

УДК 617.55-089.844

В. А. Баулин

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МУЖЧИН

Аннотация. Рассмотрено улучшение результатов лечения паховых грыж у мужчин за счет дополнения пластики по Лихтенштейну модификацией фиксации сетки в паховом промежутке и ограничения подвижности семенного канатика в глубоком паховом кольце за счет наложения П-образного шва. Приведены анализ результатов лечения 668 больных, оперированных различными способами, и сравнение ближайших и отдаленных результатов лечения. За счет используемых дополнений удалось добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений в 1,6 раза и количества рецидивов в 8,5 раза по сравнению с классическими пластиками.

Ключевые слова: паховая грыжа, пластика, протезирование, модификация.

Abstract. The article highlights the treatment results improvement in the group of male patients with inguinal hernia, achieved by the modification of Lichtenstein plastic, concerning the upgrade of mesh fixation and restriction of the spermatic funicle movement using specific suture. The author presents a treatment results analysis of 668 patients and a comparison of the nearest and further results. The application of suggested additions has led to the results improvements as follows: 1,6 time lesser complications and 8,5 time lesser inguinal hernia relapses.

Key words: inguinal hernia, plastic, prosthetics, modification

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения и согласно литературным источникам авторов различных стран, 3–6 % населения страдают грыжевой болезнью [1–6]. Причем 75 % всех грыж выпадает на долю паховых, чаще страдают мужчины (90–97 %). Процент грыжесечений в паховой области достигает 10 от всех оперативных хирургических вмешательств, особенно он высок в развитых странах [7, 8]. При применении натяжных способов герниопластики частота рецидивов после первичных операций достигает 14 % [9–11], а при рецидивах – 30 % [12, 13]. При применении современных пластик, в том числе и с использованием протезов, этот показатель находится на уровне от 1 до 3 % [14].

Что касается причины возникновения рецидивов после грыжесечений, то в настоящее время нет единой теории; также нет указаний на то, что рецидивы у женщин являются вообще казуистикой, что это проблема «мужского пахового канала».

Современные методы пластики с применением протезов не решают полностью эту проблему. По данным разных авторов [10, 11, 15, 16], даже самая тщательная работа хирурга при применении методик Shouldice и Лихтенштейна приводит к рецидивам до 3 %. В первую очередь это связано

с тем, что во время пластики в протезе необходимо оставлять отверстие для прохождения семенного канатика, тем самым создавая «слабое место». Поэтому, если не проводить профилактических мер по предотвращению нового пролабирования в зоне выхода важного анатомического образования, создаются условия для рецидивирования грыжи. Это заставляет хирургов искать способы исключения или хотя бы уменьшения возможности возникновения такого осложнения.

Вторым слабым местом при пластике паховых грыж является медиальный угол, где отмечается «эффект сползания» протеза, что может приводить к возникновению рецидива грыжи [1, 17–19]. Поэтому остается нерешенным вопрос надежного закрепления протеза в паховой области.

В связи с этим **цель работы** была определена как улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у мужчин.

1. Материал и методы исследования

С целью сравнения эффективности используемых методик больные, оперированные по поводу паховых грыж в плановом порядке с 1994 по 2008 г., выделены в две группы, разделенные, в свою очередь, на две подгруппы каждая. Группа сравнения включает 435 случаев выполнения пластики по Постемпскому (290) и Лихтенштейну (145). Основная группа включает 233 больных, оперированных с предлагаемыми нами дополнениями: пластика по Постемпскому с П-образным швом (129) и пластика по Лихтенштейну с фиксацией медиального края сетки по предложенной методике и фиксацией канатика в глубоком паховом кольце с помощью П-образного шва (104) (рис. 1).

