



Функциональная герниопластика при косых паховых грыжах

С.С. Исмоилов, А.Р. Достиев, Н.К. Хабибов, С.Ф. Гулшанова
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В сообщении приводится анализ применения герниопластики по поводу косых паховых грыж у 160 пациентов.

В группу клинического сравнения входили пациенты, прооперированные по поводу косых паховых грыж с применением метода Бассини (n=44) и метода Шолдайса (n=38). Основную группу составили 78 (48,8%) больных, которые были прооперированы по способу, разработанному авторами.

Предлагаемая методика позволяет добиться уменьшения частоты рецидивов и осложнений за счёт укрепления внутреннего пахового кольца и послойного восстановления стенок пахового канала, а её внедрение в хирургическую практику улучшает ближайшие и отдалённые результаты.

Ключевые слова: функциональная герниопластика, косая паховая грыжа, грыжесечение

Актуальность. Косая паховая грыжа (КПГ) – самая распространённая из всех грыж передней брюшной стенки (45% случаев). У мужчин КПГ встречается в 5 раз чаще, чем у женщин. С анатомической точки зрения самым слабым местом на передней брюшной стенке является паховый канал и представляет собой щелевидное пространство. Несмотря на хорошо разработанные различные способы герниопластики в области косых паховых грыж, частота рецидивов после грыжесечения остаётся высокой, достигая от 4% до 20% [1-4].

За последние годы, как в отечественной, так и в зарубежной литературе, появилось большое количество работ, посвящённых ненатяжным видам герниопластики. Чтобы отойти от натяжного способа герниопластики многие годы хирурги пытались закрывать грыжевые ворота различными материалами, как синтетического происхождения, так и взятых из организма (аллотрансплантатов) [5,6]. По мнению некоторых авторов, пластика грыжевых ворот всегда сопровождается натяжением тканей, вне зависимости от их размера и функционального состояния. В настоящее время этот вопрос остаётся открытым для дальнейшего исследования и усовершенствования [7-9].

Цель исследования: оценка результатов разработанного способа функциональной герниопластики при хирургическом лечении косых паховых грыж.

Материал и методы. Клинический материал представлен на опыте лечения 160 пациентов с косыми паховыми грыжами, находившихся на обследовании и лечении в хирургическом отделении ГКБ №5 им. академика К.Т.Таджиева г.Душанбе на базе кафедры

общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с января 2007 г. по февраль 2012 г.

Критерии отбора были следующие: пациенты мужского пола в возрасте от 16 до 70 лет, односторонний характер поражения, длительность отдалённых наблюдений – не менее одного года.

Больные были разделены на две исследуемые группы: первая (контрольная, n=82), включающая две подгруппы клинического сравнения (ГКС) – пациенты, прооперированные по поводу косых паховых грыж с применением метода Бассини (n=44) и по методу Шолдайса (n=38); вторая – основная группа (ОГ), состоящая из 78 (48,8%) больных.

Пластика грыжевых дефектов в контрольной группе выполнялась при помощи следующих методик: Бассини и Шолдайса.

В основной группе операции при паховых грыжах проводились по предлагаемой методике, было прооперировано 78 пациентов, что составило 48,8% от общего числа грыжесечений.

Предлагаемый метод операции осуществлялся следующим образом: косым разрезом кожи и подкожной клетчатки длиной около 8 – 10 см и на 2 см выше и параллельно паховой складке, тупым и острым путём, с сохранением целостности питающей фасции, апоневроз наружной косой мышцы освобождали от подкожной жировой клетчатки. По вскрытии апоневроза препаровочным тупфером выделяли паховую связку, край внутренней косой и поперечной мышц на 2 – 3 см, края влагалища прямых мышц и лонный бугорок.

