

УДК 616.756.26+616-089.843

Н.В. Антипов, И.В. Фесак, А.Б. Зарицкий, Р.А. Жилев

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

НАДФАСЦИАЛЬНЫЙ МЕТОД ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Разработан метод аллопластики пахового промежутка с применением сетчатого трансплантата, учитывающий вариантную анатомию пахового промежутка. Исследование проведено на 40 трупах мужского пола. В результате исследования удалось модифицировать классический метод пластики пахового канала по Лихтенштейну, что позволило укрепить заднюю стенку пахового промежутка на значительно большем протяжении.

Ключевые слова: паховая грыжа, паховый канал, пластика пахового канала.

Грыжи передней брюшной стенки занимают весомое место в хирургической практике. Они встречаются у 6 – 7 % мужчин и 2,5–3,0 % женщин планеты. Среди них частота паховых грыж составляет 70 – 80 % [1]. Именно поэтому операции грыжепластики – распространенный вид хирургических вмешательств в абдоминальной хирургии, составляют 10 – 20 % всех вмешательств [2, 3]. В настоящее время существуют сотни методов грыжепластики, однако ни один из них не предотвращает возможности рецидива. Частота рецидивов грыж варьирует от 5 до 37 % в зависимости от выбранного метода. Золотым стандартом в оперативном лечении паховых грыж во всем мире является герниопластика по методике Лихтенштейна, предусматривающей применение сетчатого полипропиленового трансплантата для укрепления пахового промежутка. Основываясь на проведенных ранее исследованиях топографического строения пахового канала [4–6], мы смоделировали по модифицированной нами методике пластику пахового канала с применением сетчатого эндопротеза, которая, на наш взгляд, является наиболее патогенетически обоснованной.

Целью исследования было разработать модифицированный метод аллопластики пахового промежутка с применением сетчатого трансплантата с учетом вариантной анатомии пахового промежутка.

Материал и методы. Исследования выполнены на 40 трупах людей мужского пола (30 нефиксированных и 10 фиксированных) с

помощью методов препарирования и морфометрии с последующей фотосъемкой выявленных вариантов на базе Донецкого областного бюро судебной медицинской экспертизы и на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ. На всех трупах выполняли разрез длиной 8–10 см параллельно и на 1,5 см выше паховой связки. Рассекали кожу, два слоя подкожной жировой клетчатки и два листка поверхностной фасции. Края кожной раны разводили с помощью ранорасширителя, после чего обнажался апоневроз наружной косой мышцы живота. У поверхностного кольца пахового канала выделяли элементы, покидающие канал в составе семенного канатика. На 1 см выше паховой связки и параллельно ей рассекали апоневроз наружной косой мышцы живота. Степень выраженности внутренней косой мышцы живота оценивали по отношению к паховой связке и содержимому пахового канала. В дальнейшем в соответствии с размерами пахового промежутка подбирали сетчатый аллотрансплантат, которым выполняли пластику пахового промежутка по модифицированному методу. После этого проверяли слабые места пахового канала на предмет наличия признаков выпячивания при искусственном повышении внутрибрюшинного давления путем ручной компрессии на переднюю брюшную стенку. Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. По данным ранее проведенных нами исследований топографического

© Н.В. Антипов, И.В. Фесак, А.Б. Зарицкий, Р.А. Жилев, 2014

строения пахового канала, внутренняя косая мышца живота была наиболее выражена у лиц нормо- и гиперстенического телосложения и, находясь спереди от элементов семенного канатика на протяжении наружных двух третей, образовывала переднюю стенку пахового промежутка на данном отрезке [4, 5].

При использовании классической методики пластики пахового канала проленовым сетчатым трансплантатом по Лихтенштейну нижний край эндопротеза прикрепляли к паховой связке и лобковому бугорку, а верхний край – к внутренней косой мышце живота. Указанные особенности в строении пахового канала приводят к тому, что на большем протяжении укрепляется его передняя стенка. Большинство же авторов указывают на слабость прежде всего задней стенки при образовании паховых грыж, что свидетельствует о необходимости укреплять именно поперечную фасцию как наиболее патогенетически обоснованный подход к грыжепластике.

