

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.681-007.43-089

В.М. Тимербулатов, Р.А. Ямалов, Р.Р. Фаязов, М.С. Кунафин, О.Г. Труханов

ОПЫТ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО (зав. — чл.-кор. РАМН проф. В.М. Тимербулатов)
Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика по Лихтенштейну.

Введение. В хирургических отделениях герниопластика при паховых грыжах является наиболее часто выполняемой операцией и составляет 10–12% от общего числа хирургических вмешательств [4, 5]. В структуре грыж передней брюшной стенки паховые грыжи занимают первое место, что составляет 75–80% от их общего числа [1, 3, 4].

Общеизвестно, что грыжеобразование является сложной и многоплановой патологией, обусловленной нарушением равновесия между внутрибрюшным давлением и сопротивляемостью брюшной стенки [1, 5]. Многочисленными работами отечественных и зарубежных авторов обосновано ведущее значение слабости задней стенки пахового канала, поперечной фасции наряду с дефектами мышечно-апоневротических структур [1, 3, 5].

Несмотря на существование многочисленных способов пластики пахового канала и улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж, вероятность рецидива после грыжесечения является все еще актуальной проблемой современной хирургии [1, 7]. При сложных формах паховых грыж необходимость укрепления задней стенки признается почти всеми хирургами, но мнения расходятся при выборе способа пластики, который конкретизируется в зависимости от возраста, размеров глубокого пахового кольца, степени изменений поперечной фасции и мышц паховой области [1, 5].

Большинство отечественных хирургов придерживаются традиционной для нашей страны классификации паховых грыж с разделением их на косые и прямые, скользящие, которые, в свою очередь, подразделяются на первичные, реци-

дивные и рецидивирующие, и при различных вариантах грыж выполняют пластику как задней, так и передней стенок [1, 4, 5]. В последние 10 лет данная методология пересмотрена, патогенетически обоснованной считается укрепление задней стенки пахового канала как при косой, так и при прямой грыжах [1–3].

С появлением новых синтетических материалов для имплантации широкое признание получили безнатяжные методики грыжесечения, особенно пластика по Лихтенштейну [1, 6]. Но в период внедрения и освоения данного метода появляются вопросы, связанные с техническим исполнением, осложнениями и рецидивами, что требует анализа и совершенствования метода.

Материал и методы. В больнице скорой медицинской помощи г. Уфы, являющейся нашей клинической базой, грыжесечение по безнатяжной методике с использованием полипропиленовой сетки различных фирм производителей выполняется с 2001 г. Клинический материал составили 1242 больных. По традиционной методике Лихтенштейна операция выполнена у 428 пациентов (контрольная группа больных), из них у 23 (5,3%) — операция выполнена при ущемленных грыжах, у 403 (94,7%) — в плановом порядке. При анализе результатов лечения данной группы больных были выявлены ряд недостатков данной методики. Это, прежде всего, возникновение сером, наличие инфильтратов в области операционных ран. По нашему мнению, развитию этих осложнений во многом способствует ишемия мягких тканей, возникающая при использовании традиционной методики. Кроме того, при больших пахово-мошоночных грыжах восстановление наружного пахового кольца сопровождается чрезмерным натяжением тканей, обуславливая в послеоперационном периоде выраженный болевой синдром. Учитывая все эти недостатки, нами модифицирована методика Лихтенштейна. С 2005 г. все плановые операции грыжесечения производятся по безнатяжной методике сеткой-эндопротезом по Лихтенштейну в модификации клиники — основная группа из 814 больных. Из них 46 (5,6%) — операции выполнены при ущемленных грыжах, 768 (94,4%) — в плановом порядке.

Нами используется классификация E.Nichus [7], позволяющая учитывать патогенез и топографоанатомические характеристики грыж. По данной классификации больные в основной и контрольной группе распределились следующим образом: типа 1 — 11 человек, типа 2 — 62, типа 3А — 736, типа 3В — 351, типа 4 — 82 пациентов. Мужчин было 1124 (90,5%), женщин — 118 (9,5%). Средний возраст больных составил $(48 \pm 3,5)$ лет. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу по классификации E.Nichus. При обследовании больных использовались клинические, лабораторные, биохимические, инструментальные (ЭКГ, спирография, УЗИ, лазерный анализатор капиллярного кровотока — ЛАКК) и статистические методы. Изучали микроциркуляцию в области пахового канала у 24 пациентов в послеоперационном периоде с использованием аппарата ЛАКК-02, производство НПП «ЛАЗМА» (Россия).

