

Демидов Д.Г., Хорава В.Г., Торгунаков А.П.  
Городская клиническая больница № 2,  
Центральная районная больница Кемеровского района,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## СПОСОБ ПРЕДБРЮШИННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ИЗ ПОЛУЛУННОГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА

Предмет исследования – больные с паховыми грыжами II, IIIA, IIIB, IVA и IVB типов по классификации «Nyhus», в возрасте от 18 до 70 лет.

Цель исследования – изложение методики и оценка ближайших результатов предбрюшинного протезирования брюшной стенки при паховых грыжах из полулунного параректального доступа.

Основную группу (105) составили больные, оперированные разработанным новым способом предбрюшинного протезирования брюшной стенки из полулунного параректального доступа. В группу сравнения (135) вошли больные с паховыми грыжами, оперированные способом Лихтенштейна. Группы сопоставимы по возрасту, полу, формам грыж. Основными отличиями предлагаемой методики является способ расположения и фиксации сетчатого протеза. Швами фиксируется только нижний край эндопротеза, а фиксация верхнего края, расправленного под прямой мышцей, осуществляется при сшивании передней стенки влагалища прямой мышцы. Разработанный метод предбрюшинного протезирования брюшной стенки при паховых грыжах из полулунного параректального доступа технически прост, по времени исполнения не продолжительнее метода Лихтенштейна, не травматичен для семенного канатика; местные осложнения в раннем послеоперационном периоде развиваются в 4,5 раза реже. Опыт предбрюшинного протезирования из полулунного параректального доступа доступен для внедрения в отделениях общей хирургии.

**Ключевые слова:** паховая грыжа; параректальный доступ; предбрюшинное протезирование.

**Demidov D.G., Khorava V.G., Torgunakov A.P.**

Municipal City Clinical Hospital N 2,  
Central District Hospital of Kemerovo Municipal District,  
Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

### METHOD OF PROSTHETICS OF PREPERITONEAL ABDOMINAL WALL IN INGUINAL HERNIA THROUGH SEMILUNAR PARARECTAL ACCESS

The subject of the study – patients at the age of 18 to 70 years old with inguinal hernias of II, IIIA, IIIB, IVA and IVB types according to Nyhus classification.

The aim of the study – methodology presentation and early results evaluation of prosthetics of preperitoneal abdominal wall in inguinal hernia through semilunar pararectal access.

The study group (105) consisted of patients operated according to new methodology of preperitoneal prosthetics of abdominal wall through semilunar pararectal access. In the control group (135) patients with inguinal hernias operated according to Liechtenstein were included. Groups were comparable with respect to age, gender, forms of hernia. The main differences between the proposed methodology is a method for positioning and fixation of mesh prosthesis. Special seams fix only the lower edge of the prosthesis and fixation of the upper edge, straightened under the direct muscle, is carried out by cross-linking of the front wall of the rectus sheath. The developed method of preperitoneal prosthetics of abdominal wall in inguinal hernias through semilunar pararectal access is technically simple, the operation time is not longer compared with operation time according to Liechtenstein method, it is not traumatic for spermatic cord, local complications rate at early postoperative period is 4.5 times less. Usage experience of preperitoneal prosthetics through semilunar pararectal access is available for general surgery department application.

**Key words:** inguinal hernia; pararectal access; preperitoneal prosthesis.

Паховые грыжи являются одними из самых распространённых хирургических заболеваний в стационарах общехирургического профиля. На долю паховых грыж приходится 70-80 % всех грыж передней брюшной стенки, которыми страдают 6-7 % мужчин и 2,5 % женщин планеты, преимущественно зрелого возраста [1-3]. На долю грыжесечения по поводу паховых грыж приходится 8-24 % от всех хирургических вмешательств. Тенденция к увеличению заболеваемости грыжами обусловлена

старением населения, имеющего хронические заболевания органов дыхания и кровообращения, пищеварительной, эндокринной и мочевыделительной систем. Данные заболевания приводят к периодическому повышению внутрибрюшного давления, что способствует грыжеобразованию [4, 5].

