

М.С. Котов, В.И. Подолужный

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Вопрос о хирургическом лечении паховых грыж (ПГ) не разрешен и требует дальнейшей разработки и совершенствования. Процент рецидивов после операций все еще высок. Одновременно отмечается, что рецидивы при прямых ПГ значительно превышают количество рецидивов при косых ПГ. Поэтому понятно стремление хирургов к дальнейшему изучению анатомо-топографических соотношений при различных видах ПГ с тем, чтобы данные хирургической анатомии применять обоснованно и индивидуально [14].

Функция стенок пахового канала заключается в сложном защитном механизме рефлекторной деятельности мышечных и сухожильно-апоневротических образований стенок канала и его отверстий, возникающей при напряжении брюшного пресса и оказывающей сопротивление внутрибрюшному давлению. Защитная деятельность стенок пахового канала изучалась многими авторами [7, 10, 42] и представлена следующим образом.

При повышении внутрибрюшного давления рефлекторно происходит напряжение мышц брюшного пресса, и начинают действовать 5 защитных механизмов пахового канала:

1. При напряжении прямых мышц живота уменьшается высота пахового промежутка, нижний край поперечной и внутренней косой мышц приближается к паховой связке, перекрывая своими сухожилиями заднюю стенку пахового канала.
2. При сокращении внутренней косой и поперечной мышц живота перекрывается ими внутреннее паховое кольцо пахового канала, который приобретает более косое направление.
3. Внутрибрюшные органы давят на заднюю стенку пахового канала, прижимая ее к передней. При этом он несколько суживается и уплотняется, препятствуя формированию грыжевого мешка.
4. Мышца, поднимающая яичко, при сокращении подтягивает семенной канатик (СК) вверх и, подобно пробке, перекрывает паховый канал.
5. Наружная косая мышца живота при сокращении несколько подтягивает вверх паупертовую связку, уменьшая размеры пахового промежутка и наружного кольца пахового канала.

Все указанные анатомо-физиологические особенности пахового канала должны учитываться при операциях в данной области. Но не всегда учитывается различие прямых и косых ПГ, как в этиологичес-

кой связи, так и анатомическое соотношение тканей при них. Наблюдается необоснованный выбор метода операции или же в повседневной практике применяется привычный хирургу метод, что не может положительно отразиться на ближайших и отдаленных результатах. Хирургическая анатомия грыж (косых, прямых, скользящих и др.) имеет свои особенности, почему и выбор способа и проведение отдельных деталей операции необходимо осуществлять с учетом имеющихся различий, со знанием этой анатомии, со знанием этиологии и патогенеза ПГ.

История развития герниологии демонстрирует противоречивость патогенетических представлений и тенденций в развитии хирургических методов лечения ПГ. И только тщательное изучение и описание анатомии паховой области и пахового канала, выполненных ведущими отечественными и зарубежными врачами прошлого, позволило широко внедрить в хирургическую практику радикальные операции при ПГ [43, 49].

Первая попытка хирургического лечения ПГ принадлежит А. Cornelius Celsus. При ущемленных грыжах выполнялась простая герниотомия, вскрывался грыжевой мешок ниже наружного отверстия пахового канала, рассекалось поверхностное кольцо, а содержимое брюшной полости вправлялось обратно. В некоторых случаях перевязывался СК, а яичко удалялось вместе с грыжевым мешком. Иногда выполнялось срезание растянутой кожи мошонки, края раны соединялись. Он же предлагал выполнять прижигание гранулирующей раны, вызывая ее рубцевание, если размеры ее были небольшие [20].

Fabricius, Pare (XVI век) перевязывали грыжевой мешок у поверхностного отверстия пахового канала без кастрации. Pare проводил вокруг шейки грыжевого мешка золотую проволоку. Результаты при этих операциях были неудовлетворительные, с высоким процентом смертности. Во многих странах издавались указы о запрете грыжесечения, поэтому с XVII века большое распространение получили бандаж [цит. по 20].

В 1887 году Reisel вскрыл паховый канал, благодаря чему удалось полностью иссечь грыжевой мешок и выполнить герниопластику впереди СК, подшив верхний листок апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с нижними краями внутренней косой и поперечной к паховой связке [16]. Girard дополнил эту операцию дубликатурой апоневроза наруж-

ной косой мышцы живота [цит. по 7]. Дальнейшее совершенствование методики Жирара в России послужило поводом к созданию способов С.И. Спасокукоцкого (1902 г.), шшивавшего мышцы и внутренний листок апоневроза одним рядом швов с паховой связкой [цит. по 18]. П.А. Герцен (1923 г.), Г.С. Топровер (1927 г.), М.А. Кимбаровский (1928 г.) предложили для этого оригинальные швы [3].

