

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы / Под ред. И.И. Дедова. — М., 1995. — 256 с.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.
3. Меерсон Ф.З. Защитные эффекты адаптации и перспективы развития адаптивной медицины // Успехи физиол. наук. — 1991. — № 2 (22). — С. 52-89.
4. Нефедова Е.В., Курильская Т.Е., Рунович А.А. Роль системных компонентов в нарушении когнитивных функций у больных с различными формами гипотиреоза // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2007. — № 6 (58). — С. 113-118.
5. Шпрых В.В., Нефедова Е.В. Церебральные и вегетативные нарушения у больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2002. — № 6. — С. 48-51.
6. Виктор М., Роттер А.Х. Руководство по неврологии по Адамсу и Виктору / Пер. с англ. — М.: МИА, 2006. — 680 с.
7. Davis J.D., Stern R.A., Flashman L.A. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly // Curr. Psychiatry Rep. — 2003. — Vol. 5. — № 5. — P. 384-390.
8. Duntas L.H. Thyroid disease and lipids // Thyroid. — 2002. — Vol. 12. — P. 287-293.
9. Haggerty J., Prange A. Subclinical hypothyroidism: a review of neuropsychiatric aspects // Annu. Rev. Med. — 1995. — Vol. 46. — P. 37-46.
10. Paulus W., Nolte K.W. Neuropathology of Hashimoto's encephalopathy // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2003. — Vol. 74. — P. 1009-1015.
11. Pucci E., Chiovato L., Pinchera A. Thyroid and lipid metabolism // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. — 2000. — Vol. 2. — P. 109-112.
12. Siegmund W., Spieker K., Weiike A.I., et al. Replacement therapy with levothyroxine plus triiodothyronine (bioavailable molar ratio 14 : 1) is not superior to thyroxine alone to improve well-being and cognitive performance in hypothyroidism // Clin. Endocrinol. (Oxf). — 2004. — Vol. 60. — № 6. — P. 750-757.
13. Tremont G., Stern R.A., Westervelt H.J. Neurobehavioral functioning in thyroid disorders // Med. Health. R. I. — 2003. — Vol. 86. — № 10. — P. 318-322.

© БОЧКАРЕВ А.А., ЩЕРБАТЫХ А.В., КУЗНЕЦОВ С.М., АГРЫЗКОВ А.Л., БОЛЬШЕШАПОВ А.А. — 2008

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

А.А. Бочкарев, А.В. Щербатых, С.М. Кузнецов, А.Л. Агрызов, А.А. Большешапов
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра факультетской хирургии, зав. — проф. А.В. Щербатых)

Резюме. В статье приводятся результаты хирургического лечения 47 пациентов с паховыми грыжами с помощью разработанной методики, которая включила в себя применение имплантата из полипропилена с дополнительным укреплением внутреннего пахового кольца и поперечной фасции.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика.

Адрес для переписки: 664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, ИГМУ, кафедра факультетской хирургии, доценту Кузнецову Сергею Мироновичу.

Сегодня учение о грыжах переживает новый, прогрессивный период своего развития. Творческие усилия хирургов мира создали предпосылки к переходу от исключительно механических принципов решения проблемы паховых грыж к глубоко осмысленным и обоснованным методам лечения этой, порой сложной, хирургической патологии с учетом патогенеза, физиологии и хирургической анатомии передней брюшной стенки и паховой области [1,2].

Проблема хирургического лечения паховых грыж до настоящего времени остается весьма актуальной и далека от окончательного решения. Свидетельством тому является большое число оперативных методик (около 300) и ни одна из них не гарантирует отсутствие рецидива в послеоперационном периоде [2,7,8].

Пластика местными тканями у некоторых пациентов с малыми размерами грыжевых дефектов и достаточными прочностными характеристиками околодефектных тканей может обеспечивать положительные результаты, но в большинстве наблюдений происходит перерастяжение и рубцевание тканей передней брюшной стенки, что обусловлено не только недостаточной мобильностью фасциально-мышечного слоя, но и значительным

повышением внутрибрюшного давления, приводящее к рецидивированию данного заболевания [6,7].

