

АНТРОПОВА НАТАЛИЯ АЛЕКСЕЕВНА

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ СЛОЖНЫХ
И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С АЛЛОПЛАСТИКОЙ ПО
ОРИГИНАЛЬНОМУ СПОСОБУ**

14.00.27 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №2, Уральской государственной медицинской академии (ректор – Заслуженный деятель науки России, академик РАЕН, профессор А. П. Ястребов). Центре экспериментальной и клинической хирургии, Лаборатории медицинского материаловедения и криотехнологий Института Физики металлов УрО РАН на базе Центральной городской клинической больницы № 1 г. Екатеринбург.

Научный руководитель	лауреат Государственной премии СССР, доктор медицинских наук, профессор В. А. Козлов
Официальные оппоненты:	доктор медицинских наук, профессор В. М. Лисиенко кандидат медицинских наук П. Д. Карачев
Ведущая организация	Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова

Защита состоится « 30 » апреля 2002 года в 10⁰⁰ на заседании Диссертационного Совета Д. 084.10.02 при Уральской государственной медицинской академии (Екатеринбург, 620000, ул. Репина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Уральской государственной медицинской академии (Екатеринбург, ул. Ермакова, 5).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2002 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета доктор медицинских наук,
профессор **В. А. Руднов**.

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

Паховая грыжа до настоящего времени остается одной из наиболее частых хирургических патологий. На ее долю приходится 10-15% всех абдоминальных операций, среди всех грыж – 80% (К.Ф. Комаровских, 1993; В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, 1995).

На современном этапе развития герниологии имеются значительные успехи, позволяющие при лечении простых грыж снизить частоту рецидивов до 3-15%. Однако, при аутопластике сложных форм, составляющих более 40% всех паховых грыж, рецидивы заболевания возникают в среднем в 45% наблюдений, достигая 63,7% (Р.Р. Саатов, 1989; Ю.М. Стойко, С.М. Силишев, 1989; В.Д. Федоров, 1991; В.И. Нагибин, 1992; М.С. Дерюгина, 1999; В.И. Кашеев, 2001; В.Н. Янов, 2001; S. Berliner, L. Burson, P. Katz, 1978; J. Magnusson, B. Isaksson, 1983; B. H. Sparso, C. Halse, 1983; G.E. Wantz, 1989; J.N. Ijsermans, H. deWilt, W.C. Hop, 1991; R.G. Panos, D.E. Beck, J.E. Maresh, 1992; E. Friis, F. Lindahl, 1996; P.G. Janu, K.D. Sellers, E.C. Mangiante, 1997; D. Gianom, T. Hotz, M. Reinhart, 1998).

По данным подавляющего большинства авторов – до 85,7% больных с паховой грыжей это лица трудоспособного возраста, что говорит о важности радикальной хирургической коррекции данной патологии. Неудачи в лечении значительно ухудшают качество жизни таких пациентов, ограничивают их трудоспособность (М.В. Гринев, 1986; М.М. Пономарев, 1989; В.И. Кузнецов, 1989; А.Б. Смирнов, 1994; Н.Н. Малиновский, 2001). Наступает разочарование больных в искусстве хирургов, что ведет к отказу от повторных плановых герниопластик, а это, в свою очередь приводит к увеличению неотложных операций и летальности (Ю.А. Нестеренко, Ю.Б. Салов, 1980).

Решение вопроса оперативного лечения паховой грыжи, учитывая массовость заболевания, имеет большое социальное и экономическое значение (Б.Ф. Олейник, 1970; Р.Р. Саатов, Р.И. Саттаров, 1989; П.Г. Корнилаев, 2001; F. Glassow, 1976; J. Iles, 1979; A.I. Gilbert, 1979; J.B. Bourke, P.A. Lear, M. Taylor, 1981; N. Krarup, 1994; L. Kraljevic, 1995; A.W. Robbins, I.M. Rutkow, 1997; F. Uggeri, L. Erba, C. Franciosi, 1997; S. Leardi, L. Navarra, R. Pietroletti, 1998; G. Zanghi, G. Brancato, A. Privitera, 1998).

Оперативное лечение больных паховой грыжей остается одной из сложных проблем абдоминальной хирургии.

В настоящее время, анализируя результаты лечения паховых грыж, следует выделять простые и трудноизлечимые формы заболевания. К первым большинство авторов относят первичные косые грыжи небольших размеров у лиц молодого возраста. К сложным формам паховых грыж относят большие косые, пахово-мошоночные, косые с выпрямленным каналом, прямые, комбинированные, скользящие, рецидивные, многократно рецидивирующие (К.С. Такуев, 1976; Д.В. Усов, 1985; Ю.Г. Лебедев, 1986; П.Г. Корнилаев, 2001). Предложено более 300 способов оперативного лечения паховых грыж, большинство из которых представляет лишь исторический интерес.

Неудачи в лечении сложных форм объясняются скорее не выбором нерационального способа аутопластики, а использованием несостоятельных

аутоканей для закрытия сложных грыжевых дефектов. В этой связи встала проблема поиска и клинической апробации дополнительных пластических материалов. Предложения ряда хирургов применять лоскут широкой фасции бедра (Н.И. Краковский, 1959), консервированную гетерогенную брюшину (А.И. Шустеров, 1967; Н.Т. Елесеев, 1973), дезидермизированный лоскут аутокожи (В.Н. Янов, 1971; А.А. Нарейко, 1975; А.Г. Кисель с соавт., 1978), аллогенный реберный хрящ (Е.М. Павелко, 1979), аллогенную твердую мозговую оболочку (К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, 1980), лоскут гребешковой мышцы (Г.Г. Караванов, 1981), деминерализованный матрикс аллокости (Б.А. Исайчев с соавт., 1990), и др. не нашли широкого применения. Распространению данных способов препятствуют определенные технические трудности операции, нанесение дополнительной травмы больному, а также сложности заготовки, стерилизации и хранения трансплантата. При использовании биоматериалов нельзя сбрасывать со счетов проблему биологической несовместимости, опасность переноса возбудителей инфекционных заболеваний. Так, в США в 1988 году зарегистрирован случай переноса вируса СПИД аллогенной криоконсервированной костью (Т. Gattel, 1994).

