

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

Калантаров Т.К., Яковенко Т.В., Новосельцев А.Е., Медведев А.Ю.,
Травкин С.Б., Павлов Ю.В., Лебедев Р.В.

Тверская государственная медицинская академия Росздрава

УДК: 616.34-007.43-031-039.35 (470.3)

CHARACTERISTICS OF THE SURGICAL TREATMENT OF THE RELAPSING INGUINAL HERNIA IN THE CENTRAL REGION OF RUSSIA

Kalantarov T.K., Yakovenko T.V., Novosel'cev A.E., Medvedev A.Yu., Travkin S.B., Pavlov Yu.V., Lebedev R.V.

Ежегодно в России выполняется до 400 000 операций по поводу паховой грыжи (Протасов А.В. и соавт., 1999; Ороховский В.И., 2000; Борисов А.Е. и соавт., 2002; Жебровский В.В. и Эльбашир М.Т., 2002; Тимошин А.Д. и соавт., 2003; Лукьянчиков А.Н. и соавт., 2008). Рецидив заболевания развивается почти у 10% первично оперированных больных (Черенько М.П. и соавт., 1995; Федоров И.В. и Чугунов А.Н., 2002; Юрасов А.В., 2002; Жебровский В.В., Эльбашир М.Т., 2002; Тимошин А.Д. и соавт., 2003; Нестеренко Ю.А. и Газиев Р.М., 2005; Калантаров Т.К. и соавт., 2008). Устранение рецидивных паховых грыж сопровождается повторным рецидивом у 30–40% пациентов (Жебровский В.В., Эльбашир М.Т., 2002; Тимошин А.Д. и соавт., 2003; Седов В.М. и соавт., 2005; Калантаров Т.К. и соавт., 2008; Лукьянчиков А.Н. и соавт., 2008). Столь высокую частоту неудовлетворительного результата большинство авторов связывают с ошибками выбора способа и непосредственно выполнения пластики пахового канала.

Целью работы явилось определение эффективности разных способов пластики передней брюшной стенки, примененных в общехирургических отделениях муниципальных больниц при устранении рецидивной паховой грыжи.

Изучены результаты лечения 672 мужчин с рецидивной паховой грыжей, оперированных в хирургических отделениях общего профиля 19 районных больниц Московской, Ленинградской и Тверской областей с 1999 по 2005 гг. (табл. 1). Установлен вид первичной и повторной герниоррафии, сроки формирования рецидивных грыж, а так же определена корреляция результата лечения от способа пластики при разной степени компрометирования тканей пахового канала. В группу исследования вошли больные, результаты лечения которых были прослежены не менее чем в течение 3 лет после операции (52% от всех оперированных по поводу рецидивной паховой грыжи в изучаемых лечебных учреждениях с 1999 по 2005 гг.). Анализ хирургического лечения больных ингвинальной

грыжей проведен на основании изучения историй заболевания, протоколов операций, амбулаторных карт и непосредственных осмотров больных.

Соотношение операций, выполненных в плановом и экстренном порядке по поводу паховой грыжи, в изучаемых районных больницах не имело статистически значимых отличий ($p > 0,05$), рис. 1.

Для унификации данных при анализе степени разрушений передней брюшной стенки была использована классификация паховых грыж Калантарова Т.К. и соавт. (2008), табл. 2.

Контингент больных рецидивной паховой грыжей на $\frac{3}{4}$ составили мужчины старше 50 лет. Такое распределение больных подтверждает современные концепции о развитии возрастных анатомических и функциональных изменений в мышечно-апоневротическом аппарате передней брюшной стенки, способствующих формированию грыжи.

Косвенным признаком наличия коллаген-метаболических нарушений является возникновение рецидива и повторного рецидива заболевания почти у половины оперированных больных в течение первого года после операции, рис. 2.

Сроки выявления рецидива заболевания были достаточно вариabельны и непосредственно зависели от времени обращения пациентов к хирургу. Раньше выявлялись рецидивы грыж больших размеров, после устранения первичных сложных ингвинальных грыж.

