
В помощь практическому врачу

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Ботезату А. А.*, кандидат медицинских наук

Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко, Молдова, MD-3300, г. Тирасполь,
ул. 25 Октября, 107

РЕЗЮМЕ Описано применение комбинированных аутопластических методов в сочетании с аутодермопластикой для лечения рецидивных паховых грыж. Показано, что преперитонеальная аутодермопластика в сочетании с аутопластикой передней стенки пахового канала недостаточно эффективна. Более надежна консолидация задней стенки пахового канала комбинированными способами герниопластики, сочетающими аутопластику с аутодермопластикой.

Ключевые слова: рецидивная грыжа, аутодермопластика, аутопластика.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: botezatuaa@mail.ru

Лечение рецидивных паховых грыж (РПГ) является актуальной проблемой в герниологии по двум причинам: во-первых, примерно каждый третий больной после первичной герниопластики возвращается с рецидивной грыжей; во-вторых, существуют объективные трудности их лечения.

У больных с РПГ вследствие рубцовых процессов и дезорганизации тканевых структур паховый канал как анатомическое образование либо отсутствует (после операции Постемпского), либо сильно изменен (после других аутопластических операций). Элементы семенного канатика часто бывают разобщены, располагаясь в различных слоях брюшной стенки; поперечная фасция, как правило, разрушена. Встречаются случаи как частичного, так и полного разрушения пупартовой связки. Все это существенно осложняет повторного вмешательства, поэтому хирург должен хорошо владеть техникой выполнения данных операций.

Результаты оперативного лечения РПГ из традиционного переднего доступа неудовлетворитель-

ные: пластика передней стенки пахового канала при РПГ в 20–29% случаев оборачивается рецидивированием [6, 9]. Несколько лучше результаты пластики задней стенки пахового канала традиционными способами – 13,3% рецидивов [6].

Из методов герниопластики местными тканями «золотым стандартом» по эффективности была и остается операция Shouldice [12], которую рекомендуют и при РПГ. В клинике Shouldice аллопластика задней стенки эндопротезом применялась в 1991–2001 гг. всего лишь у 6,4% пациентов с РПГ, у остальных выполнялась герниопластика местными тканями. При этом количество рецидивов грыж за последние 35 лет составило 1,46%. Это в клинике, где ежегодно оперируется около 7 500 больных, из которых 94,3% составляют пациенты с паховыми грыжами [8]. Необходимо отметить, что одним из первейших условий проведения операции Shouldice является наличие специальной монофильной стальной нити [8], в клинике ее именуют 32-34GA. По причине ее отсутствия операцию Shouldice в Приднестровье не делают. Мы считаем, что без стальной нити и без

TREATMENT FOR RECURRING INGUINAL HERNIA

Botezatu A. A.

ABSTRACT The article describes the application of combined autoplatic techniques coupled with autodermpoplasty for recurring inguinal hernia treatment. It is showed that preperitoneal autodermpoplasty in combination with autoplasty of anterior wall of inguinal canal was insufficiently effective. Consolidation of posterior wall of inguinal canal by hemiaplasty combined techniques which coupled autoplasty with autodermpoplasty was found to be more reliable.

Key words: recurring hernia, autodermpoplasty, autoplasty.

обязательного четырехслойного восстановления задней стенки никто не имеет права утверждать, что выполняет операцию Shouldice.

Известны способы задней преперитонеальной паховой герниопластики R. Stoppa [13], G. Wantz [15]. Доступ в преперитонеальное пространство выполняется из нижнесрединного разреза (R. Stoppa) или поперечного в гипогастрии (G. Wantz). После рассечения поперечной фасции тупопальцевым способом или тупфером брюшина отделяется от поперечной фасции в предпузырном пространстве, далее диссекция тканей продолжается латерально в ретроингвинальном пространстве Bogroz, где вначале выделяют элементы семенного канатика, а в последующем – грыжевое выпячивание. По второму методу доступ в преперитонеальное пространство обеспечивают путем поперечного рассечения передних стенок влагалищ прямых мышц, поперечной фасции у латеральных краев прямых мышц с последующим туннелированием в преперитонеальном пространстве тупфером или пальцевым способом. После выделения и обработки грыжевого мешка в преперитонеальном пространстве укладывается сетчатый эндопротез размерами 24 × 16 см при двухстороннем протезировании (R. Stoppa) или 14 × 12 см по методике G. Wantz. Этот протез нижним краем доходит до уровня урогенитальной фасции, закрывает вход в грыжевые ворота в паховой области и глубокое бедренное кольцо. Метод практически бесшовный, фиксация эндопротеза происходит благодаря упругости тканей брюшной стенки снаружи и внутрибрюшному давлению изнутри. Обосновывая целесообразность применения своего способа, R. Stoppa писал, что рецидивы паховой грыжи являются «несчастьем для больных, позором и унижением для хирурга» [3].