Среди способов со вскрытием пахового канала и пластикой передней стенки наиболее известны способы Боброва, Жирара, Мартынова. Пластики такого типа имеют отрицательные моменты: не оказывается воздействие на заднюю стенку пахового канала и глубокое паховое кольцо, не учитывается форма и размеры пахового промежутка. Эффективность этих методов примерно одинакова. О крайней непригодности этого типа операций для лечения рецидивных ПГ свидетельствует сообщение Ю.А. Нестеренко, получившего до 36 % неблагоприятных исходов [15].

В Европе и США тактика укрепления задней стенки пахового канала существовала всегда. Методики типа Жирара использовались лишь как дополнение к пластике задней стенки [18]. Еще 1869 году Н.О. Марсу показал ведущую роль состояния задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца в формировании ПГ [39]. Эта теория была подтверждена Е. Bassini и другими авторами [25].

Примерно с 30-х годов прошлого века в России тоже начали предлагать методики по укреплению задней стенки. Наиболее популярной стала методика Н.И. Кукуджанова (с восстановлением задней стенки пахового канала и особенно медиального отдела пахового промежутка, с использованием всех прилегающих тканей, в том числе верхней лобковой связки, апоневроза поперечной мышцы, влагалища прямой мышцы), вобравшая в себя все достижения по изучению грыж того времени. Сегодня считается, что она требует индивидуального подхода и считается технически сложной [22].

Описаны методики с изменением хода СК, например, с размещением его в подкожной клетчатке, согласно методике Р.Е. Postempski [цит. по 20]. На ранних этапах развития герниологии некоторые авторы, с целью более герметичного ушивания дефекта паховой области, рекомендовали выполнять орхидэктомии (Bergman в 1891 г. и Стечкин в 1928 г.), что уже более полувека считается порочным.

Пластика по Постемпскому критикуется многими авторами [15, 42], которые получили 12,28-24,4 % рецидивов. Кроме того, расположение СК в подкожной клетчатке не исключает развития бесплодия [15, 49].

Основополагающей операцией со вскрытием пахового канала и пластикой задней стенки долгое время являлся и является способ Бассини. Плюсы ее — в патогенетически обоснованном укреплении задней стенки. Однако при сложных формах грыжи А. Sjogren, О. Elmer отмечают ее малую эффективность [47]. Авторы получили возврат заболевания при первичных грыжах — 14,6 %, при рецидивных — 20,1 %. D. Schlenkhoff и J.P. Chevally получили 8,9 % и

10,3 %, соответственно. J. Magnusson и В. Isaksson отметили рецидивирование в 2,7 % и 5,6 % случаев, соответственно [38].

Способ Мак-Вэя (McVay), предложенный в середине прошлого века, несостоятелен в 29,2 % случаев при рецидивных грыжах и в 4,8-7 % случаев при первичных [14].

Восстановление поперечной фасции признано сегодня стандартным методом надежного и достаточного укрепления пахового промежутка [34]. Поэтому из неэксплантационных методов особое внимание привлек способ E. Shouldies [31], по сути являющийся модернизированным, более проработанным, способом Бассини.

Способ Шоулдайса охарактеризовывают с положительной стороны многие авторы [23]. По их данным, после герниопластики по Шоулдайсу отмечено всего 3,3 % рецидивов. Но с выраженностью деструктивных процессов в паховом канале эффективность данного способа уменьшается, приводя к 14,5 % рецидивов [33, 43].

Федоров В.Д. и зарубежные авторы рекомендуют способы Шоулдайса и Мак-Вэя при небольших размерах ПГ [21, 33, 43].

В таблице 1 указан процент рецидивов при разных способах герниопластики при простых и сложных формах, по данным разных авторов.

Более редкими, но не менее сложными, формами грыж являются скользящие, для пластики которых были предложены специальные способы: Саварио (Savario), Бивена (Beven), Баркера-Гартмана-Эркеса (Barker-Hartmann-Erkes), Ларденау-Окинчица (Lardenois), Морестена (Morestin), Сосновского, которые не получили достаточной известности и нами не рассматриваются. Достаточно сказать, что число рецидивов при скользящих грыжах, по данным П.С. Кахидзе, может достигать 43,6 % [цит. по 20].

Проблема большого числа рецидивов ПГ после аутопластики — это проблема недостатка самих аутопластических способов. Причина в том, что для пластики используются ткани с выраженными морфологическими недостатками путем их перемещения, что дезорганизует переднюю брюшную стенку, еще более нарушая структуру тканей, что порочным кругом неблагоприятно сказывается на их состоянии [13]. Следующий момент заключается в том, что большие размеры грыжевых ворот приводят к необходимости ушивать их со значительным натяжением, что оказывает крайне негативное влияние на качество сращения. Единственным выходом в лечении таких грыж был поиск и использование материалов для заместительной пластики.

При сложных и рецидивных ПГ, когда пластика местными тканями гарантированно приведет к рецидиву грыжи, предложено множество материалов, замещающих имеющиеся неполноценные, разрушенные собственные ткани пахового канала [27].

Об использовании свободных лоскутов кожи общаются А.Г. Кисель и В.Н. Янов.

