

© В. К. Островский, И. Е. Филимончев, 2012
УДК 617.557-007.43-039.35-07-089

В. К. Островский, И. Е. Филимончев

РЕЦИДИВНЫЕ ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ

Кафедра общей и оперативной хирургии (зав. — проф. В. К. Островский)

ФГОБУ ВПО «Ульяновский государственный университет» (ректор — проф. Б. М. Костишко), г. Ульяновск

Ключевые слова: рецидивные паховые грыжи.

Число рецидивов при паховых грыжах колеблется в пределах от 11 до 35% [9]. По сборным литературным данным, рецидив после пластики передней стенки пахового канала при прямых грыжах составляет 18–24%, при больших — 18–25%, при скользящих — 43% [16]. Рецидивы после операции по методу Постемпского составляют 39%.

По сводной статистике К. Д. Тоскина и В. В. Жебровского [27], у 11 хирургов, применявших укрепление передней стенки пахового канала, рецидивы колебались от 7 до 28,5%.

Внедрение эксплантантов не полностью решило проблему рецидивов, которые и здесь составляют до 5,9% [9].

По данным К. Д. Тоскина, В. В. Жебровского [27], причины рецидивов паховых грыж многообразны, и их можно систематизировать следующим образом: 1) причины, существующие до операции; 2) причины, зависящие от вида произведенной операции и от ее технического исполнения; 3) причины, возникшие в послеоперационном периоде. К 1-й группе причин относятся большая длительность существования грыжи, пожилой возраст больных, сопутствующие заболевания, способствующие повышению внутрибрюшного давления (запоры, заболевания легких, стриктуры уретры и др.). Ко 2-й группе относятся неправильный выбор операции, дефекты оперативной техники. К 3-й группе относятся гнойно-воспалительные осложнения со стороны ран, ранняя физическая нагрузка. Схожей точки зрения придерживаются и другие авторы [1, 12, 18].

Некоторые исследователи [22] считают не совсем правильным относить к факторам риска заболевания, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, так как даже при отсутствии таких заболеваний у здорового человека в течение суток неоднократно возникают ситуации, способствующие повышению внутрибрюшного давления (смех, кашель, натуживание и др.). Поэтому эти факторы целесообразнее отнести к факторам, вызывающим рецидив, и считается, что истинным фактором риска рецидивов является неправильный выбор пластики пахового канала [11, 22].

Можно предполагать, что при идеально выполненной пластике пахового канала рецидива в принципе не должно возникнуть, как не должно возникнуть и самой грыжи при отсутствии дефектов пахового канала [22]. В связи с этим весьма импонирует точка зрения на рецидивы паховых грыж, высказанная В. Д. Фёдоровым и соавт. [30], которые считают, что те же причинные факторы, изначально приведшие к грыжеобразованию, сохраняются и могут способствовать поздним рецидивам.

Одной из причин рецидивов паховых грыж считают врожденную недостаточность соединительной ткани [9].

При изучении отдаленных результатов у 800 оперированных больных установлено, что рецидивы у опытных хирургов составили 8,2%, а у начинающих — 10,2% [17].

Выявлена связь сложных форм грыж с возрастом [17]. Так, у больных в возрасте до 40 лет сложные формы грыж были выявлены в 5,7% случаев, а рецидивы возникли у 0,9%. В возрасте от 41 до 60 лет сложные формы грыж обнаружены в 30%, а рецидив в данной группе составил 11,7%. У пациентов в возрасте старше 60 лет обнаружено 45% сложных форм грыж, рецидивы выявлены в 33%. Следовательно, возраст больных косвенно отражает состояние задней стенки пахового канала, и здесь выявляется зависимость отдаленных результатов от степени дистрофических изменений в тканях [17].

Установлено [23], что косые паховые грыжи у лиц в возрасте 60 лет и старше имели место в 43,6%, значительный уровень этих грыж имел место и у лиц незначительно моложе (46–59 лет), где этот процент составил 25,6. Эти данные не подтверждают мнения о том, что косые паховые грыжи чаще всего наблюдаются у лиц молодого возраста [4, 13].

Что касается прямых паховых грыж, то при них количество лиц в возрасте 60 лет и старше также было больше, чем в остальных возрастных группах больных [23].

Важным в профилактике рецидивов паховых грыж является тщательное соблюдение следующих технических моментов при выполнении первичной операции и операций при рецидивных паховых грыжах, к которым относятся: отсутствие натяжения сшиваемых тканей, участвующих в пластике, а также сшивание однородных тканей [7, 17, 19, 36, 42].

