

---

## КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**А.А. Ботезату**

Кафедра хирургии № 2

Медицинский факультет

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко

3300, Молдова, г. Тирасполь

В работе предложены три новых способа герниопластики паховых грыж, сочетающие аутодермопластику с аутопластикой. В 163 (33,5%) случаях применялась преперитонеальная аутодермопластика в сочетании с аутопластикой передней стенки пахового канала. В отдаленные сроки (катамнез 11 лет) выявлено 6 (3,8%) рецидивов.

Среди 184 (37,8%) грыж с паховым промежутком овальной или щелевидной формы, где консолидация задней стенки пахового канала выполнена по Bassini, североамериканский вариант, в сочетании с аутодермопластикой, и 140 (28,7%) случаев с паховым промежутком треугольной формы высотой 5 см и более, где выполнялась аутопластика с применением релаксирующего разреза передней стенки влагалища прямой мышцы в сочетании с аутодермопластикой, рецидивов не выявлено (катамнез 5 лет).

Дифференцированный подход при выборе способа герниопластики в зависимости от степени разрушения задней стенки пахового канала оправдан результатами лечения.

**Ключевые слова:** паховые грыжи, сочетание аутопластики с аутодермопластикой.

Наиболее известные способы пластики передней стенки пахового канала, которые практикуются и по сей день, это методы Жирара—Спасокукоцкого, Кимбаровского, Мартынова.

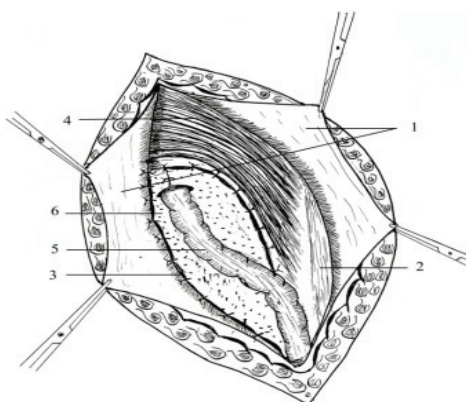
Из способов пластики задней стенки пахового канала местными тканями на сегодняшний день применяются на практике операции Е. Bassini, Р. Postempsky, С.В. Mc Vay, Е.Е. Shouldice, Н.И. Кукуджанова. Однако вышеперечисленные операции сопровождаются большим числом рецидивов: от 8,6% до 48,6%. Вот почему большинство авторов считают, что уменьшить число рецидивов грыж возможно лишь при применении дополнительных пластических материалов.

С этой целью при герниопластике паховых грыж применяют свободные аутодермальные трансплантаты [1—4]. При этом аутодермопластика сочетается с аутопластикой. Невзирая на очевидные преимущества (кожа всегда в распоряжении хирурга, толерантна к человеческому организму, не повышает риск инфекционного заражения) аутодермопластика не нашла достойного применения в хирургии паховых грыж.

**Материалы и методы.** В первом хирургическом отделении ГУ РКБ рассмотрена тактика хирургического лечения паховых грыж. От традиционных аутопластических способов отказались. Основным в герниопластике паховой грыжи считаем укрепление задней стенки пахового канала. С этой целью нами разработан ряд методик, сочетающих аутопластику с аутодермопластикой.

Начиная с 1999 г., мы применяли преперитонеальную аутодермопластику, которая предусматривает укрепление задней стенки пахового канала аутодермальным лоскутом, фиксированным медиально к лонному бугорку и влагалищу прямой мышцы, внизу — к гребешковой и пупартовой связкам, сверху — к сухо-

жильной части внутренней косой и поперечной мышц живота. У глубокого пахового кольца трансплантат расщепляли в виде «хвоста ласточки», создавая колечко вокруг семенного канатика (рис. 1).

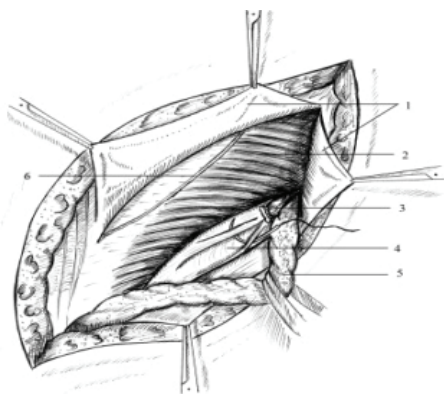


**Рис. 1.** Преперитонеальная пластика задней стенки пахового канала аутодермальным трансплантатом:

- 1 — апоневроз наружной косой мышцы; 2 — влагалище прямой мышцы живота; 3 — паховая связка;  
4 — внутренняя косая мышца; 5 — семенной канатик; 6 — аутодермальный трансплантат, фиксированный по периметру пахового промежутка

По возможности, аутодермальный трансплантат укрывали поперечной фасцией. Впереди семенного канатика выполняли пластику апоневроза наружной косой мышцы в виде дубликатуры или ушивали его край в край.

