

ID: 2013-03-24-A-2573

Оригинальная статья

Середин С.А., Баулин А.В., Ивачев А.С.

**Новый способ герниопластики при паховых грыжах***ГБОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей**ФГБОУ ВПО Пензенский государственный университет***Резюме**

В работе анализированы результаты лечения 92 больных с паховыми грыжами, оперированных по разработанному в анатомо-хирургическом эксперименте новому способу паховой герниопластики. В сроки наблюдения до 28 месяцев рецидивов грыжи не выявлено.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, герниопластика

**Введение**

Герниология сегодня – это бесспорный приоритет протезирующих способов герниопластики. Аутопластические способы в большинстве крупных хирургических центров становятся казуистикой, а съезды и конференции герниологов посвящены обсуждению новых материалов для пластики и результатов протезирующих операций. Это привело к тому, что на некоторое время аутопластика была практически оставлена, как не обеспечивающая адекватное восстановление брюшной стенки. Работа индийского хирурга М. Desarda, предложившего так называемый «физиологический» способ герниопластики вызвала большое количество споров, поскольку автор впервые противопоставил аутопластический способ герниопластики протезирующим технологиям [1]. Восстанавливая историческую справедливость следует отметить, что описанный М. Desarda способ в чем то схож со способом Д.В. Усова, (1961), упоминание о котором мы нашли в книге И.Л. Иоффе «Оперативное лечение паховых грыж», вышедшей в далеком 1968 году [2]. Познакомившись с работами профессора В.В. Власова и С.Р. Микитюка [3] мы заинтересовались данным способом герниопластики, что явилось побуждающим фактором выполнения настоящего исследования. Мы не одиноки в своем научном и практическом любопытстве, что подтверждают работы и других исследователей [4]. Итогом наших изысканий стала разработка способа паховой аутогерниопластики, объединившего в себе некоторые новые и уже забытые практикующими хирургами анатомические и хирургические особенности строения пахового канала.

**Цель работы:** определить эффективность транспозиции фрагмента апоневроза наружной косой мышцы живота для укрепления задней стенки пахового канала у больных паховыми грыжами.

**Материал и методы**

Для достижения поставленной цели нами было принято решение отработать в анатомо-хирургическом эксперименте технологию укрепления задней стенки пахового канала перемещенным фрагментом апоневроза наружной косой мышцы живота. На анатомическом препарате изучена возможность транспозиции фрагмента апоневроза наружной косой мышцы живота для укрепления задней стенки пахового канала.

Экспериментальное исследование проведено билатерально на 10 нефиксированных трупах лиц мужского пола средней и старшей возрастной группы, спустя 10 – 14 часов с момента смерти. Было установлено, что при сохраненной структуре апоневроза наружной косой мышцы живота перемещение мобилизованного фрагмента до 1,5 – 2см шириной не вызывает каких-либо затруднений при высоте пахового промежутка до 3 см (n=12). При паховом промежутке более 3 см (n=8) в пяти случаях мы наблюдали разволокнение апоневротического лоскута, что в условиях клинического применения может привести к рецидиву грыжи и, по-нашему мнению, требует дополнительных приемов, способствующих уменьшению высоты пахового промежутка.

При лапароскопии, выполняя осмотр зоны пахового промежутка, мы неоднократно визуализировали структуры, определяющие своеобразный «замыкательный» механизм в данной зоне. Напряжение мышц брюшного пресса приводит к сближению апоневротической арки поперечной мышцы живота и подвздошно-лонного тракта, обуславливая физиологический механизм, укрепляющий заднюю стенку пахового канала и препятствующий образованию дефекта за счет частичного перекрытия слабого места брюшной стенки мышечно-апоневротическим массивом. Данное наблюдение убедило нас в патофизиологической обоснованности укрепления во время операции по поводу паховой грыжи именно задней стенки пахового канала.

Проведя анализ данных клинических наблюдений и анатомо-хирургического эксперимента нами был разработан новый способ паховой аутогерниопластики, в основе которого лежит транспозиция фрагмента апоневроза наружной косой мышцы живота для укрепления задней стенки пахового канала, равно как и при способе В.Д. Усова и М. Desarda. На разработанный способ герниопластики мы получили патент РФ № 2445928. Особенности разработанного нами способа заключаются в следующем. После завершения манипуляций с грыжевым мешком верифицируем и выделяем две наиболее важные структуры задней стенки пахового канала – апоневротическую дугу поперечной мышцы живота и подвздошно-лонный тракт, и производим сшивание этих структур непрерывным швом начиная от их медиального края до внутреннего отверстия пахового канала (рис. 1).

Данный прием обеспечивает низведение поперечной и внутренней косой мышцы живота ближе к паховой связке. Далее фиксируем верхний край рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота позади семенного канатика к паховой связке, формируя внутреннее отверстие пахового канала. После этого производим рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, отступая около двух сантиметров вверх от линии предыдущего шва на всю длину пахового канала, формируя при этом апоневротический лоскут (фрагмент), который будет использован для укрепления задней стенки пахового канала. Указанный разрез проходит через дефект в апоневрозе, соответствующий месту выхода подвздошно-пахового нерва. В настоящее время мы считаем более выгодным вначале выполнять формирование апоневротического фрагмента, а затем производить его фиксацию к паховой связке, что уменьшает натяжение апоневроза и препятствует его разволокнению. В отличие от методики М. Desarda, после рассечения апоневроза обнажается не мышечная, а апоневротическая часть внутренней косой мышцы живота, к которой производим фиксацию верхнего края образовавшегося апоневротического лоскута отдельными узловыми швами (рис. 2).