Наиболее многочисленные публикации, особенно последнего десятилетия посвящены использованию синтетических материалов. I.M. Rutkow (1998), приводя данные Национального Центра Статистики Здоровья за девяностые годы, показывает, что в США ежегодно производилось приблизительно 750.000 паховых герниопластик. Больше 80% этих операций выполнены с использованием эксплантатов. Авторы, отдающие предпочтение современным сетчатым эндопротезам, указывают на реальную возможность значительного снижения процента рецидивов (Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, 2001; А.Г. Кирпичев, 2001; Р.Р. Аляутдинов, 2001; I.L. Lichtenstein, A.G. Shulman, P.K. Amid, 1989; L. Kraljevic, 1995; С.К. Dissing, М.М. Christensen, 1996; E. Friis, F. Lindahl, 1996; M. Maturanza, G. Riba, G. Maritato, 1997; G.E. Wantz, 1997; J.S. Koninger, M. Oster, 1998; I.M. Rutkow, A.W. Robbins, 1998; D. Bellone et al., 1999).

Г.И. Лукомский с соавт. (1994) отмечал, что «...за рубежом более широко используют аллопластику, чем в нашей стране. Немногие отечественные хирурги имеют многолетний опыт клинического применения синтетических протезов с хорошими результатами».

В нашей клинике на протяжении более 40 лет применяется предложенный профессором В.А. Козловым оригинальный способ аллопластики с использованием капроновой сетки отечественного производства в лечении вначале рецидивных, а затем и первичных сложных паховых грыж со стабильно хорошими отдаленными результатами.

За рубежом в последнее десятилетие широко применяется герниопластика по I.L. Lichtenstein (ненатяжная пластика задней стенки пахового канала сетчатым полипропиленовым эндопротезом), предложенная автором в 1984 году и опубликованная в феврале 1989 года. Отдаленные результаты (0,1% рецидивов), привлекли всеобщее внимание, способ получил международную популярность. По данным зарубежных авторов, использующих операцию Лихтенштейна, рецидивы заболевания составляют 0,2-7% при первичных грыжах и около 2% при рецидивных (I.L. Lichtenstein, A.G. Shulman, P.K. Amid, 1989; P.K.

Amid, I.L. Lichtenstein, 1997; N. Fuchsjager, A. Feichter, M. Kux, 1995; E. Friis, F. Lindahl, 1996; F. Uggeri et al., 1997; G.E. Wantz, 1997; J.S. Koninger, M. Oster, M. Butters, 1998; D. Bellone et al., 1999).

На Симпозиуме «Актуальные вопросы герниологии» (Москва, 30 октября, 2001г.) и на IV Международной конференции «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов» (Москва, 27-28 ноября 2001г.) был представлен опыт применения герниопластики по Лихтенштейну отечественными хирургами.

Ю.Е. Кармазов с соавт. (ГКБ № 6, Челябинск) с апреля 2000 г произвели 15 операций по методике Лихтенштейна. У 3 человек грыжи были рецидивными. Через 1,5 года после операции рецидивов не выявлено.

А.Г. Кирпичев с соавт. (Объединенная больница с поликлиникой Медицинского центра Управления делами Президента РФ, Москва) выполнили 37 операций (по поводу каких грыж не указано). Спустя год после герниопластики обследовано 17 пациентов, рецидивов не выявлено.

Н.Н. Малиновский с соавт. (Объединенная больница с поликлиникой МЦ УД Президента РФ), говоря о необходимости осуществления дифференцированного подхода к выбору оптимального оперативного вмешательства, в последнее время отдают предпочтение пластике пахового канала по Лихтенштейну; способ применен у 32 пациентов (вид грыжи также не указан), отдаленные результаты не приводятся.

А.С. Бекшонов с соавт. (Факультетская хирургическая клиника им. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова) в период с января 2000 г. по май 2001 г. выполнили 56 герниопластик по Лихтенштейну (первичные грыжи – у 47 больных, рецидивные – у 6); отдаленные результаты так же не приводятся.

Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян с соавт. (Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН) с 1993г. выполнили 100 операций пластики пахового канала по Лихтенштейну. Первичные грыжи наблюдались у 74 больных (62 – косые грыжи, 25 – прямые, 6 – комбинированные), рецидивных грыж было 26. Отдаленные результаты операций прослежены в сроки от 1 до 8 лет. Рецидивов не выявлено.

И.Ю. Силиверстов с соавт. (ГКБ № 14, Екатеринбург), применяя аллопластику пахового канала по Лихтенштейну, предлагают использовать, разработанный ими минидоступ. Показаниями к установлению аллотрансплантата авторы считают любую степень ожирения, большие и рецидивные грыжи. Количество оперированных больных, отдаленные результаты не приводятся.

Как видим, за исключением одной работы, количество прооперированных больных невелико и отдаленные результаты изучены недостаточно. И все же, внедрение операции Лихтенштейна следует расценивать, как определенный прорыв в лечении паховых грыж. Но это не может явиться основанием для отказа от способа аллопластики, предложенного В.А. Козловым, значительно раньше (в 1959 году), более 40 лет назад. Во-первых, наша операция технически проста, малотравматична; во-вторых, в далеко зашедших случаях приходится сталкиваться с фактическим отсутствием задней стенки пахового канала, тогда способ Лихтенштейна трудновыполним. И, наконец, нами у большого количества

больных со сложными формами паховых грыж при длительных сроках их наблюдения получены хорошие отдаленные результаты лечения. Этому вопросу и посвящена наша работа.

Цель работы

Улучшить результаты оперативного лечения первичных сложных и рецидивных паховых грыж путем применения аллопластики по оригинальному способу.

Для достижения этой цели предстояло решить следующие задачи:

1. Подобрать достаточное количество больных с первичными и рецидивными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами и с аллопластикой по нашему способу.

2. Показать, что больные, оперированные с применением аллопластики, были тяжелее или, во всяком случае, не легче, чем оперированные аутопластическими способами.

3. Показать, что при использовании отечественных материалов: рассасывающейся капроновой и нерассасывающейся лавсановой сеток при имплантации капрона образуется более плотный слой соединительной ткани.

4. Доказать на достаточном количестве больных и сроках их наблюдения, что оперативное лечение сложных первичных и рецидивных паховых грыж с аллопластикой по нашему способу дает лучшие результаты, чем применяющиеся распространенные аутопластические способы.

Научная новизна и теоретическая значимость

Способ аллопластики, предложенный В.А. Козловым позволяет укрепить, или воссоздать при их разрушении основные опорные образования пахового канала: паховую связку и заднюю стенку, надежно закрывая грыжевой дефект. Способ впервые применен при лечении сложных форм первичных паховых грыж и у большого количества больных с рецидивными паховыми грыжами.

Механизм противостояния внутрибрюшному давлению капронового (подвергающегося резорбции) эксплантата связан с образованием плотной фиброзной ткани в зоне имплантации; при использовании лавсановой сетки (не подвергающийся резорбции материал) – в основном за счет механических свойств самого эндопротеза.

На достаточном клиническом материале и сроках наблюдения изучены результаты применения данной операции, показана эффективность способа при лечении первичных сложных и рецидивных паховых грыж. В сроки наблюдения до 20 лет нами не выявлено ни одного случая отторжения сетки и онкоперерождения в зоне имплантации.