Проблема «безрецидивного» способа операции паховых грыж на сегодняшний день не решена. Процент рецидива грыж остаётся стабильно высоким и колеблется от 1,3 % до 42,5 % в зависимости от вида, формы и сложности грыжи (при косых паховых грыжах – от 1,3 % до 21 %, при прямых – от 11 % до 37 %, при сложных формах грыж достигает 42,5 %). Основными причинами осложнений и неудовлетворительных исходов лечения грыж являются диагностические, лечебно-тактические и технические ошибки

#### Корреспонденцию адресовать:

ХОРАВА Вахтанг Гизоевич,  
650060, г. Кемерово, бульвар Строителей, д. 20, кв. 308.  
Тел.: 8 (3842) 64-77-20; +7-951-166-86-29; +7-903-941-15-34.  
E-mail: vakholena@mail.ru

ки, выполнение оперативных вмешательств без учета многообразия видов и форм паховых грыж. Установить правильный диагноз не всегда возможно как в дооперационном периоде, так и во время операции, что ведет к неадекватному выбору способа оперативного вмешательства и, следовательно, к ухудшению результатов лечения с возникновением истинных и ложных рецидивов грыж [6-8].

Основным методом в лечении паховых грыж в настоящее время является «натяжная» герниопластика с применением сетчатого протеза.

В Европе и России всё более популярной остаётся герниопластика по Lichtenstein. Это объясняется тем, что частота рецидивов после выше указанных методик не превышает 2 %. Герниопластика по Lichtenstein, наряду с простотой, доступностью и высокой надежностью, не лишена недостатков. Необходимость вскрытия пахового канала, манипуляции на семенном канатике с возможной его травматизацией, технические трудности при рецидивных грыжах, ограниченность применения при ущемленных грыжах, невозможность закрытия зон образования бедренных грыж диктуют необходимость поиска новых методов лечения грыж паховой локализации [9-11].

Многие имеющиеся проблемы в лечении паховых грыж можно решить применением предбрюшинных способов герниопластики. Предбрюшинный способ герниопластики даёт возможность высокого удаления грыжевого мешка (у его основания) и ревизии всех «слабых» мест пахово-бедренной области, предупреждает излишнюю травматизацию семенного канатика и другие интраоперационные осложнения за счет четкой визуализации грыжевого мешка и его содержимого. Положительными сторонами предбрюшинных доступов является использование на этапе пластики глубоких апоневротических структур передней брюшной стенки, а также возможность выполнения адекватного оперативного вмешательства без дополнительного разреза (лапаротомии) и расширения доступа (герниолапаротомии) при ущемленных грыжах [12, 13].

Сегодня известны различные модификации предбрюшинных способов герниопластики, из мини-доступов (Тарасов А.Л., 2001; Старченков С.Б., 2007; Десяткин В.Б., 2011). Однако они имеют ограничения в использовании — ожирение, ущемлённые и рецидивные грыжи, сочетание паховых и бедренных грыж. Кроме того, фиксация протеза одним или двумя швами может приводить к смещению его в раннем послеоперационном периоде и рецидиву грыжи [13, 14].

Среди доступов для предбрюшинной аутогерниопластики мы используем полулунный параректальный (Демидов Д.Г., 2003). Сообщений об опыте протезирования пахового канала из этого доступа нет,

не проводилась и сравнительная оценка подобных операций с операцией — «золотой стандарт» — протезированием по Лихтенштейну. Изложенное определило направление данного исследования.

**Цель исследования** — изложение методики и оценка ближайших результатов предбрюшинного протезирования брюшной стенки при паховых грыжах из полулунного параректального доступа.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2006 по 2011 гг. на базе хирургических отделений НУЗ Отделенческая больница на ст. Кемерово ОАО «РЖД», ЦРБ Кемеровского района и ГКБ № 2 прооперированы и прослежены всего 240 пациентов с паховыми грыжами.