Нами разработан модифицированный метод грыжепластики с использованием сетчатого аллотрансплантата, направленный на размещение эндопротеза под внутренней косой мышцей живота, то есть непосредственно над поперечной фасцией. Данный вид грыжепластики осуществим при условии выраженности внутренней косой мышцы живота и достигается путем использования П-образных швов при фиксации сетчатого эндопротеза. При этом направление швов следующее: игла вкалывается со стороны верхнего края заранее подготовленного и соответствующего размерам пахового промежутка эндопротеза, затем во внутренней поверхности внутренней косой мышцы живота с отступом до 0,8 см в том же направлении прошиваются повторно сетчатый трансплантат и мышца. Шов завязывается на внешней поверхности внутренней косой мышцы живота. Применение подобных швов позволяет утянуть аллотрансплантат под внутреннюю косую мышцу живота, расположив его непосредственно над поперечной фасцией, что укрепит заднюю стенку пахового промежутка. Швы продолжают накладывать до

латерального края пахового промежутка и заканчивают грыжепластику формированием внутреннего пахового кольца.

В ходе исследования пахового канала было выявлено, что внутренняя косая мышца живота была выражена в 35 случаях (87 %) и вместе с апоневрозом наружной косой мышцы живота образовывала переднюю стенку пахового канала, что позволяло применить разработанную модификацию грыжепластики. В остальных 5 случаях (13 %) мышца находилась на значительном удалении от паховой связки либо имела мышечные волокна на незначительном протяжении, переходя в апоневротическую часть. В данных случаях расположить аллотрансплантат под мышцей не представлялось возможным и было нецелесообразным.

Указанную методику удалось реализовать в 30 случаях, что составляет 75 % от общего числа исследуемых трупов. В 5 из 10 случаев, когда это не удалось сделать, внутренняя косая мышца живота не была выражена, что исключало возможность использования методики. В этих случаях более целесообразно применение классической грыжепластики по Лихтенштейну.

При искусственном повышении внутрибрюшного давления ни в одном случае не было отмечено наличия грыжевого выпячивания, что свидетельствует об эффективности метода и возможности его клинического применения.

Выводы

1. Грыжепластика по модифицированному нами методу позволит укрепить заднюю стенку пахового промежутка на значительно большем протяжении, чем по классическому методу Лихтенштейна.

2. Использование разработанного метода позволит рационализировать и оптимизировать эффективность грыжепластики с применением проленового трансплантата.

3. При выполнении пластики пахового канала разработанным методом риск рецидива грыжи значительно ниже, чем при использовании традиционных методов.

Литература

1. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи / Н.И. Кукуджанов. – М.: Медицина, 1969. – 440 с.
2. Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин. – М.: Медицина, 2003. – 180 с.

3. *Ороховский В.И.* Основы грыжесечения / В.И. Ороховский. – Ганновер – Донецк: Мунцех, Китис, 2000. – 236 с.
4. *Зарицкий А.Б.* К вопросу о вариантной анатомии пахового канала у мужчин / А.Б. Зарицкий, Н.В. Антипов, И.В. Фесак // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2010. – Вип. 14, Т. 1. – С. 274–279.
5. Морфологическое обоснование формирования паховых грыж / Н.В. Антипов, И.В. Фесак, А.Б. Зарицкий [и др.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Т. 2, № 2. – С. 10–12.
6. *Сапин Р.М.* Анатомия человека : учебник : в 3 т. / Р.М. Сапин, Г.Л. Билич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. 1. – 608 с.

М.В. Антипов, І.В. Фесак, О.Б. Зарицький, Р.О. Жиляєв

НАДФАСЦІАЛЬНИЙ МЕТОД ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ З ЗАСТОСУВАННЯМ СІТЧАТОГО ТРАНСПЛАНТАТУ

Розроблено метод алопластики пахового проміжку із застосуванням сітчастого трансплантата, що враховує варіантну анатомію пахового проміжку. Дослідження було проведено на 40 трупах чоловічої статі. Вдалося модифікувати класичний метод пластики пахового каналу по Ліхтенштейну, що дозволило зміцнити задню стінку пахового проміжку на значно більшому протязі.

Ключові слова: пахова грижа, паховий канал, пластика пахового каналу.

M.V. Antipov, I.V. Fesak, O.B. Zaritskiy, R.O. Zyliaev

SUPRAFASCIAL METHOD OF PLASTIC INGUINAL CANAL MESH TRANSPLANT

The method of alloplastyc of inguinal interval is developed with application of the reticulated transplant which takes into account the variant anatomy of inguinal interval. As a result of research it was succeeded to modify the classic method of the plastic arts of inguinal channel on Liechtenstein, that allowed to fix the back wall of inguinal interval on a considerably greater extent.

Key words: inguinal hernia, inguinal channel, plastic arts of inguinal channel.

Поступила 11.04.14