Практическая значимость

Определены показания к использованию эндопротеза в герниопластике по поводу первичных сложных и рецидивных паховых грыж. Применяемый нами способ аллогерниопластики позволяет значительно улучшить результаты лечения данной патологии.

Изучены отдаленные результаты оперативного лечения по нашему способу у пациентов с первичными сложными и рецидивными паховыми грыжами за временной период до 20 лет. Установлено, что при указанных формах заболевания использование аутопластических способов нецелесообразно. Для улучшения результатов лечения необходимо применение аллопластики. При первичных паховых грыжах, оперированных аутопластическими способами, выявлено 8,0% рецидивов. При лечении сложных форм первичных паховых грыж с аллопластикой рецидивов не получено. При использовании аутопластики в лечении рецидивных паховых грыж мы наблюдали 36,0% рецидивов, применение аллопластики в этой группе позволило снизить процент рецидивов до 2,4%.

Техническая простота, малотравматичность и дешевизна нашего способа в сочетании с надежно хорошими отдаленными результатами делают возможным рекомендовать его более широкое применение.

Положения, выносимые на защиту

1. Аутопластические способы, применяемые в лечении первичных сложных и рецидивных паховых грыж, сопровождаются высоким процентом рецидивов заболевания.

2. В хирургическом лечении первичных сложных и рецидивных паховых грыж, как дополнительный пластический материал может быть использована капроновая сетка, выпускаемая отечественной промышленностью.

3. Применение аллопластики по нашему способу позволит значительно снизить процент возврата заболевания при лечении первичных сложных и рецидивных паховых грыж.

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования внедрены в практическую работу отделения плановой хирургии ЦГКБ № 1 (Екатеринбург); используются в учебно-методической работе кафедры хирургических болезней №2 Уральской государственной медицинской академии.

Публикации

По теме работы опубликовано 5 научных работ.

Апробация работы

Материалы работы доложены и обсуждены на:

- заседании Ассоциации хирургов Свердловской области (Екатеринбург, 25 октября 2001 года);

- IV Международной конференции «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов» (Москва, 28 ноября 2001 года).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 162 страницах, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 11

рисунками и 37 таблицами. Указатель литературы содержит 228 отечественных и 194 зарубежных источника.

Содержание работы

Герниопластика с использованием капроновой сетки в качестве эксплантата при хирургическом лечении рецидивных паховых грыж применяется в клинике с 1959 года. При первичных паховых грыжах с высоким риском рецидивирования (сложные формы) мы начали использовать этот метод с 1986 года. К сложным формам первичных паховых грыж мы относим большие косые, пахово-мошоночные, прямые, комбинированные, скользящие грыжи, а также все случаи при наличии выраженной несостоятельности тканей пахового канала (разволокнение, провисание паховой связки; частичное либо полное разрушение задней стенки).

Для решения вопроса о надежности используемого способа мы изучили истории болезни 354 оперированных больных, разбив их на две группы:

- первая группа – 163 пациента с первичными паховыми грыжами, оперированные аутопластическими способами и с применением аллопластики;
- вторая группа – 191 пациент с рецидивными паховыми грыжами, оперированные аутопластическими способами и с применением аллопластики.

При статистической обработке для характеристики степени соответствия распределений по групповым признакам больных, оперированных аутопластическими способами и с применением аллопластики, был использован метод определения коэффициента корреляции Пирсона (χ^2). Оценка достоверности относительных величин осуществлялась определением средней ошибки относительных величин, достоверности разности между двумя относительными величинами по общепринятой методике. Критерием достоверности считали $t \geq 2$ ($p < 0,05$). Сравнение средних арифметических величин проводилось с использованием критерия достоверности Стьюдента (t). Отличие считалось достоверным при уровне значимости $p < 0,05$. Статистический анализ полученных данных был выполнен в программе Excel.

Для того, чтобы не усложнять таблицы, статистические достоверные показатели мы отмечаем (*). Цифровые данные приводим в тексте.

Проводимые расчеты, полученные результаты и их интерпретация консультированы профессором кафедры общественного здоровья и здравоохранения УГМА, доктором медицинских наук А.П. Боярским.

Первая группа – первичные грыжи

В разработку вошли истории болезни 163 пациентов, оперированных в клинике с 1986 по 2000 год. Из них 108 оперированы аутопластическими способами (I – контрольная группа). Истории болезни этой группы отобраны методом случайной выборки, и 55 с первичными сложными паховыми грыжами – с применением аллопластики (II – основная группа) (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных с первичными паховыми грыжами по полу

Вид операции	Количество больных (n)	Мужчины		Женщины	
		К-во	%	К-во	%
Аутопластика	108	97	89,8	11	10,2
Аллопластика	55	55	100	0	0
Всего	163	152	93,3	11	6,7

При анализе распределения больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами и с применением аллопластики, по возрасту $\chi^2 = 5,2$; $p > 0,05$ (таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных с первичными паховыми грыжами по возрасту

Вид операции	До 20 лет		20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		60-69 лет		70-79 лет		80 и более		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	1	0,9	4	3,7	16	14,8	13	12,0	17	15,7	29	26,9	26	24,1	2	1,9	108
Аллопластика	0	0	1	1,8	6	10,9	10	18,2	12	21,8	17	30,9	9	16,4	0	0	55
Всего	1	0,6	5	3,1	22	13,5	23	14,1	29	17,8	46	28,2	35	21,5	2	1,2	163

Средний возраст больных в контрольной группе $56,3 \pm 1,5$ года, в основной группе – $55,7 \pm 1,8$ года ($p = 0,8$).

При оценке распределения по характеру трудовой деятельности $\chi^2 = 3,6$; $p > 0,05$ (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных с первичными паховыми грыжами по характеру трудовой деятельности

Вид операции	Учащиеся		Служащие		Рабочие		Пенсионеры		Инвалиды		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	2	1,9	17	15,7	33	30,6	49	45,4	7	6,5	108
Аллопластика	0	0	12	21,8	21	38,2	19	34,5	3	5,5	55
Всего	2	1,2	29	17,8	54	33,1	68	41,7	10	6,1	163

При изучении распределения больных по локализации грыжи $\chi^2 = 17,4$; $p < 0,05$ (таблица 4).

Таблица 4

Распределение больных с первичными паховыми грыжами по локализации грыжи

Вид операции	Справа		Слева		Двухсторонние		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	54	50,0	43	39,8	11	10,2	108
Аллопластика	26	47,3	18	32,7	11	20,0	55
Всего	80	49,1	61	37,4	22	13,5	163

Различие в основном имеется при двухсторонних грыжах, доля которых в группе применения аллопластики почти в два раза больше, чем в группе применения аутопластики.

