивания тканей с одной стороны на другую.

Данным способом прооперирован 251 больной. Анализу хирургического лечения подвергнуто 184 человека. Хороший результат достигнут у 161 пациента (87,5%). В 19 случаях (10,3%) результат расценен как удовлетворительный: 9 пациентов беспокоила умеренная боль после физической нагрузки; у 10 отмечалось снижение тактильной чувствительности ниже послеоперационного рубца. Неудовлетворительные результаты зафиксированы у четырех больных. Во всех случаях рецидивы возникли в

первый год после оперативного лечения вследствие таких сопутствующих заболеваний, как аденома предстательной железы в сочетании с бронхиальной астмой или хроническим бронхитом, нагноение послеоперационной раны. У одного пациента к рецидиву привел тяжелый физический труд в раннем послеоперационном периоде.

Неудовлетворительные результаты лечения грыж пахово-бедренной области обусловлены не только лечебно-тактическими, техническими, но и диагностическими ошибками. Выполнение операции без учета формы и вида грыжи ведет к возникновению истинных и ложных рецидивов. С целью их уменьшения в обследование в ди- Рис. 2. Мобилизация боковых мышц живота агностически трудных случаях включали через поперечный разрез герниографию.



Показаниями для выполнения рентгеноконтрастной перитонеографии являлись:

1) болевой синдром неопределенного характера в пахово-бедренной области при отсутствии объективных признаков грыжи;

2) подозрение на рецидив грыжи пахово-бедренной области;

3) уточнение вида и формы грыжи в диагностически трудных случаях;

4) дифференциальная диагностика между образованием неясного характера в пахово-бедренной области и грыжей.

Особенно сложна диагностика рецидивных (рис. 3, а) и «доклинических» форм паховых грыж (рис. 3, б), так как на начальной стадии нет проявлений заболевания, кро-

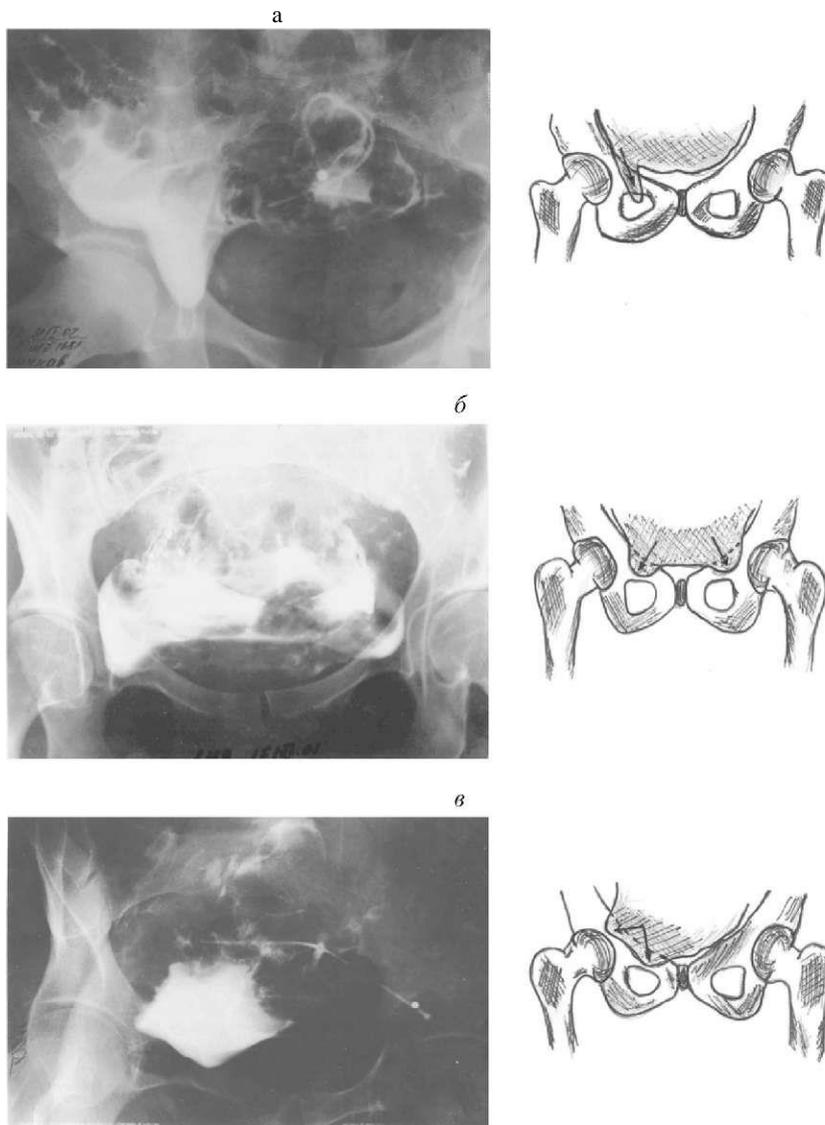


Рис. 3. Герниограммы и их схематическое изображение:

а — правосторонняя рецидивная косая паховая грыжа; б — двусторонняя прямая паховая грыжа «доклиническая форма»; в — синдром широкой и глубокой медиальной паховой ямки

ме болей в паховой области. Из проведенных 57 перитонеографий 24 больных показанием к выполнению исследования явился болевой синдром в пахово-бедренной области. Из обследованных пациентов восемь ранее были оперированы по поводу паховой грыжи. Рентгеноконтрастное исследование позволило выявить четыре рецидива, из них один ложный и три истинных.

