

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ**

*В.В. Павленко, С.Б. Старченков, В.Б. Десяткин*

*Кемеровская государственная медицинская академия*

*Кемеровская городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского*

В настоящее время известно более 600 методов и модификаций устранения паховых грыж. В России ежегодно выполняется около 200 тыс. плановых операций по поводу грыж паховой локализации. Применяемые в нашей стране способы герниопластики при паховых грыжах нередко сопровождается возвратом заболевания, который иногда достигает 10-15%, а при рецидивных грыжах – до 20%. Самым простым методом пластики задней стенки является операция Лихтенштейна, применение которой позволяет значительно сократить процент возврата заболевания.

Современный органосохраняющий подход в хирургии предъявляет к операциям при паховых грыжах новые требования. Это, в первую очередь, касается минимизации влияния оперативных вмешательств на репродуктивную функцию мужчин. Любые способы пластики в большей или меньшей степени сопровождаются травматизацией семенного канатика, что впоследствии может привести к мужскому бесплодию. Основная причина нарушения репродуктивной функции мужчин после пахового грыжесечения – венозное полнокровие и хроническая ишемия яичка, возникающие вследствие компрессии вен семенного канатика и нарушений нервной трофики. Эти изменения возникают не только при традиционных аутопластических способах грыжесечения, но и при операции Лихтенштейна, когда синтетический протез, помещенный в паховый канал, вызывает рубцевание окружающих тканей, в которое может вовлекаться и funiculus spermaticus. Различные способы предбрюшинной герниопластики позволяют при прямых паховых грыжах значительно уменьшить контакт с содержимым пахового канала, а при косых – свести к минимуму отрицательное воздействие хирургических манипуляций на семенной канатик. Предбрюшинные способы пластики пахового канала позволяют сократить риск повреждения органов, сосудов и других образований, не нарушая целостности пахового канала, и с меньшей травмой ретроградно удалить грыжевой мешок и выполнить герниопластику.

К настоящему времени предложено большое количество предбрюшинных операционных доступов и их модификаций. Обилие модификаций предбрюшинных доступов говорит о неудовлетворенности хирургов интраоперационными условиями, желании уменьшить сложность оперативного вмешательства, не увеличивая ее травматичность.

За период с 1997 по 2006 г. в клинике госпитальной хирургии на базе ГKB №3 г. Кемерово оперировано 379 больных с паховыми грыжами. Основную группу составили 48 больных (45 мужчин и 3 женщины), оперированных по разработанному нами способу преперитонеальной герниопластики. Возраст больных был от 45 до 65 лет, в среднем  $54,2 \pm 3,9$  года. Контрольную группу составил 331 больной (319 мужчин и 12 женщин) с паховыми грыжами, оперированные способом Лихтенштейна. Возраст больных был от 22 до 83 лет, в среднем  $56,2 \pm 2,1$  года. Группы были сравнимы по полу, возрасту и видам грыжи.

Распределение больных по виду грыжи и способу операции представлено в табл. 1.

Нами разработан способ преперитонеальной герниопластики при паховых грыжах из мини-доступа с использованием сетчатого полипропиленового эксплантата.

**Распределение больных с паховыми грыжами в зависимости от вида грыжи и способа операции**

Грыжи	Способ оперативного вмешательства			
	преперитонеальная герниопластика (основная группа)		операция Лихтенштейна (контрольная группа)	
	абс.	%	абс.	%
Косые	23	47,9	149	45,0
Прямые	22	45,8	109	32,9
Рецидивные	3	6,3	73	22,1
Всего	48	100,0	331	100,0

При работе мы ставили перед собой следующие условия:

— доступ должен обеспечивать хорошую экспозицию глубокого пахового кольца, медиальной паховой ямки, внутреннего бедренного кольца, подвздошных и внутренних эпигастральных сосудов, а также достаточную свободу манипуляций при небольших размерах раны;

— доступ должен быть малотравматичным.