В литературе вопрос о классификации паховых грыж особенно не дискутировался. Однако к настоящему времени известны ряд классификаций [1, 9, 13, 45].

Наиболее всеобъемлющей и современной классификацией паховых грыж, в том числе и рецидивных, является классификация Nyhus [45].

Классификация рецидивных паховых грыж имеет следующий вид: а) рецидивные косые паховые грыжи; б) рецидивные бедренные грыжи; в) комбинация рецидивных прямых, косых, паховых и бедренных грыж.

Другими авторами [22] выделены 5 видов рецидивов паховых грыж: латеральный, срединный, медиальный, тотальный и ложный. Латеральный рецидив обусловлен недостаточным обшиванием поперечной фасции и мышц вокруг семенного канатика в месте его выхода из брюшной полости. Срединный рецидив связан с недостаточным ушиванием поперечной фасции и наложением редких швов при пластике. Медиальный рецидив развивается после пластики передней стенки пахового канала или игнорирования

подшивания апоневроза наружной косой мышцы живота к лонному бугорку при пластике задней стенки пахового канала. Тотальный рецидив обусловлен совокупностью всех тех факторов, при первичной операции которые могут иметь место при вышеописанных видах рецидивов паховых грыж. Ложный рецидив связан с развитием прямой паховой грыжи через много лет после первичной операции с пластикой передней стенки пахового канала.

Следует признать, что выбор пластики пахового канала при первичных операциях, в первую очередь, определяется степенью разрушения задней стенки пахового канала, возрастом пациента, длительностью существования грыжи и её характером (косая, прямая) [21].

В качестве первичных операций рекомендовать пластику передней стенки пахового канала при всех косых паховых грыжах не следует [20, 26, 27]. Пластика с реконструкцией глубокого пахового кольца и укреплением задней стенки должна быть обязательной как для косых, так и для прямых паховых грыж [20, 21].

Операция Постемпского некоторыми авторами считается «золотым стандартом» [20]. Однако в иностранной литературе данный вид пластики в последнее время не упоминается [7].

Предложены также многослойные [25, 31, 32, 43, 47] и аутопластические методы пластики [2, 29, 33]. В отношении данных операций указывается, что операция по Е. Е. Shouldice, с одной стороны, является «золотым стандартом» [38, 41], но имеется и отрицательное мнение об этой операции [38]. Кроме многослойных пластик, предложена безнапряжная двуслойная пластика задней стенки пахового канала [21]. За основу способа пластики взяты способы Джексона—Эстесса, Матсона и Хольстедта II [цит. по [13]]. Отличием предложенного способа от вышеуказанных является то, что апоневроз наружной косой мышцы ушивается не над семенным канатиком, а под ним, создавая, таким образом, второй слой пластики задней стенки пахового канала.

По имеющимся литературным данным, грыжесечение, особенно с пластикой задней стенки пахового канала, сопровождается рядом осложнений, таких как послеоперационный отёк яичка и мошонки, приводящих в отдалённом периоде к гипосперматогенезу и атрофии соответствующего яичка с нарушением гормональной и сперматогенной его функции [24], что связано с ухудшением кровообращения и иннервации яичка [44].

Однако имеются исследования, согласно которым пластика, наоборот, улучшает кровоток в семенном канатике, что доказано данными доплерографии, что обусловлено уменьшением давления грыжи и её содержимого на семенной канатик и яичко [20].

Арсенал методов операций при рецидивных паховых грыжах, которые следовало бы обозначить операциями резерва, достаточно широк. Из аутопластических способов следует отметить операцию Nyhus [45], а из аллопластических — способы Lichtenstein [42], создание пахового канала по Тоскину—Жебровскому [27]. Отличительной особенностью операций резерва являются большая травматичность, интервенция в глубокие слои паховой области. Вместе с тем, в ходе реконструкции пахового канала достигается надёжное укрепление или протезирование конкретных структур: поперечной фасции, паховой связки, глубокого отверстия пахового канала [37].

В случаях же обширных, гигантских и многократно рецидивирующих паховых грыж, когда паховый канал полностью разрушен, возникает необходимость в создании нового

пахового канала повышенной надёжности за счёт аутопластической реконструкции его стенок или путем использования пластических материалов [28, 30]. При этом, нужно стараться сохранить анатомическое расположение пахового канала и его физиологическую роль. В исключительных случаях — у глубоких стариков, после многократных операций и т. д. — целесообразно ликвидировать паховый канал, предварительно удалив яичко и семенной канатик, а грыжевые ворота при этом ушивают по принципу лечения послеоперационных грыж [5, 6].