Использование в качестве пластического материала лоскутов надкостницы, косто-надкостничных

Таблица
Частота возникновения рецидива
после герниоаутопластики при простых и сложных
формах ПГ, по данным разных авторов (в %)

Вид пластики	Простые формы	Сложные формы
По Бассини (Sjogren A., Elmer O., 1987)	14,6	20,1
По Шоулдайсу (Petersen P., Wolff T., 1988)	3,3	14,5
По Мак-Взю (Cervantes M. et al., 1987)	4,8-7,0	29,2

лоскутов, взятых из большеберцовой или лобковой кости больного, предлагал А.П. Крымов [8]; описана методика пластики свободной фасцией или сухожилием [9] — пирамидальная мышца, сухожильная часть диафрагмы [15]. Имеются сведения об использовании для пластических целей твердой мозговой оболочки, грыжевого мешка, ксеногенных трансплантатов брюшины, перикарда [11, 24].

Пластика пахового канала широкой фасцией бедра на ножке при больших ПГ с резко измененными тканями паховой области может быть применена только при строго обдуманных показаниях, так как выполнение этих операций сопровождается значительной травмой.

В середине прошлого века предложено применение искусственных материалов. Употребляли металлические сетки из нержавеющей стали со специальным отверстием для СК, а с 1945 года — из тантала, виталия [9]. Отрицательными свойствами таких металлических сеток оказалась их ломкость, небезопасность их близости к магистральным бедренным сосудам, возможность появления свищей [23, 42]. По сей день продолжают предложения об использовании протезов на металлической основе. Мнения о них, как и прежде, неоднозначны [1].

Поиск материалов, более или менее свободных от перечисленных недостатков, продолжался. Были предложены рассасывающиеся материалы (викрил, углеродные эксплантаты) [2]. Мнения о них неоднозначны. Так, профессор А.А. Адамян считает, что углеродный эксплантат «карбоникс-и», будучи полифиламентным, не оправдал себя вследствие способности адсорбировать на себе микроорганизмы и их токсины [2].

Поистине революцию в пластических материалах произвело изобретение полимеров.

Синтетические материалы (полимеры) — капрон, нейлон, дакрон, тефлон, поливинилалкоголь, перлон, фторопласт-4, поролон, лавсан, политетрафторэтилен (ПТФЭ) — использовались для пластики пахового канала в разное время в разных странах [4, 5, 6, 10, 12, 19, 25, 29, 44, 48].

Описывались случаи аллергической реакции на имплантированную ткань, имелись опасения по поводу возможной канцерогенности используемых материалов. Некоторые хирурги негативно относились и относятся к использованию эксплантатов в пластике ПГ. Наряду с этим, статистические данные ря-

да авторов о применении перечисленных пластических материалов, особенно при сложных формах ПГ, свидетельствовали о значительном снижении количества рецидивов [5, 6, 12].

Современные синтетические материалы отличаются рядом преимуществ и потому успешно используются в последнее время для замещения дефектов различных тканей организма, в частности, и для пластики ПГ [10].

В 1959 году F. Usher с соавторами сообщает о первом клиническом применении в США полипропилена (пролен, марлекс), об исключительной слабой реакции больного на этот полимер [48].

Дальнейшие всесторонние исследования, проведенные многими авторами у десятков тысяч пациентов в сроки более двадцати лет после грыжесечения, подтвердили высокую пригодность указанного синтетического материала для герниопластики [28, 30, 36, 37, 40, 45]. Перечисленные авторы укрепляли полипропиленовой сеткой при ПГ поперечную фасцию, используя собственные методики или известные способы.

Имеются указания ряда авторов на появление, в зависимости от биологических, химических, физических и механических свойств большинства сетчатых эксплантатов/протезов, умеренной воспалительной реакции со значительной экссудацией до 10 и более дней, с образованием в дальнейшей грубоволокнистой соединительнотканной капсулы. Мелкие отверстия сетчатых протезов постепенно прорастают соединительной тканью, в результате чего образуется прочный слой, состоящий из биологической ткани, которая армирована сеткой из синтетического материала. Таким образом, при наличии сетки в тканях удается использовать выгодные свойства каждого из этих взаимосвязанных компонентов. Оказалось, что хроническая инфекция материала возможна при порозности его волокон менее 10 микрон. В таких порах бактерии способны размножаться и надежно укрываться от нейтрофилов, размер которых 10-15 микрон [14, 30]. Поэтому в случаях инфицирования такие материалы приходится полностью удалять. Пory такого размера встречаются в плетеных и крученых нитях (рис. 1).

Рисунок 1
Сетки-протезы из полифиламентных нитей



В связи с этим, хороший протезный материал должен состоять из монофиламентных нитей. С появлением полипропилена проблема создания прочных и инертных монофиламентных нитей была решена. Изучение влияния полипропилена на организм человека в сроки до 21 года не обнаружило признаков рассасывания со временем, отторжения и канцерогенности [36, 37, 41].