Надо признать, что для выполнения задней преперитонеальной паховой аллопластики описанными здесь способами хирургу необходима специальная подготовка. Даже в специализированных клиниках операцию R. Stoppa делают в единичных случаях. К примеру, в Институте хирургии и трансплантологии АМН Украины за 1999–2005 гг. она была выполнена 5 (2,1%) больным с РПГ [4]. К тому же эти методы не лишены недостатков. Кроме высокой себестоимости, имеют место осложнения (хоть и немногочисленные, но довольно тяжелые), такие как кровотечение, нагноение в превезикальном пространстве с отторжением эндопротеза (2,1% [14]), и рецидивы заболевания, которые, по разным данным, развиваются в 0–7% случаев.

В последние годы для устранения РПГ рекомендуется прибегать к эндохирургическим методам герниопластики. Авторы, применяющие эти мето-

ды, сообщают о хорошей переносимости больными оперативного вмешательства, благоприятном течении послеоперационного периода, быстрой реабилитации. Однако такие операции, для выполнения которых необходима специальная техника, осуществимы только в специализированных центрах эндовидеохирургии, но не в общехирургических отделениях, где лечится подавляющее большинство больных с паховыми грыжами. К тому же рецидивы наблюдаются и после лапароскопической преперитонеальной герниопластики (ЛПГ). Так, А. Е. Борисов и соавт. [1] указывают, что у 23 из 102 (22,5%) прооперированных с РПГ ранее выполнялась ЛПГ. По сводным статистическим данным [2], осложнения при ЛПГ немногочисленны, но тяжелы (повреждения мочевого пузыря, надчревных сосудов с образованием гематом мошонки; повреждения толстого кишечника при скользящей паховой грыже; ранняя спаечная кишечная непроходимость и др.), а частота рецидивов при длительных сроках наблюдения достигает 6% и более. Отрицательным моментом следует считать высокую себестоимость эндохирургических герниопластик.

Таким образом, общепринятой методики, которая гарантировала бы отсутствие рецидивов РПГ, не существует.

Представляем наш опыт хирургического лечения РПГ. За последние 11 лет в 1-м хирургическом отделении ГУ РКБ оперированы 77 пациентов с РПГ, которым выполнена 81 герниопластика. Они составили 17% от общего числа больных с паховыми грыжами, пролеченных в эти годы. Среди них 76 (98,7%) мужчин и одна (1,3%) женщина. Первый рецидив отмечен у 69 (89,6%), второй – у 4 (5,2%), третий – у 3 (3,9%) пациентов, семь рецидивов – у одного (1,3%) больного. Планово госпитализированы 72 (93,5%), urgently – 5 (6,5%) пациентов. Только 16 (20,7%) больных были в возрасте до 50 лет (в среднем 38,8 года), остальные 58 (79,2%) – старше 50 лет (в среднем 63,2 года), с присущей им возрастной сопутствующей патологией, такой как: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь – 39 (50,1%) случаев; аденома предстательной железы – 12 (15,6%); хронический бронхит, эмфизема легких – 5 (6,5%) и проч., всего 77 заболеваний.

Правосторонняя локализация грыжи отмечена у 40 (51,9%), левосторонняя – у 33 (42,9%), двухсторонняя – у 4 (5,2%) пациентов. В течение первого года после операции у 20 (26%) больных возник рецидив, квалифицированный как результат ошибки хирурга (недооценка патологических изменений задней стенки пахового канала и, как следствие, неадекватный выбор способа пластики; гнойные осложнения в послеоперационном

периоде и др.). У 34 (44,2%) больных рецидив возник в сроки после 5 лет в связи с недостаточностью соединительной ткани и заболеваниями, провоцирующими повышение внутрибрюшного давления (кашель, запоры, задержка мочеиспускания). На первом месте в структуре рецидивов была пластика передней стенки пахового канала – 50 (61,7%) случаев, на втором – пластика задней стенки пахового канала – 25 (30,9%), из которых в 23 (28,4%) герниопластика выполнялась по Постемпскому. В 6 (7,4%) случаях рецидив возник после аутопластики в сочетании с аутодермопластикой.

Выявленные рецидивные грыжи мы распределяли в соответствии с классификацией L. M. Nyhus [11].