Основную группу (105 пациентов) составили больные, оперированные предбрюшинным доступом. В группу сравнения (135 пациентов) включены больные с паховыми грыжами, оперированные способом Лихтенштейна (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Характеристика оперированных больных по возрасту, полу и формам грыж, n (%)**

		Основная группа (n = 105)	Группа сравнения (n = 135)
Возраст	18-30 лет	5 (4,8)	7 (5,2)
	30-60 лет	65 (61,9)	80 (59,3)
	60-70 лет	35 (33,3)	48 (35,5)
Пол	Мужчины	86 (81,9)	108 (80)
	Женщины	19 (18,1)	27 (20)
Формы грыж (по Nyhus)	Тип II	42 (40)	51 (37,7)
	Тип III A	31 (29,5)	38 (28,2)
	Тип III B	13 (12,4)	20 (14,8)
	Тип IV A, B	19 (18,1)	26 (19,3)

Из таблицы следует, что группы больных вполне сопоставимы по возрасту, полу и видам грыж. Оценка результатов проводилась клиническим методом, методом анкетирования и заполнения карт пациентов до- и после проведенной нами операции. В диагностике послеоперационных осложнений, кроме клинической оценки, использовали УЗ-исследование пахово-мошоночной области.

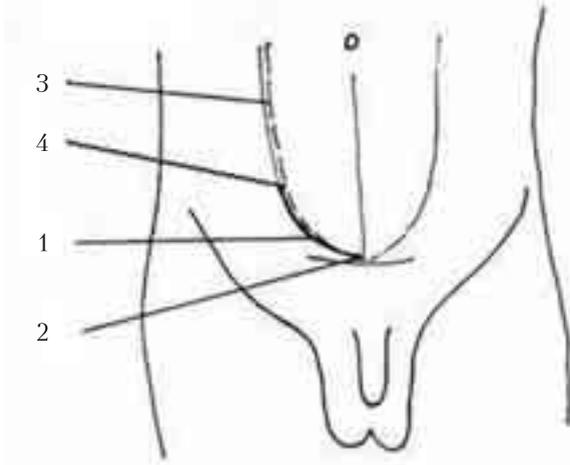
Методика проведения операции предбрюшинного протезирования брюшной стенки при паховых грыжах из полулунного параректального доступа заключается в следующем. Под спинномозговой анестезией, ЭТН или местной анестезией выполняют разрез кожи и подкожной клетчатки полулунной формы в проекции наружного края прямой мышцы живота, начиная на 1,5 см выше лонного бугорка и продолжая вверх по намеченной линии длиной 6-8 см (рис.).

### Сведения об авторах:

ДЕМИДОВ Дмитрий Георгиевич, канд. мед. наук, зав. отделением общей хирургии, МБУЗ ГКБ № 2, г. Кемерово, Россия.  
ХОРАВА Вахтанг Гизоевич, врач хирург, МБУЗ ЦРБ Кемеровского района, г. Кемерово, Россия. E-mail: vakholena@mail.ru  
ТОРГУНАКОВ Аркадий Петрович, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО КеМГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

**Рисунок****Полулунный параректальный доступ**

Примечание: 1 - полулунный параректальный доступ;  
2 - дистальная точка кожного разреза;  
3 - латеральный край прямой мышцы живота справа;  
4 - проксимальная точка кожного разреза.



Вскрывают переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, прямая мышца смещается медиально. Обнажают задний листок влагалища прямой мышцы, представленный поперечной фасцией, который рассекают. Брюшину вместе с предбрюшинной клетчаткой отслаивают от всей задней поверхности паховой области. При этом становятся видимыми лонная кость, связка Купера, подвздошные сосуды, подвздошно-лонный тракт на всём протяжении и семенной канатик. Проводится осмотр всей задней поверхности паховой области и бедренного кольца, позволяющий выявить все дефекты и слабые места этой зоны и установить точный анатомический диагноз грыжи, что особенно важно при сочетанных и комбинированных грыжах, когда имеются несколько дефектов и грыжевых мешков. Это позволяет исключить ложные рецидивы грыж и улучшить результаты операции.

При прямых паховых и бедренных грыжах грыжевой мешок не удаляется, а инвертируется в брюшную полость при помощи кисетного шва, наложенного на шейку мешка. Это значительно сокращает время операции. Эти этапы операции ничем не отличаются от предложенной нами методики предбрюшинной герниопластики паховых и бедренных грыж (Патент РФ № 2240050 от 20 ноября 2004 г.).

