



А. В. Капшитарь

Запорожский государственный
медицинский университет

© Капшитарь А. В.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СПОСОБОМ LICHTENSTEIN I СЛОЖНЫХ ФОРМ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Резюме. Целью исследования была оценка результатов выполнения операции LICHTENSTEIN I при сложных формах паховых грыж. Нами прооперировано 103 больных с паховой грыжей, которым осуществлена герниопластика по Lichtenstein I. После операции Lichtenstein I легко протекает послеоперационный период, в процессе которого осложнения развились у 5,8 %, в 2 раза сокращены сроки лечения в клинике.

Ключевые слова: паховая грыжа, хирургическая операция, ненатяжная герниопластика.

Введение

Частота грыжесечений в хирургической клинике варьирует от 10 до 25 % от всех оперативных вмешательств [5]. Среди оперированных больных с брюшной грыжей удельный вес пациентов с паховой составляет 70-80 % [5, 8]. По результатам многих исследований это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями пахового канала, врожденной дисплазией соединительной ткани, инволюцией мышечно-фасциальных и апоневротических слоёв у лиц пожилого и старческого возраста и многочисленных факторов, ведущих к значительному повышению внутрибрюшного давления [1].

Первую успешную операцию по поводу ущемлённой паховой грыжи в XVII веке выполнил Пьетро Франко путём рассечения ущемлённого кольца специальным герниотомом [8]. В дальнейшем были разработаны более 400 герниопластик, однако и сегодня проблема лечения паховой грыжи остаётся актуальной [5]. Широкое применение аутопластических методов показало возникновение значительного числа рецидивов. Так, после первой операции в связи с паховой грыжей рецидив составляет 10 %, повторных — 30 %. Наибольшее количество рецидивов отмечается у больных с наличием сложных паховых грыж [2, 5]. Предпринималось много попыток по улучшению создавшейся ситуации. Особая роль принадлежит Lichtenstein, разработки которого позволили выдвинуть концепцию операции при паховой грыже по принципу не натяжения тканей с помощью имплантации сетчатого эндопротеза [3].

Основные положения Европейской ассоциации герниологов освещены в «Основных направлениях лечения паховой грыжи» [9] и материалах 4-го Международного конгресса герниологов в Берлине 09-12 сентября 2009 г. [10], где однозначно признаны открытые мето-

ды Lichtensteine I и Shjldice. В докладе профессора Института грыжи имени I. L. Lichtenstein (Лос-Анджелес) P. Amid отметил, что операция Lichtenstein I получила наивысшую оценку, она наиболее популярна среди других открытых методов и характерна минимальным числом осложнений, её можно использовать в дневное время под местной анестезией с частотой рецидивов не более 1 % [3]. Коллективный опыт 72 хирургов, прооперировавших 16000 пациентов, подтвердил преимущество операции Lichtenstein I (низкий процент рецидивов — 0,5, не выраженный болевой синдром, возможность выполнения в амбулаторных условиях под местной анестезией, короткий срок реабилитации [4]. С этого момента операция Lichtenstein I считается «золотым стандартом» в лечении паховой грыжи. В дальнейшем рядом авторов были отмечены и негативные стороны этой операции у 2,2-24,2 % больных, связанные с оставлением инородного тела в организме человека [2, 7]. Представленные публикации других авторов свидетельствуют об осложнениях у 6,6–26,4 % пациентов (серома, гематома, воспалительный инфильтрат, кровотечение, отёк и экхимозы мошонки, боли в паховом канале, персистирующая невралгия, дистопия яичка) и рецидиве грыж — у 1,2-2,2 % [2, 6, 7].

Цель исследования

Оценка результатов выполнения операции Lichtenstein I при сложных формах паховых грыж.

