

## СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Петрушко С.И.<sup>1</sup>, Назарьянц Ю.А.<sup>1</sup>, Винник Ю.С.<sup>1</sup>, Кочетова Л.В.<sup>1</sup>, Пахомова Р.А.<sup>1</sup>,  
Василеня Е.С.<sup>1</sup>, Карапетян Г.Э.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, e-mail: yuliya-nazaryanc@mail.ru

Одной из нерешенных проблем современной хирургии является лечение паховых грыж. Лечение грыж передней брюшной стенки остается одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. На долю грыж приходится до 20% всех операций. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств. В статье представлен новый способ лечения паховых грыж - патогенетически обоснованный метод пластики задней стенки пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции живота. Авторы установили, что данная пластика является малотравматичной и патогенетически обоснованной, позволяет снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде на 25% и может быть рекомендована для лечения больных с малыми и большими паховыми грыжами.

Ключевые слова: паховая грыжа, пластика, результаты лечения.

## MODERN METHOD OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

Petrushko S.I.<sup>1</sup>, Nazaryants Yu.A.<sup>1</sup>, Vinnik Yu.S.<sup>1</sup>, Kochetova L.V.<sup>1</sup>, Pakhomova R. A.<sup>1</sup>,  
Vasilenya E.S.<sup>1</sup>, Karapetyan G.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Federal state-funded educational institution of the higher education "The Krasnoyarsk state medical university of the prof. V. F. Voyno-Yasenetsky" of the Ministry of Health Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: yuliya-nazaryanc@mail.ru

One of the unsolved problems of modern surgery is the treatment of inguinal hernias. Treatment of hernias of the anterior abdominal wall remains one of the most urgent problems of modern surgery. The share of hernias, account for up to 20% of all transactions. Surgery for inguinal hernias occupy the first place in frequency among the planned surgical interventions. The paper presents a new method for the treatment of inguinal hernias - pathogenesis-based method of plasty of posterior wall of the inguinal canal displaced flap transverse fascia of the abdomen. The authors found that this plastic is low-impact and is pathogenetically justified and allows to reduce the number of complications in the early postoperative period by 25% and can be recommended for the treatment of patients with small and large inguinal hernias.

Keywords: inguinal hernia, the plastic arts, results of treatment.

Паховые грыжи входят в число самых распространенных хирургических заболеваний. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [1].

Еще в конце XIX века были определены основные принципы хирургического лечения паховых грыж. Классический способ паховой герниопластики по Bassini послужил основой для различных вариантов паховых аутогерниопластик. Некоторые из них получили широкое распространение в хирургической практике. Однако выполняемая с использованием собственных тканей пациента аутогерниопластика не приводит к достаточной прочности восстанавливаемых структур паховой области и часто сопровождается рецидивам (10% при первичных и до 30% при повторных герниопластиках) [1; 2].

Хирургическое лечение паховых грыж традиционными методами подразумевает проведение пластики, направленной на укрепление передней либо задней стенки пахового

канала. Операция производится без применения инородных материалов.

Пластика по Mayo была разработана в 1892 г. и используется только при косых паховых грыжах. Данная методика подразумевает вправление грыжевого мешка и закрытие внутреннего пахового канала путем наложения от одного до трех швов. Это приводит к натяжению тканей внутреннего пахового кольца, что в свою очередь вызывает формирование рецидивных косых паховых грыж, и к изменению направления усилий в области дна пахового канала, что может привести к формированию прямых рецидивных паховых грыж.

Способ Боброва-Жирара обеспечивает укрепление передней стенки пахового канала. Над семенным канатиком к паховой связке пришивают сначала края внутренней косой и поперечной мышц живота, а затем отдельными швами - верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. Нижний лоскут апоневроза фиксируют швами на верхнем лоскуте апоневроза, образуя, таким образом, дубликатуру.

Способ С.И. Спасокукоцкого заключается в том, что внутренний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с краями внутренней косой и поперечной мышц живота подшивают к паховой связке одним рядом узловых шелковых швов. Затем наружный лоскут апоневроза подшивают поверх внутреннего.

При пластике связки Купера или пластике по McVay дно пахового канала подтягивается в латеральном направлении и фиксируется к связке Купера под паховой связкой. Это приводит к натяжению тканей в области дна пахового канала. Для ослабления натяжения тканей дна пахового канала, являющегося результатом применения данного метода, часто делаются разрезы передней прямой мышцы живота.

