ВОЗМОЖНОСТИ «СВОБОДНОЙ ОТ НАТЯЖЕНИЯ» ПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Калантаров Т.К., Вакулин Г.В., Мелканян А.Г., Бегун М.С.
ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития РФ, кафедра факультетской хирургии
с курсом онкологии

УДК: 617.55-089.844:616.34-007.43-31:611.957

Резюме

Проведено сравнение результатов пластики пахового канала способами Десарда (108) и Лихтенштейна (165). Частота рецидива заболевания в течение года после операции Десарда составила 3,7%, после операции Лихтенштейна – 1,3%. При устранении грыж первого типа пластика по Лихтенштейну не применялась. При устранении грыж четвертого типа после операции Десарда рецидив заболевания составил 100%, после операции Лихтенштейна – 14%. Частота осложнений операции Десарда составила 34,3%, операции Лихтенштейна – 32%. Частота осложнений имела высокую положительную корреляцию с возрастом больных и типом паховой грыжи.

Ключевые слова: паховая грыжа, пластика Лихтенштейна, пластика Десарда.

POSSIBILITIES «TENSION FREE» ABDOMINAL WALL PLASTICS AT ELIMINATION OF THE INGUINAL HERNIA

Kalantarov T.K., Vakulin G.V., Melkanain A.G., Begun M.S.

The results of inguinal canal's plastics by the way of Desard (108) and the way of Liechtenstein (165) were compared. The relapse rate during the year after the surgery of Desard was 3,7%, after the surgery of Liechtenstein – 1,3%. After the elimination of hernias of the first type, the plastic of Liechtenstein was not used. After the elimination of 4th type of hernias – the relapse rate after the surgery of Desard was 100%, after the surgery of Liechtenstein – 14%. The Complications after hernioplasty of Desard occurred in 34,3% of cases, after the surgery of Liechtenste – in 32%. The frequency of complications was in high positive correlation with the age of patients and the type of inguinal hernia.

Keywords: inguinal hernia, Lichtenstein's plastic, the plastic of Desard.

Ежегодно в мире должно выполняться около двадцати пяти миллионов операций по поводу грыж живота [40, 41, 43]. До 80% всех абдоминальных грыж составляют паховые [8, 9, 15, 19, 24]. В последние десятилетия отмечается рост числа герниопластик с применением полимерных материалов [20, 22, 43]. Имплантационные технологии позволяют реализовать следующие основные принципы устранения грыж: укрепить дегенеративно-измененные ткани брюшной стенки, ликвидировать отверстие в ней без натяжения тканей либо при минимальном их натяжении и предотвратить развитие критического уровня внутрибрюшного давления, возникающего при вправлении содержимого грыжевого мешка в брюшную полость и уменьшении объема последней. В то же время химические и физические (механические) различия свойств полимера и биологической ткани предполагают сложности интеграционных процессов синтетических сеток и пленок в брюшной стенке. Низкий (менее 1%) уровень рецидива заболевания в случаях применения полимерных протезов брюшной стенки [20, 26, 32, 35, 36, 38] не предполагает столь же хороших результатов по части послеоперационных осложнений при устранении абдоминальных грыж. В последние годы появляется все больше публикаций, в которых приводятся случаи сморщивания [10], миграции полимера [21], формирования хронических полостей вокруг него [1, 4, 6, 7, 23, 33, 39], развития лигатурных и кишечных свищей [3, 6, 7, 13], появления компрессионно-ишемических осложнений в виде стойких каузалгий и нарушения кровотока в семенном канатике [9, 12, 25, 34, 42, 43], нарушения фертильности мужчин [2, 5, 9, 17, 19], связанные с взаимодействием имплантата и макроорганизма. Эта информация,

по-видимому, определила характер выступления Волькера Шумперлика [44] на Всемирной конференции герниологов в Берлине. Он заявил, что «... имплантационные технологии еще не являются «золотым стандартом» в хирургии паховой грыжи, и ... до 60% простых грыж можно устранить аутопластическими приемами». Результаты традиционных, так называемых «натяжных» способов пластики пахового канала достаточно изучены и проигрывают в сравнении с «ненатяжными» технологиями по наиболее важному параметру – частоте рецидива заболевания. В то же время результаты операции Десарда [14, 27, 28, 29, 30], имеющей своей главной идеей аутопластику пахового канала без натяжения, изучены недостаточно.