При анализе распределения по давности заболевания $\chi^2 = 6,0$; $p=0,05$ (таблица 5).

Таблица 5
Распределение больных с первичными паховыми грыжами по давности заболевания

Вид операции	До 5 лет		5-10 лет		Больше 10 лет		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	83	76.8*	18	16.7	7	6.5	108
Аллопластика	33	60.0*	13	23.6	9	16.4	55
Всего	116	71.2	31	19.0	16	9.8	163

Больных, оперированных аутопластическими способами с давностью заболевания до 5 лет было больше ($p<0,05$). Средняя давность заболевания в контрольной группе $2,4\pm 0,3$ года, в основной группе – $5,3\pm 1,2$ года ($p=0,002$).

При оценке распределения больных по величине грыжевого мешка $\chi^2 = 45,1$; $p<0,05$ (таблица 6).

Таблица 6
Распределение больных с первичными паховыми грыжами по величине грыжевого мешка

Вид операции	Малые (до 5 см)		Средние (5-10 см)		Большие (>10 см)		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	26	24.1*	69	63.9*	13	12.0*	108
Аллопластика	1	1.8*	21	38.2*	33	60.0*	55
Всего	27	16.6	90	55.2	46	28.2	163

При малых и средних грыжах чаще использовались аутопластические способы ($p<0,05$). При больших размерах грыжевого мешка чаще использовалась аллопластика ($p<0,05$). Средний объем грыжевого мешка в контрольной группе составил $131,6\pm 19,1$ см³, в основной – $782,0\pm 133,7$ см³ ($p=0$).

При изучении распределения больных по величине грыжевых ворот $\chi^2 = 45,1$; $p<0,05$ (таблица 7).

Таблица 7
Распределение больных с первичными паховыми грыжами по величине грыжевых ворот

Вид операции	До 1.5 см		До 3.0 см		До 5.0 см		Больше 5.0 см		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	16	15.7	73	71.6*	12	11.8*	1	0.9*	102
Аллопластика	0	0	21	38.9*	22	40.7*	11	20.4*	54
Всего	16	10.3	94	60.3	34	21.8	12	7.7	156

При наличии грыжевых ворот до 1,5 см применялись лишь аутопластические способы ($p < 0,05$). При размерах грыжевых ворот от 3 до 5 и больше 5 см аллогерниопластика применялась значительно чаще ($p < 0,05$).

Средняя площадь грыжевых ворот в I группе – $3,7 \pm 0,3$ см², во II – $13,1 \pm 2,2$ см² ($p = 0$).

При анализе распределения больных по виду грыжи $\chi^2 = 36,0$; $p < 0,05$ (таблица 8).

Таблица 8

Распределение больных с первичными паховыми грыжами по виду грыжи

Вид операции	Косая		Пахово-мошоночная		Скользящая пахово-мошоночная		Прямая		Прямая скользящая		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	54	50.0*	9	8.3*	0	0	39	36.1	6	5.6	108
Аллопластика	9	16.4*	20	36.4*	2	3.6	16	29.1	8	14.5	55
Всего	63	38.7	29	17.8	2	1.2	55	33.7	14	8.6	163

Аутопластическими способами чаще оперировались пациенты с простыми паховыми грыжами, при лечении сложных форм паховых грыж чаще применялась аллопластика ($p < 0,05$).

Таким образом, при анализе распределения больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами и с применением аллопластики, по возрасту и характеру трудовой деятельности различие групп статистически не значимо.

Двухсторонние грыжи, сложные формы паховых грыж достоверно чаще встречались у пациентов, оперированных с аллопластикой. Длительность заболевания, величина грыжевого мешка и грыжевых ворот у этих больных также были достоверно больше, чем у оперированных аутопластическими способами. Т.е. аллопластика применялась в лечении более тяжелого контингента больных.

Вторая группа – рецидивные грыжи

В разработку вошли истории болезни 191 пациента, оперированных в клинике с 1980 по 2000 год. Из них 85 больных оперированы аутопластическими способами (I – контрольная группа), 106 – с применением аллопластики (II – основная группа) (таблица 9).

Таблица 9

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по полу

Вид операции	Количество больных (n)	Мужчины		Женщины	
		К-во	%	К-во	%
Аутопластика	85	80	94.1	5	5.9
Аллопластика	106	104	98.1	2	1.9
Всего	191	184	96.3	7	3.7

При анализе распределения больных с рецидивными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами и с применением аллопластики, по возрасту $\chi^2 = 2,6$; $p > 0,05$ (таблица 10).

Таблица 10

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по возрасту

Вид операции	До 20 лет		20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		60-69 лет		70-79 лет		80 и более		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	2	2.4	2	2.4	4	4.7	12	14.1	22	25.9	22	25.9	20	23.5	1	1.2	85
Аллопластика	1	1.0	3	2.8	6	5.7	17	16.0	31	29.2	33	31.1	14	13.2	1	1.0	106
Всего	3	1.6	5	2.6	10	5.2	29	15.2	53	27.7	55	28.8	34	17.8	2	1.1	191

Средний возраст больных I группы – 58,1±1,6 года, II – 56,2±1,3 (p=0,3).

При оценке распределения больных по характеру трудовой деятельности $\chi^2 = 1,6$; $p > 0,05$ (таблица 11).

Таблица 11

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по характеру трудовой деятельности

Вид операции	Учащиеся		Служащие		Рабочие		Пенсионеры		Инвалиды		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	1	1.2	14	16.5	34	40.0	35	41.2	1	1.2	85
Аллопластика	1	0.9	11	10.4	53	50.0	39	36.8	2	1.9	106
Всего	2	1.1	25	13.1	87	45.5	74	38.7	3	1.6	191

При изучении распределения больных по локализации грыжи $\chi^2 = 0,7$; $p > 0,05$ (таблица 12).

Таблица 12

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по локализации грыжи.

Вид операции	Справа		Слева		Двухсторонние		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	52	61.2	26	30.6	7	8.2	85
Аллопластика	58	54.7	37	35.0	11	10.4	106
Всего	110	57.6	63	33.0	18	9.4	191

При оценке распределения по давности заболевания $\chi^2 = 11,8$; $p < 0,05$ (таблица 13).

Таблица 13

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по давности заболевания

Вид операции	До 5 лет		5-10 лет		Больше 10 лет		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	23	26.2	14	16.6*	48	57.2*	85
Аллопластика	33	32.0	37	33.0*	36	35.0*	106
Всего	56	29.3	51	26.6	84	44.0	191

Больные с давностью заболевания до 5 лет и 5-10 лет чаще оперированы с аллопластикой ($p < 0,05$). Пациенты с давностью заболевания больше 10 лет чаще оперированы аутопластическими способами ($p < 0,05$). Средняя давность заболевания в контрольной группе $16,4 \pm 1,7$ года, в основной группе – $13,1 \pm 1,3$ года ($p = 0,002$).