В зависимости от вида плетения нитей, из одного материала можно получить различные ткани. На основе полипропилена были созданы ткани: «марлекс» — монофиламентная, «пролен» — бифиламентная, «сурджипро» — полифиламентная полипропиленовые сети. Недостатком последней является возможность хронического инфицирования [14]. Порозность сетки (размер ячеек) определяет время и качество ее вживления в организм. При порах более 75 микрон ткань в течение месяца на всю глубину прорастает коллагеновыми волокнами и фиброцитами. При порах меньшего размера преобладает гистиоцитарная инфильтрация протеза, что приводит к его более слабой фиксации в тканях. Размеры ячеек в тканях «марлекс» и «пролен» приближаются к 100 микронам. При их применении количество случаев раневой инфекции сократилось с 15 до 5 %, а образование свищей — с 15 до 2 %. Сетка «марлекс» стала эталоном протезного материала. С учетом этих нюансов, в России для герниопротезирования ПГ используют плоские сетчатые протезы [14] «PMS (6 × 11 см)», «SPMM-35 (7 × 13 см)», «Эсфил (6 × 11 см)» (рис. 2.).

Рисунок 2
Полипропиленовая монофиламентная сетка «Линтекс-Эсфил» (6 × 11 см)



В Европе первые сообщения о герниопластике «без натяжения» относятся к 1967 году [44], с использованием дакрона. Безнатяжная герниопластика по Lichtenstein I.L. способом «пробки» с использованием полипропилена предложена и успешно использована с 1974 года. При этом способе грыжевые ворота с ригидными краями обтурируются специальной полипропиленовой пробкой (скрученная цилиндром лента полипропиленовой сетки), которая вставляется в отверстие и фиксируется шестью узловыми проленовыми швами, затем восстанавливается послойно целостность тканей над канатиком [14, 35]. Несмотря на то, что сам автор за 20 лет ее использования получил всего 1,6 % рецидивов, этот способ на сегодняшний день используется очень ограниченно, большей частью при грыжах небольших размеров [14, 18].

Безнатяжная герниопластика по I.L. Lichtenstein способом «заплаты», опубликованная в 1989 году [37], обретает все большее признание хирургов.

В противоречие хронологии, она носит еще название «первого способа» [17].

Методика предполагает выполнение традиционного доступа и обработку грыжевого мешка. При наружных косых грыжах поперечную фасцию ушивают 1-2 лигатурами, восстанавливая внутреннее паховое кольцо. При прямых ПГ мешок вправляют в нескрытом виде и, если поперечная фасция не растянута, ушивают только ее поврежденную часть. Подготавливают площадку для размещения эксплантата, отделяя апоневроз наружной косой мышцы живота от подлежащих тканей. Выкраивают из полипропиленовой сетки пластину размером 6 × 14 см с разрезом в латеральной части по типу хвоста ласточки и закругленную у медиального конца. Эксплантат укладывают под СК и фиксируют снизу к пупартовой связке до уровня внутреннего пахового кольца. При этом используют нерассасывающийся шовный материал 0 диаметра на атравматичной игле. Верхний край сетки подшивают 3-5 узловыми лигатурами к внутренней косой мышце. В области латерального края пластины формируют внутреннее паховое кольцо с фиксацией ее верхнего лоскута, помещенного на сменной канатик, к нижнему лоскуту и к паховой связке. Операцию завершают восстановлением передней стенки пахового канала и ушиванием каждой раны [14, 37] (рис. 3).

В 1993 году М. Кух предложил выкраивать в протезе специальное окошко для СК с целью формирования внутреннего отверстия правильной формы, без деформации канатика (рис. 4).

Существенным преимуществом пластики по Лихтенштейну способом «заплаты» является относительная простота и доступность для общего хирурга [35]. Помимо этого, герниопластика по Лихтенштейну позволяет выбрать любой вид анестезиологического пособия в зависимости от показаний [26]. С другой стороны, пластика «без натяжения» имеет принципиальное значение для существенного ослабления болевого синдрома, ранней активизации и быстрой реабилитации больных. Возвращение к физическому труду возможно уже через 2 недели после операции, в то время как при традиционных видах пластики этот срок растягивается до 1,5-2 месяцев [18]. По мнению зарубежных авторов, еще одним немаловажным преимуществом этой методики является очень низкий уровень рецидивов, развития инфекции и других осложнений. Частота рецидивов колеблется от 0,1 % до 0,77 %, частота инфекции — менее 0,5 %. Отторжения эндопротезов не наблюдали [37].

Уязвимыми местами герниопластики по Лихтенштейну являются: небольшой косметический эффект, манипуляции на СК с возможной его травматизацией, которые могут вести к нежелательным последствиям в плане нарушения репродуктивной функции, необходимость специальных расходных материалов, невозможность закрытия зон образования бедренных грыж.

Некоторые хирурги внесли свой вклад, комбинируя первый и второй способы пластики по Лихтенштейну. А. Gilbert предложил бесшовное «затыкание» внутреннего пахового кольца полипропиленом.