Выраженные изменения пахового канала, связанные как с коллаген-метаболическими нарушениями,

Табл. 1. Возрастной состав мужчин, оперированных по поводу рецидивной паховой грыжи

Число, (%) больных в возрасте:			
до 30	30–50	старше 50 лет	Всего
96 (14,3)	141 (21,0)	435 (64,7)	672 (100)

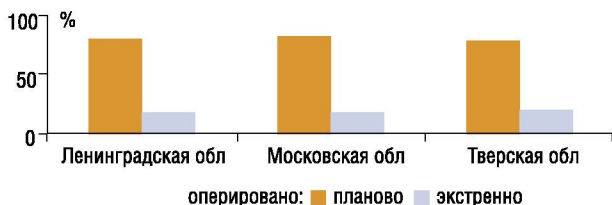


Рис. 1. Соотношение между числом операций, проведенных в плановом и экстренном порядке по поводу рецидивной паховой грыжи в разных областях РФ

Табл. 2. Классификация паховых грыж (Т.Л. Калантаров и соавт. 2008)

Тип грыжи	Изменения в поперечной фасции	Прямые грыжи	Косые грыжи
1	незначительные	—	внутреннее паховое отверстие до 2 см (менее 1/3 площади задней стенки пахового канала)
2	умеренные	грыжевой мешок по площади менее 1/3 треугольника Хессельбаха	внутреннее паховое отверстие до 3 см (более 1/3 площади задней стенки пахового канала)
3	выраженные	грыжевой мешок около 2/3 треугольника Хессельбаха	внутреннее паховое отверстие до 4 см (менее 2/3 площади задней стенки пахового канала)
4	Поперечная фасция не определяется, грыжевой мешок выполняет всю заднюю стенку пахового канала		

так и с изменениями, внесенными в анатомию пахового канала при первой операции, обусловили значительное число больных грыжами 3–4 типа (рис. 2.). Суммарные показатели числа больных со «сложными» (тип 3–4) и «простыми» (тип 1–2) видами паховых грыж не имели существенных отличий. По-видимому, столь высокая частота верификации «сложных» грыж обусловлена: возрастными коллаген-метаболическими нарушениями, компрессионно-ишемическим воздействием на ткани пахового канала при проведении первичной герниопластики и сроками грыженосительства.

Установлено, что укрепление передней брюшной стенки как при устранении первичных, так и при устранении рецидивных паховых грыж, выполнялось одинаковыми способами, рис. 3. Степень деградации фасциально-мышечного субстрата, возраст больных и тип грыжи при этом не учитывался.

Наиболее часто пластика пахового канала при первичной паховой грыже выполнялась в различных вариантах методики Жирара, при рецидиве заболевания – по методике Постемпского.

Вариабельность способов, используемых хирургами для повторной герниопластики, не отражает общей тенденции попыток унификации методики укрепления пахового канала в каждом конкретном лечебном учреждении. Отмечено, что индивидуально большинство операторов при устранении рецидивной паховой грыжи выполняют пластику не более чем в двух вариантах. Повторная пластика пахового канала при рецидиве ингвинальной грыжи более чем в 50% случаев выполняется способом, аналогичным тому, который предшествовал рецидиву

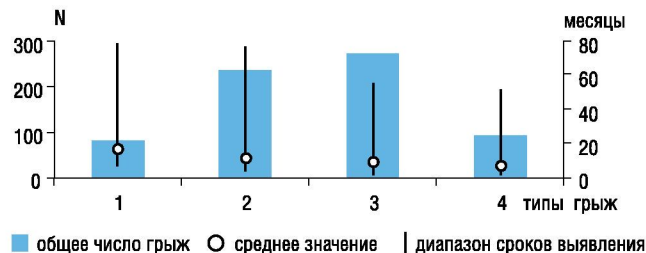


Рис. 2. Сроки выявления рецидивных грыж разного типа среди оперированных больных

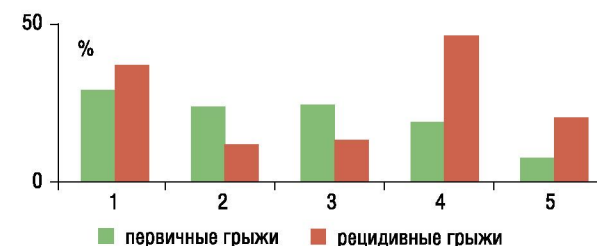


Рис. 3. Соотношение частоты выполнения разных видов пластики пахового канала при первичных и рецидивных паховых грыжах
1 – способ Жирара, 2 – способ Бассини, 3 – способ Кукуджанова, 4 – способ Постемпского, 5 – способ Лихтенштейна