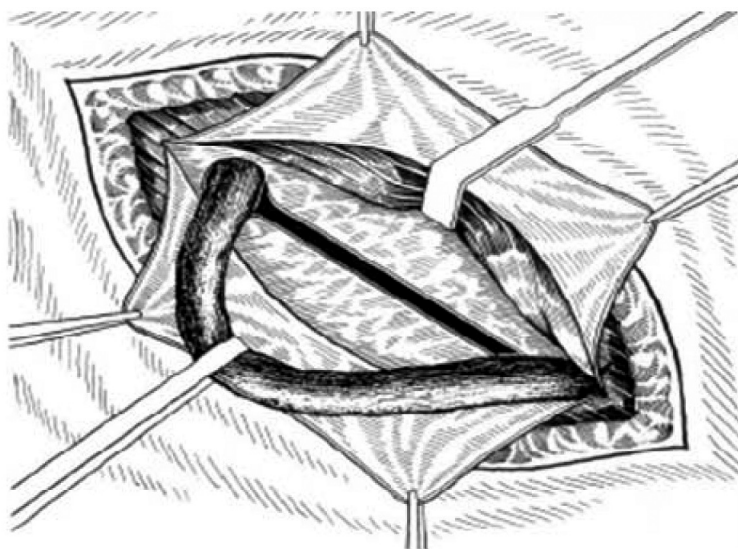


РИС. 1. РАССЕЧЕНИЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ФАСЦИИ

При косых грыжах вскрывали влагалищную оболочку семенного канатика. После выделения грыжевого мешка до шейки, его содержимое погружали в свободную брюшную полость. При выделении грыжевого мешка отмечается спайкообразование парietального листка брюшины, которая определяется при осмотре шейки грыжевого мешка, дистально отходящей от грыжевых ворот. Необходимо указать, что спаечный процесс при данной патологии рыхлый, легко отделяемый, что способствует беспрепятственному скольжению и удлинению грыжевого мешка по паховому каналу и миграции его в мошонку, повторяя ход пахового канала без грубого повреждения внутреннего пахового кольца. После иссечения излишков грыжевого мешка ушивали у его шейки, а при необходимости – проксимальнее от неё. Тупо выделяется пупартовая связка от края внутренней косой мышцы живота. Поперечную фасцию приподнимали двумя небольшими зажимами медиальнее внутреннего пахового кольца и рассекали ножницами на медиальный и латеральные листки. Разрез поперечной фасции продолжали от внутреннего пахового кольца медиально и книзу до лонного бугорка. Препаровочным тупфером дорсальную поверхность поперечной фасции освобождали от жировой клетчатки кверху до уровня внутренней косой и поперечной мышц, книзу – до обнажения подвздошно-лобкового тракта (рис.1).

Для реконструкции и укрепления задней стенки пахового канала использовали одну длинную монофиламентную проленовую нить. Сначала накладывали непрерывно узловый шов с формированием дубликатуры поперечной фасции до уровня пахового кольца, продолжая шить этой же нитью, затем формировали два полукисетных шва вокруг семенного канатика по краям внутреннего пахово-

го кольца. Несколько надавливая книзу семенной канатик, изменяя его физиологический ход, продолжали непрерывно-узловый шов у верхнего края внутреннего пахового кольца на два узла, захватывая в шов культю грыжевого мешка. В результате вокруг внутреннего пахового кольца формируется кisetный шов. Контролируя степень сужения внутреннего пахового кольца при помощи пальца или бранши пинцета, шов накладывали, подхватывая внизу подвздошно-лобковый тракт, вверху – поперечную фасцию, так, чтобы край поперечной фасции оставался свободным. У лонного бугорка первый ряд швов захватывал надкостницу (рис.2).

После этого той же нитью в направлении от внутреннего пахового кольца к лонному бугорку формировали второй ряд швов, который сближает снизу паховую связку, сверху – край поперечной фасции. В области внутреннего пахового кольца оба конца нити завязывали, создавая дубликатуру поперечной фасции. Затем свободный край поперечной фасции пришивали к нижнему лоскуту несколькими отдельными узловыми швами (рис.3).

Латеральный край косой мышцы живота с паховой связкой в направлении от лонного бугорка к внутреннему паховому кольцу пришивали непрерывно-узловыми швами, формируя два полукисетных шва вокруг семенного канатика по краям внутреннего пахового кольца, затем – наложили кisetный шов (рис.4).

Апоневроз наружной косой мышцы сшивали край в край без натяжения. Диаметр формирующегося наружного пахового кольца значения не имел. Накладывались швы на кожу и асептическая повязка (рис. 5).

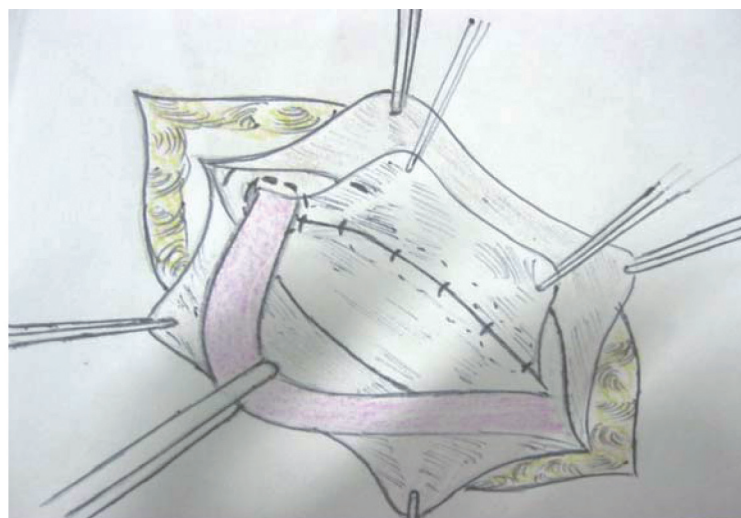


РИС. 2. НАЛОЖЕНИЕ НЕПРЕРЫВНО-УЗЛОВОГО ШВА С ФОРМИРОВАНИЕМ ДУПЛИКАТУРЫ ПОПЕРЕЧНОЙ ФАЦИИ И ПОЛУКИСЕТНЫХ ШВОВ ВОКРУГ СЕМЕННОГО КАНАТИКА