Способ М.А. Кимбаровского. После обработки и отсеечения грыжевого мешка внутренний лоскут рассеченного апоневроза и подлежащие мышцы прошивают снаружи внутрь, отступя на 1 см от края разреза. Иглу проводят вторично только через край внутреннего лоскута апоневроза, идя изнутри наружу, затем той же нитью прошивают край паховой связки. Наложив четыре-пять таких швов, их поочередно завязывают; при этом край внутреннего лоскута апоневроза подворачивается под край мышц и приводится в плотное соприкосновение с паховой связкой.

Пластика по Shouldice является модификацией пластики по Bassini, подразумевает четырехслойное закрытие дна пахового канала. После диссекции косого грыжевого мешка (если он есть) дно пахового канала вскрывается от внутреннего пахового кольца до лобка. Затем дно пахового канала закрывается с использованием четырех слоев непрерывных швов, чтобы медиальный край дна пахового канала перекрывал его латеральный край. Два последующих слоя перекрывают два первых слоя, при этом край прямой мышцы живота

подтягивается ближе к паховой связке. При использовании данной методики основное натяжение тканей происходит в области дна пахового канала.

Способ Бассини направлен на укрепление задней стенки пахового канала. После удаления грыжевого мешка семенной канатик отодвигают в сторону и под ним подшивают нижний край внутренней косой и поперечной мышцы вместе с поперечной фасцией живота к паховой связке. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Наложение глубоких швов способствует восстановлению ослабленной задней стенки пахового канала. Края апоневроза наружной косой мышцы сшивают край в край над семенным канатиком.

Способ Кукуджанова предложен для прямых и сложных форм паховых грыж. Заключается в наложении швов между наружным краем влагалища прямой мышцы живота и верхней лобковой связкой (Купера) от лонного бугорка до фасциальных футляров подвздошных сосудов. Затем соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним и нижним краями рассеченной поперечной фасции подшивают к паховой связке [2; 4; 6].

I. Lichtenstein и соавт. в поисках путей уменьшения количества рецидивов (1987, 1991) создали концепцию безнатяжной методики. По мнению авторов, сшивание с натяжением разнородных тканей - это основная причина рецидивов грыж, так как не соответствует биологическим закономерностям заживления ран. Использование для герниопластики различных имплантатов привело к значительному уменьшению числа рецидивов. Результаты использования пластики по Лихтенштейну в неспециализированных хирургических центрах близки к результатам лечения в специализированных клиниках, что доказывает простоту, безопасность и эффективность методики. За последние десятилетия во всем мире пластика Лихтенштейна получила широкое распространение [4].

Для радикального лечения применяются только хирургические методы лечения, так как дефекты в брюшной стенке не способны к восстановлению и регенерации. Хирургические методы лечения многочисленны, а отдаленные результаты не всегда успешны, так как длительное время не уделялось должного внимания задней стенке пахового канала как основной опорной анатомической структуры [2; 3].

Современные герниологи L. Nyhus, R.E. Condon и др. утверждают, что любая паховая грыжа является следствием растяжения или возникновения дефекта поперечной фасции. По литературным данным, в России за 1 год выполняется более 200 000 герниопластик при паховых грыжах, из них более 70% традиционными способами. В США из 700 000 грыжесечений в 10-15% отмечается возникновение рецидивов, расходы на повторное лечение составляют более 28 млн долларов [4].

Проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных с паховыми грыжами была и остается актуальной, что обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-7% мужского трудоспособного населения) [2].

К настоящему времени накоплен большой материал по изучению патогенеза и этиологии паховых грыж, описаны многочисленные способы оперативного лечения, а результаты полностью не удовлетворяют ни больных, ни хирургов. Согласно литературным данным, рецидивы грыж возникают в 10% случаев при простых формах, и в 30% - при сложных (рецидивные, гигантские, ущемленные, скользящие). Рецидивы после традиционных способов герниопластики у 20%, а повторные - у 35-40% пациентов.

За последние 40 лет предложено около 50 новых способов грыжесечения, а общее число методов и модификаций устранения паховых грыж приблизилось к 300 [2]. Это свидетельствует о продолжающемся поиске новых, более эффективных способов операций и лечения.

На сегодняшний день многообразие способов устранения паховых грыж можно сгруппировать в два принципиально различных метода: пластика местными тканями и «ннатяжная» с использованием сетчатых эндопротезов. Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки.