Основным отличием предлагаемой методики является способ расположения и фиксации сетчатого протеза. Выкраивается сетчатый протез прямоугольной формы размером 8 Ч 12-14 см в зависимости от длины пахового канала. Накладывают, но не завязывают, 2-3 шва за лонную связку от лонного бу-

горка до подвздошных сосудов, нити берутся на зажимы. Потом накладывают 5-7 швов на подвздошно-лонный тракт, начиная с медиальной его части, последовательно продвигаясь до глубокого пахового кольца. При этом, для удобства и предупреждения прошивания стенки подвздошных сосудов, наложение швов на подвздошно-лонный тракт проводят при одновременном подтягивании за предыдущий шов. Заканчивают этот этап операции наложением швов на подвздошно-лонный тракт у медиального и латерального краёв глубокого пахового кольца.

Нити, наложенные за лонную связку и подвздошно-лонный тракт, берутся на зажимы. Этими нитями последовательно прошивают сетчатый протез матрачными швами таким образом, чтобы оставалась свободной полоска сетки шириной 2,5-3,0 см ниже линии наложения швов для образования клапана. Нити завязывают, и нижний край протеза фиксируют к задней поверхности паховой области. Протез расправляют под прямой мышцей.

Затем проводят сшивание верхнего и нижнего краёв апоневроза передней стенки влагалища прямой мышцы с одновременным прошиванием сетчатого протеза каждым швом. Накладываются швы на подкожную клетчатку и кожу.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Отличия данной методики от других способов герниопластики сетчатыми протезами:

1. Швами фиксируется только нижний край протеза, а фиксация верхнего края осуществляется при сшивании передней стенки влагалища прямой мышцы.
2. Не проводится выкраивание отверстия в протезе для семенного канатика, как при пластике по Лихтенштейну. Семенной канатик проходит через отверстие, сформированное подвздошно-лонным трактом и подшитым к нему сетчатым протезом, и прикрыт на протяжении 2,5-3 см клапаном из свободной полоски протеза.
3. Наличие «клапана» из свободной полоски протеза, который препятствует внедрению брюшины под протез и, следовательно, исключает возможность рецидива грыжи. При этом внутрибрюшное давление из производящей силы, которая образует грыжу, становится защитной, поскольку, чем выше внутрибрюшное давление, тем сильнее прижимается свободная полоска протеза к задней поверхности паховой области.

Продолжительность операций была практически одинаковой в обеих группах:  $43,5 \pm 3,6$  мин. в основной группе и  $41,7 \pm 4,1$  мин. в группе сравнения. Различие времени операции в основной группе и группе сравнения является несущественным.

**Information about authors:**

DEMIDOV Dmitry Georgevich, candidate of medical sciences, head of general surgery department, Municipal City Clinical Hospital N 2, Kemerovo, Russia.  
KHORAVA Vakhtang Gizoevich, surgeon, Central District Hospital of Kemerovo District, Kemerovo, Russia. E-mail: vakholena@mail.ru  
TORGUNAKOV Arkady Petrovich, doctor of medical sciences, professor, head of general surgery chair, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia.

В ближайшем послеоперационном периоде количество местных осложнений (в зоне вмешательства) оказалось больше в группе сравнения – 8,8 %, в основной группе – 1,9 % (табл. 2).

**Таблица 2**  
**Ближайшие результаты операции**

Осложнение	Основная группа (n = 105)	Группа сравнения (n = 135)
Гематома подкожно - жировой клетчатки	2	1
Воспалительный инфильтрат	-	4
Воспалительный инфильтрат + серома	-	1
Нагноение послеоперационной раны + свищи	-	2
Длительный болевой синдром	-	1
Отек мошонки	-	3
Всего осложнений	2 (1,9 %)	12 (8,8 %)

Процесс выделения семенного канатика сопровождается повреждением мелких кровеносных сосудов и разрушением лимфатических коллекторов, что создаёт условия для более выраженного воспалительного процесса в зоне расположения протеза у больных группы сравнения. По этой же причине у трёх пациентов наблюдали отёк мошонки на стороне операции. Длительный болевой синдром паховой области на стороне операции у одного пациента в группе сравнения объясняется развитием неврита из за ме-

ханического воздействия на нервы паховой области. Местных интраоперационных осложнений, как и осложнений общего порядка, в послеоперационном периоде не было ни в основной группе, ни в группе сравнения. Таким образом, местных осложнений раннего послеоперационного периода в группе сравнения оказалось в 4,5 раза больше, чем в основной группе больных.