Одним из путей решения проблемы мы считаем использование имплантатов при грыжесечении. Их применение позволяет ушить неостойчивые ткани пахового канала без натяжения, укрепить растянутые, разволокненные и нестойчивые ткани дополнительным прочным материалом. Неоспоримым преимуществом аллопластики по сравнению с пластикой местными тканями является значительно большая надежность таких операций [1,3,9].

На наш взгляд наиболее совершенны в этом отношении методики с использованием полипропиленовых сеток, так как этот материал обладает высокой механической прочностью, эластичностью, химически инертен, очень редко вызывает воспаление или отторжение, не вызывает аллергии или сенсibilизацию, не обладает канцерогенными свойствами, пригоден для фабричного изготовления и стерилизации [6,10].

Многие хирурги, специализирующиеся в области герниологии, перешли от традиционных методов к пластике без натяжения с помощью эндопротезных материалов, а с 90-х годов XX века пластика

без натяжения стала золотым стандартом в хирургии паховой грыжи [4,5].

При использовании эндопротезов хирург должен учитывать возможность повторного грыжеобразования. Например, при пластике грыжи с использованием только имплантата возникает проблема: оставшаяся часть незащищенной задней стенки пахового канала медиальнее и латеральнее внутреннего пахового кольца, а потому остается более подверженной риску грыжеобразования. Такие рецидивы обычно не являются результатом разрывов ушитых тканей или сетчатого имплантата. Они развиваются в незащищенной области задней стенки, прогрессивно слабеющей до клинических проявлений грыжи [5].

Рецидивы грыжи могут возникнуть также после фиксации сетки кпереди от поперечной фасции в области лобкового бугорка и внутреннего пахового кольца. В таких случаях грыжевое выпячивание выходит через внутреннее паховое кольцо между задней стенкой и сеткой [5].

Материалы и методы

На кафедре факультетской хирургии ИГМУ был разработан и внедрен способ паховой герниопластики, основанный на применении имплантата из полипропилена с дополнительным укреплением внутреннего пахового кольца при помощи наложения кисетного шва и создании дубликатуры поперечной фасции.

Герниопластика по предложенной методике осуществлялась следующим образом: проводили разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 8-10 см и на 2 см выше паховой впадины.

Апоневроз наружной косой мышцы освобождали от подкожной жировой клетчатки только по линии рассечения. По вскрытии апоневроза препаровочным тупфером выделяли паховую связку, край внутренней косой и поперечной мышц на 2-3 см, край влагалища прямых мышц и лонный бугорок.

Вскрывали влагалищную оболочку семенного канатика. Выделяли грыжевой мешок до шейки, его содержимое погружали в свободную брюшную полость. Грыжевой мешок ушивали.

Поперечную фасцию приподнимали двумя зажимами медиальнее внутреннего пахового кольца и рассекали ножницами. Разрез поперечной фасции продолжается от внутреннего пахового кольца медиально и книзу до лонного бугорка. Препаровочным тупфером поверхность поперечной фасции освобождали от жировой клетчатки сверху до уровня внутренней косой и поперечной мышц, книзу — до обнажения подвздошно-лобкового тракта.

Для реконструкции и укрепления задней стенки пахового канала использовали одну длинную монофиламентную нить из полипропилена 2/0. Сначала накладывали кисетный шов на внутреннее паховое кольцо. Контролируя степень сужения внутреннего пахового кольца при помощи пальца или бранши пинцета, узел завязывали и оставшийся конец нити использовали для наложения первого обвивного непрерывного шва, по направлению к лонному бугорку. Шов накладывали, подхватывая внизу подвздошно-лобковый тракт, вверху — поперечную фасцию так, чтобы край поперечной фасции оставался свободным.

У лонного бугорка первый ряд швов захватывает надкостницу. После этого той же нитью в направлении от лонного бугорка к внутреннему паховому кольцу формировали второй ряд швов, который сближает снизу паховую связку, сверху — край поперечной фасции. В области внутреннего пахового кольца оба конца нити завязывали.

В проекции задней стенки пахового канала устанавливали сетчатый полипропиленовый имплантат. Для пластики использовали протез размером 8 на 13 см или меньше при небольшом паховом промежутке. По медиальному краю сетки углы закругляли, с латерального края производили продольный разрез на $2/3$ длины протеза. В конце разреза делали круглое отверстие до 1 см в диаметре для семенного канатика. Протез фиксировали непрерывным швом проленом 2/0 к лонному бугорку при помощи П-образного шва. После этого семенной канатик переводили вверх и той же лигатурой сетку фиксировали к связке Соорег и паховой связке до внутреннего пахового кольца. Затем верхний край сетки фиксировали поверх внутренней косой и поперечной мышц 3-4 отдельными проленовыми швами. При этом край сетки располагается на 2 см выше нижнего края мышц.

