

© С. А. Алиев, Э. С. Алиев, 2013
УДК 617.557-007.43-089.85

С. А. Алиев, Э. С. Алиев

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Г. А. Султанов) Азербайджанского медицинского университета, г. Баку

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, качество жизни

Введение. Проблема хирургического лечения паховых грыж (ПГ) не стареет и на протяжении многих десятилетий остается актуальной. Несмотря на то, что в арсенале хирургического лечения ПГ существуют более 600 способов и модификаций, отдаленные результаты паховой герниопластики оставляют желать лучшего, что объясняется нежелательно стабильным уровнем рецидивов — 10–25% [3, 5, 11].

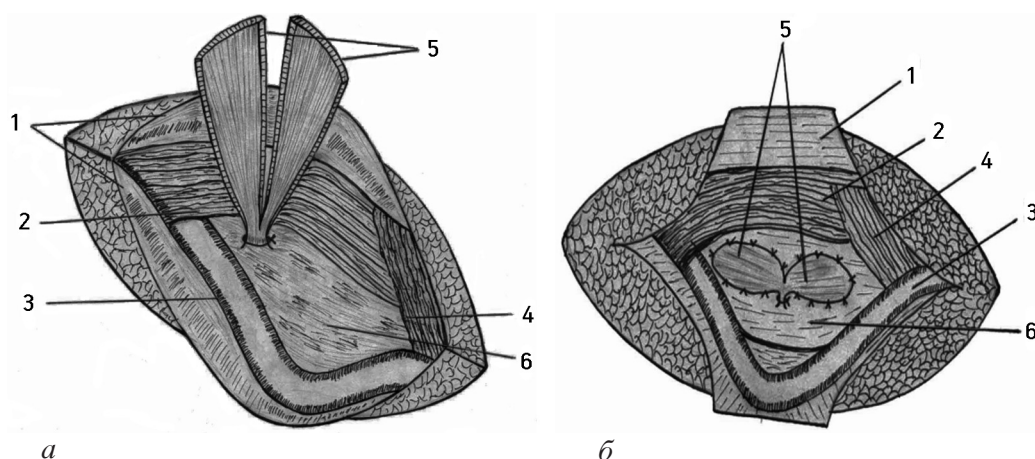
Современные успехи герниологии за последние десятилетия ознаменовались широким внедрением в клиническую практику ненапряжных способов пластики с применением синтетических сетчатых эндопротезов, что позволило уменьшить частоту рецидивов ПГ до 0,9–3,8% [1, 2, 13–15]. Однако использование сетчатых имплантатов нередко сопровождается развитием таких осложнений, как нагноение раны, инфильтраты, серомы, длительно незаживающие парапротезные свищи, секвестрация имплантата [8]. С другой стороны — при имплантации эндопротезов в ткани происходит сморщивание их в размерах на 30% в течение 1 года, что также может приводить к рецидиву грыжи [6]. В герниологической практике в качестве материала эндопротезов чаще всего используется полипропилен, который не обладает памятью формы и может деформироваться в зоне пластики, что создает предпосылки для возникновения рецидива грыжи [8]. Развитие местных осложне-

ний по типу тканевой реакции в зоне пластики связано с типичным для полипропилена феноменом асептического воспаления и последующего образования плотной соединительной ткани [12]. Недостаточная интеграция эндопротеза в тканях вследствие нарушения репаративных процессов является одной из основных причин рецидива ПГ после протезирующей герниопластики [10]. Установлена зависимость темпа и интенсивности происходящих репаративных процессов от способа пластики, свойства эндопротеза, степени удаленности от центра зоны пластики (имплантации). Активная тканевая реакция на эндопротез ведет к значительным различиям в количестве, но не обязательно в качестве рубцовой ткани. Совершенствование синтетических материалов, улучшение текстильной структуры, прочностных свойств, биоинертности и тканевой совместимости герниопротезов, возможно, в обозримом будущем позволят улучшить результаты протезирующих паховых герниопластик [4].

По данным ряда авторов [8, 9], оптимальными синтетическими материалами для пластики грыж брюшной стенки являются поливинилденфторид и реперен. Экспериментально-клиническими исследованиями В. В. Паршикова и соавт. [8] по сравнительному изучению степени выраженности морфологической реакции тканей брюшной стенки на имплантацию полипропилена и реперена выявлено, что реперен, являясь биоинертным материалом, вызывает незначительную тканевую реакцию и менее выраженный воспалительно-

Сведения об авторах:

Алиев Садай Ааглар оглы, Алиев Эмиль Садай оглы, кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет, Az 0001, Азербайджан, г. Баку, ул. Бакиханова, 23



Схематическое изображение укрепления (реконструкции) задней стенки пахового канала лоскутами из грыжевого мешка.