РИС.3. СШИВАНИЕ СВОБОДНОГО КРАЯ ДУПЛИКАТУРЫ ПОПЕРЕЧНОЙ ФАЦИИ

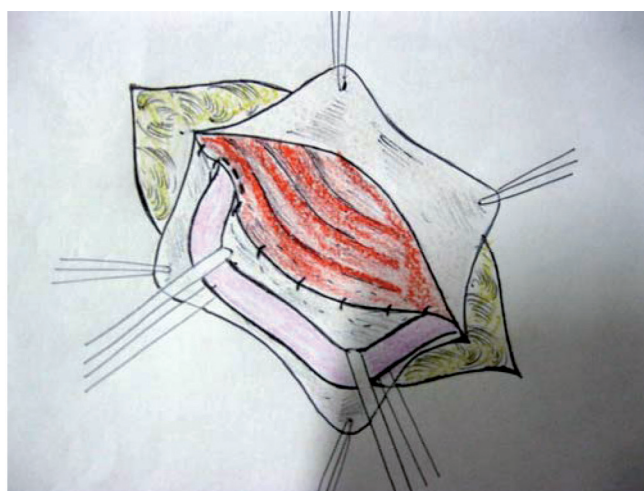


РИС. 4. НАЛОЖЕНИЕ НЕПРЕРЫВНО - УЗЛОВЫХ ШВОВ НА КОСЮЮ МЫШЦ ЖИВОТА С ПАХОВОЙ СВЯЗКОЙ, ФОРМИРОВАНИЕ КИСЕТНОГО ШВА ВОКРУГ СЕМЕННОГО КАНАТИКА

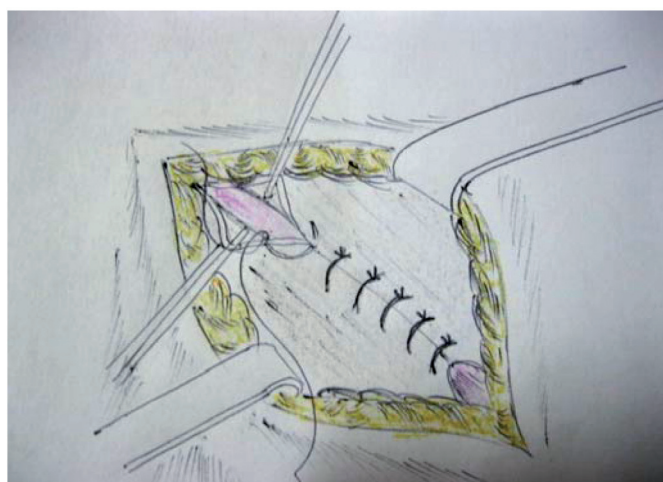


РИС. 5. УЗЛОВЫЕ ШВЫ НА АПОНЕВРОЗ НАРУЖНОЙ КОСОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА

Таким образом, логический вывод – главным является восстановление целостности внутренней полуокружности, на стенку которой внутрибрюшное давление распределяется равномерно. Этого можно достичь образованием функционирующего кисетного шва вокруг внутреннего пахового кольца. При определённом давлении, однако, напряжение брюшной стенки тем больше, чем тоньше сама стенка, необходимо укрепление слабого места передней брюшной стенки, где собственные ткани показали свою несостоятельность. При усилении внутрибрюшного давления на поперечную фасцию она превращается в плотную утолщённую ткань после

образования дубликатуры, и непрерывно-узловой и кисетный швы вокруг внутреннего пахового кольца способствуют равномерному распределению силы давления.

В послеоперационном периоде, для динамического изучения состояния послеоперационной раны и функциональной оценки деятельности различных элементов пахового канала, проводим ультразвуковое и доплерографическое исследования. Для диагностики послеоперационных внутристеночных осложнений после герниопластики и при подозрении на образование гематомы у больных, операции

ТАБЛИЦА. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Осложнения	Основная группа	ГКС по Бассини	ГКС по Шолдайсу
Операционные:	1	2	1
Ранение мочевого пузыря	-	1	-
Кровотечение из нижних эпигастральных сосудов	1	1	1
Ранние послеоперационные:	11	24	16
Задержка мочеиспускания	-	2	1
Невралгии	1	3	2
Нагноение раны		-	-
Инфильтрация тканей	5	8	6
Отёк яичка и придатка	1	2	2
Атрофия яичка	-	1	-
Замедление кровотока	2	4	2
Серомы и гематомы пахово-мошоночной области	2	4	3
Поздние послеоперационные:	1 (1,3%)	3 (6,8%)	2 (5,3%)
Рецидив грыжи	1	3	2
Всего	13	27	19



которых сопровождалась техническими трудностями, используем ультразвуковое исследование паховой области в раннем послеоперационном периоде [2].