При выборе метода обезболивания предпочтение отдавали местным способам: 32 (41,5%) пациентам операция выполнена под местной инфильтративной анестезией, 38 (49,4%) – под спинальной анестезией, 4 (5,2%) – под внутривенной анестезией без миорелаксации, 1 (1,3%) – под тотальной анестезией с миорелаксацией, 2 (2,6%) – под перидуральной анестезией. Операционный доступ – передний паховый с иссечением старого послеоперационного рубца, из которого изготавливали аутодермальный трансплантат по экспресс-методу В. Н. Янова [7].

По классификации G. Campanelli et al. [10], согласно которой тип грыжи определяется во время операции, у 70 (86,4%) пациентов была рецидивная грыжа R3 (дефект всей задней стенки или множество дефектов задней стенки пахового канала), у 6 (7,4%) – R1 (дефект задней стенки пахового канала вблизи ранее реконструированного глубокого пахового кольца), у 5 (6,2%) – R2 (дефект задней стенки пахового канала локализуется вблизи лона). Таким образом, у подавляющего большинства больных с РПГ имелись глубокие разрушения пахового промежутка, в связи с чем потребовалась реконструкция всей задней стенки пахового канала. Это объясняется тем, что у подавляющего большинства наших больных предшествующими способами герниопластики была аутопластика передней стенки пахового канала по Спасокукоцкому или задней стенки по Постемпскому.

Преперитонеальная аутодермопластика в сочетании с аутопластикой передней стенки пахового канала применялась нами до 2005 г., после чего мы начали использование разработанных нами комбинированных способов герниопластики, направленных на консолидацию задней стенки пахового канала: операция Bassini (североамериканский вариант) в сочетании с аутодермопластикой при незначительных разрушениях за-

дней стенки пахового канала. Аутодермальный трансплантат укладывался ретрофуникулярно поверх внутренней косой мышцы. Когда имелся высокий паховый промежуток, применяли аутопластику с релаксирующим разрезом влагалища передней стенки прямой мышцы и аутодермопластикой. Аутодермальным трансплантатом замещали часть передней стенки влагалища прямой мышцы.

При грубых разрушениях задней стенки пахового канала с высоким паховым промежутком при грыжесечении РПГ использовали методику¹ с применением двух аутодермальных лоскутов, суть которой сводится к следующему: после обработки грыжевого мешка преперитонеально укладывается и фиксируется аутодермальный трансплантат: вверху – к поперечной фасции и задней стенке влагалища прямой мышцы, медиально к лонному бугорку; внизу – к lig. Cooregi и пупартовой связке вплоть до внутреннего пахового кольца (рис. 3). Производится релаксирующий разрез типа Таппер, после чего латеральный край передней стенки влагалища прямой мышцы и объединенное сухожилие фиксируются к пупартовой связке (рис. 4) и дефект влагалища прямой мышцы замещается вторым аутодермальным лоскутом (рис. 5).

При герниопластике РПГ мы стремились к восстановлению пахового канала и приданию ему косопродольного направления. Не удалось это сделать в четырех случаях после предыдущей герниопластики по Постемпскому. В этих случаях после преперитонеальной аутодермопластики апоневроз наружной косой мышцы ушивался край в край, а семенной канатик выводился под кожу в проекции внутреннего пахового кольца.

Летальных исходов среди прооперированных не было. Из общих осложнений наблюдалась острая задержка мочеиспускания у больного с аденомой предстательной железы, потребовавшая отведения мочи через постоянный катетер в течение длительного времени. В качестве местных осложнений отмечены 5 (7,4%) ишемических посттравматических орхитов, возникших у больных с рецидивными грыжами после операции Постемпского. Как свидетельствует наш опыт, восстановительные герниопластики после операции Постемпского самые травматичные и трудоемкие. У 38 оперированных с рецидивной грыжей, у которых применялась преперитонеальная аутодермопластика с аутопластикой, рецидивы отмечены в 3 (7,9%) случаях. При

¹ Удостоверение № 1132 «Способ герниопластики сложных форм паховых грыж», зарегистрировано в Государственном реестре Министерства юстиции ПМР 26.05.2008 г.