Рисунок 3

Этапы пластики пахового канала по Лихтенштейну

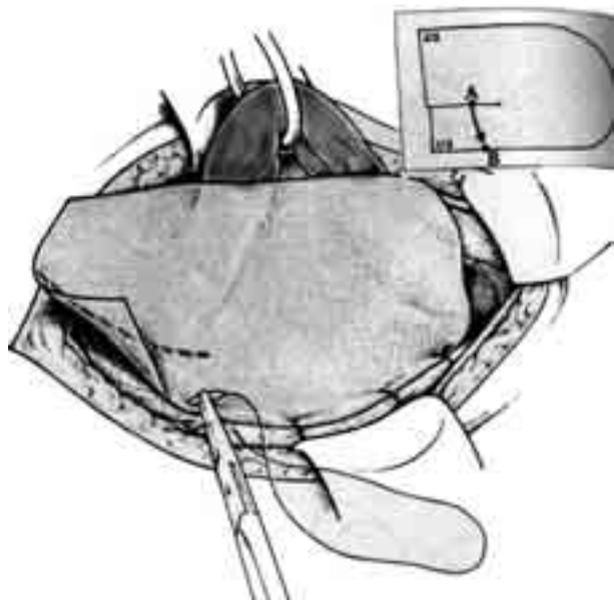
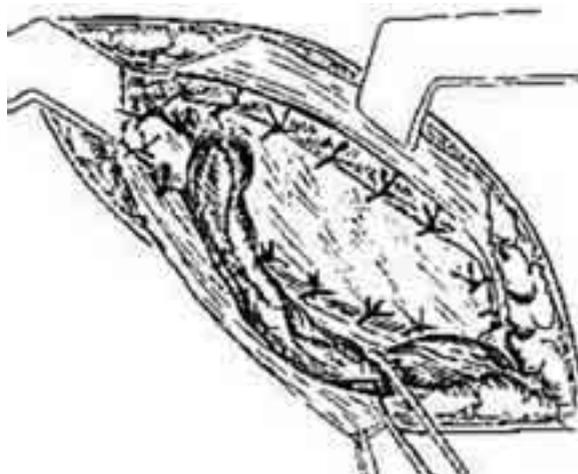
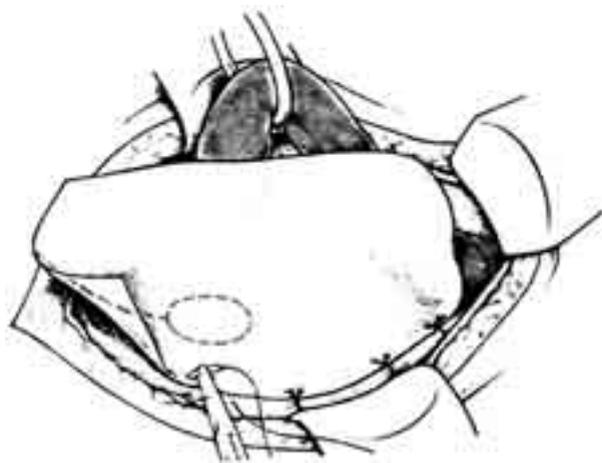


Рис. 4

Этапы пластики пахового канала по Лихтенштейну в модификации Кукса



новой пластиной, свернутой в виде зонтика и вводимой при помощи зажима в предбрюшинное пространство. A.W. Robbins и I.A. Rutkow в 1993 году дополнили усовершенствование фиксации зонтика-пробки шестью узловыми нерассасывающимися швами к краям внутреннего пахового кольца. Завершали они операцию наложением эксплантата способом «заплаты», предложенного Лихтенштейном [45]. Темпы роста процента выполнения герниопластики по Лихтенштейну значительны. Частота ее использования в Северной Америке и Европе составляет, соответственно, 90 % и 60 % [14, 18].

На основе исторического развития герниологии выделились следующие принципы хирургического лечения паховых грыж [17, 21]:

- полное вскрытие пахового канала;

- высокое удаление или сохранение грыжевого мешка, иногда использование его стенок для укрепления поперечной фасции;
- восстановление внутреннего отверстия пахового канала до нормальных размеров при его расширении или разрушении;
- восстановление поперечной фасции в пределах ее укрепленных отделов;
- низведение при высоких паховых промежутках боковых мышц живота только за их сухожильную часть и воссоздание функционирующего свода пахового канала без пришивания мышц к пупартовой связке;
- восстановление косо направленного пахового канала с прикрытием мышцами внутреннего его отверстия;

- подшивание поперечной фасции, сухожильной части внутренней косой и поперечной мышц к гребешковой связке Купера в медиальном отделе пахового промежутка и к подвздошно-лонному тяжу в латеральном его отделе;
- использование тканей при восстановлении пахового канала строго по слоям;
- эксплантация, аутопластика передней или задней стенки пахового канала как дополнительное укрепление, особенно при несостоятельности тканей и рубцовом перерождении мышц.