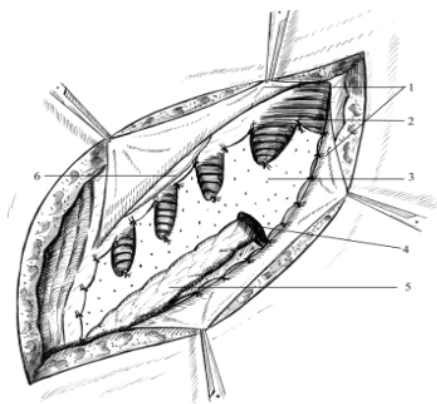
С 2005 г. при косых и прямых паховых грыжах с незначительными разрушениями задней стенки пахового канала (паховый промежуток щелевидной или овальной формы) применяем разработанную нами методику комбинированной герниопластики, в которой аутодермопластика сочетается с североамериканским вариантом операции Bassini, включающим гофрирование задней стенки пахового канала путем захвата поперечной фасции и объединенного сухожилия внутренней косой мышцы к подвздошно-лонного тяжа и пупартовой связки снизу вплоть до внутреннего пахового кольца (рис. 2).



**Рис. 2.** Комбинированная пластика задней стенки пахового канала. Операция Bassini:

- 1 — апоневроз наружной косой мышцы; 2 — внутренняя косая мышца; 3 — пересеченная m. cremaster;  
4 — «гофрирование» поперечной фасции; 5 — семенной канатик; 6 — n. Ilioinguinalis

Консолидацию аутопластики выполняли аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофуникулярно и расщепленным тремя-четырьмя поперечными разрезами: по верхнему контуру — для увеличения его площади, по нижнему — в области внутреннего пахового кольца — для формирования колечка вокруг семенного канатика. Фиксировали трансплантат узловыми швами: внизу — к пупартовой связке от лонного бугорка до верхней подвздошной ости, вверху — к апоневрозу внутренней косой мышцы, медиально — к влагалищу прямой мышцы (рис. 3).



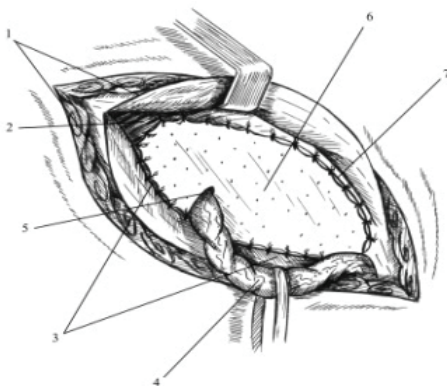
**Рис. 3.** Комбинированная пластика задней стенки пахового канала. Консолидация аутодермальным трансплантатом:

- 1 — апоневроз наружной косой мышцы; 2 — внутренняя косая мышца; 3 — фиксированный по периметру паховой области аутодермальный трансплантат; 4 — сформированное внутреннее паховое кольцо в аутодермальном трансплантате; 5 — семенной канатик; 6 — *p. ilioinguinalis*

Аутодермальный трансплантат при этом укладывается и фиксируется в хорошо натянутом положении, что благоприятствует его адаптации и приживанию. Своими «зубцами» аутодермальный трансплантат тянет внутреннюю косую и поперечную мышцы вниз к пупартовой связке, снимая натяжение с ранее наложенных швов при аутопластике и способствуя тем самым гладкому заживлению раны и образованию прочного рубца.

При сложных формах паховых грыж (скользящих, пахово-мошоночных, рецидивных), когда имеются грубые разрушения задней стенки пахового канала (паховый промежуток треугольной формы высотой 5 см и более), применяли другую методику, также разработанную в нашей клинике. Она предусматривает аутопластику с релаксирующим разрезом передней стенки влагалища прямой мышцы по Tanner. Дугообразный разрез апоневроза влагалища прямой мышцы позволяет свободно (без натяжения) низводить и сшивать латеральный край апоневроза влагалища прямой мышцы вместе с объединенным сухожилием к гребешковой и пупартовой связкам (рис. 4), что позволяет надежно закрыть медиальный угол пахового промежутка.

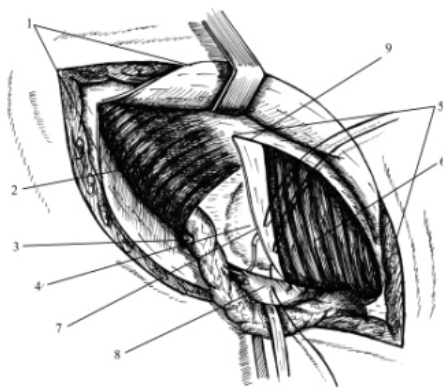
Кроме того применение релаксирующего разреза передней стенки влагалища прямой мышцы позволяет переместить часть прямой мышцы латерально, тем самым паховый промежуток прикрывается мышечной тканью.