Материалы и методы исследований

В хирургическом отделении КУ «Городской клинической больницы № 2», являющейся базой кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ, за период с 2004 по 2013 годы оперировано 1791 пациентов по поводу грыж брюшной стенки различной локализа-



ции. Из общего количества больных у 1103 (64,1 %) пациентов диагностировали паховую грыжу. В плановом порядке оперировали 981 (88,9 %) больных и в неотложном порядке — 122 (11,1 %). Сроки ущемления от 1 часа до 6 часов. Соотношение плановых операций по отношению к неотложным 8:1.

Среди 1103 оперированных пациентов с паховой грыжей у 103 (9,3 %) больных осуществлена герниопластика „без натяжения” (tension free) полипропиленовой сеткой по методу Lichtenstein I [1]. Из них в плановом порядке оперировали 87 (84,5 %) пациентов и в неотложном порядке — 16 (15,5 %). Все были мужчинами в возрасте от 31 до 82 лет. Преобладали лица старше 50 лет — 82 (79,6 %). Сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой и эндокринной систем страдали 96 (93,2 %) больных. Выбор показаний для применения операции Lichtenstein I основывался на принципах классификации Leoyd M. Nyhus (табл.).

Таблица

Классификации Leoyd M. Nyhus для выбора показаний к применению операции Lichtenstein I

Типы грыж по классификации Leoyd M. Nyhus (1995)	
Тип I:	косая маленькая грыжа без расширения глубокого пахового кольца.
Тип II:	косая грыжа с расширением глубокого кольца до 2 см, но без вовлечения прямого пространства.
Тип III:	ослабление пахового дна.
Тип IIIa:	прямая грыжа.
Тип IIIб:	большая косая грыжа, деформирующая прямое пространство
	1) на уровне внутреннего пахового кольца;
	2) опускающаяся в паховый канал;
	3) достигающая наружного пахового кольца;
	4) достигающая мошонки.
Тип IIIв:	бедренная грыжа.
Тип IV:	любая рецидивирующая грыжа.
Тип IVa:	рецидивные косые паховые грыжи.
Тип IVв:	рецидивные бедренные грыжи.
Тип IVг:	комбинация рецидивных прямых, косых паховых и бедренных грыж.

Исходя из представленной классификации показанием для операции Lichtenstein I считаем наличие сложных форм паховых грыж. Из них у 31 (30,1 %) пациента диагностирована прямая паховая грыжа с разрушенной задней стенкой пахового канала, опускающаяся в мошонку, у 28 (27,2 %) — большая косая паховая грыжа, у 27 (26,2 %) — рецидивирующая грыжа (косая паховая — 24, прямая — 3), у 15 (14,6 %) скользящая грыжа и у 2 (1,9 %) — невправимая паховая грыжа. По данным выписок из историй болезней и анамнеза рецидивные паховые грыжи образовались в сроки от 4 месяцев до 25 лет. Из 27 больных с рецидивной грыжей с первичным рецидивом госпитализировали

15 (55,6 %) пациентов, вторым рецидивом — 6 (22,2 %), третьим рецидивом — 5 (18,5 %) и пятым рецидивом — 1 (3,7 %). После «натяжных» вариантов классической аутопластики грыжи рецидивировали при использовании метода Спосокукоцкого у 10 (37,1 %) больных, метода Постемпского — у 9 (33,3 %), метода Бассини — у 7 (25,9 %) и метода Мартынова — у 1 (3,7 %).

Высота пахового промежутка у 90 (87,4 %) пациентов превышала 3 см. Размеры грыжевого мешка у 81 (78,6 %) больных были более 9×7×6 см.

Противопоказанием для операции Lichtenstein I были косые паховые грыжи I и II типа, которым осуществляли разные способы классической аутопластики.

Результаты исследований и их обсуждение

Все операции выполнены под местной инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневному. Больные с большими косыми паховыми грыжами и косыми паховыми грыжами с выпрямленным каналом имели значительные патологические изменения архитектуры пахового канала, проявляющиеся разрушенной его задней стенкой, высоким паховым промежутком, инволюционными возрастными атрофическими изменениями мышечных и фасциально-апоневротических структур брюшной стенки, а также в связи с длительным грыженосительством (6–25 лет).