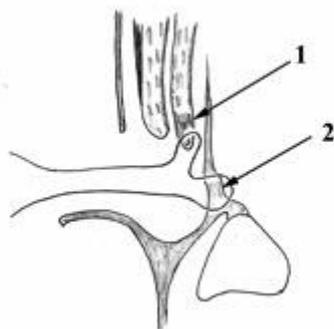


Рис. 1. Схема фиксации апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке.

Примечание: 1 - апоневроз наружной косой мышцы живота (зона предстоящего рассечения). 2 - шов апоневроза и паховой связки.

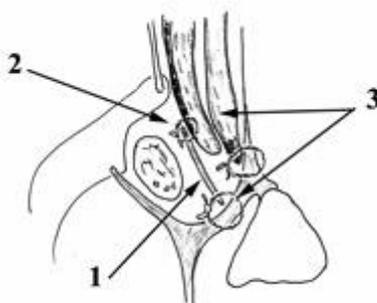


Рис. 2. Схема укрепления задней стенки пахового канала.

Примечание: 1 - апоневротический лоскут сформированный из апоневроза наружной косой мышцы живота. 2 - шов лоскута к апоневротической части внутренней косой мышцы живота. 3 - новая задняя стенка пахового канала.

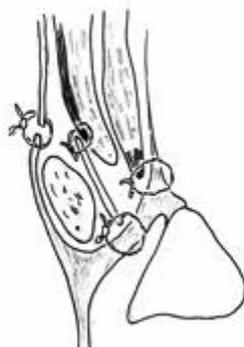


Рис. 3. Окончательная схема пластики

В завершении пластики над канатиком сшиваем оставшиеся свободными края апоневроза наружной косой мышцы живота (рис. 3).

Таким образом, для укрепления задней стенки пахового канала используется фрагмент (лоскут, полоска) апоневроза наружной косой мышцы живота, сохранившая связь с основным апоневрозом по внутреннему и наружному краям.

#### Результаты

С декабря 2009 по июнь 2012 гг. отслежены результаты 92 пластик по разработанному способу у мужчин в возрасте от 18 до 75 лет. У 69 пластика произведена в плановом порядке, у 23 – при ущемленной паховой грыже. Срок наблюдения до 28 месяцев. Болевой синдром после операции не выражен и не требует назначения наркотических анальгетиков в абсолютном большинстве случаев. Активизация больных в течение 12 часов после операции. В двух случаях (2,2%) отмечено образование гематомы в подкожной клетчатке в первые сутки после операции. Осложнений инфекционно-воспалительного характера не отмечено. Все оперированные пациенты вернулись к привычной деятельности. Рецидивов на сегодняшний день не выявлено.

Мы продолжаем исследование и в настоящее время число выполненных пластик по описанному выше способу превысило 120. Всех оперированных осматриваем спустя 1, 3, 6, 12 и по возможности 24 месяцев на предмет выявления возможных осложнений и рецидивов, а так же с целью изучения качества жизни пациентов в сравнительном аспекте.

#### **Заключение**

Широкое внедрение в хирургический обиход протезирующих способов паховой герниопластики способствовало постепенному, практически повсеместному вытеснению способов герниопластики с использованием собственных тканей. В этой связи наша работа определенно отличается от современных исследований, выставляющих аутопластику как фактически порочный метод. Однако нельзя не отметить, что накапливая определенный как позитивный, так и негативный опыт протезирующих операций хирурги стали более осмысленно подходить определению показаний к тому или иному способу пластики. Мы являемся сторонниками индивидуализированного подхода, при котором протезирующие и аутопластические способы герниопластики имеют равные права на существование, а выбор той или иной технологии должен быть обоснован с позиции здравого смысла.

Разработанный нами способ, опирающийся на уже известные технологии, в том числе способ Desarda, по нашим данным, позволяет произвести укрепление задней стенки пахового канала у больных с сохраненным апоневрозом наружной косой мышцы живота и высотой пахового промежутка до 3 см. При высоте пахового промежутка более 3 см считаем возможным применение приемов опосредованной пластики в сочетании с транспозицией апоневроза наружной косой мышцы живота, которая позволяет расширить показания к аутогерниопластике у больных большими и рецидивными паховыми грыжами. Анализ результатов пластики по разработанному нами способу позволяет рекомендовать его как альтернативу ненатяжным методикам паховой герниопластики, особенно в ситуациях, когда эндопротезирование не показано или невозможно по тем или иным причинам.

#### **Литература**

1. Desarda M.P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) // *Hernia*.– 2006.– Vol. 10.– Pp. 143-146.
2. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж.– М.: Медицина, 1968.– 180 с.
3. Власов В.В., Суходоля А.И., Грешило А.А., Микитюк С.Р. Герниопластика паховых грыж методом М.Р. Desarda // *Герниология*.– 2007.– № 1.– С. 44-47.
4. Калантаров Т.К., Еряшев Ф.А., Вакулин Г.В., Бегун М.С. Результаты свободной пластики пахового канала способом Десарда // *Комбинированная и сочетанная патология: проблемы диагностики и лечения в условиях крупных военных лечебных объединений: Тез. Докладов научн.-практ.конф. М: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2010.– С. 29.*