

ЛИТЕРАТУРА

1. Арцишевская Р.А. и др. Функциональные изменения поверхности эритроцитов человека в норме и патологии после воздействия УФ-излучения различного спектрального состава // Механизмы влияния облученной ультрафиолетовыми лучами крови на организм человека и животных: Сб. науч. тр. / Под ред. И.Е. Ганелиной, К.А. Самойловой. — Л.: Наука, 1986. — С. 212-226.
2. Головин Г.В. и др. Современное состояние проблемы аутогемотрансфузии // Вести хирургии. — 1973. — № 5. — С. 123-127.
3. Самойлова К. А. и др. Стимулирующее действие УФ-излучения на активность антител и комплимента крови человека: Тез. докл. науч. конф. — Свердловск, 1981. — С. 226-237.
4. Самойлова К.А. Сравнительный анализ действия на клетки нефотосинтезирующих организмов ультрафиолетового излучения различных областей спектра: Автореф. ... докт. биол. наук. — Л., 1979. — 52 с.
5. Сидельковская Э.И. Лечение септических заболеваний облученной ультрафиолетовыми лучами кровью // Акушерство и гинекология. — 1941. — № 7. — № 8. — С. 14-15.
6. Knott E. Development of ultraviolet blood irradiation // Amer. J. Surg. — 1948. — Vol. 76, № 2. — P.163.

Адрес для переписки:

123154, г. Москва, ул. Саляма Адила, дом 2, ГНЦ колопроктологии, Бolkвадзе Этери Энверовна — старший научный сотрудник. E-mail: fatima19-89@mail.ru

© ШАЛАШОВ С.В., КУЛИКОВ Л.К., МИХАЙЛОВ А.Л., БУСЛАЕВ О.А., ЕГОРОВ И.А. — 2008

ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

С.В. Шалашов, Л.К. Куликов, А.Л. Михайлов, О.А. Буслаев, И.А. Егоров

(Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД», гл. врач — к.м.н. Е.А. Семенищева; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра хирургии с эндоскопией, зав. — д.м.н., проф. Л.К.Куликов)

Резюме. Предложен метод паховой герниопластики «без натяжения» для «сложных» форм паховых грыж. Существенным отличием от операции I.L. Lichtenstein является характер фиксации сетчатого протеза в тканях. При этом для его подшивания не используются глубокие структуры пахового канала. В работе подробно изложена техника герниопластики. При этом не требуется специальных инструментов. Операцией выбора при несложных паховых грыжах является операция I.L. Lichtenstein. По предложенной методике выполнено 146 герниопластик. Во всех случаях полипропиленовые сетки надежно фиксированы в тканях. Срок наблюдения за пациентами составил до 3,5 лет.
Ключевые слова: грыжа, паховый, пластика, способ.

CHOICE OF A WAY OF INGUINAL HERNIA REPAIR

S.V. Shalashov, L.K. Kulikov, A. L. Mikhailov, O. A. Buslaev, I.A. Egorov

(Railways Hospital at station Irkutsk-Passenger, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

Summary. The method of «tension-free» inguinal hernioplasty for difficult forms of inguinal hernias is offered. Essential difference from Lichtenstein operation consists in character of fixing of polypropylene mesh. For mesh fixing thus is not used deep structures of inguinal area. In this article the technics of operation is stated in detail. The operation does not demand special tools. Selective operation for simple inguinal hernias is operation I.L. Lichtenstein. This proposed method has been performed on 146 hernia repairs. In all of the cases polypropylene meshes was safely stabilized. Remote results were investigated within the period of 3,5 years.

Key words: hernia, inguinal, plastic, method.

Основным принципом хирургического лечения грыж в настоящее время является выполнение пластики «без натяжения» с использованием современных синтетических материалов. При паховых грыжах наибольшее распространение получила операция, предложенная американским хирургом I.L. Lichtenstein в 1989 году. Автор на большом материале демонстрирует прекрасные результаты и отмечает всего 0,2% рецидивов заболевания. Значительно уменьшилось и количество послеоперационных осложнений — 4,6-6% [1,6]. По сборным американским и европейским статистикам, в настоящее время свыше 70% операций по устранению паховых грыж выполняется по способу I.L. Lichtenstein [4,7]. Хирургов привлекает техническая простота выполнения операции, что оказывает существенное влияние на распространение методики в сети общехирургических лечебных учреждений.