Методика операции следующая. Положение больного на операционном столе – на спине. Под перидуральной анестезией на 1,0 см выше проекции внутреннего пахового кольца выполняется разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки длиной до 3,0 см в косопоперечном направлении по заранее отмеченным ориентирам. Тупо крючками Фарабефа разводятся мышцы. Рассекается поперечная фасция. Тупфером отслаивается париетальная брюшина для создания кармана в предбрюшинном пространстве. Визуализируется семенной канатик, в некоторых случаях он берется на держалку. По ходу операции уточняется вид грыжи. Грыжевой мешок выделяется и иссекается. Этот этап мы считаем принципиальным, так как устраняется путь, по которому вновь может образоваться паховая грыжа. Особая осторожность требуется при отслаивании брюшины в области прохождения нижней надчревной артерии, разделяющей медиальную и латеральную паховую ямки. Отслойка ведется до достижения достаточного объема визуализируемого пространства, адекватного размерам имплантируемого протеза. Затем на зажимах Бильрота при помощи преперитонеоскопа в предбрюшинное пространство вводится скрученный сетчатый эксплантат, который расправляется и устанавливается таким образом, чтобы закрывать все слабые места паховой области – все три ямки: медиальную, латеральную паховые и бедренную. После этого в проекции наружного пахового кольца накладывается контрапертура, через которую в направлении к внутреннему паховому кольцу с захватом ножек наружной косой мышцы, внутренней косой мышцы при помощи импровизированной иглы «Endo Glosse» полипропиленовой нитью накладываются П-образные швы на сетчатый эксплантат с прошиванием нижней трети протеза, что позволяет надежно фиксировать его, предотвращая миграцию. Затем мы просим больного выполнить пробу Вальсальвы (с натуживанием живота), что способствует лучшему расправлению сетчатого эксплантата, после чего затягивали П-образные швы, концы нитей которых были предварительно выведены через контрапертуру в проекции наружного пахового кольца.

Среднее время оперативного вмешательства в группах больных, оперированных разными методами, существенно различалось: для основной группы оно составило  $25,9 \pm 3,23$  мин., для герниопластики полипропиленовым протезом по Лихтенштей-

ну –  $49,7 \pm 2,92$  мин. Срок пребывания больных в стационаре после преперитонеальной герниопластики в среднем составил  $3,8 \pm 1,24$  суток, операции по Лихтенштейну –  $7,1 \pm 0,91$  суток. Длительность нетрудоспособности в основной группе больных составила в среднем  $13,6 \pm 3,43$  суток, в контрольной группе –  $21,9 \pm 3,94$  суток.

Все осложнения, связанные с перенесенной герниопластикой, мы подразделяли на интраоперационные, ранние местные (раневые), послеоперационные и поздние.

Интраоперационных осложнений в обеих группах выявлено не было.

Ранние местные раневые осложнения после преперитонеальной герниопластики составили 4,2%, после операции Лихтенштейна они оказались несколько больше: 6,1% (табл. 2).

Таблица 2

### Структура ранних местных послеоперационных осложнений у пациентов с грыжами паховой области

Способы герниопластики	Гематома		Инфильтрат		Нагноение		Орхоэпидидимит		Невралгия	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Преперитонеальная герниопластика (n=48)	2	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Операция Лихтенштейна (n=331)	4	1,2	2	0,6	4	1,2	6	1,8	5	1,3

В отдаленном периоде (до 3 лет) прослежены результаты герниопластики по Лихтенштейну – 297 больных, после преперитонеальной герниопластики – 48.

Отдаленные результаты различных способов герниопластики оценивались по количеству возвратов заболевания и нарушению половой функции у больных. Структура поздних осложнений после операций в обеих группах представлена в табл. 3.

Таблица 3

### Распределение больных по видам поздних осложнений

Группы больных	Рецидив грыжи		Водянка оболочек яичка		Атрофия яичка		Невралгия	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная (n=48)	1	2,8	-	-	-	-	-	-
Контрольная (n=331)	2	0,6	2	0,6	1	0,3	5	1,7

Как видно из табл. 3, в обеих группах процент рецидива заболевания был небольшим. При этом большая часть возвратов заболевания пришлась на период освоения операций. В последние три года больных с рецидивами грыжи не было.

Учитывая, что в большинстве случаев оперативному лечению по поводу грыж паховой области подвергаются мужчины репродуктивного возраста, мы изучили влияние принципиально различных способов герниопластики на половую функцию мужчин.

Исследование репродуктивной функции у мужчин проведено у 49 лиц мужского пола в возрасте от 18 до 40 лет с распределением по трем группам:

— практически здоровые мужчины (контрольная группа) – 20 чел.;

— больные с паховыми грыжами, оперированные способом преперитонеальной герниопластики – 13, по Лихтенштейну – 16;

— те же больные после операции – 29 чел.

Оценка репродуктивной функции основывалась на данных клинического исследования (осмотр, пальпация мошонки и яичек, кремастерный рефлекс, орхидометрия, определение уровня тестостерона в сыворотке крови, оценке кровотока в сосудах яичка, по данным УЗДГ). Определение кремастерного рефлекса и размеров яичек на стороне операции (по данным УЗИ) в различные сроки у обследованных больных представлены в табл. 4.

Таблица 4

#### Результаты исследования кремастерного рефлекса и орхидометрии в исследуемых группах больных

Показатели		Операция Лихтенштейна n=16)	Преперитонеальная герниопластика (n=13)	Контрольная группа (n=20)
Кремастерный рефлекс, %	До операции	83,4±1,12*	83,4±1,12*	90,2±1,42
	Через 6 мес. после операции	74,8±1,63	80,5±1,32	-
Орхидометрия, см <sup>3</sup>	До операции	17,0±1,18	17,0±1,18	19,2±1,32
	Через 6 мес. после операции	16,8±1,38	16,9±3,14	-

Примечание: \* – рассчитывался общий показатель у всех оперированных больных.

