

С.В. Шалашов¹, Л.К. Куликов², О.А. Буслаев¹, А.А. Смирнов², И.А. Егоров¹, И.А. Горбунов¹

СПОСОБ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИЗ МИНИДОСТУПА

¹ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования (Иркутск)

Предложен метод паховой герниопластики «без натяжения» из минидоступа длиной 2–3 см в проекции наружного пахового кольца. Существенным отличием от операции I.L. Lichtenstein является характер фиксации сетчатого протеза в тканях. При этом для его подшивания не используют глубокие структуры пахового канала. Поэтому операция возможна из минидоступа. В работе подробно изложена техника герниопластики. При этом не требуется специальных инструментов. По предложенной методике выполнено 23 герниопластики.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, способ, минидоступ

METHOD OF INGUINAL HERNIOPLASTY THROUGH MINIACCESS

S.V. Shalashov¹, L.K. Kulikov², O.A. Buslaev¹, A.A. Smirnov², I.A. Egorov¹, I.A. Gorbunov¹¹ Railway Clinical Hospital at the station Irkutsk-Passazhirskiy of Russian Railways Ltd., Irkutsk² Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk

The method of «tension-free» inguinal hernioplasty through miniaccess 2–3 cm long in a projection of an external inguinal ring is offered. Important difference from Lichtenstein's operation is a character of fixation of mesh prosthetic in tissues. Profound structures of inguinal canal are not used for its suturing, that's why the operation is possible through miniaccess. The article contains detailed description of hernioplasty technique, that doesn't require special instruments. 23 hernioplasties were performed with proposed method.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, method, miniaccess

Среди наружных грыж живота на долю паховых приходится до 60–80 %. В хирургических стационарах 4–6 % оперативных вмешательств выполняются по поводу данного вида грыж [1].

Преобладающим принципом хирургического лечения грыж в настоящее время является выполнение пластики «без натяжения» с использованием современных синтетических материалов. Новый подход в герниологии привел с одной стороны к появлению новых методик, с другой — к пересмотру традиционных способов.

Операция I.L. Lichtenstein с использованием полипропиленовой сетки является сейчас наиболее распространенной при паховых грыжах. Автор методики на большом материале демонстрирует прекрасные результаты и отмечает всего 0,2 % рецидивов. Значительно уменьшилось и количество послеоперационных осложнений — 4,6–6 %. Привлекает техническая простота выполнения операции, что оказывает существенное влияние на распространение методики в сети общехирургических лечебных учреждений.

Популярность методики послужила причиной появления большого количества ее модификаций [цит. по 5]. Однако такого широкого распространения, как операция I.L. Lichtenstein, эти модификации не получили.

Продолжением концепции I.L. Lichtenstein явилась разработка видеоассистированной методики A. Darzi [5]. Разрез кожи при этом выполняется в проекции внутреннего пахового кольца, и его длина обычно не превышает 2 см. Операция преследует

цель достижения косметического эффекта и уменьшения травматичности вмешательства.

К недостаткам операции относится сложность ее выполнения, необходимость видеоэндоскопического оборудования и специального инструментария. Способ не получил широкого распространения.

Тем не менее, сохраняются попытки ряда хирургов разработать операции с подходом к задней стенке пахового канала из минидоступа. Рассматриваются как прямые [3], так и предбрюшинные доступы [2]. Общим требованием для этих методик является то, что они не применимы у пациентов с ожирением или имеющих пахово-мошоночные грыжи. Недостаток предлагаемых способов — необходимость специального оборудования или инструментария.

Все вышесказанное явилось основанием для того, чтобы предложить новый вариант паховой герниопластики, который выполним из минидоступа, и не требует специального оборудования.

Следует заметить, что нет четкого определения в величине разреза, который можно расценить как минидоступ. В одних работах эта величина составляет 2 см [5], в других — до 3 см [2], в третьих — до 4,2 см [3]. Разработанная нами техника позволяет выполнить операцию при паховой грыже из доступа длиной до 3 см.

Цель исследования заключалась в изучении возможности выполнения паховой герниопластики из минидоступа без использования специального оборудования и инструментария.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработанный нами способ (патент на изобретение № 2289323) [4]. Вмешательство подразумевает лишь новые оперативные приемы и, в отличие от способа А. Darzi, **не требует специальных инструментов и видеоборудования**. Предложенная модификация операции I.L. Lichtenstein направлена, прежде всего, на повышение надежности пластики, уменьшение травматичности вмешательства и снижение болевых проявлений в послеоперационном периоде. Целью является и достижение косметического эффекта.