Широкая доступность и простота техники операции послужили причинами появления большого количества ее модификаций. Однако, такого широкого распространения, как операция I.L. Lichtenstein, эти модификации не получили. В настоящее время она является операцией выбора при всех видах паховых грыж. Одновременно нужно признать, что появление новых способов и предложение целого набора оригинальных протезных конструкции вызваны сохраняющейся неудовлетворенностью хирургов при хирургическом лечении паховых грыж. Актуальность этих проблем связана, прежде все-

го, с сохраняющимся высоким уровнем рецидивов при сложных паховых грыжах, который достигает 5,5%. Кроме того, ведется поиск наименее травматичной и наиболее простой и универсальной методики при сохранении надежности герниопластики.

Принципы оперативного лечения паховых грыж сформулировал в своей монографии Н.И. Кукуджанов [3]. Среди основных положений отмечено сохранение или восстановление косоного направления пахового канала. Это придает ему характер клапана [2]. Возвращение каналу присущих ему формы и направления при операции восстанавливает его клапанную функцию, а, следовательно, ведет к повышению надежности пластики. Анализируя технические аспекты операции I.L. Lichtenstein, следует заметить, что нередко при ее выполнении возникают сложности с восстановлением передней стенки, а значит, формы и направления пахового канала. Чаще это случается, когда при значительной по размерам грыже имеется большое наружное паховое кольцо или передняя стенка пахового канала полностью разрушена. При рецидивных паховых грыжах, когда анатомия изменена предшествующей операцией, восстановление формы и направления пахового канала часто также затруднено. Нередко сложности возникают при массивном, гипертрофированном семенном канатике.

В случае разволокнения или слабости паховой связки использование ее для фиксации сетчатого протеза

при операции I.L. Lichtenstein может привести к возникновению рецидива грыжи в последующем. Методики с использованием двухслойного эндопротеза [5] или «трехслойной сетки» усложняют вмешательство и требуют определенного опыта.

Материалы и методы

Вышесказанное явилось побудительным мотивом для того, чтобы видоизменить технику операции I.L. Lichtenstein, прежде всего, для сложных случаев паховых грыж III-IV типа по L.M. Nyhus. (патент на изобретение №2289323, С.В. Шалашов и соавт.). Изменение методики не предусматривает усложнения техники операции или снижения надежности пластики.

Через разрез в паховой области выполняют доступ к апоневрозу наружной косой мышцы живота и обнажают его до нижнего края. В отличие от техники I.L. Lichtenstein, разрез апоневроза выполняют в 0,5-0,7 см от паховой связки (рис. 1). Выделяют и обрабатывают грыжевой мешок.

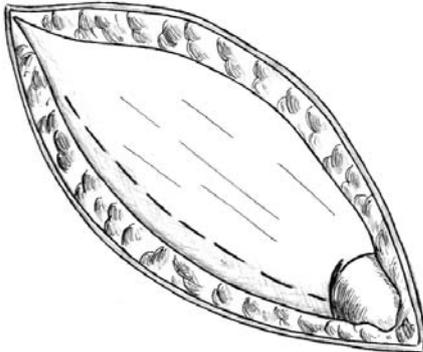
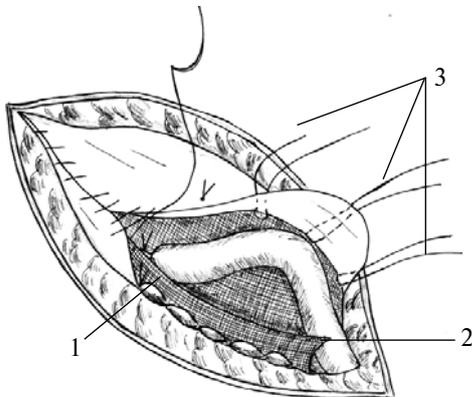


Рис. 1. Линия рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота.