Отдалённые результаты будут представлены в следующем сообщении.

## ВЫВОДЫ:

1. Способ предбрюшинной герниопластики паховых грыж сетчатым протезом с использованием полулунного параректального доступа технически прост, и его выполнение занимает не больше времени, по сравнению с герниопластикой по Лихтенштейну.
2. Процент местных осложнений при предбрюшинной герниопластике из полулунного параректального доступа в раннем послеоперационном периоде в 4,5 раза меньше, чем при способе Лихтенштейна.
3. Данный способ предбрюшинной герниопластики позволяет установить сетчатый протез на всю заднюю поверхность пахово-бедренной области с формированием «клапанного механизма», препятствующего рецидиву грыж.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Гуца, А.Л. Актуальные вопросы герниологии /А.Л. Гуца, С.И. Воложин //Хирургия. – 1982. – № 8. – С. 109-110.
2. Луцевич, О.Э. Комбинированная хирургическая тактика при паховой и мошоночной грыже /О.Э. Луцевич //Хирургия грыж: Рос.-Герман. симп. – М., 1997. – С. 15.
3. Мазченко, Н.С. Повреждение мочеполовых органов при неврологических операциях /Н.С. Мазченко, Ю.В. Кормзиков //Клин. хирургия. – 1987. – № 12. – С. 54.
4. Лаврова, Т.Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки /Т.О. Лаврова. – М., 1979. – 104 с.
5. Такуев, К.С. Н.И. Кукуджанов – основоположник современной глубокой паховой герниопластики /К.С. Такуев //Вестн. хирургии им И.И. Грекова – 1989. – № 7. – С.123-126.
6. Андреев, А.Л. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с паховой грыжей /А.Л. Андреев, Р.М. Лукьянчук //Неотложная и специализированная хирургическая помощь : 1-й Конгр. моск. хирургов: тез. докл. – М., 2005. – С. 245.
7. Бекшоков, А.С. Результаты пластики паховых грыж методом Лихтенштейна с использованием полипропиленового протеза /А.С. Бекшоков, А.В. Егоров, И.Г. Гузнов //Хирургия 2002: Матер. 4-го Рос. науч. форума. – М., 2002. – С. 40-41.
8. Борисов, А.Е. Новые технологии в лечении паховых грыж /А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, С.Е. Митин //Амбул. хирургия. – 2002. – № 1(5). – С. 36-39.
9. Демидов, Д.Г. Применение предбрюшинной пластики при паховых и бедренных грыжах /Д.Г. Демидов, В.В. Павленко, Н.Н. Башев //Ежегодн. сб. науч.-практ. работ ОКБ. – Кемерово, 2002. – С. 15-16.
10. Демидов, Д.Г. Применение операции Ген-ри-Чизтла у больных с двухсторонними паховыми и бедренными грыжами /Д.Г. Демидов, В.В. Павленко, Н.Н. Башев //Ежегодн. сб. науч.-практ. работ ОКБ. – Кемерово, 2002. – С. 16-17.
11. Демидов, Д.Г. Результаты применения нового способа предбрюшинной герниопластики при паховых грыжах /Д.Г. Демидов, В.В. Павленко //Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки: Матер. семинара. – М., 2003. – С. 35-36.
12. Павленко, В.В. О предбрюшинной пластике паховых и бедренных грыж /В.В. Павленко, Д.Г. Демидов //Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки: Матер. семинара. – М., 2003. – С. 17-19.
13. Малоинвазивная предбрюшинная герниопластика при паховых грыжах /В.И. Подолужный, О.А. Краснов, В.В. Павленко и др. //Современные технологии в клинической практике: Матер. науч.-практ. конф. – Новосибирск, 2003. – С. 172-173.
14. Подолужный, В.И. Предбрюшинная герниопластика при паховых грыжах из минидоступа /В.И. Подолужный, В.В. Павленко, С.Б. Старченков //Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки: Матер. семинара. – М., 2003. – С. 37-38.