

УДК 616.34-007.43
ББК 54.133
3-47

Зезарахова Марият Джамбулетовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических дисциплин лечебного факультета медицинского института ФГБОУ ВПО «Майкопский государственный технологический университет», т.: 89034661076.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (рецензирована)

В настоящее время в вопросе оптимальной хирургической тактики лечения паховых грыж не единства. В различных клиниках преобладают различные подходы. Исходя из анализа исторического пути герниологии, нам представляется, что путь к улучшению результатов лечения паховых грыж следует искать не столько в совершенствовании технических вопросов, сколько в оптимизации выбора хирургической методики в конкретной ситуации. Именно проблема определения наиболее рациональной хирургической тактики лечения паховых грыж является актуальной.

Решение этой проблемы особенно важно для общехирургических стационаров районных больниц, являющихся основным звеном в оказании хирургической помощи больным с паховыми грыжами. Нужны такие тактические подходы, которые позволят хирургам осуществлять дифференцированный выбор способа герниопластики в зависимости от конкретной ситуации, используя арсенал современных наиболее надежных методик пластики, включая пластики местными тканями и пластики «без натяжения». Это позволит улучшить общие результаты лечения паховых грыж, обеспечит качественную хирургическую помощь в любой клинической ситуации.

Данная статья направлена на улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж путем выбора оптимальных методов герниопластики. Разработан алгоритм выбора метода паховой герниопластики в зависимости от состояния анатомических структур паховой области, в частности пахового канала и внутреннего пахового кольца.

Ключевые слова: паховая грыжа, послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, синтетические сетчатые протезы, пластика по I.L. Lichtenstein, E. Shouldice.

Zezarakhova Mariyat Dzhambuletovna, Candidate of Medicine, assistant professor of the Department of Surgical Disciplines of the Faculty of Medicine of Medical Institute of FSBEI HPE "Maikop State Technological University", tel.: 89034661076.

ALGORITHM FOR THE CHOICE OF INGUINAL HERNIOPLASTY METHOD (Reviewed)

At present there is no common opinion in the issue of the optimal surgical treatment of inguinal hernia. In various clinics various approaches prevail. Having analyzed the history of herniology, we believe that the way to improve the results of treatment of inguinal hernias should lie not so much in improving the technical issues, but in optimizing the choice of surgical technique in a particular situation. The problem of determining the most efficient surgical treatment of inguinal hernia is relevant.

This solution is important for general surgical district hospitals, which are the main element in providing surgical care to patients with inguinal hernias. We need such tactical approaches that allow the surgeon to choose the method of hernioplasty depending on the specific situation, using an arsenal of the most reliable methods of modern plastic methods, including plastics by local fabrics and "tension-free" plastic. This will improve the overall results of treatment of inguinal hernias and provide qualified surgical care in any clinical situation.

This article is aimed at improving the results of surgical treatment of inguinal hernias by selecting the optimal hernia repair techniques. The algorithm of selection the method of inguinal hernia repair according to the anatomical structure of groin area, in particular the inguinal canal and the internal inguinal ring has been developed.

Key words: inguinal hernia, postoperative ventral hernia, hernia repair, synthetic mesh prostheses, plastics according to I.L. Lichtenstein, E. Shouldice.

Выбор способа паховой герниопластики должен определяться прежде всего степенью разрушения задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца. Классическая установка российской хирургической школы «косая грыжа требует укрепления передней стенки пахового канала», не должна вводить в заблуждение.

Анализ результатов применения традиционных способов герниопластики (при наблюдении до 15 лет) продемонстрировал низкую эффективность пластики передней стенки пахового канала.

Большинству больных произведена операция Спасокукоцкого со швами Кимбаровского. Несмотря на простату методики, частота возникновения рецидивов грыж составила не менее 11%, вне зависимости от размера грыжи.

Изучение причин столь неудовлетворительных результатов герниопластики местными тканями побудило нас к разработке алгоритма выбора метода паховой герниопластики. С 2002 года вид пластики нами выбирается в зависимости от состояния тканей в области пахового треугольника, прежде всего, определяется степень разрушения задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца, а также от возраста больного и наличия сопутствующей патологии.

Для упрощения выбора между пластикой местными тканями и аллопластикой при паховых грыжах мы используем алгоритм, показанный на рисунке 1. Эллипсами обведены факторы, учитываемые при выборе метода пластики. Ключевым из них является состояние задней стенки пахового канала. При значительных изменениях задней стенки, наблюдающихся при больших косых, большинстве прямых и рецидивных грыжах, считаем аллопластику методом выбора.