В последнее время за рубежом и в некоторых клиниках России при операциях паховых и бедренных грыж получили распространение предбрюшинные доступы [22]. Впервые идея доступа через предбрюшинное пространство Пирогова-Богра была высказана в 1876 году английским хирургом Tomas Annodale. С 1969 года R.E. Stoppa во Франции активно использует дакроновый протез для паховой герниопластики из внебрюшинного доступа. В дальнейшем им внедрена методика одномоментной двухсторонней герниопластики из нижнесрединного внебрюшинного доступа без фиксации протеза. За 20 лет использования этой методики было получено 1,1 % рецидивов при повторных грыжах и 0,56 % – при первичных [14, 17].

Nyhus L. считает, что эксплантат задней стенки пахового канала должен помещаться за поперечной фасцией (в предбрюшинном пространстве), а не перед ней (в паховом канале). Только в этом случае эксплантат примет на себя повышенное внутрибрюшное давление, обеспечив неизменность натяжения поперечной фасции и создав тот гладкий слой, по которому адгезируются фибробласты и откладываются коллаген и протеогликаны [41].

Укрепление поперечной фасции полипропиленовой («пролен», «марлен», «марлекс»), мерсиленовой и другими сетками из традиционного переднего доступа по способу Лихтенштейна или из предбрюшинных доступов по Нигусу или Стоппа с задним, глубоким закрытием грыжевых ворот, позволили снизить частоту рецидивов в клиниках мира до 1,6-2 %, и даже до 1,4 % [28, 34, 45], что является довольно хорошим показателем. С развитием малоинвазивной хирургии наиболее популярные методики Лихтенштейна, Нигуса, Стоппа и другие легли в основу способов, выполняемых при помощи современной эндоскопической техники.

Отличаясь малой травматичностью и достаточно высокой эффективностью, эндоскопические методы во многих случаях стали альтернативой традиционным способам лечения.

Лапароскопическая герниопластика была разработана в 1989 году в США. В России впервые герниопластика с применением лапароскопической тех-

ники была выполнена в НИЦ РАМН [18] и в Центре эндоскопической хирургии и литотрипсии [11]. Сегодня при лапароскопической герниопластике используют универсальную оперативную технику, пригодную для хирургического лечения прямых, косых паховых и бедренных грыж. Операцию выполняют из интраперитонеального доступа (трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика, ТАПБ) или экстраперитонеального доступа (тотальная экстраперитонеальная пластика ТЭП) [32]. Для эндоскопической герниопластики определены соответствующие абсолютные (непереносимость напряженного пневмоперитонеума, непереносимость общего обезболивания, некорректируемая коагулопатия, наличие воспалительного процесса в области брюшной стенки, имплантация неэластических сеток у женщин детородного возраста, невраправимые пахово-мошоночные грыжи значительных размеров) и относительные (перенесенные ранее операции на нижнем этаже брюшной полости, ущемленные грыжи) противопоказания [17, 18].

Как и любые оперативные пособия, эндоскопические способы пластики имеют ряд возможных осложнений: интраоперационные (повреждение сосуда, повреждение полого органа, газовая эмболия), ранние (гематомы в области троакаргов, эмфизема передней брюшной стенки и мошонки, серомы, невралгия, дефферентиты, гематомы и серомы мошонки, тестикулярная атрофия, парестезия) и поздние (рецидивы). Рецидивы связаны с малыми размерами сетки или с ее смещением [46]. Среднее число рецидивов, по данным ряда авторов, составляет до 2 % [40].

В последнее время появилось заметное охлаждение к методике лапароскопической герниопластики. Так, по данным зарубежных авторов был сделан вывод об отсутствии преимуществ ТАПБ перед пластикой Лихтенштейна в том, что касается осложнений, динамики уменьшения болевого синдрома в послеоперационном периоде или времени послеоперационной реабилитации. Преимущества ТАПБ отмечены лишь в лечении двусторонних ПГ и выявлении скрытых грыж. Так, другие авторы [50], сравнивая методику по Шоулдайсу, Лихтенштейну и ТАПБ, пришли к выводу, что интенсивность послеоперационной боли, потребность в обезболивании, ограничение активности больных и сроки возвращения к работе не отличались у двух последних групп, но были значительно ниже, чем в группе больных, перенесших операцию по Шоулдайсу. Сравнению пластики по Лихтенштейну и ТЭП была посвящена работа T.J. Heikkinen, K. Haukipuro, S.P. Koivukanga [32]. Авторы сделали вывод о том, что при пластике по Лихтенштейну реабилитация пациентов происходит дольше.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Веронский, Г.И. Применение никелид-титановых сплавов при пластике передней брюшной стенки /Г.И. Веронский, В.А. Зотов //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2000. – № 5. – С. 92-97.