Определяли болевой синдром в ранний послеоперационный период по визуально-аналоговой шкале у больных с пластикой наружного пахового кольца.

При анализе мы учитывали существующие недостатки метода Лихтенштейна, в частности причины рецидивов, достигающих, по данным некоторых авторов, 1–3%. Мы полагаем, что возникновение инфильтратов и сером является не только реакцией на «инородное тело», сколько нарушением микроциркуляции в области операционной раны. Применение ненапряжных способов пластики по классической методике Лихтенштейна позволяет существенно снизить болевой синдром в послеоперационном периоде. Однако при больших пахово-мошоночных грыжах, когда имеются дегенеративно-дистрофические изменения апоневроза наружной косой мышцы живота, формирование наружного пахового кольца представляет определенные трудности. При наложении узловых швов возникает натяжение тканей в области наружного пахового кольца.

Учитывая перечисленные недостатки, нами внесены усовершенствования в методику ненапряжного способа герниопластики.

В модификации клиники операция Лихтенштейна выполнялась следующим образом: производят разрез кожи по традиционному доступу, отступая на 2 см от лонного бугорка, длиной от 3 до 4 см в зависимости от конституции пациента. Апоневроз наружной косой мышцы освобождают от жировой клетчатки только по линии рассечения и нет необходимости его широкого выделения как при создании дубликатуры. По вскрытии апоневроза выделяют паховую связку, край внутренней косой и поперечной мышц на 3–4 см до апоневротической части, край влагалища прямых мышц и лонный бугорок. Выделяют пространство под апоневрозом вверх и латерально по ходу разреза для последующего размещения сетчатого протеза. При прямой паховой грыже грыжевой мешок после выделения не вскрывают, а погру-

жают в брюшную полость. Поперечную фасцию над ним ушивают одним или двумя швами полипропиленом. При косой грыже вскрывают влагалищную оболочку семенного канатика. Небольшой грыжевой мешок выделяют до шейки, вскрывают, прошивают или перевязывают в области шейки, отсекают. При большой косой и пахово-мошоночной грыжах иногда более целесообразно сначала выделить шейку грыжевого мешка, прошить ее или перевязать, а затем полностью удалить мешок, при скользящей — удаляют частично и закрывают кисетным швом по краю скользящего органа. После удаления мешка влагалищную оболочку семенного канатика не восстанавливают. После обработки грыжевого мешка семенной канатик обходят диссектором и берут на держалку, семенной канатик острым путем освобождают от связи с подлежащими тканями на всем протяжении раны. При косых паховых грыжах, когда внутреннее паховое кольцо значительно расширено, имеется грыжа с выпрямленным каналом или «пantalонная» грыжа, накладывают несколько узловых швов на поперечную фасцию, формируя, тем самым, внутреннее паховое кольцо. Это необходимо для меньшего натяжения на швы сетки-эндопротеза в 1-е сутки после операции, что, по нашему мнению, является одним из главных факторов, предупреждающих рецидивы грыжи. Для пластики используют полипропиленовую сетку, которую моделируют по форме и размеру мобилизованной задней стенки пахового канала по методике Лихтенштейна. Подготовленный протез укладывают на заднюю стенку пахового канала под семенной канатик и фиксируют непрерывным обвивным швом полипропиленом вначале к лонному бугорку, без захвата надкостницы, и подвздошно-лонной связке, а далее непрерывным швом к паховой связке латеральнее семенного канатика, затем непрерывным швом от лонного бугорка к прямой мышце и сухожильной части внутренней косой мышцы, медиальнее семенного канатика с интервалом в 0,5 см. После проведения семенного канатика в отверстие в сетке хвосты сшивают продолжением непрерывных нитей с обеих сторон. Формируют внутреннее кольцо. Важным является фиксация сетки несколькими швами к сформированному внутреннему краю внутреннего пахового кольца, т. е. к поперечной фасции. Фиксация сетки происходит непрерывным обвивным швом на всем протяжении, что в отличие от фиксации узловыми швами не ведет к ишемизации и последующему перерождению тканей. Апоневроз наружной косой мышцы сшивают узловыми полипропиленовыми швами «край в край», формируют наружное паховое кольцо.

