

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Владислав Казимирович Островский, Игорь Евгеньевич Филимончев

Кафедра общей и оперативной хирургии (зав. – проф. В.К. Островский)

Ульяновского государственного университета

Реферат

В зависимости от локализации рецидивирующих паховых грыж, а также интраоперационных находок и технических погрешностей во время первичных операций авторами выявлено пять видов рецидивов паховых грыж – латеральные, срединные, «медиальные», тотальные и ложные. Профилактика рецидивов паховых грыж включает обязательное укрепление задней стенки пахового канала, использование методов пластики, не приводящих к натяжению сшиваемых тканей, сшивание однородных тканей. Использование аллопластики и разработанного нами способа пластики позволило добиться снижения частоты рецидивов паховых грыж.

Ключевые слова: паховые грыжи, рецидивы, профилактика.

В публикациях, посвященных паховым грыжам, отмечается высокая частота послеоперационных рецидивов. По сводным данным О.Б. Милонова и соавт. [6], рецидивы при прямых паховых грыжах возникают у 18–24% пациентов, при крупных грыжах – у 18–25%, скользящих – у 43%. По В.В. Жебровскому [2], частота рецидивов паховых грыж колеблется от 11 до 35%.

Мы считаем справедливым высказывание Е. Rhen: «Радикальная операция при рецидивных грыжах является исключительно трудной главой хирургии» [2].

Эволюция подходов к пластике пахового канала при грыжесечении отражена в основных работах, посвященных лечению паховых грыж. Так, в 70-х годах XX века указывалось, что при косых паховых грыжах показана пластика передней стенки пахового канала, а при прямых грыжах – пластика задней стенки [4]. Обсуждался вопрос об индивидуализации пластики стенок пахового канала в зависимости от особенностей его строения, способной положительно повлиять на результаты лечения [2]. Рекомендовалось укреплять переднюю стенку пахового канала. При косых грыжах, если задняя стенка обладала достаточной прочностью, рекомендовалось укрепление передней стенки пахового ка-

нала, а в случае прямых паховых и крупных косых грыж с выпрямленным каналом – пластика с укреплением задней стенки пахового канала [4]. В последнее время появляется все больше сторонников отказа от пластики передней стенки пахового канала [6].

Среди хирургов получил распространение принцип, согласно которому при пластике грыж не должно быть натяжения сшиваемых тканей, сшиваться должны однородные ткани [1]. Популярность приобрела пластика грыж брюшной стенки с использованием полипропиленовой сетки (по Лихтенштейну) [8, 9]. По мнению отдельных авторов [1], герниология стала развиваться в тупиковом направлении, реализуя весь научный потенциал на разработку новых аллотрансплантатов. Мы считаем, что необходимо продолжать работу по разработке методов пластики с использованием собственных тканей больного.

Нами проанализировано 113 случаев рецидивирующих паховых грыж и результатов лечения 1033 больных, оперированных по поводу первичных косых и прямых паховых грыж с 2000 по 2009 г. Большинство (95%) пациентов были мужского пола, при первичных грыжах их число составило 107 из 113, при рецидивирующих – 981 из 1033. У больных старше 49 лет рецидивы паховых грыж выявлены в 91 (80,4%) случае, первичные грыжи – у 772 (74,7%). В старшей возрастной группе также преобладали лица с паховыми грыжами – 763 (73,9%) из 1033 больных. В 61 (54,1%) случае рецидивы развились после операций по поводу прямых паховых грыж и в 24 (21%) – косых грыж.

Мы выделили следующие пять типов рецидивирующих паховых грыж.

1. Грыжевой мешок вместе с семенным канатиком выходит рядом с местом выхода семенного канатика из брюшной полости через глубокое паховое кольцо в

проекции наружной латеральной паховой ямки. Такой рецидив наблюдается при пластиках по Постемпскому. Грыжевое образование обычно диаметром 3–4 см, округлой формы, расположено в верхней трети послеоперационного рубца и из-за разрушения оболочек семенного канатика во время предыдущей операции в мошонку обычно не спускается. Данный тип рецидива может быть обозначен как латеральный. Такой рецидив возникает в связи с недостаточно плотным обшиванием поперечной фасции и других тканей вокруг семенного канатика в проекции внутреннего пахового кольца [3, 5], а также из-за неполного сшивания краёв рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота в месте выхода семенного канатика при пластике по Постемпскому. Данный тип рецидива наблюдался у 7 (6,2%) оперированных больных. Профилактикой латерального рецидива является тщательное ушивание краев рассеченного апоневроза и других тканей вокруг семенного канатика.

2. Грыжевой мешок выходит в средней части пахового канала, проецируясь на среднюю часть послеоперационного рубца. Рецидив возникает при расхождении швов между пупартовой связкой и внутренним листком апоневроза наружной косой мышцы живота после пластики по Постемпскому, а также из-за недостаточно плотного ушивания поперечной фасции, слабость апоневроза наружной косой мышцы живота, редких швов при пластике и широкого пахового канала. Грыжевой мешок округлой формы и в мошонку не спускается. Данный тип рецидива обнаружен у 4 (3,5%) пациентов и обозначен как срединный. Профилактика такого рецидива основана на тщательном ушивании поперечной фасции, а при слабости апоневроза — на использовании аллопластических материалов.