При незначительных изменениях задней стенки, что у взрослых больных наблюдается нечасто, вопрос о целесообразности пластики местными тканями решается в зависимости от возраста и наличия сопутствующей патологии. К «незначительным изменениям» относим расширение внутреннего пахового кольца до 3 см при хорошо выраженной поперечной фасции или ограниченный дефект поперечной фасции при прямой грыже до 2 см в диаметре.

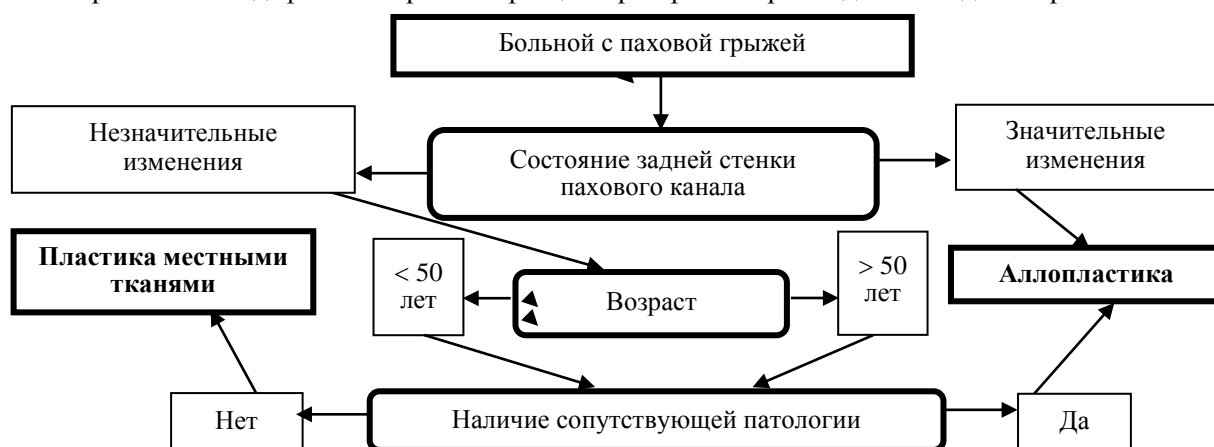


Рис. 1. Алгоритм выбора метода паховой герниопластики

Возраст в концентрированной форме отображает общее состояние организма больного, поэтому его удобно использовать при определении хирургической тактики. У больных более старшего возраста чаще встречаются сопутствующие заболевания, более высокий риск развития послеоперационных осложнений, замедлены репаративные процессы. Поэтому быстрая и полная реабилитация после операции имеет для них немаловажное значение. Пороговый возраст 50 лет является, конечно, условным. Он может быть увеличен до 55-60 лет, в зависимости от общего состояния больного. Для больных старше 50 лет при наличии сопутствующей патологии аллопластику считаем методом выбора.

У больных молодого возраста при незначительных изменениях задней стенки пахового канала предпочитаем пластику местными тканями по методике Е. Shouldice или Н.И. Кукуджанова. К сожалению, даже у этой категории больных применять традиционные пластики при двухсторонних и при наличии сопутствующей патологии нежелательно. В этих случаях показаны методика И.Л. Лихтенштейна или лапароскопическая герниопластика как менее травматичные.

Принципы индивидуализированного выбора хирургических способов герниопластики формировали стратегически и тактически.

Стратегия определялась:

- Современными основополагающими принципами герниологии: патогенетической направленностью операции (укрепление или протезирование задней стенки и внутреннего отверстия пахового канала);
- Не использовали для пластики дистрофически измененные мышечно-апоневротические структуры паховой области;
- Стремилась к малой травматизации и ишемизации тканей;
- Придерживались принципов выбора синтетических протезирующих и шовных материалов, обладающих достаточной прочностью и низкой реактогенностью;

- Стандартизировали технику операций;
- Учитывали возраст и наличие сопутствующей патологии.