Все чаще в литературе встречается термин «синдром широкой и глубокой медиальной паховой ямки» (рис. 3, в), который по нашим наблюдениям проявляется болями в пахово-бедренной области и возникает у лиц, занятых тяжелым физическим трудом. Данный синдром с помощью герниографии был выявлен в 11 случаях (45,8%).

Из 57 обследованных с использованием герниографии в 29 случаях изменения были выявлены с двух сторон, что потребовало их одномоментной хирургической коррекции.

У восьми пациентов (33,3%) не было получено рентгенологических данных в пользу грыжи (рис. 4). Из них у двоих болевой синдром был связан с заболеваниями органов малого таза, двое страдали остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, в четырех случаях имелось вовлечение в рубцово-спаечный процесс п. ilioinguinalis.



Рис. 1. Перитонеограмма и ее схематичное изображение

Противопоказаниями для выполнения герниографического исследования являются такие заболевания, как спаечная болезнь, коагулопатия, индивидуальная непереносимость рентгеноконтрастных препаратов. В этих случаях с диагностической целью может использоваться ультразвуковое исследование пахового промежутка, с помощью которого выявляют возможные топографо-анатомические изменения пахового канала. По нашим данным при шелевидной форме высота пахового промежутка в медиальной части не должна превышать  $14 \pm 0,6$  мм, а в латеральной  $20,5 \pm 0,6$  мм. Если высота пахового промежутка в медиальной части превышает указанные значения, то его следует отнести к треугольному.

С целью выбора способа герниопластики ультразвуковое исследование было выполнено 50 пациентам, из них 16 с прямой грыжей, 29 с косой и пять с пахово-мошоночной грыжей. На основании проведенных исследований установлено, что при прямой паховой грыже паховый промежуток чаще имел треугольную форму — у 13 пациентов (81,2%). У пациентов с косой паховой грыжей в 22 случаях (75,9%) выявлена шелевидная форма пахового промежутка, а у пациентов с пахово-мошоночной грыжей паховый промежуток во всех случаях был треугольной формы.

Таким образом, определение формы пахового промежутка позволяет заранее выбрать необходимый объем и способ оперативного лечения. Пластика собственными тканями может быть эффективной только при щелевидной форме. При треугольной форме пахового промежутка показано выполнение герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза.

Важным этиологическим моментом возникновения многократного поочередного рецидива при устранении двусторонней паховой грыжи в два этапа является симптом натяжения и перетягивания боковых мышц живота с одной стороны на другую. Реакция ткани на натяжение — нарушение синтеза коллагена, в результате в зоне оперативного вмешательства не происходит образования полноценной соединительной ткани, способной выдержать натяжение и укрепить заднюю стенку пахового канала. В случае индивидуального подхода к диагностике и выбору способа оперативного лечения двусторонних грыж с учетом высоты пахового промежутка уменьшается количество истинных и ложных рецидивов.

#### Summary

*Kun L.V., Filenko B.P.* Surgical correction of two-sided inguinal (groin) and crural hernias.

A comparative analysis of two-stage and one-stage (simultaneous) surgical correction (through a pubis access) of two-sided inguinal hernia in 239 patients has been carried out. The method has been developed at the clinic.

Ultrasound scanning of the inguinal area has revealed the fact that two-stage surgical correction of two-sided hernia leads to excessive tension and tissue pulling from one side to another, which is in turn acts as a major cause for multiple, sequential hernia recurrence.

*Keywords:* two-sided inguinal (groin) hernia, deep Hernioplastica, simultaneous (one-stage) Hernioplastica, two-stage Hernioplastica.

#### Литература

1. Кюн Л.В. Диагностика и хирургическое лечение двусторонних грыж пахово-бедренной области: Дис. ...канд. мед. наук. СПб., 2005. 124 с.
2. Землянкин А.А. Отдаленные результаты грыжесечения // Клин. хир. 1991. № 2. С. 15-16.
3. Мариев А.И., Ушаков Н.Д. Наружные грыжи живота // Петрозаводск, 1998. С. 27-29.
4. Хасмте Б.М. Зависимость результатов лечения паховых и бедренных грыж от способа герниопластики: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб., 1999. 27 с.
5. Усов Д.В. Профилактика рецидива паховых грыж // Хирургия. 1985. № 1. С. 23-26.
6. Pollak R., Nyhus L., Condon R. Complications of Groin Hernia Repair // Surg. Clin. North Amer. 1983. Vol. 63. № 6. P 1363-1371.
7. Smedberg S., Broome E. Herniography// Hernia. Philadelphia, 1989. P 531-540.
8. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб., 2003. 432 с.
9. Северин В.И. «Трудные» грыжи паховой области: Дис. ...д-ра мед. наук. СПб., 2002. 171 с.

Статья поступила в редакцию 27 октября 2006 г.