Осуществляют пластику с использованием полипропиленового сетчатого протеза, который рассекают с предполагаемого латерального края и размещают позади семенного канатика. Существенным отличием является характер фиксации нижнего края аллопротеза (рис. 2). При этом нижний край шириной 0,5-0,7 см отгибают кпереди и фиксируют по линии сгиба, прошивая непрерывным швом не только паховую связку, но и узкий наружный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Нет необходимости в захвате в шов глубоких слоев паховой связки. Верхний край сетки фиксируют не к апоневротической части внутренней косой мышцы живота, а к апоневрозу наружной косой мышцы с внутренней стороны тремя П-образными швами (рис. 2). Швы накладывают на верхней границе сформированного для сетки ложа. Особенности рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота и фиксации верхнего края аллопротеза снижают риск повреждения или захвата в швы нервов паховой области. Переднюю стенку пахового



Примечание: 1 – сформированный тяз из паховой связки и наружного лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота; 2 – нижний край сетчатого протеза; 3 – фиксация верхнего края сетчатого протеза к апоневрозу наружной косой мышцы живота.

Рис. 2. Пластика задней стенки пахового канала завершена.

вого канала восстанавливают без натяжения, сшивая непрерывным швом нижний край сетчатого протеза с медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота (рис. 3). Обладая всеми преимуществами пластики по I.L. Lichtenstein, предлагаемый способ позволяет практически всегда надежно фиксировать сетчатый протез. Во

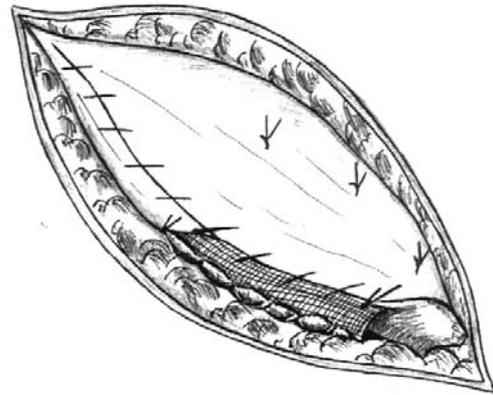


Рис. 3. Вид передней стенки пахового канала после завершения пластики.

всех случаях, в том числе при рецидивных паховых грыжах, достигается восстановление нормальной формы и направления пахового канала. При выраженной подкожной клетчатке или гипертрофии семенного канатика предложенный метод технически более удобен.

Операция проста в исполнении и не занимает много времени. Менее выражен болевой синдром в послеоперационном периоде. Методика позволяет выполнить операцию из минидоступа в проекции наружного пахового кольца, т.е. в зоне роста волос.

На первый взгляд, предложенная методика подразумевает большую площадь соприкосновения сетчатого протеза с семенным канатиком. Однако на практике, исполь-

Таблица 1

Характеристики паховых грыж по группам

Виды паховой грыжи	Пластика по Lichtenstein	Предложенная модификация
	n (%)	n (%)
косая	77 (58,7)	61 (48,8)
прямая	40 (30,5)	31 (24,8)
комбинированная	5 (3,8)	4 (3,2)
рецидивная	9 (6,8)	29 (23,2)
пахово-мошоночная	17 (12,9)	26 (20,8)
невправимая	1 (0,7)	3 (2,4)
скользящая	2 (1,5)	5 (4)
двусторонняя	6 (4,5)	17 (13,6)
Всего	131	125

зуемый для формирования передней стенки пахового канала участок сетки по площади является крайне незначительным.

В клинике хирургии Иркутского института усовершенствования врачей на базе «Дорожной клинической больницы на ст. Иркутск-Пассажирский» с февраля 2005 года по настоящее время выполнено 256 паховых герниопластик с использованием сетчатых протезов у 233 больных. По способу I.L. Lichtenstein прооперированы 125 больных, в предложенном варианте – 108. Все больные – мужчины. У женщин предпочитали выполнять пластику местными тканями. Возраст больных составил от 21 до 85 лет. Сроки заболевания колебались от 2 недель до 20 лет. Характеристики паховых грыж по группам представлены в таблице 1. В 17 случаях отмечена слабость и разволокнение, а в одном случае разрушение паховой связки. Всем больным выполнена пластика по разработанному нами способу. У шести пациентов при рецидивных грыжах после первичной пластики по Постемпскому произведена реконструкция пахового канала. При прямой 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. Из протезных материалов чаще использовали полипропиленовые сетки фирмы «Линтекс». Способ анестезии зависел от конкретной ситуации. В обязательном порядке проводили антибиотикопрофилактику.