Результаты и их обсуждение. Операция грыже-сечения с пластикой пахового канала без натяжения была выполнена пациентам вышеуказанным способом. Установлено, что в послеоперационном периоде у больных не отмечались инфильтрация, отёк семенного канатика и мошонки, кроме одного больного с неврправимой пахово-мошоночной грыжей, у которого операция проходила с техническими трудностями при отделении грыжевого мешка от семенного канатика. Больные находились под диспансерным наблюдением, только у одного пациента по истечении 1,5 лет отмечался рецидив паховой грыжи (см. табл.).

У двух больных в раннем послеоперационном периоде было установлено наличие гематом в подапоневротическом слое, локализованных в области наружного пахового кольца, которые были вскрыты под контролем УЗИ. У 5 больных наблюдалась инфильтрация в области герниопластики, особенно в области наружного пахового кольца. При доплерографическом методе исследования установлено замедление или нарушение кровотока в сосудах яичка, особенно венозного оттока. После целенаправленного антибактериального лечения и применения УВЧ-терапии, на 8 и 9 сутки кровотоки постепенно восстановились.

Достигнутые результаты свидетельствуют о том, что при применении традиционных и современных методов герниопластики практически не учитываются возможности восстановления защитных функций внутреннего пахового кольца. Безусловно, стремление укрепить паховую область только механическим способом без учёта функциональных особенностей, прочно по своей сути, но, рациональной можно считать пластику, при которой восстанавливаются не только правильные анатомические соотношения, но и функции брюшино-фасциального комплекса и мышечно-апоневротических структур, что наиболее чётко прослеживается при функциональных герниопластиках.

Таким образом, функциональная герниопластика позволяет добиться уменьшения частоты рецидивов и осложнений за счёт укрепления внутреннего пахового кольца и послойного восстановления стенок пахового канала, а её внедрение в хирургическую практику приведёт к улучшению ближайших и отдалённых результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абоев А.С. Высота пахового промежутка и выбор способа пластики пахового канала/ А.С. Абоев [и др.]// Герниология. - 2004. - №3. - С.5
2. Божко В.В. Возможности ультразвукового исследования в хирургии паховых грыж: дис. ... канд. мед. наук / В.В.Божко. - М. -1999. - 21с.
3. Воробьев В.В. Методология хирургического лечения паховых грыж/ В.В Воробьев [и др.]//Амб. хир. - 2002. - №1(5). - С.17-20
4. Нестеренко Ю.А. Результаты хирургического лечения рецидивных паховых грыж/ Ю.А. Нестеренко, Г.Г. Серочкин// Вест хир. - 1986. - №2. - С. 57-59
5. Пиров Б.С. Паховые грыжи, результаты лечения в зависимости от методов хирургического вмешательства/ Б.С. Пиров//Здравоохранение Таджикистана.-2004. - №1. - С.32-36
6. Рудин Э.П. Выбор способа операции при паховых грыжах/ Э.П.Рудин, П.Н.Олейников// Амб. хир. - 2002. - №1(5). - С. 21-23
7. Condon R. Complications of groin hernia. In. Hernia / R.Condon, L.M.Nyhus // 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott. - 1995. - P. 269-282
8. Kurzer M. Surgical management of abdominal wall hernias / M.Kurzer, A.E.Kark, G.E.Wantz // Martin Dunitz Ltd. - 1999. - 260p.
9. Thill R.N., Hopkins W.I. The use of Mersilene mesh in adult inguinal and femoral hernia repairs: comparison with classic techniques / R.N.Thill, W.I.Hopkins// Am. surg. - 1994. - №60. - P.553.



Summary

Functional hernioplasty in oblique inguinal hernia

S.S. Ismailov, A.R. Dostiev, N.K. Khabibov, S.F. Gulshanova
Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU

Analysis of hernioplasty in treatment of inguinal hernia in 160 patients was presented in article.

In a clinical comparison groups included patients operated using the methods Bassini (n=44) and Sholdais (n=38). Study group included 78 (48.8%) patients who were operated by proposed by the authors method.

The proposed method allows for reducing the frequency of relapses and complications by strengthening the internal inguinal ring and layering inguinal canal wall reconstruction, and its introduction into surgical practice improves the short-and long-term results.

Key words: functional hernioplasty, oblique inguinal hernia, hernia repair

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

С.С. Исмоилов – ассистент кафедры
общей хирургии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: suchrobtrans@yandex.ru