а, б — этапы операции (объяснение в тексте).

1 — рассеченный апоневроз наружной косой мышцы живота; 2 — нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота; 3 — семенной канатик; 4 — наружный край прямой мышцы живота; 5 — лоскуты из грыжевого мешка; 6 — поперечная фасция

рубцовый процесс в зоне пластики по сравнению с полипропиленом. По мнению авторов, использование данного материала весьма перспективно при пластике ПГ.

В настоящее время, несмотря на широкое внедрение в клиническую практику «ненатяжной» методики паховой герниопластики с применением аллопластических материалов, поиск безрецидивных способов грыжесечения с использованием собственных тканей остается актуальным [7].

Цель работы — сравнительный анализ результатов хирургического лечения ПГ в зависимости от способов пластики задней стенки пахового канала и с учетом качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Материал и методы. Работа основана на сравнительной оценке эффективности ауто- и аллопластических способов герниопластики у 148 больных с различными видами паховых грыж. В исследование включены больные с первичными ПГ. Все больные разделены на 2 группы. 1-ю (основную) группу составили 73 (49,3%) больных в возрасте от 23 до 45 лет. Мужчин было 65, женщин — 8. У 60 (82,2%) больных была прямая ПГ, у 13 (17,8%) — косая. Правосторонняя локализация грыжи отмечена у 53 (72,6%), левосторонняя — у 20 (27,4%) больных. Длительность «грыжевого» анамнеза колебалась от 2 до 4 лет. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 75 (50,7%) больных в возрасте от 22 до 47 лет. Мужчин — 66, женщин — 9. У 63 (70,7%) больных была прямая ПГ, у 12 (29,3%) — косая. Правосторонняя ПГ была у 53 больных, левосторонняя — у 22. Срок грыжесительства у этих больных варьировал от 3 до 5 лет. Таким образом, сопоставление таких показателей, как возраст и пол больных, локализация и вид ПГ, длительность заболевания по клиническим группам, показывает, что различия между приведенными показателями статистически недостоверны, что позволяет провести сравнительную характеристику между указанными группами.

Оценку репродуктивной функции проводили, основываясь на данных клинического исследования (осмотр, пальпация мошонки и яичек), определении кремастерного рефлекса, орхидометрии по данным УЗИ, уровня тестостерона в сыворотке крови, доплерографии сосудов яичка, анализа спермограммы. Качество жизни пациентов изучали через 4 года на основании анкетного обследования при помощи Европейского опросника SF-36 [44]. Результаты представляли в виде оценки по 8 шкалам: физическое функционирование (Physical Functioning — PF), ролевое физическое функционирование (Role Physical Functioning — RP), интенсивность болевого синдрома (Bodily pain — BP), общее состояние здоровья (General Health — GH), жизненная активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), ролевое эмоциональное функционирование (Role-Emotional — RE), психическое здоровье (Mental Health — MH). Вопросы SF-36, варианты ответов и соответствующее им количество баллов анализированы методами медицинской статистики с использованием критерия Mann—Whitney. Полученные результаты интегрировали в два показателя: 1) физический компонент здоровья; 2) психический компонент здоровья.

С целью улучшения результатов хирургического лечения ПГ с использованием собственной ткани нами разработана и внедрена в практику методика укрепления (реконструкции) задней стенки пахового канала (модификация способа паховой герниопластики по Бассини). Суть предложенной методики заключается в следующем: после вскрытия грыжевого мешка и вправления содержимого в брюшную полость грыжевой мешок прошиваем у шейки, но не отсекаем¹.

Грыжевой мешок продольно рассекаем до ушитой шейки. При этом образуются 2 противоположных лоскута в виде лопастей резинового вентилятора, которые укладываем на поперечную фасцию и фиксируем к ней отдельными узловыми швами по всему периметру задней стенки пахового канала (рисунк).

¹ Удостоверение на рационализаторское предложение № 537, выданное БРИЗом Азербайджанского медицинского университета от 20.XII.2010 г.

Показанием к применению предложенной методики считаем наличие грыжевого мешка средних размеров и отсутствие воспалительных изменений в нем. При этом оптимальная ширина лоскутов должна быть не менее 3 см, длина — не менее 5 см.

Разработанная нами методика реконструкции задней стенки пахового канала с использованием лоскутов из грыжевого мешка применена у 73 больных основной группы. Всем этим пациентам выполнили традиционную герниопластику по Бассини только с той разницей, что нижние края внутренней косой и поперечной мышц живота подшивали к паховой связке без захвата в швы реконструированной задней стенки пахового канала. Не претендуя на приоритетность, считаем, что высокие пластические свойства брюшины, несомненно, повысят надежность укрепления задней стенки пахового канала у больных со слабой прочностью поперечной фасции при условии применения рациональной методики аутогерниопластики.