Результаты и обсуждение

При использовании разработанного нами способа операции осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 8 (6,4%) больных. Общее количество осложнений после герниопластики по I.L.

послеоперационных осложнений представлен в таблице 3. Поздних осложнений не отмечено. Средняя продолжительность операции заметно не отличалась в обеих группах больных. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был слабо выражен во всех случаях. У одного больного через 2 месяца после герниопластики по I.L. Lichtenstein стали беспокоить постоянные боли в зоне послеоперационного рубца, что потребовало длительного комплексного лечения.

Разработанный способ герниопластики, прежде всего, предназначен для сложных случаев паховых грыж (типы III^a, III^b, IV^a, IV^b, IV^r по Л.М. Nyhus).

Таблица 2

Результаты оперативных вмешательств

Характер операции	Количество больных	Количество операций	Осложнения n (%)	Рецидивы n (%)
Пластика по Lichtenstein	125	131	13 (9,9%)	2 (1,5%)
Предложенная модификация	108	125	8 (6,4%)	-

Lichtenstein составило 9,9%. В сроки от 6 месяцев до 3 лет прослежены результаты оперативного лечения у 178 больных. Отмечено два рецидива после пластики по I.L. Lichtenstein (табл. 2.) После операций в предложенном варианте рецидивов не наблюдалось. Характер ранних

герниопластики может быть с успехом применена на практике. При паховых грыжах без выраженного разрушения структур пахового канала операцией выбора является герниопластика по I.L. Lichtenstein. Отдельные технические приемы, используемые в разработанном нами способе, могут быть и по отдельности применены в традиционном варианте I.L. Lichtenstein. В частности, это уровень рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота и характер фиксации верхнего края сетчатого протеза.

Таким образом, разработанный способ герниопластики обладает всеми достоинствами существующих ныне методик «без натяжения» и предназначен, прежде всего, для сложных видов паховых грыж (типы III^a, III^b, IV^a, IV^b, IV^r по Л.М. Nyhus). Представленная техника повышает надежность герниопластики. Технические особенности операции уменьшают риск повреждения или захвата в швы нервов паховой зоны, уменьшая болевые проявления в послеоперационном периоде. Операция проста в исполнении и не занимает много времени. Операцией выбора при несложных формах паховых грыж является операция I.L. Lichtenstein.

Таблица 3

Характер ранних послеоперационных осложнений (абсолютное количество)

Характер осложнения	Пластика по Lichtenstein	Предложенная модификация
Невралгия	1	-
Серома	3	2
Подкожная гематома	1	2
Гематома мошонки	2	-
Инфильтрат	1	-
Отек семенного канатика	1	1
Отек яичка	3	2
Ишемический орхит	-	-
Водянка яичка	1	-
Гнойные осложнения	-	-
Отек мошонки	-	1

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Митин С.Е. и др. Новые технологии в лечении паховых грыж // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. — 2002. — Т. 5, № 1. — С.36-39.
2. Коган А.С., Веронский Г.И., Таевский А.В. Патогенетические основы хирургического лечения паховых и бедренных грыж. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1991. — 176 с.
3. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. — М.: Медицина, 1969. — 440 с.
4. Малиновский Н.Н., Золотов В.П., Сацкевич В.Н. и др. Результаты хирургического лечения пациентов с наружными грыжами передней брюшной стенки // Материалы симпозиума «Актуальные вопросы герниологии». — М., 2001. — С.6-8.
5. Чижов Д.В., Егивев В.Н., Шурыгин С.Н. Опыт использования двухслойного эндопротеза при лечении сложных форм паховых грыж // Материалы 1 междунар. конф. «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». — М., 2003. — С.108-109.
6. Forte A., D'Urso A., Gallinaro L.S., et al. Complicanze dell' Hernioplastica inguinale // G. chir. — 2002. — Vol. 23, № 3. — P.88-92.
7. Rutkow I.M., Robbins A.W. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States // Surg.Clin. N. Amer. — 1993. — Vol. 73. — P.413-426.

Адрес для переписки:
664013, г. Иркутск, а/я 81, раб. тел. (3952) 63-81-26, e-mail: Sha62@bk.ru
Шалашов Сергей Владимирович