Бранши протеза сшивали позади семенного канатика край в край, и семенной канатик оказывался в приготовленном для него отверстии. Семенной канатик помещали впереди имплантата.

Апоневроз наружной косой мышцы сшивали край в край без натяжения. Диаметр формирующегося наружного пахового кольца значения не имел. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Предлагаемый способ лечения косой паховой грыжи поясняется рисунками (рис. 1, 2).

Результаты и обсуждение

По описанной методике за период с 2005 по 2007 гг. нами было прооперировано 47 пациентов с паховыми грыжами.

Продолжительность оперативного вмешательства у больных в ГЛ II составила в среднем $56,2 \pm 8,7$ мин.

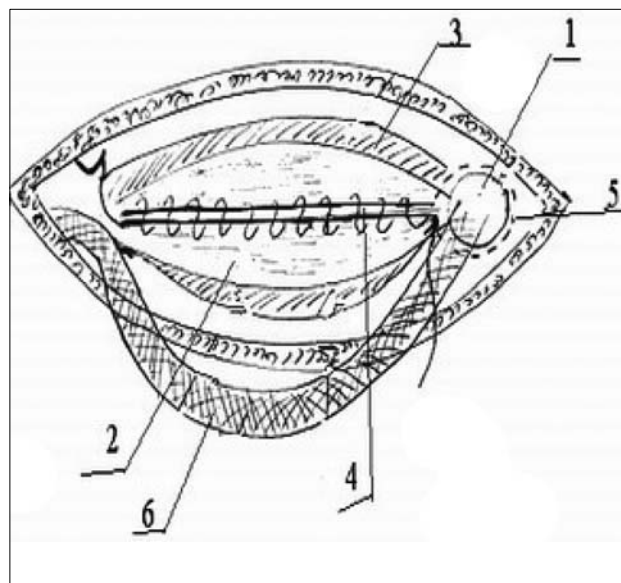


Рис. 1. 1 — внутреннее паховое кольцо, 2 — поперечная фасция, 3 — паховая связка, 4 — наложение первого ряда швов на поперечную фасцию, 5 — наложение кисетного шва на внутреннее паховое кольцо, 6 — семенной канатик

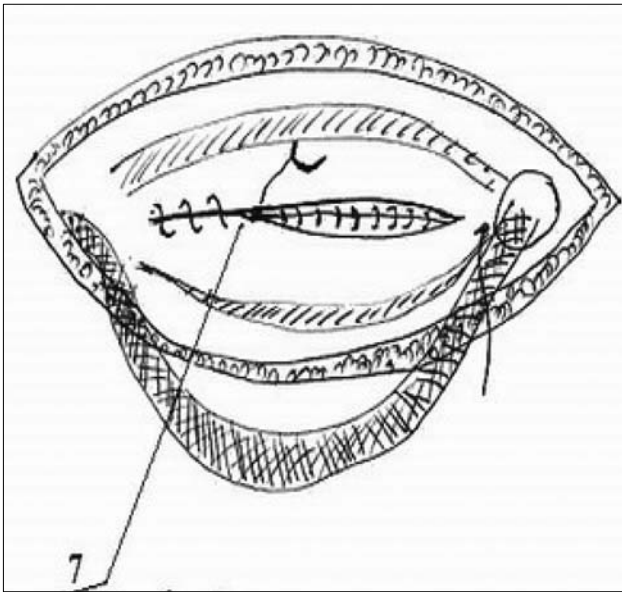


Рис. 1. 7 — наложение второго ряда швов с формированием дубликатуры поперечной фасции.

Сроки пребывания пациентов на стационарном лечении показали, что продолжительность госпитального периода составила от 6 до 9 койко-дней, в среднем $6,8 \pm 0,8$.

На восстановление трудоспособности лицам, чья трудовая деятельность не связана с использованием физического труда, потребовалось от 8 до 16 дней, в среднем $12,3 \pm 2,3$, лицам, чья трудовая деятельность связана с использованием физического труда — от 15 до 20 дней, в среднем $17,1 \pm 2,8$.