**Рис. 4.** Релаксирующий разрез передней стенки влагалища прямой мышцы и фиксация латерального края влагалища к подвздошно-лонному тракту и паховой связке:

1 — апоневроз наружной косой мышцы; 2 — внутренняя косая мышца; 3 — пересеченная *m. cremaster*; 4 — грыжевой мешок; 5 — релаксирующий разрез передней стенки влагалища прямой мышцы; 6 — прямая мышца; 7 — латеральный край рассеченного влагалища прямой мышцы; 8 — пупартовая связка; 9 — медиальный край рассеченного влагалища прямой мышцы

Образовавшийся дефект переднего влагалища прямой мышцы замещаем аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофундулярно, расщепленным в области внутреннего пахового кольца с формированием колечка вокруг семенного канатика и фиксированным внизу к пупартовой связке, сверху — к медиальному краю рассеченного влагалища прямой мышцы (рис. 5).



**Рис. 5.** Замещение образовавшегося дефекта передней стенки влагалища прямой мышцы аутодермальным трансплантатом:

1 — апоневроз наружной косой мышцы; 2 — внутренняя косая мышца; 3 — пупартовая связка; 4 — семенной канатик; 5 — «колечко» вокруг семенного канатика; 6 — аутодермальный трансплантат; 7 — медиальный край рассеченного влагалища прямой мышцы

Обе методики предусматривают пластику апоневроза наружной косой мышцы край в край впереди семенного канатика. При этом у лонного бугорка выполняется короткая дубликатура апоневроза наружной косой мышцы на протяжении 1,5—2 см. Она необходима для более надежной фиксации аутодермального трансплантата к лонному бугорку и прижатия его к внутренней косой мышце. В подкожно-жировой клетчатке устанавливали трубчатые полихлорвиниловые дренажи типа Редона для эвакуации лимфо-геморрагических выделений в течение первых 2—

4 суток после операции. Аутодермальный трансплантат эллипсоидальной формы размерами 12 · 3 см готовили из иссеченной в области послеоперационной раны кожи по экспресс-методу В.Н. Янова [5].

На протяжении 1999—2011 гг. в первом хирургическом отделении ГУ РКБ пролечено 463 больных с паховыми грыжами различной локализации: правосторонняя — 249 (53,8%), левосторонняя — 190 (41%), двусторонние — 24 (5,2%). Половой состав: 441 (95,2%) мужчина и 22 (4,8%) женщины с паховыми грыжами. Причем 143 (30,8%) больных были в возрасте до 50 лет (в среднем — 39,5) и 320 (69,1%) — старше 50 лет (в среднем — 63,1). В общей сложности выполнено 487 грыжесечений паховых грыж: первичных — 406 (83,4%), рецидивных — 81 (16,6%). В плановом порядке оперировано 438 (94,6%), по экстренным показаниям — 25 (5,4%) человек.

По классификации L.M. Nyhus [6] выявлено 7 типов паховых грыж (табл. 1), где тип II — небольшие косые грыжи, не выходящие за пределы пахового канала; IIIa — все прямые грыжи, независимо от величины; IIIb — косые грыжи с разрушенной задней стенкой пахового канала (косо-выпрямленные грыжи), достигающие порой больших размеров; IV — рецидивные (a — прямые, b — косые, d — комбинированные) грыжи.

Таблица 1

**Классификация выявленных паховых грыж по L.M. Nyhus**

Группы пролеченных больных	Типы паховых грыж												Всего	
	II		IIIa		IIIb		IVa		IVb		IVd			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 2005 г.	36	22,1	37	22,7	49	30,1	14	8,6	17	10,4	10	6,1	163	100
После 2005 г.	50	15,0	105	31,4	129	38,6	16	4,8	18	5,4	6	1,8	324	100

Способы комбинированной герниопластики у больных с паховыми грыжами представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Методы комбинированной герниопластики первичных и рецидивных паховых грыж**

Метод пластики	Оперированные больные	
	число	%
Преперитонеальная аутодермопластика. Аутопластика передней стенки пахового канала	163	33,5
Аутопластика по Bassini (североамериканский вариант). Консолидация аутодермальным лоскутом	184	37,8
Аутопластика с релаксирующим разрезом передней стенки влагалища прямой мышцы+аутодермопластика.	136	27,9
Аутопластика с релаксирующим разрезом передней стенки влагалища прямой мышцы. Консолидация двумя аутодермальными лоскутами	4	0,8
Всего	487	100

**Результаты лечения.** До 2005 г. при всех формах паховых грыж применяли преперитонеальную аутодермопластику в сочетании с аутопластикой. После 2005 г. методика оставлена и использовали новые способы комбинированной герниопластики паховых грыж, направленные на надежную консолидацию задней стенки пахового канала и сочетающие аутодермопластику с аутопластикой (табл. 3).