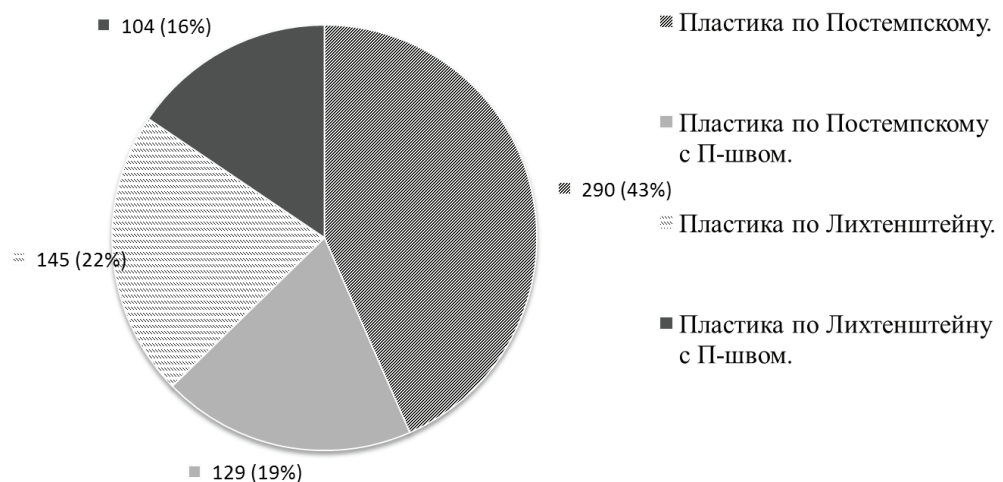


Рис. 1. Распределение пациентов по видам пластики

По возрасту и срокам грыженосительства пациенты распределились следующим образом (табл. 1, 2).

Все слои и элементы семенного канатика фактически представляют собой своеобразный телескоп, стенки которого перемещаются относительно друг друга при сокращении и расслаблении кремастерной мышцы, изменении давления в брюшной полости. По нашему мнению, подобное перемещение

постепенно приводит к «расшатыванию» следующих структур: поперечной фасции, подвздошно-лобкового фиброзного тракта, нижних краев поперечной и внутренней косой мышц, элементов семенного канатика и других окружающих тканей, а также связей между ними. Все эти ткани теряют свою упругость и с меньшим сопротивлением противостоят внутрибрюшному давлению.

Таблица 1

Распределение пациентов, оперированных
по поводу паховых грыж, по возрасту

Виды операций	Группы больных	Возраст больных					Всего
		20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	
Операция Постемпского	Сравнения 1	4 (1,4 %)	11 (3,8 %)	78 (26,9 %)	126 (43,4 %)	71 (24,5 %)	290 (100 %)
Операция Лихтенштейна	Сравнения 2	6 (4,1 %)	6 (4,1 %)	29 (20 %)	52 (35,9 %)	52 (35,9 %)	145 (100 %)
Операция Постемпского с П-швом	Основная 1	1 (0,8 %)	3 (2,3 %)	32 (24,8 %)	58 (45 %)	35 (27,1 %)	129 (100 %)
Протезирование в модификации с П-швом	Основная 2	4 (3,8 %)	3 (2,9 %)	27 (26 %)	40 (38,5 %)	30 (28,8 %)	104 (100 %)
Итого		15 (2,2 %)	23 (3,4 %)	166 (24,9 %)	276 (41,4 %)	188 (28,1 %)	668 (100 %)

Примечание. Величина статистической значимости различий $p < 0,05$.

Таблица 2

Распределение пациентов по срокам грыженосительства

Виды операций	Длительность грыженосительства (лет)					Всего
	До года	1–3	3–5	5–10	> 10	
Операция Постемпского	47 (16,2 %)	104 (35,9 %)	76 (26,2 %)	50 (17,2 %)	13 (4,5 %)	290 (100 %)
Операция Лихтенштейна	19 (13,1 %)	63 (43,4 %)	41 (28,3 %)	16 (11 %)	6 (4,2 %)	145 (100 %)
Операция Постемпского с П-швом	22 (17,1 %)	44 (34,1 %)	38 (29,5 %)	20 (15,5 %)	5 (3,8 %)	129 (100 %)
Протезирование в модификации с П-швом	17 (16,3 %)	35 (33,7 %)	26 (25 %)	22 (21,2 %)	4 (3,8 %)	104 (100 %)
Итого	105 (15,7 %)	246 (36,8 %)	181 (27,1 %)	88 (13,2 %)	28 (4,2 %)	668 (100 %)

Примечание. Величина статистической значимости различий $p < 0,05$.

