

© Коллектив авторов, 2013
УДК 617.557:616.34-007.43-053.89/9-089.844

Р. Т. Меджидов, М. Д. Меджидов, В. В. Хсейханова

НЕНАТЯЖНАЯ БЕСШОВНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ТРАБУККО ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Р. Т. Меджидов), ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Ключевые слова: паховая грыжа, «ненатяжная» герниопластика, аллотрансплантат

Введение. Грыжи передней брюшной стенки — одно из самых распространенных заболеваний человека, наблюдаются у 5–6% от всего населения и примерно в 75% случаев речь идет о паховых грыжах [1, 3–5, 10]. Операции по поводу грыж составляют почти четверть от всех оперативных вмешательств [1, 3, 5, 9, 10]. Вот уже более 100 лет большинство операций по поводу паховых грыж выполняются в России по принципу, который впервые был предложен еще в 1884 г. Бассини. Однако частота рецидивов заболевания остается по-прежнему высокой. При первичных паховых грыжах рецидивы наблюдаются в 5–12% наблюдений, а в случаях значительного разрушения задней стенки пахового канала, что часто имеет место в пожилом и старческом возрасте, достигают 25–30% наблюдений, и примерно 90% рецидивов наступают через 1 год после операции и 10% — в более поздние сроки [1, 5–7, 9]. Современное развитие методов аллопластики паховых грыж с использованием синтетических материалов привело к некоторому пересмотру известных принципиальных положений, традиционно сложившихся в оперативной хирургии, что позволило значительно улучшить результаты хирургического лечения грыж [2, 7–9]. В последние 10–15 лет были созданы синтетические эндопротезы нового поколения, благодаря чему появились методы герниопластики без натяжения тканей с применением современных материалов, при которых частота рецидивов составляет менее 1%, а также предложены и разные доступы эндопротезирования пахового канала (эндоскопический, открытый) [2, 5, 6, 9–12].

На сегодняшний день наиболее распространенными и популярными являются открытые способы герниопластики без натяжения с фиксацией эндопротеза к тканям (операция Лихтенштейна) и бесшовная методика по Трабукко [10, 11, 13, 14].

Для методики Трабукко итальянской фирмой «Herniomesb» специально разработаны жесткие и полужесткие монофиламентные сетчатые полипропиленовые эндопротезы, которые отличаются следующими свойствами:

- эндопротезы плотные, жесткие, макропористые и быстро фиксируются к тканям;
- обладают стабильностью плоского расположения при имплантации;
- теряют способность к скручиванию, сморщиванию;
- сокращение материала при имплантации снижено до 2% благодаря жесткости, стабильности плоского расположения эндопротеза при герниопластике;
- отсутствует «мертвое пространство» между сеткой и тканями;
- сетки-заготовки фирмы «Herniomesb» анатомически скорректированные.

Таким образом, обычные полипропиленовые эндопротезы не могут быть использованы для «бесшовной» герниопластики, так как не обладают всеми перечисленными выше свойствами.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами в пожилом и старческом возрасте.

Материал и методы. С 2009 г. в хирургическом отделении Госпиталя ветеранов Республиканского медицинского центра пациентам с различными формами паховых грыж выполнено 108 операций с использованием сеток-заготовок T2 и T4 итальянской фирмы «Herniomesb». Из них 60 (55,5%) пациентов — с односторонними косыми паховыми грыжами, 38 (35,1%) — с односторонними прямыми

Сведения об авторах:

Меджидов Расул Тенчаевич (e-mail: dgma@list.ru), Меджидов Махач Джаватханович (e-mail: medzhidov-80@mail.ru), Хсейханова Валида Вагифовна (e-mail: hvalida@mail.ru), кафедра общей хирургии, ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, 367000, г. Махачкала, ул. Ленина, 1

паховыми грыжами и 10 (9,2%) пациентов — с двусторонними паховыми грыжами. Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке. Укрепление задней стенки пахового канала при косых грыжах производилось путем имплантации сетки-заготовки Т4 (рис. 1, а), при прямых — Т2 (рис. 1, б).

Сущность методики эндопротезирования пахового канала при косых паховых грыжах заключалась в следующем. После грыжесечения семенной канатик укладываем в отверстие сетки-заготовки Т4 через прорезь в верхнем отрезке отверстия, и свободные концы прорези сетки ушиваем между собой викриловым швом (рис. 2).

Затем эндопротез укладываем на поперечную фасцию под семенной канатик так, чтобы нижняя полусфера эндопротеза полностью закрывала лобковый бугорок, а верхнюю полусферу до семенного канатика покрываем нижними краями внутренней косой и поперечной мышц живота. Далее восстанавливаем паховый канал путем ушивания листков апоневроза наружной косой мышцы живота между собой викриловой нитью.

При прямых паховых грыжах в верхней части сетки-заготовки Т2 на плоском основании делаем разрез до выпуклой части эндопротеза, семенной канатик укладываем в сделанный прорез, и свободные концы прореза ушиваем между собой викриловой нитью (рис. 3).