При изучении распределения больных по величине грыжевого мешка $\chi^2 = 8,4$; $p < 0,05$ (таблица 14).

Таблица 14

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по величине грыжевого мешка

Вид операции	Малые (до 5 см)		Средние (5-10 см)		Большие (>10 см)		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	26	31.3	48	57.8	9	10.8*	83
Аллопластика	21	20.0	56	53.3	28	26.7*	105
Всего	47	25,0	104	55,3	37	19,7	188

При больших грыжах (больше 10 см) больные чаще оперированы с применением аллопластики ($p < 0,05$). Средний объем грыжевого мешка в I группе составил $231,2 \pm 49,2$ см³, во II – $295,2 \pm 51,1$ см³ ($p = 0,3$).

При анализе распределения по величине грыжевых ворот $\chi^2 = 5,1$; $p > 0,05$ (таблица 15).

Таблица 15

Распределение больных с рецидивными паховыми грыжами по величине грыжевых ворот

Вид операции	До 1.5 см		До 3.0 см		До 5.0 см		Больше 5.0 см		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	2	2.7	42	56.0	28	37.3	3	4.0*	75
Аллопластика	2	2.0	44	43.1	44	43.1	12	11.8*	102
Всего	4	2.3	86	48.6	72	40.7	15	8.5	177

Больные с грыжевыми воротами больше 5 см чаще оперированы с применением аллопластики ($p < 0,05$). Средняя площадь грыжевых ворот у пациентов I группы составила $6,9 \pm 0,8$ см², II группы – $10,0 \pm 1,4$ см² ($p = 0,06$).

Итак, при анализе распределения больных с рецидивными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами и с применением аллопластики по возрасту, характеру трудовой деятельности, локализации грыжи, различия групп статистически не значимы.

Величина грыжевого мешка и грыжевых ворот у пациентов, оперированных с аллопластикой, были достоверно больше. Т.е. аллопластика применялась в лечении боле тяжелого контингента больных.

Обоснование и техника аллопластики по нашему способу

Аллопластика при лечении паховых грыж используется в клинике более 40 лет. В 1958 году В.А. Козловым был проведен эксперимент по изучению реакции организма животного в ответ на имплантацию капроновой сетки с целью замещения искусственно созданных мышечно-апоневротических дефектов передней брюшной стенки.

Проведенные исследования показали, что капроновая сетка, выпускаемая отечественной промышленностью, вредного влияния на организм животного не оказывала. Грыж на месте замещенных эксплантатом мышечно-апоневротических дефектов не возникало.

В течение года капроновая сетка не рассосалась, но начиная с 10 месяца появились признаки ее резорбции.

Сформировавшаяся в зоне имплантации соединительная ткань, имела определенную структуру и развитую сосудистую сеть. Было сделано предположение, что если капроновая сетка в дальнейшем и рассосется, то грыж на месте замещенных мышечно-апоневротических дефектов брюшной стенки не возникнет. К тому времени эксплантат успеет сыграть роль «временного протеза». К моменту его резорбции образовавшаяся соединительная ткань сможет самостоятельно противостоять внутрибрюшному давлению, что подтвердилось нашими наблюдениями в клинике в сроки до 20 лет после операции.

При замещении мышечно-апоневротических дефектов брюшной стенки капроновая сетка не должна контактировать со свободной брюшной полостью. Иначе, вследствие припаивания к ней петель кишечника может возникнуть кишечная непроходимость. При пластике грыжевых ворот лучше не подшивать эксплантат к мышцам. Образующаяся соединительная ткань прорастает между мышечными волокнами, прилежащими к сетке, что ведет к их дегенерации, ослабляя и без того большей частью измененные в области грыжевых ворот мышцы.

В настоящее время спектр синтетических протезов широк и разнообразен. Зарубежная промышленность представляет на рынке нейлон, полиэтилен (Marlex), полипропилен под различными торговыми марками (Hertra-2, Marlex, PROLENE, Surgipro, Tramex, Trelex), полиэстер (MERSILENE), политетрафторэтилен (тефлон), полигликолевые сетки (Dexon), полиглактин 910 (Vicryl) и др.

Все представленные сетчатые протезы достаточно дорогостоящи, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки.

Нами выполнена экспериментальная работа по сравнительному изучению морфологических аспектов имплантации капроновой и лавсановой сеток (ГИИ,

Витебск, Беларусь) при замещении ими искусственно созданных мышечно-апоневротических дефектов передней брюшной стенки животного. Исследования проведены на базе ЦНИЛ УГМА (зав. профессор Г.Я. Лелатов), с консультативной помощью с.н.с., к.м.н. С.Ю. Медведевой (зав. морфологическим отделом) и к.м.н. Е.Ю. Левчика.

Эксперимент проведен на 10 половозрелых кроликах самцах породы «Шиншилла» массой 2,5-3 кг. Замещение стандартных участков мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки мелкоячеистой капроновой сеткой выполнили у 5 животных первой опытной группы, лавсановой сеткой – у 5 животных второй группы.

Гистологическое исследование имплантированных протезов с окружающими их тканями производилось через 3, 7, 14, 30, 90 суток после операции.

В результате сравнительного анализа морфологических результатов замещения участков брюшной стенки кроликов капроновыми и лавсановыми сетчатыми эксплантатами, несмотря на ряд общих черт, установлен различный характер их вживления. Для медленно резорбируемого макрофагами капронового эксплантата были характерны как его инкапсуляция в целом, так и полное контактное прорастание ячеек сетки, ее лигатур и их волокон с быстрым увеличением организации рубца. Для лавсановой сетки преобладающим было рыхлое соединительнотканное прорастание ее ячеек и инкапсуляция только лигатур и их волокон, с явно более медленной организацией окружающего эксплантат рубца. Отсюда следует, что механизм противостояния внутрибрюшному давлению у капронового эксплантата в большей степени был связан с образованной вокруг, и постепенно замещающей его рубцовой тканью. Механическое влияние лавсановой сетки в изученные послеоперационные сроки обеспечивалось в большей степени за счет механических свойств самого эндопротеза и сформированной вокруг его нитей тонкой волокнистой капсулы.

Согласно международной терминологии, принятой в 1967 году в Вене, трансплантаты в зависимости от их происхождения разделяют на:

- 1) аутологичные (взятые в пределах организма реципиента);
- 2) аллогенные (взятые в организме одного вида с видом реципиента);
- 3) ксеногенные (взятые в организме иного, чем организм реципиента, вида);
- 4) эксплантаты (небиологические ткани);
- 5) комбинированные трансплантаты (сочетание биологической и небиологической ткани).

