

© Коллектив авторов, 2010  
УДК 616.34-007.43-007.271-031:611.957/981-089.85

А.В.Федосеев, С.В.Леонченко, М.И.Фабер, С.Ю.Муравьев

## ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ НАДПАХОВЫЙ ДОСТУП С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Росздрава»  
(ректор — проф. Д.Р.Ракита)

**Ключевые слова:** преперитонеальный доступ, протезирование брюшной стенки, ущемленные гигантские паховые грыжи, улучшение результатов лечения.

**Введение.** Современные тенденции в герниологии сводятся в основном к исследованию и усовершенствованию материалов, используемых для изготовления сетчатых имплантатов, а также попыткам этиопатогенетического обоснования того или иного метода укрепления задней стенки пахового канала [1–3, 7, 8, 11, 12]. До сих пор не решена проблема оперативного доступа, особенно при сложных, гигантских и ущемленных грыжах передней брюшной стенки [4]. При этом частота рецидивов после использования традиционных методик при данной патологии остается высокой, достигая 30% и более [6, 9–11]. Ущемленные грыжи составляют 8–20% от общего количества грыж передней брюшной стенки и 4,2% пациентов в общей массе острой хирургической абдоминальной патологии [1, 5]. По данным литературы, по частоте ущемления паховые грыжи занимают первое место — 37,2–45,8% [4].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с гигантскими ущемленными паховыми грыжами.

**Материал и методы.** За последние три года в БСМП г. Рязани с диагнозом ущемленной паховой грыжи госпитализированы 176 пациентов, из них с грыжами гигантского размера (более 10 см) — 42 (23,9%). Все больные с гигантскими ущемленными паховыми грыжами были разделены на две группы. Основную группу составили 18 пациентов с ущемленными гигантскими паховыми грыжами, которым выполнялось грыжесечение из преперитонеального доступа, у 8 из них преперитонеальный доступ был дополнен Т-образным разрезом. У 2 больных наблюдалась флегмона грыжевого мешка, что потребовало применения нетипичной оперативной тактики. В контрольную группу включены 24 пациента с аналогичной патологией, которым оперативное лечение выполняли классическим паховым доступом с пластикой задней стенки пахового канала местными тканями.

У 2 из них потребовалась дополнительная лапаротомия для резекции ущемленной кишки. Все больные исследуемых групп были мужчины, средний возраст которых составлял  $(67,9 \pm 12,7)$  года. Срок грыженосительства в исследуемых группах в среднем составил  $(6,7 \pm 6,2)$  года. Среднее значение длительности ущемления —  $(16,9 \pm 22,8)$  ч. Оперативные вмешательства производились с использованием спинно-мозговой анестезии. У 2 больных контрольной группы при дополнительной лапаротомии переходили на эндотрахеальный наркоз.

У пациентов основной группы операцию начинали с предбрюшинного косопоперечного доступа по методике В.М.Седова — С.Д.Тарбаева [7]. Мы называем этот доступ стандартным из-за его простоты, удобства в выполнении, обеспечения адекватного обнажения структур задней поверхности брюшной стенки, что создает оптимальные условия для выполнения ревизии и последующей преперитонеальной герниопластики при любых формах грыж пахово-бедренной области. Войдя в предбрюшинное пространство, важно сразу же выделить основные анатомические ориентиры — большую поясничную мышцу и лонную кость с лонным бугорком, в последующем эти образования служат одними из точек фиксации имплантата. При гигантских ущемленных грыжах иногда это сделать не удастся, так как все предбрюшинное пространство занимает грыжевой мешок с ущемленными органами, выходящий за пределы поперечной фасции на переднюю брюшную стенку. Вскрытие парietальной брюшины осуществляли в любом удобном месте, проксимальнее и всегда на достаточно большом расстоянии от зоны ущемления. Визуализировав ущемленные органы, приступали к рассечению ущемляющего кольца. Независимо от вида грыжи это производится на «12 часах» зоны ущемления. При прямой грыже необходимо найти и выделить семенной канатик и нижние эпигастральные сосуды во избежание их случайной травматизации. Канатик в данной ситуации располагается латеральнее, выше или ниже грыжевого мешка, и его выделение трудностей не представляет. В любом случае ущемляющее кольцо рассекается под контролем глаза. Практически к минимуму сведена опасность повреждения самих ущемленных органов, мочевого пузыря, подвздошных сосудов. Подвздошные сосуды располагаются ниже грыжевого мешка при косых паховых грыжах, при прямых — латерально, практически всегда хорошо визуализируются и пальпируются, но, самое главное, они находятся вне зоны работы инструмента при рассечении ущемляюще-

го кольца. После ликвидации ущемления, по показаниям, выполняется резекция нежизнеспособных органов из этого же доступа. Данная методика даёт возможность производить широкий, по сути поперечный лапаротомный доступ, позволяющий выполнять практически любую операцию на нижнем этаже брюшной полости без перехода на дополнительный лапаротомный разрез, как это необходимо делать при некрозе кишки при паховом доступе.