Эндопротез погружаем под семенной канатик выпуклой частью в сторону поперечной фасции, тем самым закрывая дефект задней стенки пахового канала. Выбор размера эндопротеза Т2 зависит от величины пахового треугольника. Затем восстанавливаем паховый канал путем сшивания между собой листков апоневроза наружной косой мышцы живота.

Результаты лечения сравнивали с контрольной группой больных, состоящей из 80 пациентов (29 — с прямой паховой грыжей и 51 — с косой паховой грыжей), которым герниопластика выполнена по методике Лихтенштейна. Статистическая обработка материала проведена с использованием прикладных программ Statistica 6.0, Microsoft Excel и Biostat.

Результаты и обсуждение. Осложнений в раннем послеоперационном периоде, потребовавших удаления эндопротеза, не было ни в одной группе. Наркотические анальгетики не использовали. Длительность стационарного лечения пациентов, которым применена методика Трабукко, составила $(7,3 \pm 1,4)$ койко-дня. Многие пациенты после герниопластики по методике Трабукко вставали на следующий день после операции, и средние сроки активации их составили $(1,7 \pm 0,5)$ сут, тогда как эти сроки в контрольной группе пациентов были значительно выше — $(2,8 \pm 0,7)$ сут. Болевой синдром в основной группе пациентов держался в среднем $(2,2 \pm 0,6)$ дня, а в контрольной — $(3,3 \pm 0,4)$ дня. Ранние местные послеоперационные осложнения в основной группе больных отмечены у 8 (7,4%) пациентов, из них серома в послеоперационной ране — у 3 (2,7%), гематома — у 2 (1,8%), инфильтрат — у 2 (1,8%). Нагноение раны имело место у 1 (0,9%) пациента. Общие послеоперационные осложнения отмечены у 2 (1,8%) пациентов: госпитальная

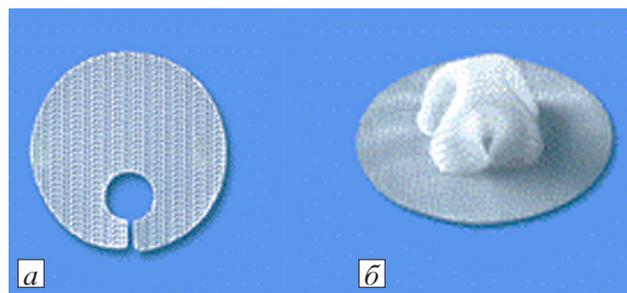


Рис. 1. Эндопротезы фирмы «Herniomesh». а — эндопротез Т4; б — эндопротез Т2

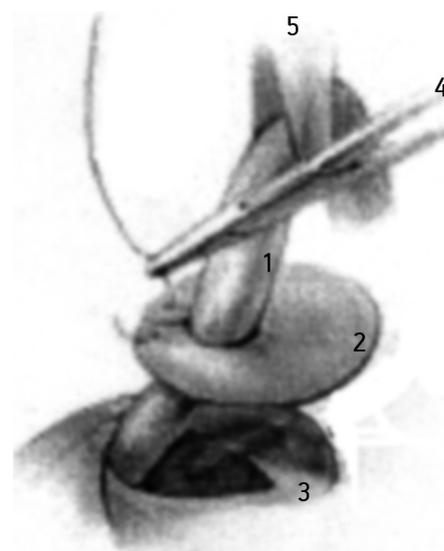


Рис. 2. Схематическое изображение герниопластики по методике Трабукко с применением сетки-заготовки Т4. 1 — семенной канатик; 2 — сетка-заготовка Т4; 3 — паховый промежуток; 4 — иглодержатель с иглой и ниткой; 5 — держалка

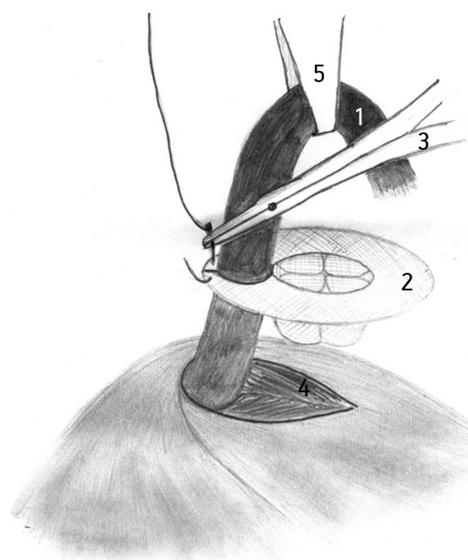


Рис. 3. Схематическое изображение герниопластики с использованием сетки-заготовки Т2. 1 — семенной канатик; 2 — сетка-заготовка Т2; 3 — иглодержатель с иглой и ниткой; 4 — паховый промежуток; 5 — держалка

Сравнительный анализ результатов герниопластики по методике Трабукко и Лихтенштейна