Для ограничения смещения семенного канатика у больных после завершения классической пластики по Постемпскому иглой с круглым сечени-

ем нитью № 3 прошивается медиальный край апоневроза наружной косой мышцы. Затем, отделяя 1/3 содержимого канатика, последний прошивается поперечно. При этом контролируется кончик иглы, чтобы она проходила свободно, минуя семявыносящий проток и сосуды. Симметрично прошивается противоположный край пупартовой связки. Затем семенной канатик прошивается в обратном направлении по тем же принципам и становится разделенным нитями на 3 приблизительно равные части. Встретившиеся 2 нити П-образного шва связываются без натяжения и без сдавливания тканей семенного канатика. Фактически П-образный шов после завязывания становится как бы О-образным. При пластике сеткой у больных основной группы 2 П-образный шов накладывается точно так же, только вместо апоневроза и пупартовой связки захватываются края сетки, которые формируют отверстие для выхода семенного канатика. После наложения П-образного шва производится наблюдение за семенным канатиком в течение 3–6 мин с целью исключения венозного стаза.

Применяя узловые швы, а тем более непрерывный шов при начальном этапе фиксации медиального угла, даже при очень хорошо открытой операционной ране мы заметили, что на данном этапе трудно надежно и точно прошить и сопоставить анатомические элементы и край сетки. Это происходит вследствие того, что первым швом мы подтягиваем сетку задней стенки пахового канала и резко ухудшаем обзор и анатомическую ориентацию. Последующее прошивание плотных тканей, особенно в области лонного бугорка, сопровождается техническими трудностями за счет плохой их верификации. Поэтому в этой зоне мы вначале накладываем предварительные швы, проверяем, крепко ли прошиты ткани, затем этими же нитями прошиваем медиальный угол протеза соответственно провизорным швам и последовательно их завязываем. Угол фиксируется строго к заданным анатомическим образованиям, сетка располагается также по необходимой площади.

Эффект сморщивания (сползания) сетки обусловлен защитным природным механизмом, согласно которому организм стремится обособить, сжать, приблизить к поверхности, к полуму органу и вытолкнуть всякое инородное тело в тканях. Это хорошо заметно при случайном оставлении инородных тел (салфеток, шариков), при отторжении лигатур, когда они оставляются на довольно отдаленном расстоянии друг от друга, а найти их можно фактически вместе. Это доказывает и первый опыт применения сетчатых протезов – ткани сжимают протез в единый комок той или иной формы, а фиксированным он остается к фиброзным тканям, в основном к пупартовой связке как к наиболее плотной соединительнотканной структуре.

Вследствие этого мы предлагаем медиальный край сетки фиксировать не только к перимизию и самой внутренней косой мышце, но и к апоневрозу наружной косой мышцы как соединительнотканному образованию. Для этого вместе с медиальным краем сетки прошивается перемизий, сама внутренняя косая мышца, и окончательно глубокая нить проводится через апоневроз в подкожную клетчатку, а затем и поверхностная нить прошивается под апоневроз в подкожную клетчатку с таким расчетом, чтобы между ними был интервал 3–5 мм [20].

2. Результаты исследования

Клиническая оценка эффективности паховой герниопластики по Постемпскому и методом протезирования, а также модифицированных пластик

в разные сроки после операции основывалась на количестве послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания (табл. 3, 4).