заболевания. Увеличения частоты использования способа Постемпского при устранении рецидивных грыж отражает не только представление хирургов о его высокой надежности, но и зачастую о сложности выполнения других способов пластики в условиях нарушенной анатомии пахового канала, измененной предыдущей операцией.

Результаты использования стандартных способов аутопластики передней брюшной стенки показали крайне низкую их эффективность при устранении рецидивной грыжи, рис. 4, 5, 6, 7.

Как следует из приведенных данных, отсутствие объективных критериев выбора способа пластики передней брюшной стенки приводит к высокой частоте повторного рецидива заболевания. Анализ результатов устранения рецидивной паховой грыжи доказывает, что при повторении заболевания удовлетворительное качество лечения этой категории больных можно обеспечить только за счет использования протезирующих аллопластических материалов.

Таким образом, результаты устранения паховых грыж являются интегральным отражением нерешенности проблем лечения больных с данной патологией на современном этапе. По-видимому, причиной рецидивов является комплекс факторов, связанный с отсутствием четкой регламентированной тактики при первичном вмешательстве, недостаточным обследованием передней брюшной стенки в зоне дефекта, технико-тактическими ошибками при выполнении повторных вмешательств. Социальный аспект проблемы заключается в преобладании среди больных с рецидивной паховой грыжей лиц старшей возрастной группы, для которых операций вы-

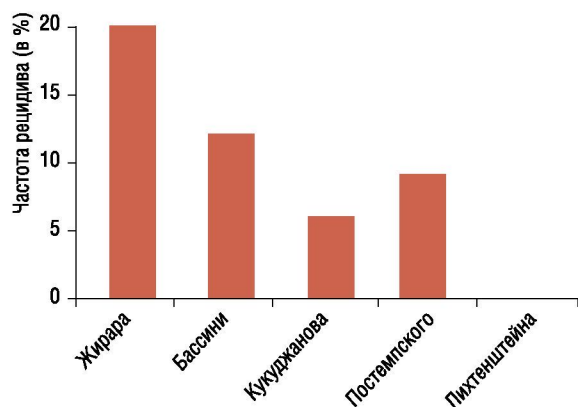


Рис. 4. Частота повторного рецидива заболевания при устранении грыж 1 типа с разными способами пластики пахового канала

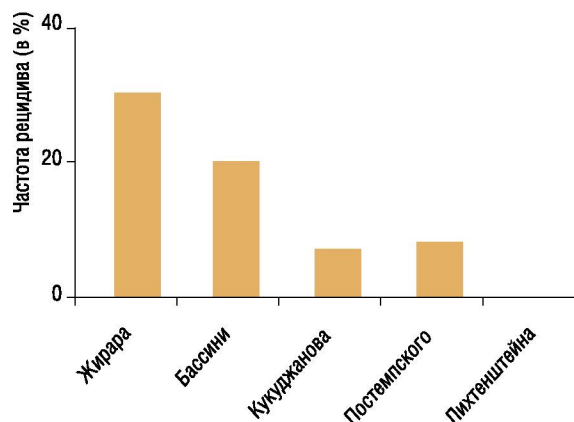


Рис. 5. Частота повторного рецидива заболевания при устранении грыж 2 типа с разными способами пластики пахового канала