Основными критериями, на которых базировались индивидуализированная тактика выбора способа герниопластики были:

- Клинические данные (возраст, тяжесть и длительность грыженосительства, наличие сопутствующей патологии);
- Вид и размер грыжи (прямая, косая, рецидивная и соответственно малый, средний и большой размер грыжи);
- Ультрасонографические (толщина и степень дистрофических изменений мышечно-апоневротических структур паховой области, высота и площадь пахового промежутка, степень разрушения задней стенки и внутреннего отверстия пахового канала);
- Интраоперационные (оценивали состояние тканей для выбора способа герниопластики в пределах осуществленного доступа, учитывали степень рубцовых и дистрофических изменений мышечно-апоневротических структур паховой области, высоту и площадь пахового промежутка, степень разрушения задней стенки и внутреннего отверстия пахового канала, достаточность доступа для выполнения адекватной герниопластики).

В таблице 1 представлена принципиальная схема выбора способа пластики в зависимости от вида паховой грыжи.

Таблица 1 - Принципиальная схема выбора способа герниопластики в зависимости от вида паховой грыжи

Вид грыжи	Способ пластики
Начальные формы косых грыж без расширения внутреннего пахового кольца	Пластика передней стенки пахового канала
Небольшие косые грыжи с расширением внутреннего пахового кольца и сохраненной задней стенкой пахового канала Небольшие прямые грыжи с частичным разрушением задней стенки пахового канала	<u>Методы выбора:</u> пластика задней стенки пахового канала собственными тканями (Кукуджанов, Shouldice) <u>Метод резерва:</u> пластика «без натяжения» (Lichtenstein, система PHS); лапароскопическая герниопластика (Corbitt) (при двухсторонних грыжах)
Большие косые и прямые грыжи	<u>Метод выбора:</u> пластика «без натяжения» (Lichtenstein, система PHS) <u>Метод резерва:</u> лапароскопическая герниопластика (Corbitt) (при двухсторонних грыжах)
Рецидивные грыжи	Пластика «без натяжения» (Lichtenstein), лапароскопическая герниопластика (Corbitt)

Исходя из этой схемы, способ И.Л. Лихтенштейна можно признать универсальным, что обусловлено относительной простотой выполнения, надежностью, но одновременно, патогенетической направленностью.

Способы, укрепляющие переднюю стенку, применимы лишь при очень небольших косых грыжах (начальные формы), когда внутреннее паховое кольцо имеет еще нормальный диаметр, у больных без признаков врожденной слабости соединительной ткани. Только у этой категории пациентов риск рецидива при использовании указанных способов будет минимален. Такие грыжи у обсуждаемого контингента больных встречаются достаточно редко, это прерогатива детской хирургии.

Все остальные грыжи требуют укрепления в том или ином варианте задней стенки пахового канала и формирования внутреннего пахового кольца. Среди способов пластики задней стенки пахового канала в качестве оптимальных считаем методики Н.И. Кукуджанова и Е. Shouldice (двухрядный вариант) с использованием нерассасывающихся монофиламентных нитей. Они наиболее физиологичны и доказали свою эффективность на больших группах больных при соблюдении строгих показаний. Предпочтение отдаем методике Е. Shouldice в основном из-за преимуществ непрерывного шва.

Их применение целесообразно при косых паховых грыжах с расширением внутреннего пахового кольца, но сохраненной задней стенкой пахового канала. Обычно это небольшие, недавно появившиеся грыжи, не спускающиеся в мошонку, с хорошо выраженной задней стенкой пахового канала, определяющейся при пальцевом исследовании. Целесообразно применение этих методик и при прямых грыжах, развивающихся по типу дивертикула поперечной фасции.

Основным недостатком перечисленных методик у этой категории больных является послеоперационный болевой синдром и длительный (до 3 месяцев) период полной реабилитации. Поэтому методами резерва являются различные варианты пластик «без натяжения», в частности методика I.L. Lichtenstein.

Ситуация меняется у больных с большими (часто пахово-мошоночными) и прямыми паховыми грыжами, у которых разрушена задняя стенка пахового канала. У этих больных при пальцевом исследовании легко можно пропальпировать внутреннюю поверхность лобковой кости. В таких случаях пластика задней стенки пахового канала местными тканями оказывается малоэффективной.

Частые неудачи при пластиках местными тканями больших косых и прямых грыж с разрушением всей задней стенки пахового канала объясняются несколькими причинами.

Во-первых, полное разрушение задней стенки пахового канала часто наблюдается у больных с врожденной слабостью соединительной ткани. В такой ситуации собственные ткани не пригодны для надежной пластики. Это часто бывает у больных с двухсторонними грыжами, грыжами других локализаций и варикозным расширением вен нижних конечностей.