Выполняли разрез кожи длиной 2–3 см в проекции наружного пахового кольца несколько под углом к паховой складке или в поперечном направлении. Расположение доступа в зоне роста волос делает его незаметным после восстановления волосяного покрова. Послойно рассекали ткани, осуществляли доступ к апоневрозу наружной косой мышцы живота и обнажали его до нижнего края. Широкое отделение подкожной жировой клетчатки от апоневроза позволит перемещать операционный доступ в нужном направлении. В отличие от техники I.L. Lichtenstein, **разрез апоневроза наружной косой мышцы производили в 0,5–0,7 см от его нижнего края**. Это позволяло избежать повреждения *n. ilioinguinalis*. Выделяли и обрабатывали грыжевой мешок. Выполняли пластику с использованием полипропиленового сетчатого протеза, который рассекали с предполагаемого латерального края (верхняя бранша — 2/3, нижняя — 1/3) и размещали позади семенного канатика. Бранши сетки латеральнее семенного канатика сшивали одним швом с подшиванием не к внутренней косой мышце, а к лоскутам апоневроза наружной косой мышцы живота. Существенным отличием является характер фиксации нижнего края сетки. Ее нижний край шириной 0,5 см отгибали кпереди и фиксировали по линии сгиба, прошивая непрерывным швом не только паховую связку, но и узкий наружный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота (иногда только его). При этом нет необходимости в захвате в шов глубоких слоев паховой связки. Верхний край сетки фиксировали не к апоневротической части внутренней косой мышцы живота, а к апоневрозу наружной косой мышцы с внутренней стороны на 2 см выше пахового промежутка двумя — тремя П-образными швами. Данный характер фиксации верхнего края сетки исключает захват в швы *n. iliohypogastricus* и его ветвей. Переднюю стенку пахового канала восстанавливали без натяжения, сшивая непрерывным швом нижний край сетчатого протеза с медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. Обладая всеми преимуществами пластики по I.L. Lichtenstein, предлагаемый способ позволяет выполнить операцию из минимизированного доступа. Во всех случаях достигается восстановление нормальной формы и направления пахового канала.

Учитывая то, что фиксирующие сетчатый протез швы накладывают только на поверхностные,

доступные структуры, операция возможна из минидоступа. Этому способствует и возможность достаточного смещения кожного разреза. Важным является также то, что способ исключает вероятность захвата в лигатуры *n. Ilioinguinalis*, *n. Iliohypogastricus*, что уменьшает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

В клинике хирургии Иркутского государственного института усовершенствования врачей на базе хирургического отделения Дорожной клинической больницы на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» проведено клиническое исследование. Показатели представлены в виде медианы с верхним и нижним квартилями. Различия между показателями оценивали с применением критерия Манна — Уитни, считали их значимыми при $p < 0,05$.

По предложенной методике из минидоступа выполнено 23 герниопластики — это основная группа. Все пациенты мужского пола. Средний возраст больных составил 47 [42; 58] лет, сроки заболевания — 12 [2; 48] мес. Индекс массы BMI в группе — 22 [21; 22,4]. Пациентов с ожирением не было. В 7 случаях паховая грыжа была прямая (тип IIIA по L.M. Nyhus), в 16 — косая (тип II). Еще 23 пациентам с паховой грыжей выполнена герниопластика в варианте I.L. Lichtenstein. При этом сделана попытка минимизировать операционный доступ. Эти больные составили группу клинического сравнения. Все пациенты также мужчины, их средний возраст составил 49 [40; 63] лет, сроки заболевания — 4 [2; 24] мес. Индекс массы BMI — 21,6 [21,1; 22,6]. Пациентам с повышенным весом попытки выполнить минидоступ не предпринималось. В 5 случаях паховая грыжа была прямая (тип IIIA), в 18 — косая (тип II). **Проведенный статистический анализ показал отсутствие отличий в основной группе и группе клинического сравнения по возрасту, срокам грыженосительства и индексу массы тела ($P_u > 0,05$)**. При прямой паховой грыже грыжевой мешок без вскрытия погружали в брюшную полость, ушивая над ним непрерывным швом поперечную фасцию. При косой грыже обработку мешка производили или традиционно с иссечением, или мешок вворачивали в брюшную полость. Использовали сетки фирмы В. Braun и Линтекс. Способ анестезии зависел от конкретной ситуации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При использовании предлагаемой нами техники операции длина кожного разреза в основной группе составила 2,4 [2,0; 2,9] см (рис. 1). Длительность времени операции — 50 [43; 55] мин. При выполнении герниопластики по I.L. Lichtenstein операцию начинали с минимизированного доступа до 3 см. В двух случаях пластика выполнена из минимальных разрезов длиной 3 см. В целом в группе клинического сравнения длина операционного доступа была равна 5,6 [4; 6,2] см. Время оперативного вмешательства составило 50 [45; 60] мин. Таким образом, в основной группе дли-