Таблица 3

**Результаты лечения больных с паховыми грыжами**

Исследуемая группа	Всего больных	Осложнения						Рецидивы		Среднее число койко-дней
		общие		нагноения ран		ишемические орхиты		число	%	
		число	%	число	%	число	%			
I	159	2	1,3	1	0,6	8	4,9	6	3,8	7,2
II	304	3	1,0	—	—	4	1,3	—	—	7,0

При сравнении ближайших и отдаленных результатов лечения паховых грыж лучшими они оказались во второй группе. В обеих исследуемых группах больных летальных исходов не было.

Общих осложнений — 5 (1,1%) случаев. Среди них острая задержка мочеиспускания, потребовавшая продолжительного отведения мочи катетером (4 случая), ОНМК по ишемическому типу отмечена у одного больного.

Вопреки бытующему мнению о частых местных осложнениях после аутодермопластики в нашей практике зарегистрировано лишь 1 (0,6%) нагноение раны; случаев отторжения аутодермального лоскута не отмечали. Ишемические посттравматические орхиты — 12 (2,6%) случаев — встречались у больных, оперированных по поводу рецидивных паховых грыж, особенно в тех случаях, когда предыдущая операция выполнялась по Постемпскому. В отдаленные сроки среди больных I группы констатировано 6 (3,8%) случаев рецидивов, а во II группе рецидивов заболевания не выявлено (катамнез 5 лет).

### **Выводы**

1. Преперитонеальная аутодермопластика в сочетании с аутопластикой не надежно консолидирует паховый канал. Среди оперированных 159 больных по такой методике выявлено 6 (3,8%) рецидивов.

2. Сочетание аутопластики с аутодермопластикой с целью консолидации задней стенки пахового канала и дифференцированный подход к выбору способа герниопластики в зависимости от степени разрушения пахового промежутка обеспечили хорошие отдаленные результаты лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] *Mair G.* Analysis of a series of 454 inguinal herniae with speciale reference to morbidity and recurrence after the whole skin-graft method // *Brit. J. Surg.* — 1947. — 34. — Pp. 133—136.

- [2] Янов В.Н. Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального импланта при трудных формах паховых грыж: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1970.
- [3] Кисель А.Г., Могильный В.А., Бурназ О.А. Результаты оперативного лечения прямых и рецидивных паховых грыж с применением аутодермального импланта // Вестник хирургии. — 1978. — № 4. — С. 23—27.
- [4] Брежнев В.П., Хаджисев О.Ч., Ходирев В.Н. Хірургічне лікування ущемлених пахових гриж у осіб похилого і старчого віку // Матеріали наукового конгресу «IV Міжнародні пироговські читання», присвяченого 200-річчю з дня народження М.І. Пирогова. XXII з'їзд хірургів України. Вінниця, 2—5 червня 2010 р. — Вінниця, 2010. — Т. 1. — С. 49—50.
- [5] Янов В.Н. Термическая обработка аутодермальных имплантатов // Вестник хирургии. — 1975. — № 9. — С. 90—91.
- [6] Nyhus L.M. Individualisation of hernia repair // A New Era Surgery. — 1993. — 114. — Pp. 1—2.

## **COMBINED METHODS OF INGUINAL HERNIOPLASTY**

**A.A. Botezatu**

Department of surgery № 2

Medical faculty

Pridnestrovskiy state university n.a. T.G. Shevchenko

*Lunacharsky str., 30 app. 20, Tiraspol, Moldova, MD-3300*

In work three new methods of hernioplasty of the inguinal hernias, combining autodermoplasty with autoplasty are offered. In 163 (34,5%) cases preperitonealautodermoplasty in combination with autoplasty of anterior wall of the inguinal canal was applied. Long term postoperative observation (catamnesis of 11 years) revealed 6 (3,7%) relapses.

Among 184 (37,8%) hernias with inguinal interspace of oval or fissured form, where consolidation of posterior wall of the inguinal canal was performed by Bassini method (North American variant) in combination with autodermoplasty, and in 140 (28,7%) patients with inguinal interspace of the triangular form of 5 cm and more in height, where the autoplasty with relaxing incision of rectus sheath in a combination with autodermoplasty was carried out, relapses were not diagnosed (catamnesis of 5 years).

The differentiated approach to hernioplasty depending on a degree of destruction of posterior wall of the inguinal canal is justified by results of treatment.

**Key words:** inguinal hernias, combination of autoplasty with autodermoplasty.