Таблица 3

Структура послеоперационных осложнений
у больных после паховых герниопластик

Виды осложнений	Группа сравнения (n = 435)		Основная группа (n = 233)	
	Количество	%	Количество	%
Отек мошонки	7	1,6	1	0,4
Серома в области раны	6	1,4	2	0,9
Гематома раны	5	1,1	1	0,4
Инфильтрат	5	1,1	1	0,4
Геморрагическое пропитывание тканей	4	0,9	5	2,1
Нагноение раны	4	0,9	1	0,4
Повреждение вены семенного канатика	3	0,7	2	0,9
Орхит, дифферентит, эпидидимит	3	0,7	0	0
Послеоперационный неврит	2	0,5	0	0
Задержка мочи	1	0,2	0	0
Всего	40	9,1	13	5,5

Примечание. Величина статистической значимости различий $p < 0,05$.

Таблица 4

Количество рецидивов после операций в исследуемых группах

Исследуемые группы	Количество операций	Количество рецидивов	Процент по подгруппам	Процент по группам
Группа сравнения 1	290	13	4,5	3,4
Группа сравнения 2	145	2	1,4	
Основная группа 1	129	1	0,8	0,4
Основная группа 2	104	0	0	

Примечание. Величина статистической значимости различий $p < 0,05$.

3. Обсуждение результатов исследования

Применяя новые методики и меры профилактики, мы не только не выявили увеличения числа больных с осложнениями, но даже отметили снижение этого показателя в 4 раза (с 1,6 до 0,4 %). Количество сером в основной группе снизилось в 1,5 раза, гематом и инфильтратов – в 2,8 раза, нагноений в 2,3 раза. Орхитов, дифферентитов, эпидидимитов в основной группе не отмечалось, так же как и послеоперационных невритов, в то время как в группе сравнения орхиты встречались у 0,7 %, а невриты – у 0,5 % оперированных.

Как видно из табл. 1, процент рецидивов в группах сравнения превышает таковой в основных группах: в группе сравнения он составил 3,4 %, в то время как в основной группе – 0,4 % (рис. 2).



Рис. 2. Распределение рецидивов по группам больных

Таким образом, хорошие результаты операций: снижение частоты ранних осложнений в 1,6 раза (с 9,1 до 5,5 %) и рецидивов после герниопластики в 8,5 раза (с 3,4 до 0,4 %) – доказывают высокую эффективность предложенных методик при паховых грыжах у мужчин. Это дает основание считать эту операцию перспективной для использования в практике хирургических отделений любого уровня.

Заключение

Частота рецидивов после паховых герниопластик за изученный период (1994–2008) составила 4,5 % при пластике по Постемпскому, 1,4 % – по Лихтенштейну, 0,8 % – при модифицированной пластике по Постемпскому; после модифицированной пластики по Лихтенштейну рецидивов не выявлено.

Разработанные и примененные на практике дополнения к пластикам по Постемпскому и Лихтенштейну в виде П-образного шва и модифицированной фиксации протеза позволили снизить частоту рецидива в основной группе в 8,5 раза.

Значительное снижение количества послеоперационных осложнений при использовании модифицированных методов пластики: отек мошонки – в 4 раза, серомы – в 1,5 раза, гематомы и инфильтрата – в 2,8 раза, нагноения – в 2,3 раза позволяет рекомендовать их как метод выбора при операциях по поводу паховых грыж у мужчин.

Список литературы

1. **Белоконев, В. И.** Обоснование к применению комбинированного способа пластики при паховой грыже / В. И. Белоконев, Д. А. Заводчиков, З. В. Ковалева и др. // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии : материалы 1-й Международной конференции / под ред. проф. В. Д. Федорова, проф. А. А. Адамяна. – М., 2008. – С. 90–91.
2. **Жебровский, В. В.** Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский // МИА. – 2005. – 384 с.