Таким образом, использование синтетических материалов для протезирования брюшной стенки правильной называть эксплантацией, однако в литературе чаще приходится встречать термин «аллопластика», и мы не будем в этом исключением.

Техника операции заключается в следующем: разрез кожи на 2 см выше и параллельно паховой связке. Рассекаем апоневроз наружной косой мышцы живота. Грыжевой мешок обрабатывается традиционным способом (рис. 1).



Рис. 1. Рассечен апоневроз наружной косой мышцы живота. Надсечена семенная фасция, выделен грыжевой мешок. Прошита и перевязана шейка грыжевого мешка.

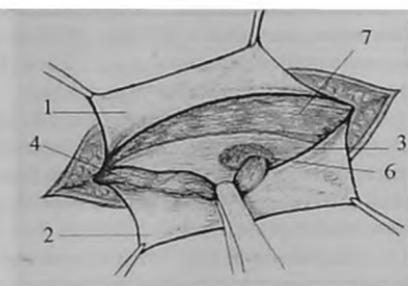


Рис. 2. Грыжевой мешок отсечен, культя его погружена. Разрез семенной фасции ушит. Семенной канатик отведен латерально.

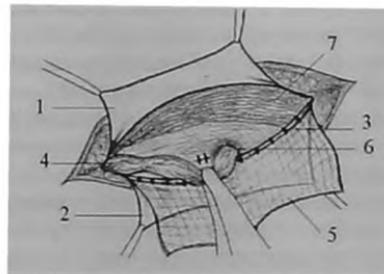


Рис. 3. Глубокое паховое кольцо сужено отдельными узловыми швами. Сложенный вдвое край капроновой сетки подшит к паховой связке.

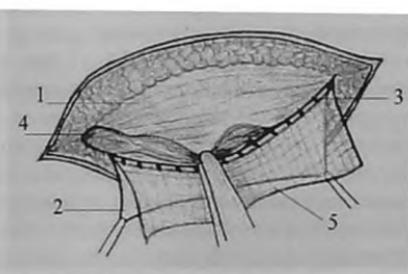


Рис. 4. Медиальный лоскут апоневроза подшит к восстановленной паховой связке.

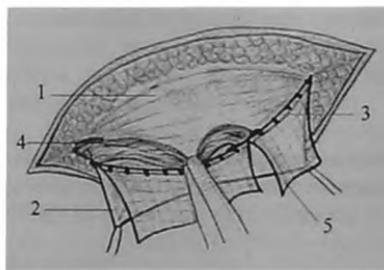


Рис. 5. Выполнен разрез сетки.

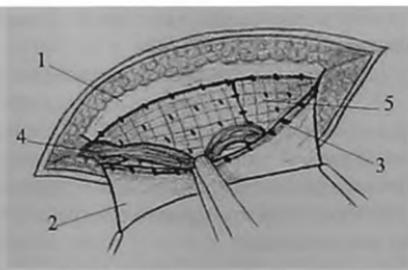


Рис. 6. Сетка фиксирована к медиальному лоскуту. Семенной канатик пропущен через разрез, сделанный в имплантате, после чего разрез ушит.

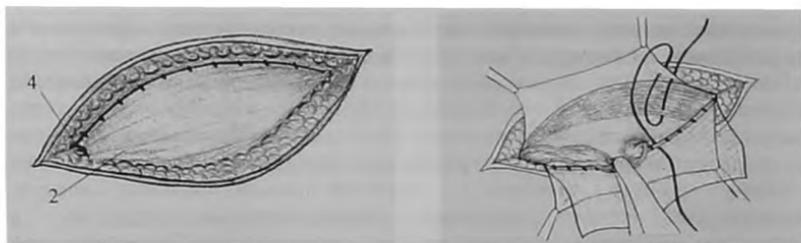


Рис. 7. Латеральный лоскут апоневроза

Рис. 8. Шов по М.А. Кимбаровскому

1. Медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота.
2. Латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота.
3. Паховая связка. 4. Семенной канатик. 5. Сетка. 6. Глубокое паховое кольцо.
7. Внутренняя косая и поперечная мышцы.

Погружаем культю грыжевого мешка. Разрез семенной фасции ушивается. Семенной канатик отводится латерально (рис. 2).

Мы, как и подавляющее большинство авторов, считаем необходимым максимально полную ликвидацию грыжевого мешка и спаечного процесса в нем, т.к. вправление в брюшную полость грыжевого мешка с припаянными органами может повлечь развитие кишечной непроходимости. Если первоначально В.А. Козлов в ходе своей операции добивался значительного уменьшения диаметра семенного канатика в процессе отделения последнего от грыжевого мешка, оставляя лишь основные морфо-функциональные образования (семявыносящий проток, яичковую артерию и вены), то мы не производим такой препаровки. Удаляем лишь патологические образования семенного канатика (липомы, кисты). Таким образом мы избегаем излишней травматизации, которая может негативно отразиться на инкреторной и экскреторной функции мужской половой железы в послеоперационном периоде (Ф.И. Стехун, 1987; Ю.А. Нестеренко, В.А. Ярыгин, 1990; А.В. Протасов, Г.В. Ходос, В.А. Пономарев, 1999; Е. Schmiedt, 1977; J. Friberg, A. Fritjofsson, 1979; C. Nagle, K. Clark, D. Browning, 1989; W. Kapral, H. Kollaritsch, H. Stemberger, 1990; Y. Fong, G.E. Wantz, 1992; G.E. Wantz, 1993; J.E. Skandalakis, 1996).

При наличии дефектов задней стенки пахового канала, расширении глубокого пахового кольца считаем целесообразным восстановление поперечной фасции, сужение глубокого пахового кольца отдельными узловыми швами.

Следующий этап операции – укрепление или воссоздание паховой связки (рис. 3). Это достигается подшиванием сложенного вдвое края капроновой сетки отдельными швами к лонному бугорку, заходя за него медиально, с натяжением к пупартовой связке и передневерхней ости подвздошной кости. Таким образом, воссоздается паховая связка, как одно из основных опорных образований пахового канала. При сохранности паховой связки мы не подшиваем сетку к

передне-верхней ости подвздошной кости, ограничиваясь уровнем ее фиксации к связке, заходя на 2-3 см латеральнее глубокого отверстия пахового канала.