2. Гудзеев, А.И. Пластика грыж брюшной стенки с использованием синтетических материалов /А.И. Гудзеев //Хирургия. – 2002. – № 12. – С. 33-41.
3. Кимбаровский, М.А. К вопросу о радикальном лечении паховой грыжи /М.А. Кимбаровский //Новый хирургический архив. – 1998. – Т. 14, кн. 2. – С. 226.
4. Ковалева, З.В. Выбор эксплантата для герниопластики /З.В. Ковалева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1999. – 26 с.
5. Кореняк, В.С. Об использовании поролон для пластики дефектов брюшной стенки /В.С. Кореняк //Клиническая хирургия. – 1965. – № 3. – С. 55-59.
6. Костин, В.С. Пластика сеткой из синтетических волокон при больших послеоперационных и рецидивных грыжах /В.С. Костин //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1964. – № 2. – С. 37-40.
7. Крымов, А.П. Брюшные грыжи /А.П. Крымов. – Киев: Медицина, 1950. – 271 с.
8. Крымов, А.П. Учение о грыжах /А.П. Крымов. – Л., 1929. – 551 с.
9. Кузин, А.А. Пластика аллосухожилием при вентральных грыжах /А.А. Кузин, В.М. Тимербулатов, О.Е. Родионов //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1992. – № 4-6. – С. 213-215.
10. Лукомский, Г.И. Перспективы развития абдоминопластики синтетическими протезами /Г.И. Лукомский, А.М. Шулушко, А.В. Антропов //Хирургия. – 1994. – № 4. – С. 53-54.
11. Луцевич, О.Э. Пути снижения травматичности лапароскопической герниопластики /О.Э. Луцевич //Проблемы неотложной хирургии: сб. науч. работ к 90-летию со дня рождения акад. В.И. Стручкова. – М., 1998. – С. 150-151.
12. Монаков, Н.З. Аллопластика вязанной капроновой сеткой /Н.З. Монаков, Е.Г. Локшина //Труды Душанбинского медицинского института. – Душанбе, 1964. – Т. 65. – С. 33-39.
13. Мясников, А.Д. Концепция аутогерниопластики в лечении наружных брюшных грыж /А.Д. Мясников, С.А. Колесников // Анналы хирургии. – 2000. – № 4. – С. 46-52.
14. Натяжная герниопластика /под ред. В.Н. Егиева. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 148 с.
15. Нестеренко, Ю.А. Влияние пахового грыжесечения на функциональное состояние яичка (обзор литературы) /Ю.А. Нестеренко, В.А. Ярыгин //Хирургия. – 1990. – № 3. – С. 135.
16. Нестеренко, Ю.А. Выбор способа и принципы операций при паховой грыже /Ю.А. Нестеренко //Хирургия. – 1991. – № 3. – С. 169.
17. Ороховский, В.И. Основные грыжесечения /В.И. Ороховский. – Ганновер; Донецк; Котбус: МУНЦЭХ, КИТИС, 2000. – 236 с.
18. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки /А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. – М.: «Триада-Х», 2003. – 144 с.
19. Титаренко, А.А. Аллопластика послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки живота с применением лавсановой ткани /А.А. Титаренко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Днепропетровск, 1963. – 17 с.
20. Тоскин, К.Д. Грыжи живота /К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
21. Федоров, В.Д. Принципы хирургического лечения паховых грыж /В.Д. Федоров, С.Д. Андреев, А.А. Адамян //Хирургия. – 1991. – №1. – С. 59-64.
22. Фетюков, А.И. Хирургическое лечение паховых и бедренных грыж с использованием надлонных и надпаховых предбрюшинных доступов /А.И. Фетюков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1993. – 24 с.
23. Шафер, И.И. Многослойная паховая герниопластика /И.И. Шафер //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1973. – № 4. – С. 107-109.
24. Шустеров, А.И. Хирургическое лечение больших и косых паховых грыж с применением консервированной гетерогенной брюшины /А.И. Шустеров //Клиническая хирургия. – 1970. – № 3. – С. 57-59.
25. Adler, R.H. An evaluation of surgical mesh in the repair of hernias and tissue defects /R.H. Adler //Arch. Surg. – 1962. – Vol. 65. – P. 836.
26. Amid, P.K. A simple stapling technique for prosthetic repair of massive incisional hernias /P.K. Amid, A.G. Shulman, I.L. Lichtenstein //Amer. Surgary. – 1994. – Vol. 60, N 12. – P. 934-937.
27. Amid, J.P. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery /J.P. Amid //Hernia. – 1997. – N 1. – P. 15-21.
28. Amid, P.K. Critical scrutiny of the open «tension-free» hernioplasty /P.K. Amid //Am. J. Surg. – 1993. – Vol. 16, N 5. – P. 369-372.
29. Bellon, J.M. Pathologic and clinical aspects of repair of large incisional hernias after implant of a polytetrafluoroethylene prosthesis /J.M. Bellon, L.A. Contreras, C. Sabater //World J. Surg. – 1997. – Vol. 21, N 4. – P. 402-406.
30. Bound, W.C. Use of Marlex mesh in acute loss on the abdominal wall due to infection /W.C. Bound //Surg. Gyn. Obst. – 1977. – Vol. 144, N 2. – P. 251-252.