3. **Осипов, В. И.** Способ пластики при косой паховой грыже / В. И. Осипов, А. И. Гусев // Вестник хирургии. – 1999. – № 6. – С. 83–85.
4. **Тишкова, С. К.** Клинико-функциональные результаты паховой герниопластики с ликвидацией пахового канала : дис. ... канд. мед. наук / Тишкова С. К. – Нижний Новгород, 2005. – 126 с.
5. **Lichtenstein, I. L.** Hernia / I. L. Lichtenstein, P. K. Amid, A. G. Shulman (eds). – 4nd ed. – Philadelphia : JB LippincottCo, 1995. – 615 p.
6. **Lichtenstem, I. L.** The cause, preven tion, and treatment of recurrent groin hernia / I. L. Lichtenstem, A. G. Shulman, P. K. Amid // Surg. Clin. North Amer. – 1993. – V. 73. – P. 529.
7. **Воробьев, В. В.** Методология хирургического лечения паховых грыж / В. В. Воробьев // Амбулаторная хирургия. – 2002. – № 1 (5). – С. 17–20.
8. **Rutkow, J. M.** The mesh plug technique for recurrent groin herniorrhaphy: a nine-year experience of 407 repairs / J. M. Rutkow, A. W. Robbins // Surgery. – 1998. – Nov. – V. 124 (5). – P. 844–847.
9. **Бижев, А. А.** Место герниопластики по I. L. Lichtenstein в лечении паховых грыж : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бижев А. А. – М., 2002. – 23 с.
10. **Егиев, В. Н.** Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах / В. Н. Егиев, Д. В. Чижов, М. Н. Рудаков // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 19–21.
11. **Konmger, J. S.** Management of inguinal hernia – a comparison of current methods / J. S. Konmger, M. Oster, M. Butters // Chirurg. – 1998. – V. 69, № 12. – P. 1340–1344.
12. **Тимошин, А. Д.** Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. – М. : Триада-Х, 2003. – 144 с.
13. **Meakins, J. L.** Old and new ways to repair inguinal hernias / J. L. Meakins, J. S. Barkun // New Engl. J. Med. – 1997. – V. 336, № 22. – P. 1596–1597.
14. **Баулин, А. В.** Сравнительная оценка способов герниопластики у больных паховыми грыжами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Баулин А. В. – Пенза, 2009. – 23 с.
15. **Адамян, А. А.** Пластика пахового канала по Лихтенштейну, непосредственные и отдаленные результаты / А. А. Адамян, Б. Ш. Гогия, Р. Р. Аляутдинов. // Герниология. – 2005. – № 4. – С. 3–7.
16. **Бекоев, В. Д.** Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) / В. Д. Бекоев, В. А. Криль, А. А. Троянов и др. // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 45–48.
17. **Кузин, Н. М.** Современные методы лечения паховых грыж / Н. М. Кузин, К. Д. Далгатов // Вестник хирургии. – 2002. – № 5 (6). – С. 107–109.
18. **Оскретков, В. И.** Протезирующая герниопластика паховых грыж / В. И. Оскретков, В. А. Ганков, С. П. Бубенчиков // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 4. – С. 18–20.
19. **Kapiris, S. A.** Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair. A 7-year two-center experience in 3017 patients / S. A. Kapiris, W. A. Brough, C. M. S. Royston et al. // Surg. Endosc. – 2001. – V. 15. – P. 972–975.
20. Пат. № 2392874. Российская Федерация. Способ протезирующей герниопластики паховых грыж / Баулин А. В., Баулин В. А., Митрошин А. Н., Сиваконь С. В., Титова Е. В., Баулин Вл. Ан. – Заявл. 25.05.2009 ; опубл. 27.06.2010, Бюл. № 18.

Баулин Владимир Анатольевич

аспирант, Пензенский институт
совершенствования врачей

E-mail: bushroot1984@gmail.com

Baulin Vladimir Anatolyevich

Postgraduate student,
Penza State University

УДК 617.55-089.844

Баулин, В. А.

Пути улучшения результатов лечения паховых грыж у мужчин /
В. А. Баулин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион.
Медицинские науки. – 2011. – № 3 (19). – С. 49–56.