При прямых паховых грыжах выявлены возрастные атрофические изменения мышц, фасциально-апоневротических волокон и высокий паховый промежуток.

Наибольшие трудности представляли рецидивные грыжи в связи с грубыми изменениями анатомической структуры пахового канала после предыдущих аутогерниопластик и рубцово-атрофическими изменениями в мышцах, апоневрозе, фасциях, а также разрушенной паховой связкой.

Особенностью скользящих грыж является высокая вероятность тяжёлых интраоперационных и послеоперационных осложнений. Из 15 больных со скользящими грыжами у 7 (46,7 %) пациентов стенкой грыжевого мешка была сигмовидная ободочная кишка, у 4 (26,7 %) — слепая кишка, у 2 (13,3 %) — слепая кишка с червеобразным отростком и у 2 (13,3 %) — мочевого пузыря. Важным является выбор методики обработки грыжевого мешка. Нами использована методика Zimmerman-Laufman, предложенная в 1942 году.

При ущемлённой грыже грыжевая вода в объёме 8–60 мл имела серозный или серозно-геморрагический характер. Ущемлённый орган верифицирован во время операции

у 16 (15,5 %) больных. Он был представлен петлём тонкой кишки у 7 (43,8 %) пациентов, сигмовидной ободочной кишкой — у 3 (18,7 %), большим сальником — у 3 (18,7 %), слепой кишкой с червеобразным отростком — у 2 (6,2 %), слепой кишкой, тонкой кишкой и большим сальником — у 1 (6,3 %) и дивертикулом Меккелі — у 1 (6,3 %). Некроз же ущемлённого органа диагностирован у 4 (25 %) больных, в связи с чем, у 1 (25 %) пациента осуществлена аппендэктомия, у 2 (50 %) — резекция большого сальника) и у 1 (25 %) — клиновидная резекция тонкой кишки с дивертикулом Меккелі с энтеро-энтероанастомозом бок-в-бок.

Содержимым грыжевого мешка при невправимой грыже у 2 (1,9 %) больных был большой сальник.

Герниопластику по методу Lichtenstein I осуществляли классическим способом [1, 6]. Использовали полипропиленовую сетку Ethicon (USA) размером 6×11 см (68 лиц) и Ultrapro (35). Имплантант фиксировали узловыми швами атравматическим материалом Prolene № 2/0 (Ethicon, USA). Липомы семенного канатика удаляли. Показанием к дренированию раны считали наличие больших паховых грыж и рецидивных грыж, у которых было травматическое выделение грыжевого мешка, с целью предотвращения образования гематом и сером.

Болевой синдром в послеоперационном периоде был выражен незначительно, что позволило отказаться от наркотических анальгетиков и применить нестероидные противовоспалительные препараты. Пациенты довольно рано, спустя 2–3 часа после операции, начинали подниматься с кровати и ходить, что явилось профилактикой возможных осложнений со стороны многих систем организма — сер-

дечно-сосудистой, легочной, пищеварительной, мочевой и др. Сокращены средние сроки лечения в клинике до 5 суток против 9 суток согласно протокола.

Осложнения наблюдали у 6 (5,8 %) пациентов. Из них в послеоперационном периоде у 2 (33,3 %) больных развился отёк мошонки, у 2 (33,3 %) — лимфоррея и у 1 (16,7 %) — воспалительный инфильтрат раны, излеченные консервативно. Интраоперационное осложнение произошло у 1 (16,7 %) пациента — ятрогенное ранение сигмовидной ободочной кишки, которое обнаружено в процессе операции и ушито. Все выздоровели.

Рецидивов паховой грыжи в отдалённом периоде не отмечено. Больные ведут обычный образ жизни, вернулись к своей предыдущей работе, не ограничивают физическую активность.