на кожного разреза при операционном доступе была достоверно меньше, чем в группе клинического сравнения ($p_u < 0,001$), что не привело к достоверному увеличению времени оперативного вмешательства ($p_u > 0,05$). Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено ни в основной группе, ни в группе клинического сравнения. Болевой синдром после операции был слабо выражен в обеих группах. Для оценки интенсивности острой боли использована цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale, NRS) [6]. Уровень послеоперационных болевых ощущений у всех пациентов не превышал 7 баллов. Ни в одном случае не потребовалось введения наркотических анальгетиков. В сроки от 6 месяцев до 1,5 лет прослежены результаты оперативного лечения у 15 пациентов из основной группы и у 20 пациентов из группы клинического сравнения. Рецидивов не отмечено. Через 4–6 месяцев кожные рубцы после операций из минидоступа при осмотре не видны. Это объясняется также и расположением рубцов в зоне роста волос.

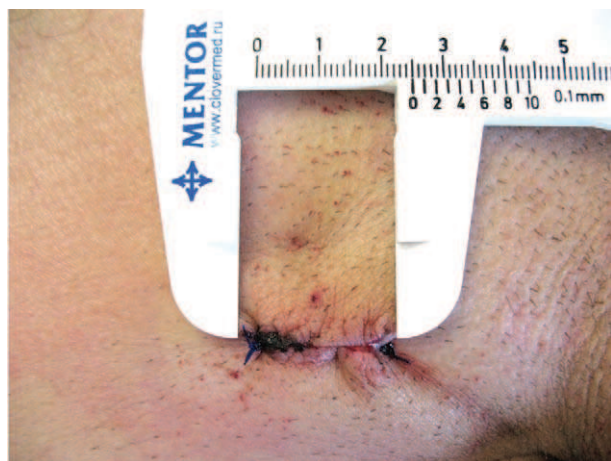


Рис. 1. Ушитый кожный разрез.

Предлагаемый способ герниопластики обладает всеми достоинствами существующих ныне методик «без натяжения» и предназначен, прежде всего, для случаев первичных грыж у пациентов, не страдающих полнотой. Способ позволяет, не в ущерб надежности, выполнить операцию при паховой грыже через минидоступ без использования специального оборудования и инструментария. При этом среднее время оперативного вмешательства заметно не отличается от такового при выполнении техники I.L. Lichtenstein. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был минимальным во всех случаях. Метод технически прост в исполнении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. — М.: Медицина, 1969. — 440 с.
2. Подолужный В.И., Старченков С.Б., Павленко В.В. Грыжесечение при паховых грыжах из минидоступа. технология и отдаленные результаты // Герниология. — 2007. — № 3 (15). — С. 23–25.
3. Серебренников В.В., Баранов А.И. Операции из минидоступа при паховых грыжах в амбулаторной практике // Герниология. — 2008. — № 1 (17). — С. 35.
4. Шалашов С.В., Куликов Л.К., Усольцев Ю.К. и др. Оригинальный способ герниопластики // Герниология. — 2007. — № 1 (13). — С. 41–43.
5. Чижов Д.В., Шурыгин С.Н., Воскресенский П.К., Филаткина Н.В. Пластика пахового канала по Лихтенштейну и ее модификации // Герниология. — 2004. — № 1. — С. 43–51.
6. Breivik H., Borchgrevink P.C., M. Allen M. et al. Assessment of pain // Br. J. Anaest. — 2008. — Vol. 101 (1). — P. 17–24.
7. Darzi A., Boucquier D., Menzies-Gow N., Nduka C.C. Endoscopically guided surface repair of inguinal hernia // Br. J. Surg. — 1995. — Vol. 82. — P. 515–517.

Сведения об авторах

Шалашов Сергей Владимирович — кандидат медицинских наук, врач-хирург Дорожной клинической больницы на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (663005, г. Иркутск, ул. Боткина, 10; тел.: 8 (3952) 63-81-26; e-mail: Sha62@bk.ru)

Куликов Леонид Константинович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования (664013, г. Иркутск, ул. Образцова, 27; тел.: 8 (3952) 44-87-41)

Буслаев Олег Александрович — заведующий хирургическим отделением Дорожной клинической больницы на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (663005, г. Иркутск, ул. Боткина, 10; тел.: 8 (3952) 63-81-26)

Смирнов Алексей Анатольевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100)

Егоров Иван Александрович — врач-хирург Дорожной клинической больницы на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (663005, г. Иркутск, ул. Боткина, 10)

Горбунов Игорь Александрович — врач-анестезиолог Дорожной клинической больницы на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (663005, г. Иркутск, ул. Боткина, 10)