После этого, к восстановленной паховой связке подшивается медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота (рис. 4). Капроновая сетка укладывается и с некоторым натяжением фиксируется капроновыми узловыми швами в шахматном порядке на расстоянии 0,8-1,0 см друг от друга к медиальному лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота. Имплантированная сетка удерживает апоневротические структуры в фиксированном положении и служит каркасом для врастания соединительной ткани, укрепляет их, придает им дополнительную прочность во время и после заживления. Фиксацию эндопротеза к мышцам, как при операции Лихтенштейна, считаем нецелесообразной. В этом случае мышечная ткань подвергается дегенерации, рубцовому перерождению и не может считаться прочным опорным образованием. Семенной канатик при этом пропускается через разрез, сделанный в имплантате, после чего разрез ушивается, оставляется лишь отверстие равное толщине семенного канатика (рис. 5, 6).

Поверх сетки и находящегося на ней семенного канатика укладывается и подшивается латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота (рис. 7).

В. А. Козлов не использовал этот способ при лечении первичных грыж; оперируя, последние мы используем шов Кимбаровского, что часто не удается при рецидивных паховых грыжах, когда мышцы рубцово перерождены или атрофированы (рис. 8).

В результате пластики по нашему способу задней стенкой пахового канала будут являться поперечная фасция (если она не разрушена, как это часто бывает при рецидивных грыжах), апоневроз наружной косой мышцы живота, эндопротез. При биодеградации эксплантата задняя стенка будет состоять из поперечной фасции, апоневроза наружной косой мышцы живота, вновь образовавшейся плотной, функционирующей соединительной ткани. При пластике по Лихтенштейну задней стенкой пахового канала будут являться поперечная фасция (как говорилось выше, в части случаев она может быть разрушена) и эндопротез. Если произойдет резорбция последнего, то велика возможность возникновения рецидива, что, по нашему мнению, следует учитывать при выборе эксплантата.

Внутреннее кольцо при нашем способе образовано укрепленной или восстановленной паховой связкой, апоневрозом наружной косой мышцы живота, сеткой, либо заместившей ее плотной фиброзной тканью; при способе Лихтенштейна внутреннее паховое кольцо укрепляет только эндопротез, что при резорбции последнего может привести к рецидиву.

При нашем способе сетка фиксируется к паховой связке, лонному бугорку, апоневрозу; при операции Лихтенштейна сетка укладывается на поперечную фасцию и подшивается к паховой связке, лонному бугорку и внутренней косой мышце живота. Дело в том, что, как уже отмечалось выше, в далеко зашедших случаях фасция вообще может отсутствовать. Подшивание сетки к мышцам недостаточно надежно, кроме того, как показал наш эксперимент, и исследования многих других авторов мышцы при этом могут атрофироваться.

Одним из основных достоинств операции Лихтенштейна является отсутствие натяжения тканей. При нашем способе нагрузка на линию шва между паховой связкой и апоневрозом наружной косой мышцы живота также практически отсутствует. Это объясняется тем, что капроновая сетка, уложенная на апоневроз наружной косой мышцы живота, фиксируется к нему с натяжением швами в шахматном порядке, тем самым ликвидируется нагрузка на линию шва.

Отдаленные результаты оперативного лечения первичных и рецидивных паховых грыж аутопластическими способами и с применением капроновой сетки

Из 354 больных, оперированных по поводу первичных и рецидивных паховых грыж аутопластическими способами и с аллопластикой по нашему способу, отдаленные результаты путем личного осмотра изучены у 286 (80,8%) пациентов, разделенных на две группы:

1. больные с первичными паховыми грыжами, оперированные аутопластическими способами и с применением аллопластики;
2. больные с рецидивными паховыми грыжами, оперированные аутопластическими способами и с применением аллопластики.

1. Отдаленные результаты лечения первичных грыж

Из 108 больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами в сроки от 1 года до 6 лет после вмешательства обследованы – 100 (92,5%). Герниопластика, использовавшаяся в этой группе – это операции Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского, Постемпского, Кукуджанова.

Выявлено 8 случаев рецидива заболевания, что составило 8%.

Аллогерниопластика при сложных формах первичных паховых грыж выполняется в клинике с 1986 года. За это время прооперировано 55 пациентов. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 15 лет изучены у 43 человек (78,2%). Рецидивов не выявлено (таблица 16).

Таблица 16

Рецидивы и послеоперационные осложнения у больных с первичными паховыми грыжами

Вид операции	Общее кол-во больных	Обследованные больные		Рецидивы		Осложнения
		К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	108	100	92.5	8	8.0	гематома – 1 серома – 1
Аллопластика	55	43	78.2	0	0	гематома – 1 орхит – 1

По нашим данным все рецидивы были выявлены у лиц мужского пола, у женщин рецидивов не выявлено.

У большинства пациентов (75%) возврат болезни произошел в течение первого полугодия после операции, ($p < 0,05$) (таблица 17).

Таблица 17

Сроки появления рецидивов у больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Когда возник рецидив	Кол-во рецидивов	% рецидивов
В первое полугодие	6	75.0*
Во второе полугодие	0	0
На втором году	2	25.0*
Позднее	0	0
Всего	8	100

На втором году грыжи рецидивировали у 25% больных. Все рецидивы произошли в течение 2 лет после оперативного вмешательства.

Рецидивы заболевания наблюдались в возрастных группах 40-49 лет, 60 лет и больше, с тенденцией нарастания по мере увеличения возраста пациентов (таблица 18).

Таблица 18

Зависимость рецидивов от возраста больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Возраст	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
До 20	1	0	0
20-29	4	0	0
30-39	15	0	0
40-49	13	1	7.7
50-59	16	0	0
60 и больше	51	7	13.7
Всего	100	8	8

Рецидивы заболевания чаще возникали в группе лиц, занимающихся физическим трудом (10,0%); чуть меньший процент выявлен в группе пенсионеров и инвалидов (9,4%) (таблица 19).

Таблица 19

Зависимость рецидивов от характера трудовой деятельности больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Характер деятельности	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
Учащиеся	2	0	0
Служащие	15	0	0
Рабочие	30	3	10.0
Пенсионеры, инвалиды	53	5	9.4
Всего	100	8	8.0

У служащих и учащихся рецидивов не выявлено.

Правосторонние грыжи (10,2%) рецидивировали по нашим наблюдениям чаще, чем левосторонние (7,5%), ($p < 0,05$) (таблица 20).

Таблица 20

Зависимость рецидивов от локализации первичных паховых грыж у больных, оперированных аутопластическими способами

Локализация	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
Справа	49	5	10,2*
Слева	40	3	7,5*
Двусторонняя	11	7	63,6*
Всего	100	8	8,0

Двухсторонние (63,6%) рецидивировали чаще правосторонних (10,2%) ($p < 0,05$) и чаще левосторонних (7,5%) ($p < 0,05$).