На современном этапе происходит широкое внедрение в практику эндолапароскопической герниопластики. Недостатками этого метода являются сложность методики, дороговизна оборудования и расходных материалов, большое число противопоказаний, возможность возникновения редких, но весьма опасных осложнений [2]. Количество рецидивов после эндоскопии достигает 15-20%. Несмотря на увлеченность эндовидеохирургией, основная часть вмешательств еще долгое время будет выполняться внебрюшинно, соответственно вопрос о широком использовании лапароскопической герниопластики при паховых грыжах требует дальнейшего анализа эффективности и жизнеспособности данной методики.

Christian Helblinq в 2003 году написал, что пластика по Лихтенштейну является популярной ввиду ее минимальной инвазивности, легкой и удобной техники исполнения, низкого количества рецидива. Однако отмечают повышенное количество хронических болей в паху, возникающих, вероятно, из-за натяжения или ущемления пахового нерва швами при герниопластике по Лихтенштейну [5].

Взросшие претензии к оценке послеоперационной реабилитации пациентов с позиции качества жизни вынуждают пересмотреть требования к предлагаемым способам. Успех хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами, особенно при рецидивных и

сложных формах с измененными соотношениями слоев брюшной стенки и пахового канала, может быть обеспечен надежным укреплением задней стенки. Разработка и внедрение в хирургическую практику более эффективных методов лечения и предупреждения развития рецидивных форм паховых грыж определяет актуальность избранной темы.

**Цель исследования:** повысить эффективность хирургического лечения паховых грыж за счет усовершенствования технологии укрепления задней стенки пахового канала.

**Задачи исследования:**

1. Разработать патогенетически обоснованную методику пластики задней стенки пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции живота; и комбинированным способом - в сочетании с эндопротезированием - при сложных и рецидивных грыжах.
2. Изучить ближайшие результаты предлагаемого метода герниопластики.

**Материалы и методы**

Работа выполнена на клинических базах кафедры общей хирургии – в I и II хирургических отделениях МБУЗ «ГКБ № 7», с 2003 по 2007 г. Всего прооперировано 73 больных.

Все больные поступали как в плановом, так и в экстренном порядке. Следует отметить, что преобладали пациенты, которым были выполнены плановые вмешательства - 65 человек (89%), у 8 человек (11%) операции были произведены по экстренным показаниям.

Средний возраст для мужчин составил  $51 \pm 14,5$  года, для женщин  $50 \pm 12,2$  года.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у женщин и мужчин, страдающих паховыми грыжами, средние возрастные параметры приблизительно равны.

С увеличением возраста выявляется тенденция к повышению числа больных паховыми грыжами - количество пациентов с грыжами среди пенсионного возраста было равно 32,2%.

Прямые паховые грыжи были выявлены у 21 человека (29%): из них левосторонних – 4 (6%), правосторонних - 17 (23%).

Косые паховые грыжи с выпрямленным каналом имели место у 52 больных (71%): из них левосторонних – у 12 (15%), правосторонних – у 39 (52%); двухсторонние паховые грыжи наблюдались у 3 (4%).

Нами разработан принцип выбора пластики пахового канала в зависимости от анатомо-топографических характеристик пахового канала (высота пахового промежутка, степень разрушения поперечной фасции, выраженность объединенного сухожилия) (табл. 1)

Таблица 1

**Выбор вида герниопластики в зависимости от анатомических особенностей пахового канала**

<b>Степень разрушения поперечной фасции</b>	<b>Выбор герниопластики</b>
I степень	Фергюссон, Шолдайс
II степень	Шолдайс, «Перемещенный лоскут поперечно фасции», Лихтенштейн
III степень	Лихтенштейн, «Комбинированный способ»

Нами разработан и применен в клинике способ пластики задней стенки пахового канала «перемещенным лоскутом поперечной фасции».

Способ осуществляют следующим образом: после вскрытия пахового канала семенной канатик берут на держалки, затем выделяют и вскрывают на зажимах грыжевой мешок, содержимое которого вправляют в брюшную полость, при ущемленных грыжах оценивают жизнеспособность, прошиванием у шейки грыжевого мешка, иссечением грыжевых оболочек.

Поперечную фасцию рассекают в продольном направлении ближе к подвздошно-лонному тяжу от глубокого пахового кольца до лонного бугорка. Медиальный листок поперечной фасции острым и тупым путем отделяют от предбрюшинной жировой клетчатки и мышечно-апоневротической части объединенного сухожилия и прямой мышцы живота. Затем в поперечном направлении от лонного бугорка на 4-5 см в медиальную сторону рассекают поперечную фасцию, а у края прямой мышцы живота ее рассекают в продольном направлении на протяжении 4-6 см, формируют лоскут, который затем перемещают в паховый канал.