Клинический анализ показал, что удаление грыжевого мешка на болевой синдром в послеоперационном периоде существенно не влияет, а болевой синдром в послеоперационном периоде обусловлен натяжением тканей в области наружного пахового кольца. При оценке течения раннего послеоперационного периода выявлено, что при расширении

Состояние микроциркуляции тканей грыжевых ворот при использовании различных форм швов (n=24)

Показатели	Исходное состояние микроциркуляции тканей грыжевых ворот		Микроциркуляция тканей при фиксации сетки обвивным швом		Микроциркуляция тканей при фиксации сетки узловыми швами	
	Красный канал	Инфракрасный канал	Красный канал	Инфракрасный канал	Красный канал	Инфракрасный канал
Показатель микроциркуляции, ед.	66,24	37,61	57,73	11,56	0	9,5
Сигма, ед.	7,08	16,36	5,91	14,53	0	2,07
Индекс эффективности микроциркуляции, ед.	1,40	0,79	0,97	0,96	0	0,77

наружного пахового кольца более чем на 2 см и при пластике наружного пахового кольца узловыми швами появляется натяжение тканей. Чтобы избежать данного осложнения, мы используем ненатяжную пластику наружного пахового кольца с применением полипропиленовой сетки. Для этого берется треугольный лоскут сетки, и его подшивают к краям апоневроза наружной косой мышцы, начиная от его нижней $1/3$. Болевой синдром после применения данной методики значительно снижается, и уже в 1-е сутки больные не нуждаются в обезболивающей терапии.

Результаты и обсуждение. Болевой синдром по визуально-аналоговой шкале в 1-е сутки составил в контрольной группе 3–4 балла, в основной (у больных с пластикой наружного пахового кольца) — 1–2 балла.

Использование непрерывного шва при укреплении сетки позволило значительно уменьшить степень ишемизации тканей пахового промежутка (таблица), частоту возникновения сером и инфильтратов (1,5% — в контрольной группе и 0,6% — в основной) в послеоперационной ране и, в конечном счете, сократить частоту рецидивов.

При изучении отдаленных результатов лечения рецидив в контрольной группе отмечен у 7 (1,8%) больных, в основной группе — у 2 (0,2%).

Необходимо отметить положительные результаты дооперационной УЗ-диагностики паховых грыж, при которой на дооперационном периоде оценивали состояние пахового промежутка, вид грыжи, что позволило уточнить метод оперативного вмешательства, а также состояние регионарного кровотока и кровотока в семенном канатике в дооперационном и послеоперационном периоде.

Выводы. 1. При больших грыжах с целью профилактики рецидива необходимо формировать внутреннее паховое кольцо путем наложения узловых швов на поперечную фасцию.

2. При расширении наружного пахового кольца более 2 см необходима ненатяжная пластика наружного пахового кольца полипропиленовой сеткой.

3. Фиксировать сетку необходимо непрерывным полипропиленовым швом, что снижает степень ишемизации тканей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоконов В.И., Заводчиков Д.А., Ковалева З.В. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения паховой грыжи натяжными и ненатяжными способами // Новые технологии в хирургии грыж: Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. — Саратов, 2006. — С. 24–26.
2. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики // Герниология. — 2004. — № 4. — С. 3–7.
3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М.: ООО МИА, 2005. — 384 с.
4. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. Хирургическое лечение паховых грыж // Хирургия. — 1982. — № 8. — С. 119–124.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Современные методики хирургического лечения паховых грыж (методические рекомендации). — М., 2003. — С. 13–27.
6. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid, P. The Tension-Free Hernioplasty // Am. J. Surg. — 1989. — Vol. 1989, № 157. — P. 188–193.
7. Nihus E.M. Herniology 1948–1998. Evolution toward excellence // Hernia. — 1998. — Vol. 2 (1). — P. 1–5.

Поступила в редакцию 29.11.2010 г.

V.M.Timerbulatov, R.A.Yamalov, R.R.Fayazov,
M.S.Kunafin, O.G.Trukhanov

EXPERIENCE WITH HERNIOPLASTY AFTER LICHTENSTEIN IN INGUINAL HERNIAS

The presented method of hernioplasty was used in 1242 patients with different types of inguinal hernias. In 428 patients plasty of the inguinal canal was performed by the classical method of Lichtenstein, in 814 patients the method was modified. The method modified by the authors is described in detail. Improved results of treatment are associated by the authors with reduced ischemization of the sutured tissues with reticulate endoprosthesis. Recurrent hernias were noted in 0.2% in the main group, and 1.8% in the control group.