При фиксации ущемленных органов к грыжевому мешку, когда последний интимно спаян к тканям грыжевого канала, мошонки, яичка, наиболее часто это наблюдается при пахово-мошоночных грыжах, мы продолжали предбрюшинный доступ в виде Т-образного [решение о выдаче патента от 27.10.2008 г. на приоритетную справку 2007123911 (026039)]. Т-образный разрез осуществляли на «12 часах» ущемляющего кольца в виде проекции перпендикуляра вниз на переднюю брюшную стенку. При этом рассекается кожа, подкожная жировая клетчатка, апоневротически-фасциальный комплекс (ущемляющее кольцо), мышцы, высвобождая тем самым содержимое грыжевого мешка. Иногда только такой доступ позволял достичь поставленную цель операции, а именно: безопасно рассечь ущемляющее кольцо, освободить ущемленные органы из спаек с грыжевым мешком, полностью выделить из окружающих тканей сам грыжевой мешок, выполнить полноценную ненатяжную герниопластику.

У 2 больных при некрозе кишки с развитием флегмоны грыжевого мешка мы применили нетипичную тактику при данной патологии. Стандартным доступом мы входили в предбрюшинное пространство, вскрывали брюшину, производили резекцию ущемленной тонкой кишки в пределах здоровых тканей с наложением анастомоза, отсеченные концы кишки перевязывали, грыжевой мешок пересекали, дефект брюшины ушивали. Предбрюшинное пространство тщательно отгораживали марлевыми тампонами. Затем над измененным грыжевым мешком выполняли разрез, удаляли гнойное содержимое, некротизированную кишку, грыжевой мешок. Инфицированную подкожную клетчатку иссекали, апоневроз и мышцы были жизнеспособны и не подвержены расплавлению. Рану тщательно промывали 1% раствором диоксида, дренировали перчаткой, накладывали редкие швы. Далее выполняли протезирование задней поверхности передней брюшной стенки проленовым имплантатом. Предбрюшинное пространство дренировали резиновым выпускником.

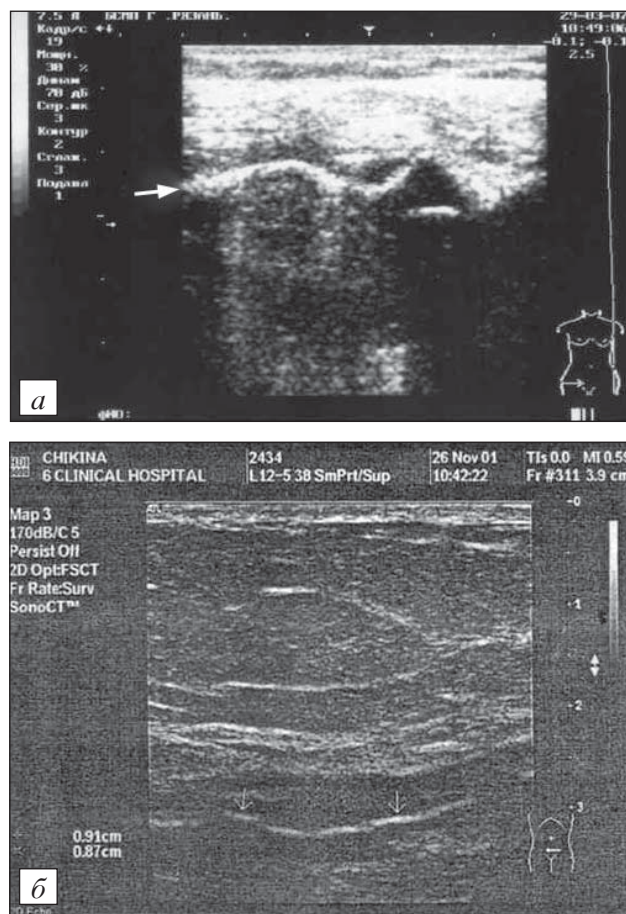
Протезирование задней поверхности передней брюшной стенки выполняли проленовым имплантатом по модифицированной методике<sup>1</sup>. Имплантат размером 15×10 см размещали в предбрюшинном пространстве и фиксировали отдельными капроновыми швами к поперечной фасции, лону, верхней лобковой связке и большой поясничной мышце. Оставленная свободная часть имплантата подворачивается под край внутренней косой и поперечной мышцы живота, перекрывая линию разреза, тем самым предупреждая возможное грыжеобразование через операционный доступ. Предбрюшинное пространство во всех случаях дополнительно дренировали перчаткой.