Значительный прогресс в современной герниологии обозначился с началом применения эксплантантов. Это способы К. Д. Тоскина и В. В. Жебровского, I. L. Lichtenstein, L. M. Nyhus, G. E. Wantz [27, 42, 45, 49] и др.

Вот что пишут В. Н. Егиев, Д. В. Чижов [7] о перспективах широкого внедрения эксплантов: «Нам кажется, что в данный период времени герниология занимается тупиковой ветвью своего развития — разработкой все новых и новых аллотрансплантатов». Кроме того, синтетические эксплантанты, применяющиеся для пластики пахового канала в эксперименте, снижали репродуктивную функцию у самцов крыс [24].

Одно из направлений, которое получило развитие в последнее время, — это применение лапароскопических операций герниопластики [3, 8, 35, 39, 46], в том числе и при рецидивных грыжах [48].

Внедрение лапароскопических методов лечения паховых грыж в качестве первичных операций может значительно улучшить их результаты при наличии ряда преимуществ перед традиционными способами грыжесечения [8, 34, 40].

В заключение обзора следует указать, что до настоящего времени не до конца решены все вопросы, касающиеся патогенеза и факторов риска развития рецидивов паховых грыж. До настоящего времени окончательно не решен крайне важный вопрос о выборе рационального способа пластики при выполнении первичных операций по поводу паховых грыж. Как следует из литературного обзора, даже использование для этих целей современных эксплантантов не гарантирует развития рецидивов. Кроме того, достойно внимания и то мнение, что современная герниология не должна игнорировать дальнейшую разработку герниопластик с использованием собственных тканей. Вышеизложенное указывает на то, что не все вопросы, касающиеся мер профилактики и лечения рецидивных грыж, до конца решены.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адамян А. А., Федоров В. В., Гогия Б. Ш. К вопросу о классификации паховых грыж // Хирургия. — 2007. — № 11. — С. 44–45.
2. Антонов А. М., Чернов К. М., Яицкий Н. А. и др. Аутобрюшинная пластика грыжевых ворот у больных с ущемленными рецидивирующими большими пахово-мошоночными грыжами // Вестн. хир. — 1999. — № 1. — С. 57–58.
3. Борисов А. Е., Митин С. Е. Современные методы лечения паховых грыж // Вестн. хир. — 2006. — № 4. — С. 20–22.
4. Булынин И. И. Наружные грыжи живота. — Ставрополь: Ставропольск. кн. изд-во, 1968. — 231 с.
5. Быченков В. П. Плановые грыжесечения у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 1991. — № 5. — С. 87–89.
6. Гавриленко Б. Г. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста // Клини. хир. — 1992. — № 2. — С. 29–31.
7. Егиев В. Н., Чижов Д. В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики // Герниология. — 2004. — № 4. — С. 3–7.

8. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб.: Фолиант, 2000. — 176 с.
9. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота. — М.: Миа, 2005. — 384 с.
10. Землянкин А. А. Отдалённые результаты грыжесечения // Клини. хир. — 1991. — № 2. — С. 15–16.
11. Караванов Г. Г., Зиновьев И. В. По поводу статьи Ю. А. Нестеренко, Ю. Б. Салова. Причины рецидивирования паховых грыж, опубликованной в журнале «Хирургия» (1980. — № 7. — С. 24–29) // Хирургия. — 1981. — № 11. — С. 105–106.
12. Коган А. С., Веронский Г. И., Гаевский А. В. Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. — Иркутск: Изд-во Иркутск. ун-та, 1990. — 171 с.
13. Кукуджанов Н. И. Паховые грыжи. — М.: Медицина, 1969. — 440 с.
14. Лаврова Т. Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. — М.: Медицина, 1979. — 104 с.
15. Лебедев Ю. Г. Выбор способа операции при паховой грыже // Вестн. хир. — 1986. — № 8. — С. 133–136.
16. Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990. — С. 540–546.
17. Нестеренко Ю. А., Салов Ю. Б. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. — 1980. — № 7. — С. 24–29.
18. Новиков К. В., Рогачев О. Н. Современные представления о причинах рецидива паховых грыж: Тезисы 2-го съезда амбулаторных хирургов РФ // Амб. хир. — 2007. — № 4. — С. 151.
19. Новиков К. К. Клинико-топографические варианты расположения грыжевых мешков и их влияние на выбор способа операции // Амб. хир. — 2002. — № 1. — С. 48–51.
20. Овчинников В. А., Тишкова С. К. Допплерографические критерии в оценке кровотока в семенном канатике после паховой герниопластики по Pustemski // Тезисы докладов Первого конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная помощь» (19–21 мая 2005 г.). — М., 2005. — С. 267.
21. Островский В. К. Способ двуслойной пластики задней стенки пахового канала // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 67–68.
22. Островский В. К., Филимончев И. Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 45–48.
23. Островский В. К., Филимончев И. Е. Возрастные аспекты рецидивов паховых грыж // Саратовск. науч.-мед. журн. — 2011. — № 1. — С. 158–159.
24. Протасов А. В., Рутенбург Г. М., Пономарев В. А., Виноградов А. В. Влияние различных видов паховой герниорафии на репродуктивную функцию мужчин // Эндоскоп. хир. — 1997. — № 4. — С. 37–39.
25. Седов В. М., Тарбаев С. Д., Чеканина С. В. Многослойная глубокая пластика при паховых грыжах // Вестн. хир. — 1997. — № 1. — С. 101–102.
26. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — М.: Триада-Х, 2003. — 144 с.
27. Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. — М., 1990. — 270 с.
28. Трубицын М. А. О пластике пахового канала при грыжах // Хирургия. — 1970. — № 6. — С. 125–129.
29. Усов Д. В., Кутяков М. Г., Зонов В. Ф. Профилактика рецидива паховых грыж // Хирургия. — 1984. — № 12. — С. 23–26.
30. Федоров В. Д., Адамян А. А., Гогия В. Ш. Эволюция лечения паховых грыж // Хирургия. — 2000. — № 3. — С. 51–53.
31. Четверикова А. В. Многослойная пластика с помощью аутодермальной полоски при паховой грыже // Вестн. хир. — 1975. — № 5. — С. 54–62.
32. Юрасов А. В., Федоров Д. А., Шестаков А. Л. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж // Анн. хир. — 2002. — № 2. — С. 54–59.
33. Янов В. Н. Способ аутодермальной пластики при «трудных формах» паховых грыж // Вестн. хир. — 2001. — № 3. — С. 49–51.
34. Brown R. B. Laparoscopic hernia repair: a rural perspective // Arch. Soc. Ital. Chir. — 1994. — Vol. 4. — P. 106–109.
35. Campos L., Sipes E. Laparoscopic hernia repair: use of a fenestrated PTFE graft with endo-clips // Surg. Laparosc. Endosc. — 1993. — Vol. 3. — P. 35–38.
36. Chastan A., Philippe V. Tension free open inguinal hernia repair using an innovative self gripping semi-resorbable mesh // J. Minimal Access Surg. — 2006. — № 1.
37. Corbitt J. D. Transabdominal preperitoneal herniorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. — 1994. — Vol. 4. — P. 410.
38. Devlin H. B. Short stay surgery for inguinal hernia experience of the Shouldice operation 1970–1982 // Br. J. Surg. — 1986. — № 73. — P. 123–124.
39. Felix E. L., Habertson N., Vartelan S. Laparoscopic hernioplasty significant complications // Surg. Endosc. — 1999. — Vol. 13, № 2. — P. 328–331.
40. Ger R. The laparoscopic management of groin herniae // Contemporary Surgery. — 1991. — Vol. 39. — P. 15–19.
41. Hay J. M. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard // Ann. Surg. — 1995. — № 222. — P. 719–727.
42. Lichtenstein I. L. Twenty questions about hernioplasty // Am. Surg. — 1991. — № 57. — P. 730–733.
43. McVay C. B. The normal and pathologic anatomy of the transverses abdominis muscle in inguinal and femoral hernia // Surg. Clin. North. Am. — 1971. — № 51. — P. 1251–1261.
44. Molnar J. Allgemeine spermologie. — Budapest, 1969. — 252 s.
45. Nyhus L. M. Herniology 1948–1998 evolution toward excellence // Hernia. — 1998. — Vol. 2, № 1. — P. 1–5.
46. Paganini A. M., Lezoche E., Carie F. A randomized, controlled, clinical study of laparoscopic vs open tension free inguinal hernia repair // Surg. Endosc. — 1998. — Vol. 12, № 3. — P. 979–986.
47. Shouldice E. E. The hernia of hernia // Ontario Med. Rev. — 1944. — Vol. 11. — P. 43–48.
48. Thind R. S., Sidhu G. S., Gupta I. R. Laparoscopic inginal hernia repair in rural India. Abstracts, 26 intern. Congress of the European Hernia Society. — Praga, 2004. — P. 40.
49. Wantz G. E. The Canadian repair: personal observaitons // World J. Surg. — 1989. — № 13. — P. 516–521.

Поступила в редакцию 13.01.2012 г.