3. Выход грыжевого мешка под кожу через латеральное отверстие пахового канала. Данный вид рецидива, обозначенный нами как медиальный, наблюдается после пластики передней стенки пахового канала в условиях слабости его задней стенки и при широком паховом промежутке и имел место в наших наблюдениях у 56 (49,7%) пациентов. Грыжевой мешок имеет овальную форму, может спускаться

в мошонку. Этот рецидив также был диагностирован у 8 (7,4%) больных после операций по поводу прямых паховых грыж в результате недостаточно плотного подшивания апоневроза наружной косой мышцы живота к лонному бугорку при пластике по Постемпскому. Медиальные рецидивы встречались наиболее часто — у 63 (57,8%) пациентов. Профилактика данного рецидива — пластика задней стенки пахового канала при косых паховых грыжах, а также обязательное подшивание медиального листка апоневроза наружной косой мышцы живота к лонному бугорку при пластике по Постемпскому.

4. Полное расхождение краев пупартовой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота с разрушением задней стенки пахового канала, представленной грыжевым мешком (чаще после пластики по Постемпскому). Грыжевое образование овальной формы и больших размеров располагается по ходу всего послеоперационного рубца и в мошонку не спускается. Данный вид рецидива был диагностирован у 9 (7,9%) пациентов и обозначен нами как тотальный. Профилактика такого рецидива включает пластику задней стенки пахового канала, сужение расширенного внутреннего отверстия пахового канала путем обшивания тканей вокруг места выхода семенного канатика из брюшной полости, тщательное ушивание поперечной фасции, обязательное подшивание медиального листка апоневроза наружной косой мышцы живота к лонному бугорку при пластике по Постемпскому, а при разволокненности апоневроза наружной косой мышцы живота — использование аллопластических материалов.

5. Формирование прямой паховой грыжи спустя более 10 лет после проведенной в молодом возрасте пластики передней стенки пахового канала по поводу косой паховой грыжи. Не является рецидивом («ложный» рецидив), а представляет собой первичную прямую паховую грыжу, не связанную с проведенной в прошлом операцией. Данный вид грыжи имел место у 29 (25,6%) пациентов.

С 2004 г. при всех видах паховых грыж в нашей клинике производится пластика только задней стенки пахового канала. Кроме того, мы не используем методы пластики задней стенки пахового канала, кото-

рые могут вызвать даже минимальное натяжение сшиваемых тканей (пластика по Постемпскому и Кукуджанову). С 2004 г. мы применяем аллопластику полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну [8, 9] и двуслойную пластику с помощью лоскута, выкроенного из влагалища прямой мышцы живота по оригинальному методу [7].

До внедрения в практику новых подходов к лечению паховых грыж было прооперировано 645 больных. Отдаленные результаты лечения (от 1 до 5 лет) изучены у 429 пациентов. Паховая грыжа рецидивировала у 8 (1,8%) пациентов. После внедрения в практику пластики по Лихтенштейну и предложенному нами способу было проведено 388 операций. Отдаленные результаты от одного года до 4 лет изучались у 290 больных: рецидивы развились только у 2 (0,7%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной герниопластики» // Герниология. — 2004. — № 4. — С. 3–7.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М.: ООО МИА, 2005. — 384 с.
3. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. — М.: Медицина, 1968. — 171 с.
4. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. — М.: Меди-

цина, 1969. — 440 с.

5. Лаврова Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. — М.: Медицина, 1979. — 104 с.

6. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.

7. Островский В.К. Метод пластики задней стенки пахового канала при паховых грыжесечениях // Казанский мед. ж. — 2009. — №3 (10). — С. 434–435.

8. Lichtenstein J.J. The tension free hernioplasty // Am. J. Surg. — 1989. — Vol. 57. — P.188–193.

9. Lichtenstein J.J. Twenty guestens about hernioplasty // Am. J. Surg. — 1991. — Vol. 57. — P.730–733.

Поступила 28.09.09.

NEW APPROACHES TO PREVENTION OF RECURRENCE OF INGUINAL HERNIAS

V.K. Ostrovsky, I.E. Filimonchev

Summary

Depending on the localization of recurrent inguinal hernias, as well as on the intraoperative findings and the identified technical errors during the initial operations the authors identified five types of recurrent inguinal hernias (lateral, median, medial, total and false). Prevention of recurrences of inguinal hernias includes mandatory strengthening the back wall of the inguinal canal, the usage of plastics methods, which do not lead to tension of the sewed tissues, stitching together homogeneous tissue. The usage of alloplastics and a newly developed method has made it possible to reduce the frequency of recurrences of inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia recurrences, prevention.

616.64.643:002.2:576.893.161.21:616.97

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРЕТРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Расим Миндрахманович Абдрахманов¹, Булат Васильевич Халилов¹,
Дмитрий Валентинович Рюмин²

¹Кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. Р.М. Абдрахманов) Казанского государственного
медицинского университета, ² кафедра дерматовенерологии и клинической микологии с курсом
лабораторной диагностики и лабораторной микологии (зав. — проф. Э.А. Баткаев)

Российской медицинской академии последипломного образования

Реферат

Проведено обследование 258 больных хроническим рецидивирующим трихомониазом в Казани и Москве методами сухой и ирригационной уретроскопии. Обнаружена сравнительная частота диагностических находок, среди которых преобладали мягкие инфильтраты передней (23,6%) и задней (25,2%) уретры. Отмечены варианты топических особенностей современного течения урогенитального трихомониаза с поражением поверхностных слоёв слизистой оболочки уретры.

Ключевые слова: урогенитальный трихомониаз, влагалищные трихомонады, уретроскопия, структура диагностических находок, топическая диагностика.

Урогенитальный трихомониаз — инфекционно-воспалительное заболевание мочеполовой системы, вызванное простейшим одноклеточным паразитом *Trichomonas vaginalis*. Инфекция передается преимущественно половым путем и может протекать как в виде бессимптомного носительства, так и в клинически выраженных формах. Инкубационный период варьирует от 4 до 28 дней примерно у 50% больных, но может сокращаться