Для профилактики раневой инфекции в обеих группах использовали цефалоспорины 3-го поколения в стандартных дозировках. При некрозе кишки и флегмоне грыжевого мешка стандартная антибактериальная терапия была дополнена внутривенным введением метрогила.

В отдаленном послеоперационном периоде проводили анкетирование с применением опросника MOS SF-36 [Ware J.E., 1992], который был создан с учетом психометрических стандартов, необходимых для групповых сравнений.

**Результаты и обсуждение.** Длительность операции в основной группе составила ( $69,1 \pm 22,34$ ) мин, в контрольной группе — ( $79,8 \pm 26,41$ ) мин,  $p > 0,05$ .

Для своевременного выявления возможных осложнений, контроля течения раневого процесса, наблюдения за имплантатом в раннем послеоперационном периоде выполняли УЗИ. У всех пациентов обеих групп выявлено утолщение и нечеткость контуров слоев передней брюшной стенки в зоне оперативного вмешательства, частичное восстановление экоструктуры прослеживалось к 10-м суткам. У 15 пациентов основной группы удалось проследить аллотрансплантат на всем протяжении при помощи сканирования в различных взаимно перпендикулярных плоскостях и четко установить его границы (рисунок).



УЗИ брюшной стенки после операции по поводу пахово-бедренных грыж (объяснение в тексте).

а — имплантат (указан стрелкой); б — серома (указана стрелками вокруг импланта).

<sup>1</sup> Патент на изобретение № 2307601 РФ. Способ протезирования передней брюшной стенки / А.В.Федосеев, С.В.Леонченко, М.И.Фабер. — Заявл. 06.06.2005. № 2005117326/14; Опубл. в Б.И., 2006, № 28.

С первых суток после операции у 11 пациентов основной группы было отмечено наличие вокруг аллотрансплантата ан- или гипоехогенной зоны неправильной формы без четких границ толщиной от 3 до 8 мм, свидетельствующей о скоплении экссудата вокруг сетки, т.е. образование серомы. Эти находки мы расцениваем как нормальное течение раневого процесса в ответ на внедрение в толщу брюшной стенки инородного тела. Серомы были устранены консервативно путём назначения нестероидных противовоспалительных препаратов. При этом нагноения и отторжения сетчатого имплантата у больных с преперитонеальным эндопротезированием не наблюдали.

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде при УЗИ диагностированы псевдосеромы грыжевого ложа у 3 больных, инфильтраты послеоперационной раны — у 13, что связано, по нашему мнению, с проведением всех этапов оперативного вмешательства через паховый доступ и манипуляциями в пределах измененных тканей. На область инфильтратов применяли гирудотерапию. К специфическим осложнениям преперитонеальной герниопластики можно отнести боли по ходу латерального кожного нерва. Боли купировались к 5–7-му дню на фоне нестероидной терапии и физиотерапии.

Двигательная активность больных в раннем послеоперационном периоде в значительной степени зависела от уровня восприятия боли и косвенно характеризовала степень хирургической агрессивности каждого из методов. В ходе наблюдения за пациентами из обеих групп каких-либо отличий по этому показателю не выявлено.

Длительности госпитализации у больных обеих групп составила ( $9,6 \pm 4,04$ ) койко-дня — в основной и ( $10,5 \pm 1,95$ ) — в контрольной ( $p > 0,05$ ). Период реабилитации пациентов, т.е. возвращение их к привычному образу жизни и профессиональной деятельности, в среднем составил в основной группе ( $18,6 \pm 4,37$ ) сут, а в контрольной — ( $20,3 \pm 3,69$ ) сут ( $p > 0,05$ ).

Изучены отдаленные результаты оперативного лечения у пациентов обеих групп в сроки от одного до трёх лет путем осмотра их в клинике и анкетирования. Проводимое исследование показало, что качество жизни пациентов с грыжами обеих групп было снижено по всем шкалам. После грыжесечений у всех пациентов наблюдался более высокий уровень качества жизни, избавление больного от грыжи позволяет не только нивелировать роль эмоциональных и физических проблем в повседневной жизни пациента, но и значительно повысить уровень его социальных связей.