Цель исследования

Целью нашего исследования было определение возможностей операции Десарда при устранении паховой грыжи.

Материалы и методы

Выполнены две выборки, в одну из которых включены мужчины, оперированные по поводу паховой грыжи способом Десарда (108), в другую – способом Лихтенштейна (165). В эти группы не включались больные рецидивной паховой грыжей, так как выполнение им операции Десарда технически не обосновано из-за трудностей мобилизации апоневроза наружной косой мышцы живота вследствие выраженного рубцового процесса в этой зоне. Все больные оперированы в плановом порядке. Возрастные группы определялись по критериям В.В. Бунака (1995). Группы сопоставимы по

возрасту пациентов. Частота коморбидной патологии на одного пациента составила 1,3 в обеих группах. Все пациенты были разделены нами на группы согласно классификации Т.К. Калантарова и К.Н. Мовчана [9]. При выполнении операции при грыжах второго, третьего и четвертого типов всегда накладывались гофрирующие швы на заднюю стенку пахового канала для ее выравнивания и сопоставления поперечной фасции [9]. Операция Лихтенштейна выполнялась в традиционном варианте с использованием полипропиленовых, так называемых «тяжелых» сеток фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург). Операция Лихтенштейна не выполнялась при грыжах первого типа, так как мы считаем излишним укреплять практически неизмененную заднюю стенку пахового канала синтетическим имплантатом. Операция Десарда так же выполнялась в классическом варианте. Лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота перемещали и фиксировали к паховой связке с подшиванием его верхнего края к внутренней косой мышце. Передняя стенка пахового канала восстанавливалась путем сшивания краев апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком [14, 29, 30]. После выписки из стационара все больные осматривались через 2 недели после операции через 3, 6 и 12 месяцев. Во время осмотра оценивались жалобы больного, проводилось визуальное и мануальное изучение области операции, выполнялось ультразвуковое исследование паховых областей. Были определены следующие оценочные критерии для сравнения результатов операций Десарда и Лихтенштейна: частота рецидива грыжи, частота раневых осложнений, частота компрессионно-ишемических осложнений (длительный послеоперационный болевой синдром и водянка оболочек яичка), частота функциональных нарушений (острая задержка мочи). Статистическая обработка проводилась методом оценки значимости различия параметров распределения в независимых выборках. Вычисляли: среднее значение (M), максимальные ($\max$) и минимальные ($\min$) величины среднеквадратического отклонения (m); критерий Стьюдента (t) – для оценки значимости различий между средними величинами в исследуемых группах. Корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона, r) выполняли для определения значимости различий между группами и связи между исчисляемыми показателями.

Результаты исследования

Изучение результатов устранения паховой грыжи с пластикой пахового канала способом Десарда по традиционным критериям показало, что частота рецидива заболевания составила 3,7%, частота послеоперационных осложнений – 34,3% в течение первого послеоперационного года. После операции Лихтенштейна в аналогичный срок рецидивы были зарегистрированы у 1,2% пациентов, а частота послеоперационных осложнений составила 32,0%. При парном анализе по критерию Стьюдента статистически достоверных различий частоты рецидива

заболевания и послеоперационных осложнений герниопластики у больных, оперированных способами Десарда и Лихтенштейна, не установлено ($p > 0,1$). Отмечена высокая корреляция частоты рецидива заболевания после операций Десарда и Лихтенштейна от в зависимости возраста ($r = 0,9$) и более низкая – от типа (сложности) паховой грыжи: после операции Десарда $r = 0,86$, после операции Лихтенштейна $r = 0,77$.

Не отмечено прямой связи частоты всех послеоперационных осложнений с возрастом оперированных больных: при операции Десарда и Лихтенштейна эта корреляционная зависимость была отрицательной ($r = -0,63$ и $r = -0,41$ соответственно). Тип сложности паховой грыжи имел небольшую отрицательную корреляцию ($r = -0,79$) с частотой послеоперационных осложнений после пластики пахового канала способом Десарда и еще более слабую положительную корреляцию ($r = 0,72$) после укрепления пахового канала способом Лихтенштейна.