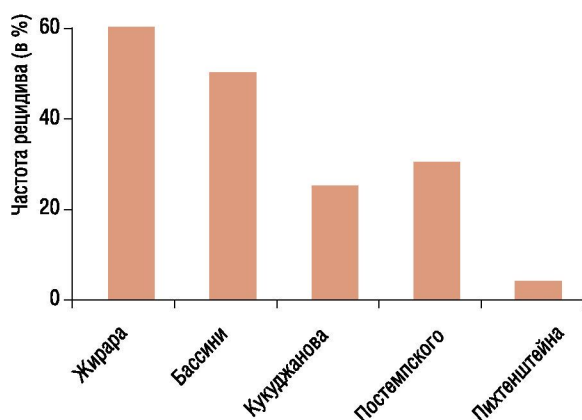


Рис. 6. Частота повторного рецидива заболевания при устранении грыж 3 типа с разными способами пластики пахового канала

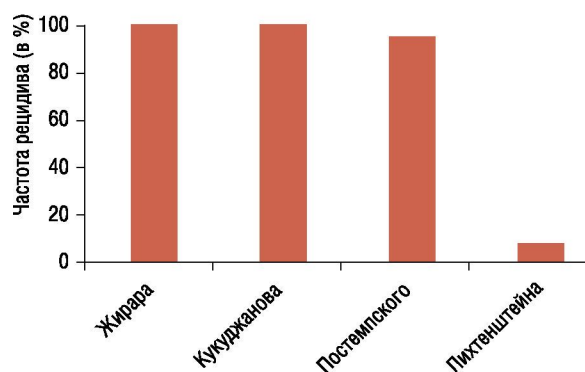


Рис. 7. Частота повторного рецидива заболевания при устранении грыж 4 типа с разными способами пластики пахового канала

бора является аллопластика передней брюшной стенки. Неэффективная работа поликлинической службы обуславливает длительные сроки грыженосительства, приводящие к выраженным разрушениям тканей передней брюшной стенки и увеличению типа сложности грыжи.

Для решения этих проблем, на наш взгляд, нужен ряд организационных мероприятий, касающихся проведения качественного современного обследования населения, с целью выявления ранних форм грыжи, выполнения оперативного вмешательства в соответствии со стадией болезни, характером местных и общих изменений тканей брюшной стенки.

Литература

- Борисов А.Е. Проблемы современной герниологии / А.М. Борисов, С.Е. Митин // Актуальные вопросы герниологии. — М.: РНЦХ РАМН, 2002. — С. 6–7.
- Егив В.Н. Натяжная герниопластика / В.Н. Егив. — М.: Медпрактика, 2002. — 147 с.
- Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и экстремальных / В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир. — Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. — 438 с.
- Калантаров Т.К. Паховая грыжа / Т.К. Калантаров, А.Е. Новосельцев, А.О. Ледин, А.Ю. Медведев. — Тверь: «Триада», 2008. — 80 с.
- Лукьянчиков А.Н. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения паховых грыж в зависимости от способа пластики / А.Н. Лукьянчиков, В.Н. Лукьянчиков, А.С. Тумаков и др. — Материалы III международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». М., 2008. — С. 75.

- Нестеренко Ю.А. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала / Ю.А. Нестеренко, Р. М. Газиев. — Москва: БИНОМ, 2005. — 143 с.
- Ороховский В.И. Основные грыжесечения. — Ганновер, Донецк, Котбус, 2000. — 236 с.
- Протасов А.В. Применение синтетических материалов при эндовидеохирургической герниопластике / А.В. Протасов, А.В. Виноградов, Пономарев В.А. — Эндоскопическая хирургия. — 1999. — №4. — С. 45–47.
- Седов В.М.. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж / В.М. Седов, С.Д. Тарбаев, А.А. Гостевской. — Вестн. хир., 2005, Том 164, №3. С. 85–87.
- Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков и соавт. — М.: Триада-Х, 2003. — 144 с.
- Федоров И.В. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция / И.В. Федоров, А.Н. Чугунов // Новый хирургич. архив. — 2002. — Т. 1, №4. — С. 1–10.
- Черенько М.П. Брюшные грыжи / Черенько М.П., Валигура Я.С., Яценюк М.Н. — Киев: Здоровье, 1995. — 263 с.
- Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки: Автореф. дис. ... докт. мед наук / А.В. Юрасов. — М. — 2002. — 36 с.

Контактная информация

Калантаров Т.К.

Тверская государственная медицинская академия Росздрав
170642, г. Тверь, ул. Советская, 4

info@tvergma.ru