Сравнительная оценка отдалённых результатов основной и контрольной группы представлена в таблице.

#### Оценка качества жизни у больных основной и контрольной группы

Показатель, %	Основная группа	Контрольная группа
Отличный результат	27,8	16,7
Хороший результат	61,1	66,7
Удовлетворительный	11,1	8,3
Неудовлетворительный	0	8,3

Отличные результаты — больные вернулись к прежней работе, нет жалоб, достигнут хороший косметический и функциональный результат, заживление проходило без осложнений. Хорошие результаты — больные вернулись к прежней работе, нет жалоб, в раннем послеоперационном периоде были инфильтрат, серома или гематома. Удовлетворительные результаты — больной вынужден перейти на более легкую работу, имеются жалобы на периодические боли в животе и области рубца, в этих случаях заживление раны не учитывалось. Неудовлетворительно оценены случаи с рецидивами. В основной группе рецидивов не выявлено, в контрольной группе у 2 пациентов из 24 при контрольном осмотре через 1 год после грыжесечения выявлен рецидив.

**Выводы.** 1. Преперитонеальный доступ у больных с ущемленными паховыми грыжами позволяет произвести ревизию ущемленных органов, безопасно рассечь ущемляющее кольцо, выполнить протезирование передней брюшной стенки.

2. Применение преперитонеального доступа позволяет уменьшить частоту раневых осложнений у больных с ущемленными грыжами пахово-бедренной области.

3. Дополнение преперитонеального доступа Т-образным разрезом облегчает выделение ущемленных органов и грыжевого мешка при сложных формах ущемленных грыж.

4. Качество жизни больных, оперированных преперитонеальным способом с протезированием передней брюшной стенки, выше, чем у пациентов с традиционными методиками.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абоев А.С., Кульчиев А.А. Хирургическое лечение паховых грыж // Хирургия. — 2006. — № 3. — С. 55–59.
2. Адамян А.А., Величенко Р.Э. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки // Анн. пластич., реконструкт. и эстетич. хир. — 1999. — № 2. — С. 41–48.

3. Большаков О.П., Тарбаев С.Д., Аль-Ахмад Р.М. О строении поперечной фасции и некоторых способах оперативного укрепления грыжевых ворот при паховых грыжах // Вестн. хир.—1996.—№ 2.—С. 33–34.
4. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия.—М.: Медицина, 1996.—416 с.
5. Коган А.С., Веронский Г.И., Гаевский А.В. Патогенетические основы хирургического лечения ущемлённых паховых и бедренных грыж.—Иркутск, 1990.—173 с.
6. Напалков П.Н., Шафер Н.И. К вопросу о рецидивах паховых грыж и путях их снижения // Вестн. хир.—2006.—№ 4.—С. 5–12.
7. Седов В.М., Тарбаев С.Д. Протезирование передней брюшной стенки: Учебно-метод. пособие.—СПб., 1998.—46 с.
8. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Федоров Д.А. Современные подходы к лечению паховых грыж // Анн. хир.—2000.—№ 5.—С. 13–16.
9. Baroody M., Bansal V., Maish G. The open preperitoneal approach to recurrent inguinal hernias in high-risk patients // Hernia.—2004.—Vol. 8, № 4.—P. 373–375.
10. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. The tension-free repair of groin hernias // Hernia.— J.B. Lipponcott Company, 1995.—P. 534–540.
11. Nyhus L.M., Condon R.E. Hernia.—Philadelphia: J.B. Lipponcott Company, 1995.—615 p.
12. Stoppa R.E., Warlaumont C.R. The preperitoneal approach and prosthetic repair of groin hernia // Hernia.—1989.—Vol. 28.—P. 199–225.

Поступила в редакцию 23.09.2009 г.

A.V.Fedoseev, S.V.Leonchenko, M.I.Faber,  
S.Yu.Muravyov

#### **PREPERITONEAL SUPRAINGUINAL ACCESS WITH PROSTHESIS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN TREATMENT OF COMPLEX FORMS OF INCARCERATED INGUINAL HERNIAS**

The article describes a non-typical access to treatment of gigantic incarcerated inguinal hernias. Preperitoneal suprainguinal access allows solution of the main task of operative aid in this pathology: inspection of the strangulated organs, safe dissection of the incarcerating ring and prosthesis of the anterior abdominal wall. This method in many aspects is comparable with traditional methods of hernioplasty, but the postoperative quality of life is much better.