Больным контрольной группы пластику задней стенки пахового канала производили по классической методике Лихтенштейна с применением полипропиленового имплантата. Всех больных оперировали под местной инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневскому.

Критериями для сравнения ближайших результатов двух способов паховой герниопластики служили выраженность послеоперационного болевого синдрома и частота осложнений. Отдаленные результаты оценивали по частоте раневых осложнений, послеоперационной хронической боли, срокам стационарного лечения после операции, трудовой реабилитации и наличию рецидива грыжи.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения ПГ с применением ауто- и аллопластических способов герниопластики изучены у 66 (90,4%) пациентов основной группы, у 64 (85,3%) — контрольной.

Изучение влияния способов паховой герниопластики на степень выраженности и продолжительность послеоперационного болевого синдрома показывает, что длительность боли составила в основной группе 1 сут, в контрольной — 2–3 сут. В группе больных, перенесших модифицированную методику аутогерниопластики, болевой синдром в раннем послеоперационном периоде не потребовал применения наркотических анальгетиков, что свидетельствует о заметном снижении степени травматичности операции. У больных основной группы какие-либо осложнения в зоне пластики в раннем послеоперационном периоде и рецидивы грыжи в отдаленном периоде не отмечены. Средний срок стационарного лечения больных составил $(3,8 \pm 0,2)$ койко-дня, средний срок трудовой реабилитации — $(30,4 \pm 5,3)$ сут.

В контрольной группе ранние осложнения в области послеоперационной раны наблюдали у 16 (21,3%) больных: гематома — у 2, серома — у 6, инфильтрат — у 3, нагноение раны — у 3, лигатурные свищи — у 2. Рецидив грыжи отмечен у 2 (2,7%) из 75 больных. Преобладающее

большинство больных, оперированных по классической методике Лихтенштейна, жаловались на дискомфорт и ощущение инородного тела в паховой области, которые сохранялись в течение 3 мес после герниопластики. Наиболее частым и длительно протекающим осложнением отдаленного послеоперационного периода у больных контрольной группы явилась хроническая боль в паховой области. При изучении частоты синдрома хронической боли в зависимости от длительности послеоперационного периода установлено, что на 2-м месяце после пластики по Лихтенштейну хроническая боль, ограничение подвижности и ригидности брюшной стенки в зоне имплантации полипропиленовой сетки имелись у 13 (17,3%) из 75 больных, на 6-м месяце — у 6 (8%). На 12-м месяце после операции на хроническую боль в паховой области жаловались 3 (4%) больных. Полное прекращение хронической боли у всех пациентов, перенесших герниопластику по этой методике, отмечено на 18-м месяце после операции.

Таким образом, хроническая боль в паховой области, наблюдаемая в отдаленном послеоперационном периоде, является наиболее длительно протекающим осложнением, существенно влияющим на качество жизни пациентов, перенесших аллогерниопластику по Лихтенштейну. При исследовании репродуктивной функции выявлена склонность к гипотрофии и угнетению кремастерного рефлекса у 52 (78,8%) из 66 больных контрольной группы, у которых также было отмечено достоверное снижение уровня тестостерона по сравнению с дооперационным показателем. У этих больных, по данным ультразвуковой доплерографии сосудов яичка, выявлено значительное снижение кровотока в яичке. Спермограмма у больных данной группы характеризовалась достоверным снижением количества и подвижности сперматозоидов. Средняя длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре составила $(7,2 \pm 0,5)$ койко-дня. Средний срок возвращения к физическому труду составил $(33,6 \pm 7,2)$ дня.

Показатели качества жизни, полученные с помощью опросника MOS SF-36, оценивали по клиническим группам. В основной группе: PF — 84,2; RP — 81,5; GH — 71,2; VT — 58,8; SF — 77,5; RE — 76,2; MH — 77,2. В контрольной группе: PF — 86,2; RP — 82,8; BP — 86,8; GH — 69,4; VT — 57,6; SF — 77,4; RE — 75,4; MH — 76,7.

Таким образом, оценка качества жизни по двум основным показателям опросника SF-36: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья показал, что уровень

качества жизни у пациентов после реконструкции задней стенки пахового канала аутопластическим способом несколько выше, чем после аллогерниопластики по Лихтенштейну. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения ПГ с применением двух способов пластики показывает, что аутогерниопластика с использованием грыжевого мешка по ближайшим и отдаленным результатам не уступает аллогерниопластике по методике Лихтенштейна.

Выводы. 1. Реконструкция поперечной фасции с использованием грыжевого мешка, являясь более физиологичной операцией, отличается технической простотой, малой травматичностью и обеспечивает максимальное сохранение функции пахового канала.