Выводы

1. Аллогерниопластика по методу Lichtenstein I является показанной при лечении сложных форм паховых грыж.

2. Данная методика сочетает в себе ряд преимуществ — проста в технике исполнения, в связи с небольшим болевым синдромом исключает приём наркотических препаратов, заменив их на нестероидные противовоспалительные препараты, позволяет очень рано активизировать пациентов, несёт минимальное количество осложнений, в 2 раза сокращает сроки лечения в клинике и период реабилитации, не имеет рецидивов.

3. Паховый промежуток полностью закрывается трансплантатом, что является надёжной защитой от рецидива грыжи при последующем развитии дегенеративно-дистрофических процессов в мягких тканях этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллопластика паховых грыж полипропиленовыми сетками / С. В. Васильев, Т. А. Мошкова, В. В. Олейник, А. Б. Морозов // Вестник хирургии. — 2007. — № 4. — С. 80–82.
2. Бегун М. С. Сравнительный анализ результатов пластики брюшной стенки при устраниении паховой грыжи способами Десарда и Лихтенштейна: автореф. ... канд. мед. наук / М. С. Бегун: ГОУ ВПО. — Тверская гос. мед. акад. — Тверь, 2011. — 19 с.
3. Бемянский Л.С. Интерпретация рекомендаций Европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи /Л. С. Бемянский, И. М. Тодуров // Клінічна хірургія. — 2010. — № 3. — С. 5–9.
4. Методы лечения паховых грыж [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.gryzha-center.ru.
5. Ничитайло М. Е. Современные аспекты эндовидеохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж /М.Е. Ничитайло, И.И. Булик // Клінічна хірургія. — 2010. — № 3. — С. 10–16.
6. Результаты пластики «без натяжения» по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами / А. М. Шулуто, А. Х. Эль-Саед, А. И. Данилов, Р. М. Мещетуран // Анналы хирургии. — 2003. — № 2. — С. 74–76.
7. Результати проведення оперативних втручань із застосуванням сітчастих алотрансплантантів у пацієнтів з паховими грижами (п'ятнадцятирічний досвід) / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, С. М. Гойда та [ін.] // Хірургія України. — 2013. — № 4 (48) (Додаток № 1). — С. 465–473.
8. Хирургия острого живота / под. ред. Г. И. Синенченка, А. А. Курыгина, С. Ф. Багненко. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. — 512 с.
9. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay-Nielsen [et al.] // Ibid. — 2009. — № 4. — P. 343–403.
10. Materials of 4-th international Hernia Congress. Joint meeting of the AHS and EHS (Berlin, Germany, 9-12 sept., 2009). — Berlin, 2009. — 82 p.



ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ
СПОСОБОМ LICHTENSTEIN
I СКЛАДНИХ ФОРМ
ПАХОВИХ ГРИЖ.

A. B. Kapshitar

Резюме. Метою дослідження була оцінка результатів виконання операції LICHTENSTEIN I при складних формах пахових гриж. Нами проперіровано 103 хворих на пахову грижу, яким здійснено герніопластика по Lichtenstein I. Після операції Lichtenstein I легко протікає післяопераційний період, в процесі якого ускладнення розвинулися у 5,8 %, в 2 рази скорочені терміни лікування в клініці.

Ключові слова: пахова грижа, хірургічна операція, ненатяжна герніопластика.

SURGICAL CORRECTION
OF COMPLEX FORMS OF
INGUINAL HERNIAS BY
LICHTENSTEIN I METHOD

A.V. Kapshitar

Summary. The aim of the study was to evaluate the results of the operation LICHTENSTEIN I in complex forms of inguinal hernias. We operated 103 patients with inguinal hernia, which carried hernioplasty by Lichtenstein I. After Lichtenstein I surgery postoperative period readily proceeds, during which complications occurred in 5.8 %, a 2-fold reduced treatment time at the clinic.

Key words: inguinal hernia, surgery, non-pull hernioplastics.