Интраоперационных осложнений у всех оперированных больных мы не наблюдали.

В ближайшем послеоперационном периоде пациенты жаловались на незначительные боли в паховой области со стороны вмешательства, которые

постепенно уменьшались и исчезали ко 2-4 суткам, наиболее выраженные боли беспокоили 2 (22,2%) пациентов. У 4 (44,4%) пациентов отмечено скопление серозной или серозно-геморрагической жидкости в подкожно-жировой клетчатке, у 1 (11,1%) — отек мошонки, у 1 (11,1%) — отек семенного канатика и у 1 (11,1%) пациента инфильтрат области послеоперационного шва. В течение последующих суток (4-7) в процессе функциональных нагрузок (вставание, ходьба) больные не отмечали болевых ощущений и каких-либо значительных неудобств в зоне вмешательства. У всех пациентов заживление ран первичным натяжением. Всего количество осложнений в данной группе наблюдалось у 9 пациентов, что составило 19,1% от общего количества пациентов в группе или 10,0% от общего количества осложнений.

Анализ отдаленных результатов через 12 месяцев показал, что у 1 пациента возник рецидив заболевания, что составило 2,1% от общего количества пролеченных в группе.

Подводя итоги, надо отметить высокую надежность предложенного способа, так как происходит сужение внутреннего пахового кольца и укрепление пахового промежутка путем создания дубликатуры, что способствует в раннем послеоперационном периоде уменьшению нагрузки на имплантат и снижению риска грыжеобразования через внутреннее паховое кольцо. Минимальное количество осложнений, более раннее возвращение пациентов к трудовой деятельности. Также возможна более ранняя активизация пациентов, что особенно важно для лиц пожилого возраста и для пациентов с сопутствующей патологией.

Относительно малая травматичность, быстрая медицинская и социальная реабилитация пациентов, патогенетическая обоснованность данного вида пластики, универсальность методики — все это должно дать методу более широкое распространение в хирургической практике паховых грыж.

USE OF ADDITIONAL STRENGTHENING OF WALLS INGUINAL OF THE CHANNEL AT PLASTIC INGUINAL HERNIAS POLYPROPYLENE NET

A.A. Bochkarev, A.V. Scherbatikh, S.M. Kuznetsov, A.L. Agryzkov, A.A. Bolsheshapov
(Irkutsk State Medical University)

In clause results of treatment of 47 patients with inguinal hernias by means of developed to a technique which has included application net from polypropylene with additional strengthening internal inguinal rings and cross-section fascia are resulted.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арчвадзе В.Ш., Чхиквадзе Т.Ф., Чануквадзе И.М., Джикия Д.Т. Пластика пахового канала без натяжения при грыжах//Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2005. — №7. — С. 50-52.
2. Бекоев В.Д., Криль В.А., Троянов А.А. и др. Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения)//Хирургия. — 2003. — №2. — С. 45-48.
3. Васильев С.В., Ошкова Т.А., Олейник В.В., Морозов А.Б. Аллопластика паховых грыж полипропиленовыми сетками//Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2007. — №5. — С. 80-82.
4. Галимов О.В., Мусин Р.З. Хирургическое лечение паховых грыж//Хирургия. — 2001. — №8. — С. 41-43.
5. Гогия Б.Ш., Адамян А.А. Использование проленовой системы (Prolene Hernia System) для пластики паховых грыж// Хирургия. — 2002. — №4. — С. 65-68.
6. Пучков К.В., Филимонов В.Б., Осипов В.В. и др. Использование полипропиленового имплантата в аллопластике паховых грыж//Эндоскопическая хирургия. — 2003. — Т. 9, №6. — С. 15-19.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Методики хирургического лечения паховых грыж: методические рекомендации//Хирургия. — 2006. — №9. — С. 40-50.
8. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А., Тимошин А.Д. Современные подходы к лечению паховых грыж//Хирургия. — 2006. — №9. — С. 18-21.
9. Amid P.K., Lichtenstein I.L. Long term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty// Journal Hernia. — 1999. — Vol. 2. — P.89-94.
10. McQuay H.J., Andrew M.R. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice//Ann Intern Medicine — 1997. — Vol. 126. — P. 712-720.