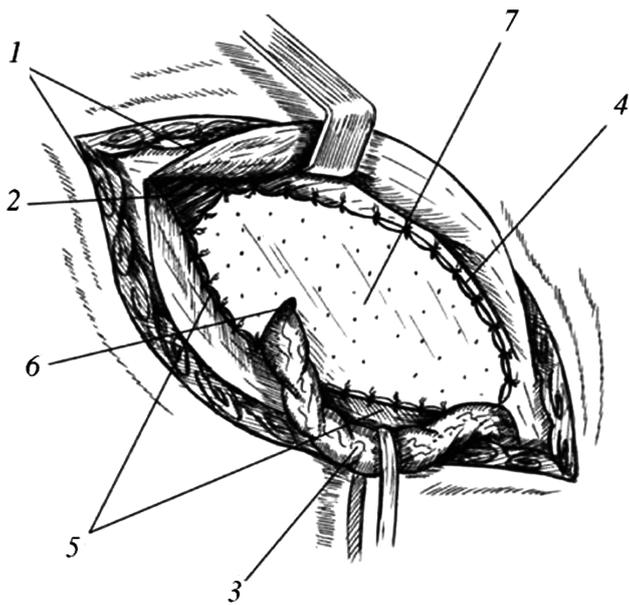


Рис. 1. Комбинированная пластика задней стенки пахового канала. Консолидация аутодермальным трансплантатом:

1 – апоневроз наружной косой мышцы, 2 – внутренняя косая мышца, 3 – фиксированный по периметру паховой области аутодермальный трансплантат, 4 – сформированное внутреннее паховое кольцо в аутодермальном трансплантате, 5 – семенной канатик, 6 – n. ilioinguinalis

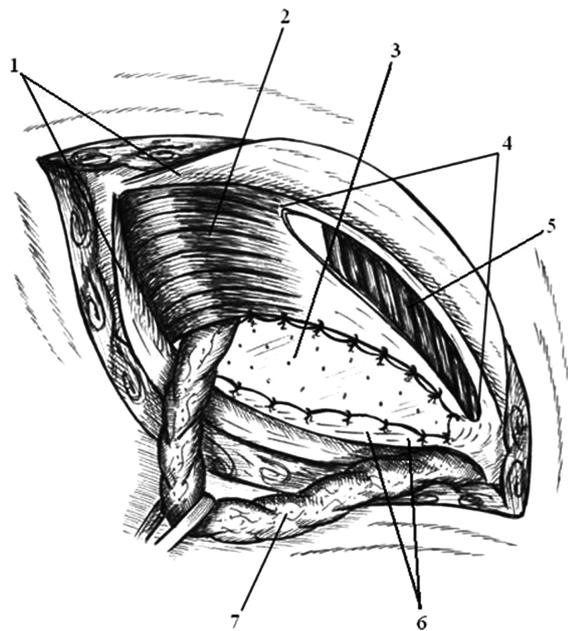


Рис. 2. Преперитонеальная укладка и фиксация первого аутодермального трансплантата:

1 – апоневроз наружной косой мышцы, 2 – внутренняя косая мышца, 3 – преперитонеальный аутодермальный трансплантат, 4 – релаксирующий разрез передней стенки влагалища прямой мышцы живота, 5 – прямая мышца живота, 6 – подвздошно-лонный тяж, 7 – семенной канатик

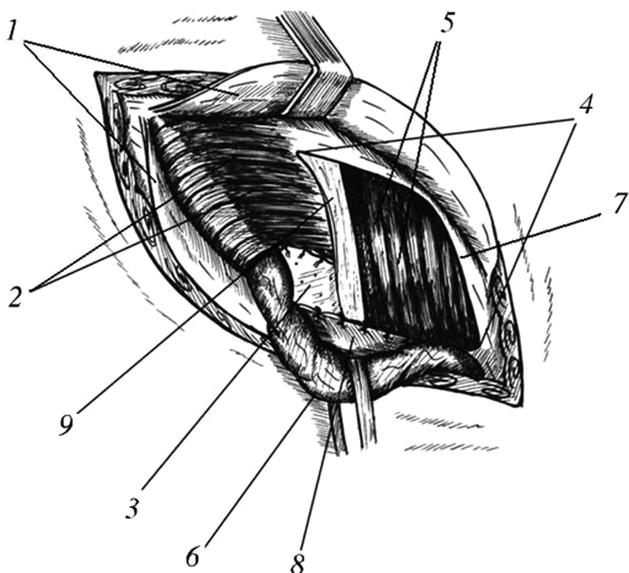


Рис. 3. Укрытие первого аутодермального трансплантата влагалищем и прямой мышцей:

1 – апоневроз наружной косой мышцы, 2 – внутренняя косая мышца, 3 – преперитонеальный аутодермальный трансплантат, 4 – релаксирующий разрез передней стенки влагалища прямой мышцы живота, 5 – прямая мышца живота, 6 – семенной канатик, 7 – медиальный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота, 8 – пупартовая связка, 9 – латеральный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота

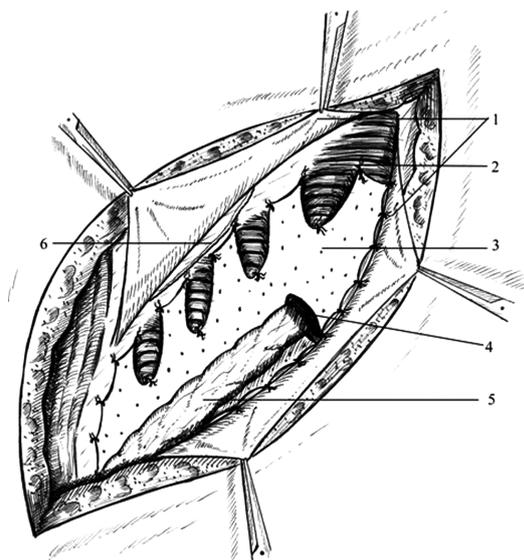


Рис. 4. Замещение дефекта влагалища прямой мышцы вторым аутодермальным трансплантатом:

1 – апоневроз наружной косой мышцы, 2 – внутренняя косая мышца, 3 – семенной канатик, 4 – медиальный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота, 5 – пупартовая связка, 6 – сформированное колечко вокруг семенного канатика, 7 – консолидирующий второй аутодермальный лоскут

консолидации задней стенки пахового канала комбинированными способами, сочетающими аутопластику с аутодермопластикой (43 случая), рецидивов не отмечено (катамнез до 6 лет).

ВЫВОДЫ

1. Преперитонеальная аутодермопластика в сочетании с аутопластикой передней стенки па-

хового канала недостаточно эффективно предупреждает рецидивы РПГ, частота которых составляет 7,9%.

2. Накопленный нами опыт хирургического лечения РПГ позволяет заключить, что более надежна консолидация задней стенки пахового канала комбинированными способами герниопластики, сочетающими аутопластику с аутодермопластикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности использования эндовидеохирургических методов при устранении рецидивной паховой грыжи / А. Е. Борисов [и др.] // *Клин. хирургия*. – 2003. – № 11. – С. 9.
2. Митин С. Е., Краснощека А. И., Егоренков М. В. Пути улучшения результатов лапароскопической герниопластики // *Клин. хирургия*. – 2003. – № 11. – С. 24.
3. Саенко В. Ф., Бемянский Л. С. Актуальные проблемы современной герниологии // *Клин. хирургия*. – 2003. – № 11. – С. 3–5.
4. Саенко В. Ф., Бемянский Л. С. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи // *Вестн. герниологии*. – Вып. II. – М., 2006. – С. 164–167.
5. Тодуров И. М., Бемянский Л. С. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи // *Актуальные вопросы герниологии : матер. конф.* – М. : ИКАР, 2010. – С. 238–240.
6. Юрасов А. В. Хирургия паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002.
7. Янов В. Н. Термическая обработка аутодермальных имплантатов // *Вестн. хирургии*. – 1975. – № 9. – С. 90–91.
8. Cassim Degani. Operația Shouldice // *Chirurgia peretelui abdominal*. – Vol. I : Hernii primare. – Cluj-Napoca, 2006. – P. 277–299.
9. Groebli A., Meyer R., Fiala J. M. La residue herniare – etude de 100 dossiers // *Helv. Chir. Acta*. – 1980. – Vol. 46, № 5–6. – P. 741–746.
10. Inguinal hernia recurrence: classification and approach / G. Campanelli [et al.] // *Hernia*. – 2006. – Vol. 10, № 2. – P. 159–161.
11. Nyhus L. M. Individualisation of hernia repair // *A New Era Surgery*. – 1993. – Vol. 114. – P. 1–2.
12. Shouldice E. E. Surgical treatment of hernia // *Annual Meeting of Ontario Medical association*. – 1994. – № 9. – P. 3–28.
13. Stoppa R. Wrapping the Visceral Sac into a Bilateral Mesh Prosthesis in Groin Hernia // *Repair. Hernia*. – 2003. – Vol. 7. – P. 2–12.
14. The Use of Dacron in the Repair of Hernias of the Groin / R. Stoppa [et al.] // *Surg. Cl. North Am.* – 1984. – Vol. 64. – P. 269–285.
15. Wantz G. E. Giant Prosthetic Reinforcement of the Visceral Sac // *Surg. Cl. North Am.* – 1998. – Vol. 78. – P. 1075–1087.