Во-вторых, грыжи больших размеров чаще бывают при длительном анамнезе заболевания. В этих случаях неизбежны возникающие на фоне грыжи вторичные атрофические и дистрофические изменения мышц и апоневроза брюшной стенки. Это не может не отразиться на качестве пластики.

В-третьих, натяжение тканей, влияющее на адекватное кровообращение и процессы заживления, при пластике больших грыж неизбежно больше.

Помимо влияния на развитие рецидива грыжи, натяжение тканей определяет и течение ближайшего послеоперационного периода. Оно сказывается на выраженности болевого синдрома после операции, что ограничивает раннюю активизацию больных. Не случайно средний койко-день, по нашим данным, после пластики местными тканями ($8,9 \pm 0,3$ суток) существенно больше, чем при пластике «без натяжения» ($2,9 \pm 0,2$ суток) ($p < 0,05$). Поэтому пластики задней стенки пахового канала местными тканями по показаниям предпочтительны у больных молодого возраста, когда более выраженный болевой синдром и отсроченная активизация не ведут к развитию осложнений и декомпенсации хронических заболеваний, как у пожилых больных.

Натяжение тканей сопровождается их ишемией в области пластики, опосредованно через болевой синдром приводит к спазму микроциркуляторного русла. Возможно, с этим связана, по нашим наблюдениям, значительно большая ($p = 0,03$) частота гнойно-воспалительных осложнений в ране при пластиках местными тканями (5,7%), чем при пластиках «без натяжения» (1,6%).

Поэтому у больных с длительным сроком грыженосительства, больных с врожденной слабостью соединительной ткани и двухсторонним поражением или пожилых людей методы пластики «без натяжения» должны быть методом выбора. Герниопластика по J.L. Lichtenstein оказалась значительно более эффективной ($p < 0,05$) у этой категории больных.

Особое место занимают больные с двухсторонними паховыми грыжами и наличием сопутствующих заболеваний, у них выполнение операции традиционными методами существенно повышают операционный риск. Поэтому, у больных с длительным сроком грыженосительства, больных с врожденной слабостью соединительной ткани и двухсторонним поражением у пожилых людей методы пластики «без натяжения» могут быть методом выбора.

Таким образом, выбор метода пластики при паховых грыжах, особенно в старшей возрастной группе, должен определяться степенью деструкции задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца, а при ущемленных грыжах – дифференцировано с учетом давности ущемления, размеров грыжи и видом ранее перенесенной операции при рецидивных грыжах.

Очевидно, что такой тактический подход подразумевает выполнение аллопластических операций у большинства больных. Обоснованность этого подтверждается непосредственными и отдаленными результатами паховых герниопластик.

Пропагандируемая нами дифференцированная тактика хирургического лечения паховых грыж позволяет хирургу владеть широким арсеналом способов паховой герниопластики, включающим самые последние достижения науки. Она применима при любых видах паховых грыж и сопутствующих заболеваниях, позволяет дифференцировано подходить к выбору анестезии.

Литература:

1. Егиев В.Н. Использование двухслойной перфорированной пластины политетрафторэтилена при лечении паховой грыжи / В.Н. Егиев, Д.В. Чижов // Хирургия.- 2004.- №4.- С. 23-25.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентераций / В.В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир.- Симферополь: Бизнес-Информ, 2006.- 440 с.
3. Кирпичев А.Г. Использование сетки из Пролена при пластике передней брюшной стенки / А.Г. Кирпичев, Н.А. Сурков.- Москва, 2006.- 86 с.
4. Хирургическое лечение послеоперационной грыжи брюшной стенки / В.И. Белоконев [и др.] // Клиническая хирургия.- 2005.- №1.- С. 10-13.

References:

1. Egiev V.N. *Using a two-layer perforated plate of polytetrafluoroethylene in the treatment of inguinal hernia* / Egiev V.N., Chizhov D.V // *Surgery*. 2004. №4. P. 23-25.
2. Zhebrovsky V.V. *Hernia surgery of abdomen and eventeratsy* / Zhebrovsky V.V., Mohamed Tom Elbashir . *Simferopol: Business-Inform*, 2006. 440 p.
3. Kirpichev A.G. *Using the grid of the Strait in plastic of anterior abdominal wall* / Kirpichev A.G., Surkov N.A. M., 2006. 86 p.
4. *Surgical treatment of postoperative abdominal wall hernia* / Belokonev V.I. [et al.] // *Clinical Surgery*. 2005. № 1. P. 10-13.