Показатели	Основная группа (n=108)	Контрольная группа (n=80)	P
Сроки активации больных, сут	1,7±0,5	2,8±0,7	0,039
Болевой синдром, %	2,2±0,6	3,3±0,4	0,706
Серома	3 (2,7%)	7 (8,7%)	0,168
Гематома	2 (1,8%)	5 (6,2%)	0,261
Инфильтрат	2 (1,8%)	4 (5,0%)	0,450
Отек мошонки	1 (0,9%)	3 (3,7%)	0,432
Фуникулит	0 (0,0%)	3 (3,7%)	0,167
Послеоперационные осложнения общего характера, %	1,8	5,0	0,261
Летальность, %	—	—	—
Сроки госпитализации, сут	7,3±1,4	8,1±1,6	0,589
Миграция протеза, %	0	3 (3,7%)	0,167

пневмония — 1; тромбоз вен нижних конечностей — 1. Летальных исходов в основной группе пациентов не отмечено. Миграция протеза и рецидив заболевания при 2-годичном наблюдении за пациентами, перенесшими герниопластику по Трабукко, не отмечены. Отдаленные результаты пластики пахового канала по Трабукко изучены в сроки от 6 мес до 2 лет при непосредственном осмотре пациентов, а также методом анкетирования.

Сравнительный анализ результатов лечения пациентов основной и контрольной группы представлен в *таблице*.

Лучшие результаты в основной группе больных (ненатяжная и бесшовная методика Трабукко) обусловлены тем, что эндопротезы T2 и T4 обладают стабильностью плоского расположения; они не сморщиваются и не образуют мертвых пространств, которые могут привести к образованию серомы, гематомы; не сдавливают стриктуры семенного канатика, что приводит к развитию отека мошонки и фуникулита.

Выводы. 1. Применение жестких эндопротезов T2 и T4 фирмы «Herniomesh», обладающих достаточной прочностью и макропористостью, быстрой фиксацией к тканям, стабильностью плоского расположения, позволяет снизить процент послеоперационных осложнений у больных с паховыми грыжами.

2. Способ герниопластики по Трабукко надежен и может стать методом выбора при лечении пациентов с паховыми грыжами, так как он технически прост, легко выполним, позволяет проводить раннюю активизацию пациентов, что важно для больных пожилого и старческого возраста с различной сопутствующей патологией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Егиев В. Н., Чижов Д. В. Использование двухслойной перфорированной пластины политетрафторэтилена при лечении паховой грыжи // Хирургия. 2003. № 4. С. 23.
- Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб.: Фолиант, 2000. С. 156–160.
- Нестеренко Ю. А., Газиев Р. М. Результаты операции Шулдайса в плановой и экстренной хирургии // Хирургия. 2005. № 2. С. 49–53.
- Османов А. О., Газиев Р. М. Герниопластика больных с паховыми грыжами // Росс. мед. журн. 2004. № 5. С. 26–28.
- Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л. Особенности ведения операционной раны после аллогерниопластики // Анналы хирургии. 2003. № 2. С. 77–80.
- Харнас С. С., Егоров А. В., Бекшоков А. С. Опыт лечения паховой грыжи с помощью полипропиленового эндопротеза // Материалы I Международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». М., 2003. С. 111–112.
- Чижов Д. В., Шурыгин С. Н., Воскресенский П. К., Филаткина Н. В. Пластика пахового канала по Лихтенштейну и ее модификации // Герниология. 2004. № 1. С. 43–51.
- Шевченко Ю. А., Харнас С. С., Егоров А. В., Бекшоков А. С. Выбор метода пластики передней брюшной стенки при паховой грыже // Анналы хирургии. 2003. № 1. С. 20.
- Шулутко А. М., Эль-Саяд А. Х., Данилов А. И. Результаты пластики «без натяжения» по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами // Анналы хирургии. 2003. № 2. С. 74–77.
- Ярема И. В., Корняк Б. С., Сухина И. В. Пластика пахового канала по Trabucco (Первый опыт) // Вестн. герниологии. 2008. Вып. III. С. 135–142.
- Bendavid R., Abrahamson J., Arregui M. et al. Abdominal wall hernies principles and management. New York: Springer, 2001. 792 p.
- Trabucco E., Campanelli G. Nuove protesi erniarie in polypropylene // Min. Chir. 1998. Vol. 53. P. 337–341.
- Trabucco E., Trabucco A. Flat plugs and mesh hernioplasty in the inguinal box: description of the surgical technique // Hernia. 1998. Vol. 2. P. 133–138.
- Lichtenstein I. L. Herniorrhaphy: A personal experience in 6321 cases // Am. J. Surg. 1987. Vol. 153. P. 553–559.

Поступила в редакцию 06.02.2013 г.

R. T. Medzhidov, M. D. Medzhidov, V. V. Khsejkanova

NONSTRAIN SEAMLESS HERNIOPLASTY TRABUCCO PERFORMED IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH THE INGUINAL HERNIA

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

An analysis of results of «nonstrain» methods of hernioplasty is presented in the elderly and senile patients with the pronounced accompanying pathology in the overwhelming majority of patients (93,5%). The Lichtenstein and Trabucco operations are suggested in these cases. The article describes the technique of «nonstrain» and seamless hernioplasty in detail.

Key words: inguinal hernia, «nonstrain» hernioplasty, allograft