31. Glassow, F. The Shouldice Hospital Technique /F. Glassow //Int. Surg. – 1986. – Vol. 71. – P. 148-153.
32. Heikkinen, T.J. A prospective randomized out come and cost comparison of totally extraperitoneal endolaparoscopic hernioplasty versus Lichtenstein hernia operation among employed patients /T.J. Heikkinen, K. Haukipuro, S.P. Koivukanga //Surg. Laparosc. Endosc. – 1998. – Vol. 8, N 5. – P. 338-344.
33. Hetzer, F.H. Gold standart for inguinal hernia repair: Shouldice or Lichtenstein? /F.H. Hetzer //Hernia. – 1999. – N 3(3). – P. 117-120.
34. Kux, M. Hernienoperationen /M. Kux //Barth, Heidelberg. – Leipzig, 1997. – S. 221.
35. Lichtenstein, I.L. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a «plug» technique /I.L. Lichtenstein, J.M. Shore //Am. J. Surg. – 1974. – V. 128. – P. 439.
36. Lichtenstein, I.L. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia /I.L. Lichtenstein, A.G. Shulman, P.K. Amid //Surg. Clin. North. Am. – 1993. – Vol. 73. – P. 529-544.
37. Lichtenstein, I.L. The tension-free hernioplasty /I.L. Lichtenstein, A.G. Shulman, P.K. Amid //Surg. Clin. North. Am. – 1989. – Vol. 157. – P. 188.
38. Magnusson, J. Recurrence after inguinal hernioplasty /J. Magnusson, B. Isaksson //Acta Chir. Scand. – 1983. – V. 149. – P. 157-159.
39. Marcy, H.O. The cure of Hernia /H.O. Marcy //JAMA. – 1887. – V. 8. – P. 589.
40. Neufang, T. Laparoscopische Hernioplastik /T. Neufang, G. Lepsien //Zentralbl. Chir. – 1994. – Vol. 34, N 6. – P. 53-56.
41. Nyhus, L.M. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia. The evolution of a technique /L.M. Nyhus, R. Pollak, T. Bombeck //Ann. Surg. – 1988. – V. 208, N 6. – P. 733-737.
42. Patino, J.F. A History of the Treatment of Hernia /J.F. Patino, L.M. Nyhus, R.E. Condon //Hernia: 4th ed. – 1995. – P. 3-15.
43. Peiper, C. Intraoperative measurement of suture forces in Shouldice rapair of primary inguinal hernias /C. Peiper, K. Junge, A. Futing //Chirurg. – 1998. – Vol. 69, N 10. – P. 1077-1081.
44. Rivers, I. Surgical treatment of the inguinal hernias with dacron patch /I. Rivers //Inf. Surg. – 1967. – Vol. 47. – P. 360-361.
45. Robbins, A.W. The mesh-plug hernioplasty /A.W. Robbins, I.A. Rutkow //Surg. Clin. North. Am. – 1993. – Vol. 73. – P. 501.
46. Schumpelick, V. Preperitoneal mesh-plasty in incisional hernia repair. A comparative retrospective study of 272 operated incisional hernias /V. Schumpelick, J. Conze, U. Keinge //Chirurg. – 1996. – Vol. 67, N 10. – P. 1028-1035.
47. Sjogren, A. Outcome of inguinal hernia surgery /A. Sjogren, O. Elmer //Ann. Chir. Gynecol. – 1987. – Vol. 76, N 6. – P. 314-317.
48. Usher, F.C. Tissue reactions to plasties: a comparison of nylon, orlon, dacron, teflon and marlex /F.C. Usher //Arch. Surg. – 1958. – Vol. 76. – P. 997-999.
49. Wantz, G.E. Complication of inguinal hernial repair /G.E. Wantz //Surg. Clin. N. Amer. – 1984. – Vol. 64, N 2. – P. 287-298.
50. Zieren, J. Prospective randomized study comparing laparoscopic and open tension-free inguinal hernia repair with Shouldice's operation /J. Zieren, H.U. Zieren, C.A. Jacobi //Am. J. Surg. – 1998. – Vol. 175(4). – P. 330-333.

РАК МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Каждый третий пациент с онкологическим заболеванием в немецких клиниках страдает также от психических расстройств. Это показало исследование Лейпцигского университета, в ходе которого были опрошены 689 пациентов с различными опухолями. Как оказалось, психическими расстройствами страдали 32 % больных, причем у 11,6 % наблюдалось сразу несколько душевных заболеваний. Чаще всего это были депрессии. Тяжелее всего пациенты воспринимали диагностику и химиотерапию, при этом молодые больные страдали психическими расстройствами чаще, чем пожилые, обеспеченные – чаще, чем бедные, и женщины – чаще, чем мужчины. Семейный статус и стадия заболевания роли не играли.

Источник: Utro.ru