Затем латеральный край перемещенного лоскута подшивают к подвздошно-лонному тяжу мононитью 5/00 от лонного бугорка до глубокого пахового кольца с формированием последнего диаметром 2 см. Медиальный край перемещенного лоскута, так же, начиная от лонного бугорка и до глубокого пахового кольца на всем протяжении, подшивают без натяжения к объединенному сухожилию. На перемещенный лоскут поперечной фасции укладывают семенной канатик, поверх которого ушивают апоневроз наружной косой мышцы живота «край в край» и послойно ушивают послеоперационную рану.

Таким образом, с помощью микрохирургической технологии мобилизованный медиальный лоскут поперечной фасции перемещают и фиксируют в паховом канале взамен разрушенной поперечной фасции пахового промежутка, укрепляя заднюю стенку пахового канала.

Послеоперационный период проводился активно. Основное внимание в первые сутки после операции уделялось профилактике отека мошонки, с этой целью сразу после окончания операции больному накладывался суспензорий для фиксации мошонки. Сущность

его заключается в том, что адекватная и правильная иммобилизация мошонки после хирургической коррекции пахового канала создает оптимальные условия для венозного и лимфатического оттока. Правильное применение суспензория улучшает течение раневого процесса и сокращает риск послеоперационных осложнений, таких как: отек мошонки, инфильтраты и др., а также позволяет больному без страха и боли осуществлять активные движения в постели.

Назначались дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки и комплекс упражнений лечебной физкультуры, т.к. частота послеоперационных легочных осложнений снижается на фоне ранней двигательной активности больного. К исходу первых суток после операции мы разрешали больным садиться, вставать.

Энтеральное питание начинали на следующий день после операции при наличии удовлетворительной перистальтики, стула; назначался общий стол или лечебное питание с учетом наличия хронических фоновых заболеваний органов брюшной полости и эндокринной системы.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений пожилым пациентам (старше 50 лет), а также больным с варикозным расширением вен нижних конечностей, хроническим тромбофлебитом и с ожирением назначали введение антикоагулянтов. Гепарина по 1500-2500 ед. через каждые три часа или клексана 20-40 тыс. ед. под контролем свертывающей системы крови (коагулограммы и агрегатограммы) на протяжении 3-4 суток. Кроме того, бинтовались нижние конечности эластическими бинтами, активизировать больных начинали с первых суток после операции.

### **Полученные результаты**

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 2 больных: у двух инфильтрат в области послеоперационного рубца (2,2%) и отек мошонки у одного пациента. В одном случае атония мочевого пузыря (1,4%) и послеоперационный парез кишечника (1,4%). Проведенная противовоспалительная и антибактериальная терапия была эффективна у всех пациентов.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов отмечены следующие осложнения (табл. 2).

Таблица 2

### **Характер послеоперационных осложнений у больных исследуемой группы**

<b>Структура послеоперационных осложнений</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>Процент</b>
1. Поверхностный инфильтрат	2	2,2

2. Отек мошонки	1	1,4
3. Серома	1	1,4
4. Атония мочевого пузыря	1	1,4
5. Парез кишечника	1	1,4

Проведение комплекса активных профилактических мероприятий позволяет значительно улучшить течение раннего послеоперационного периода и сократить пребывание больных на больничной койке на 5-6 дней. Средний срок пребывания в стационаре после операции у пациентов с не осложненным течением послеоперационного периода составил  $6 \pm 0,3$  дня.

В ранние сроки после операции всем больным рекомендовалась соответствующая диета, лечебная гимнастика, активный образ жизни. Обязательным моментом послеоперационного периода является ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев.

#### **Выводы:**

1. Предложенная методика пластики пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции живота надежно укрепляет заднюю стенку пахового канала, является малотравматичной и патогенетически обоснованной.
2. Применение перемещенного лоскута поперечной фасции позволяет снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде на 25%.

#### **Список литературы**

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентрации. – Симферополь : Бизнес-Информ, 2002. – С. 438.
2. Тоскин К.Д. Грыжи брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М. : Медицина, 1990. – 269 с.
3. Янов В.Н. Способ аутодермальной пластики при «трудных формах» паховых грыж // Вестник хирургии. – 2001. – № 3. – С. 49-51.
4. Lichtenstein I.L. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia / I.L. Lichtenstein, A.G. Shulman, P.K. Amid // Surg. Clin. North Am. – 1993. – Vol. 73, № 3. – P. 529-544.
5. Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh / С. Bernard, С. Polliand, L. Mutelica et al. // Hernia. – 2007. – Vol. 11, № 4. – P. 315–320.