Полученные клиничко-инструментальные данные указывают на то, что после операции по Лихтенштейну, по сравнению с преперитонеальной герниопластикой появляется склонность к гипотрофии яичка и угнетению кремастерного рефлекса.

Данные по исследованию тестостерона представлены в табл. 5.

Таблица 5

#### Результаты изучения концентрации тестостерона у больных с паховыми грыжами, нмоль/л

Сроки исследования	Операция Лихтенштейна (n=16)	Преперитонеальная герниопластика (n=13)	Контрольная группа (n=20)
До операции	14,6±0,82*	14,6±0,82*	22,9±0,91
Через 6 мес. после операции	10,0±0,63	12,6±0,91	-

Примечание: \* – рассчитывался общий показатель у всех оперированных больных.

Определение уровня половых гормонов (тестостерона) показало, что после предбрюшинной герниопластики их уровень практически не изменялся в разные сроки послеоперационного периода. Уровень тестостерона после герниопластики по Лихтенштейну достоверно не отличался от такового после предбрюшинной герниопластики.

Данные доплеровского исследования сосудов семенного канатика (яичковой артерии и вены) свидетельствуют о том, что после паховой герниопластики по артериям семенного канатика в большинстве случаев кровотока замедляется. У больных, перенесших операцию Лихтенштейна, снижение кровотока более значительно, чем у пациентов после преперитонеальной герниопластики.

Таким образом, предбрюшинная герниопластика при паховых грыжах из минидоступа является недорогой и надежной альтернативой операции Лихтенштейна и трансабдоминальным видеолапароскопическим вмешательствам у больных с первичными паховыми грыжами. При рецидивных паховых грыжах показано применение пластики по Лихтенштейну или трансабдоминальной видеолапароскопической герниопластики. Предлагаемый способ преперитонеальной герниопластики оптимален для обработки грыжевого мешка и закрытия грыжевых ворот, а фиксация сетки двумя П-образными швами предотвращает ее возможное смещение. Кроме того, малотравматичность преперитонеальной герниопластики и уменьшение площади контакта протеза с семенным канатиком позволяют значительно снизить влияние операции на репродуктивную функцию пациентов.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кабанов А.Н., Рожков М.С. // Хирургия. – 1994. – № 7. – С. 48-50.
2. Ороховский В.И. Основные грыжесечения. – Ганновер – Донецк, 2000. – 236 с.
3. Павленко В.В., Демидов Д.Г. // Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки. Материалы семинара. – М., 2003. – С. 17-19.
4. Подолужный В.И., Павленко В.В., Старченков С.Б. // Аллопластика паховых грыж или традиционная герниопластика: преимущества и недостатки. Материалы семинара. – М., 2003. – С. 37-38.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. // Анн. хир. – 2000. – № 5. – С. 13-16.
6. Darzi A. Nduka C.C. // Surg. Endosc. – 1997. – V. 11, № 7. – P. 782-784.
7. Nyhus L. Individualization of hernia repair: A new era // Surgery. – 1993. – V. 114.
8. Rutkov I. M., Robbins A. W. // Surg. Clin. North Amer. – 1993. – V. 73. – P. 413-426.

## **ВЛИЯНИЕ ГЕПАРИНКРИОПРЕЦИПИТАТАФЕРЕЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТОКСИКОЗА И ФЕРМЕНТНУЮ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПАНКРЕАТИТАМИ**

*И.Н. Пиксин, С.П. Бякин, И.В. Федосейкин*

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева*

Под нашим наблюдением находилось 27 больных острыми панкреатитами, которым проводили гепаринкриопреципитатаферез (ГКПА). Отечный панкреатит наблюдался у 11 пациентов (40,7%), деструктивный – у 16 больных (59,3%): жировой – у трех, геморрагический – у трех, гнойно-некротический – у 10.

Выполнено 92 операции ГКПА: в среднем 3,4 операции на одного больного. Показаниями к назначению ГКПА считали: высокий уровень эндотоксемии, угрозу возникновения осложнений и полиорганную недостаточность.

Группу сравнения составили 30 больных, которым проводилось традиционное комплексное лечение, включавшее целенаправленное антибактериальное, интенсивную инфузионную и детоксикационную терапию, коррекция гомеостаза, лечение сопутствующих заболеваний, предоперационную подготовку, необходимые виды оперативных пособий.

Разнообразие морфологических форм острого панкреатита, различный генез возникших осложнений, сложность и многоплановость в назначении медикаментозной терапии требовали дифференцированного подхода при выборе лечебной тактики и оптимальной гемокорректирующей терапии с применением ГКПА.

При планировании включения ГКПА в лечебный процесс учитывался не только механизм действия метода, но и стадия эндотоксикоза, наличие осложнений и па-