2. Удовлетворительные функциональные результаты, а также отсутствие послеоперационных осложнений и рецидивов грыжи свидетельствуют об эффективности предложенного способа, что дает основание рекомендовать его при хирургическом лечении ПГ средних размеров у пациентов молодого возраста.

3. Применение аутопластической методики с использованием грыжевого мешка позволяет сократить сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре и трудовой реабилитации, а также улучшить качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Алекберзаде А. В., Калюжная Е. Н., Липницкий Е. М. Результаты пластики пахового канала по Lichtenstein // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов (Москва, 20–21.10.2010 г.). М., 2010. С. 15–17.
- Алишихов Ш. А., Богданов Д. Ю., Матвеев Н. Л., Киреев А. А. Результаты применения протезирующих паховых герниопластик // Там же. С. 21–23.
- Бабуринов А. Б., Самсонов А. В., Паршиков В. В. и др. Возможные пути профилактики рецидивов паховых грыж // Там же. С. 26–27.
- Винокурова Т. И. Исследование прочностных свойств эндопротеза для герниопластики // Материалы 1-й Международной конференции «Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии. М.: Альманах Ин-та хирургии им. А. В. Вишневского, 2008. Т. 2. С. 22–24.
- Десяткин В. Б., Павленко В. В., Старченков С. Б. и др. Результаты лечения больных с паховыми грыжами различными способами герниопластики задней стенки пахового канала // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов (Москва, 20–21.10.2010 г.). М., 2010. С. 84–86.
- Клише У., Конце И., Ануров М. Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование) // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». М., 2002. С. 21.
- Митин С. Е., Безверхий А. В., Дорошенко С. В., Черемухин А. Ф. Первый опыт использования операции М. Р. Deasarda для лечения паховой грыжи у лиц призывного возраста // Актуальные вопросы герниологии. Материалы VII конференции герниологов (Москва, 20–21.10.2010 г.). М., 2010. С. 150–151.
- Паршиков В. В., Романов Р. В., Градусов А. В. и др. Экспериментально-клиническое обоснование применения эндопротеза из реперена для пластики брюшной стенки // Вестн. хир. 2010. № 4. С. 26–30.
- Седов В. М., Гостевской А. А., Тарбаев С. Д. и др. Сетчатые имплантаты из поливинилиденфторида в лечении грыж брюшной стенки // Вестн. хир. 2008. № 2. С. 16–21.
- Сурков Н. А., Заринская С. А., Виссарионов В. А. и др. Особенности репаративных процессов передней брюшной стенки в зоне имплантации сетки из пролена // Анн. пласт., реконстр. и эстет. хирургии. 2002. № 1. С. 52–61.
- Тодуров И. М., Белянский Л. С. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов (Москва, 20–21.10.2010 г.). М., 2010. С. 238–240.
- Conze J., Kingstnorth A. N., Flament J. B. et al. Randomized clinical trial comparing lightweight composite mesh with polyester or polypropylene mesh for incisional hernia repair // Br. J. Surg. 2005. Vol. 92, № 12. P. 1488–1493.
- Civello I. M., Frontera D., Pittiruti M. et al. Tension-free hernioplasty: technical remarks and personal experience // Ann. Ital. Chir. 1997. Vol. 68, № 3. P. 343–345.
- Horeysek G., Roland F., Rolfes N. «Tension-free» repair of inguinal hernia: laparoscopic (TAPP) versus open (Lichtenstein) repair // Chirur. 1996. Vol. 67, № 10. P. 1036–1040.
- Paganini A. M., Lezorche E., Carle F. et al. A randomized, controlled, clinical study of laparoscopic vs open tension-free inguinal hernia repair // Surg. Endosc. 1998. Vol. 12, № 7. P. 979–986.

Поступила в редакцию 06.02.2013 г.

S. A. Aliev, E. S. Aliev

MODIFIED METHOD OF INGUINAL HERNIOPLASTY

Department of surgical diseases № 1, Azerbaijanian Medical University, Baku

The work is devoted to the hernioplasty method, which provides the strengthening of back wall of the inguinal canal by autogenous tissues, which were the walls of the hernial sac. After dissection of hernial sac, two muscle flaps were formed and fixed to transverse fascia on the whole perimeter of the inguinal canal. The control group consists of 64 patients and main group — 66 (90.4%). The Lichtenstein operation was performed in control group. In contrast, the method, suggested by the authors, was used in the main group. The patients with hernioplasty were carefully and sufficiently examined in order to make an objective comparative analysis of the results. The results of the review allow the authors to confirm, that the suggested hernioplasty method provides stable local homeostasis of tissues and high quality of life.

Key word: *inguinal hernia, hernioplasty, quality of life*