Раздельный анализ раневых и компрессионно-ишемических осложнений показал, что корреляционные зависимости с возрастом и степенью дегенерации пахового канала имели противоположную направленность при операциях Десарда и Лихтенштейна. После операции Десарда частота раневых осложнений (12,0%) не имела отчетливой зависимости от возраста пациентов и типа грыжи ($r = 0,8$), а частота компрессионно-ишемических осложнений (16,7%), напротив, коррелировала с возрастом мужчин и типом грыжи ($r = -0,9$). Увеличение возраста и сложности паховой грыжи, то есть степени нарушения архитектоники пахового канала, в случае герниопластики способом Лихтенштейна сопровождалось ростом ($r = 0,9$) числа раневых осложнений (13,9%), но при этом не отмечалось взаимосвязи между аналогичными показателями ($r = 0,7$) при компрессионно-ишемических осложнениях (13,9%).

Острая задержка мочи развилась у 6 (5,6%) больных после операции Десарда и у 7 (4,2%) после операции Лихтенштейна ($t = 0,5$, $p > 0,1$). Все они были в возрасте старше 50 лет. Число случаев острого нарушения мочеиспускания распределилось в равных пропорциях среди больных грыжами третьего и четвертого типов. Этим больным после однократной катетеризации мочевого пузыря проводилась превентивная антибактериальная терапия коротким курсом. Посткатетеризационных осложнений выявлено не было, повторной катетеризации мочевого пузыря не потребовалось. Данное осложнение, по нашему мнению, не зависело напрямую от техники операции, а было связано с патологией мочеполовой системы, имевшей место до операции, и особенностями обезболивания во время и после операции.

Обсуждение

Сравнение результатов устранения паховой грыжи способами Десарда и Лихтенштейна демонстрирует общность их идеологии – пластики пахового канала по принципу «tension free». Отмечена меньшая зависимость

результата герниопластики от степени анатомических изменений пахового канала после операции Лихтенштейна, что подтверждается более низкой частотой рецидива (14%) по сравнению с операцией Десарда (100%) при четвертом типе паховой грыжи. Следовательно, аллопластика пахового канала значительно более толерантна к выраженности дегенеративных изменений мышечной и соединительной ткани брюшной стенки. Распределение частоты рецидива после устранения грыжи при разных ее типах доказывает, что возможности операции Десарда имеют определенные ограничения, связанные с размерами грыжевых ворот и возрастом пациентов. Невозможность эффективной мобилизации апоневроза наружной косой мышцы живота при рецидивной паховой грыже также ограничивает возможность выполнения операции Десарда. В случае операции Лихтенштейна подобные ограничения отсутствуют.

Предположение о сходстве идеологической базы обеих способов герниопластики подтверждается отсутствием статистически значимых различий частоты осложнений устранения паховой грыжи способами Десарда и Лихтенштейна при одинаковых корреляционных ожиданиях, связанных с возрастом и степенью изменений тканей пахового канала. Наличие прямой корреляции между типом паховой грыжи и частотой компрессионно-ишемических осложнений после операции Десарда, а также отсутствие такой связи после операции Лихтенштейна является косвенным доказательством сдавливания семенного канатика апоневрозом наружной косой мышцы живота, из которого изъяли двухсантиметровый лоскут. По-видимому, перемещение лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота, которое действительно осуществляет укрепление задней стенки пахового канала по принципу «tension free», приводит к натяжению сопоставляемых листков апоневроза наружной косой мышцы живота при формировании передней стенки пахового канала. С этой точки зрения способ Десарда не может считаться абсолютно атензионным, так как натяжение наружного листка апоневроза создает предпосылки для компрессии тканей семенного канатика.

Заключение

Изучение результатов выполнения операций Десарда и Лихтенштейна по традиционным параметрам показало сходные возможности способов свободной аутопластики и аллопластики пахового канала. В то же время обе операции имеют определенные ограничения в их применении у больных с различными типами паховых грыж. В частности, способ Десарда абсолютно неэффективен при устранении паховых грыж четвертого типа. Отсутствие различий в результатах при устранении грыж второго и третьего типов (при умеренных и выраженных изменениях поперечной фасции) предоставляет возможность выбора способа ненатяжной герниопластики с использованием аутологичных тканей либо синтетических протезов. При этом возраст грыженосителей является

важным прогностическим критерием выбора способа укрепления пахового канала. Применение аллопластических материалов при устранении грыж первого типа мы полагаем излишним – частота рецидива после аллопластики незначительна, а риск постимплантационных осложнений высок.

Контактная информация

Калантаров Т.К.
Тел.: +7 (495) 563-46-27; +7(903) 678-47-05; +7 (920) 162-43-44
e-mail: topfichkalantfrov@yandex.ru