Наибольший процент рецидивов (31,3%) наблюдался у больных с давностью заболевания 5-10 лет ($p < 0,05$) (таблица №21).

Таблица 21

Зависимость рецидивов от давности заболевания у больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Давность заболевания	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
До 5 лет	77	3	3,9*
5-10 лет	16	5	31,3*
Больше 10 лет	7	0	0
Всего	100	8	8,0

В сроке грыженосительства до 5 лет рецидив возник лишь в 3,9% случаев.

Выявленные рецидивы возникли у больных со средними (7,7 %) и особенно большими (25,0 %) размерами грыжевого мешка ($p < 0,05$) (таблица 22).

Таблица 22

Зависимость рецидивов от величины грыжевого мешка у больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Величина грыжи	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
Малые (до 5 см)	23	0	0
Средние (5-10 см)	65	5	7,7*
Большие (>10 см)	12	3	25,0*
Всего	100	8	8,0

У лиц с малыми размерами грыжевого мешка рецидивов не выявлено.

Та же тенденция прослеживается по размеру грыжевых ворот (таблица 23).

Таблица 23

Зависимость рецидивов от величины грыжевых ворот у больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Размер грыжевых ворот	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
До 1,5 см	19	1	5,3
До 3 см	71	6	8,5
До 5 см	10	1	10,0
Всего	100	8	8,0

При анализе вида оперированной грыжи выявлено, что достоверно чаще рецидивируют сложные формы паховых грыж: пахово-мошоночная – 25,0% ($p < 0,05$), прямая – 15,2% ($p < 0,05$) (таблица 24).

Таблица 24

Зависимость рецидивов от вида грыжи у больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами

Вид грыжи	Кол-во больных	Кол-во рецидивов	% рецидивов
Косая	53	1	1,9*
Пахово-мошоночная	8	2	25,0*
Прямая	33	5	15,2*
Прямая скользящая	6	0	0
Всего	100	8	8,0

Итак, у больных с первичными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами, рецидивы возникли в 8% случаев. Рецидивы достоверно чаще возникали у рабочих, пенсионеров и инвалидов, при двухсторонней и правосторонней локализации грыжи, у пациентов с длительностью заболевания 5-10 лет, при больших размерах грыжевого мешка и грыжевых ворот, сложных формах паховых грыж.

У более тяжелых пациентов, оперированных с аллопластикой, рецидивов не выявлено.

Это дает основание у больных с первичными паховыми грыжами при наличии вышеуказанных факторов, способствующих возникновению рецидивов, рекомендовать применение аллопластики.

2. Отдаленные результаты лечения рецидивных грыж

Из 85 больных с рецидивными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами отдаленные результаты в сроке от 6 месяцев до 20 лет изучены у 61 (71,8%). Выявлено 22 случая повторного рецидива, что составляет 36,0%.

Из 106 человек с рецидивными паховыми грыжами, оперированных с применением аллопластики, отдаленные результаты путем личного осмотра изучены у 82 пациентов (78,6%) в сроки от 6 месяцев до 16 лет. Выявлено 2 случая повторного рецидива заболевания, что составляет 2,4% (таблица 25).

Рецидивы и послеоперационные осложнения у больных с рецидивными паховыми грыжами

Вид операции	Общее кол-во больных	Обследованные больные		Рецидивы		Осложнения
		К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	85	61	71.8	22	36.0	гематома – 1 фуникулит – 1 нагноение – 1
Аллопластика	106	82	78.6	2	2.4	гематома – 1 орхит – 1 орхоэпидидимит – 1

В группе применения аутопластических операций выявленные рецидивы были в 21 случае у мужчин и в 1 случае – у женщины. В группе применения аллопластики рецидивы выявлены только у мужчин.

Подробно мы разбираем причины возникновения повторных рецидивов у больных, оперированных аутопластическими способами, и не останавливаемся на рецидивах, возникших после использования аллопластики. Это объясняется тем, что их было всего 2, на основании чего делать какие-то выводы, на наш взгляд, не обосновано.

При изучении отдаленных результатов выявлено, что основная масса рецидивов возникает в течение первого года после операции, особенно во второе полугодие (50%) ($p < 0,05$) (таблица 26).

Таблица 26

Время появления рецидивов у больных с рецидивными паховыми грыжами

Вид операции	В первое полугодие		Во второе полугодие		На втором году		Позднее		n
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	
Аутопластика	6	27,3*	11	50,0*	2	9,1	3	13,6*	22
Аллопластика	1	50,0	0	0	0	0	1	50,0	2
Всего	7	29,2	11	45,8	2	8,3	4	16,7	24

В отличие от первичных грыж, рецидивы при которых появлялись в первое полугодие и на втором году после операции, при рецидивных грыжах они возникали и позднее (13,6%), ($p < 0,05$).

Нам, так же, как и при первичных грыжах, не удалось выявить достоверно значимой зависимости рецидивов от возраста пациентов. Имеется лишь та же тенденция нарастания количества рецидивов по мере увеличения возраста пациентов.

Не выявлено достоверно значимой зависимости рецидивов и от характера трудовой деятельности больных

Повторные рецидивы несколько чаще возникали при правосторонней локализации грыжи (39,5%) (таблица 27).

Таблица 27

Зависимость рецидивов от локализации грыжи у больных с рецидивными паховыми грыжами

Вид операции	Справа			Слева			Двухсторонние		
	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец
Ауто-пластика	38	15	39.5	18	6	33.3	5	1	20.0
Алло-пластика	48	1	2.1	29	1	3.4	5	0	0
Всего	86	16	18.6	47	7	14.9	10	1	10.0

Наибольшее количество повторных рецидивов (46,7%) отмечено при давности заболевания свыше 10 лет ($p < 0,05$) (таблица 28).

Таблица 28

Зависимость рецидивов от давности заболевания у больных с рецидивными паховыми грыжами

Вид операции	До 5 лет			5 – 10 лет			Больше 10 лет		
	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец
Ауто-пластика	19	6	31.6	12	2	16.7*	30	14	46.7*
Алло-пластика	32	1	3.1	18	1	5.6*	32	0	0
Всего	51	7	13.7	30	3	10.0	62	14	22.6

Нам не удалось, в отличие от первичных грыж, выявить зависимости повторных рецидивов от величины грыжи и грыжевых ворот (таблица 29, 30).

Таблица 29

Зависимость рецидивов от величины грыжевого мешка у больных с рецидивными паховыми грыжами

Вид операции	Малые (до 5 см)			Средние (5-10 см)			Большие (>10 см)		
	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец
Ауто-пластика	18	5	27.8	34	16	47.1	7	1	14.3
Алло-пластика	17	1	5.9	38	1	2.6	26	0	0
Всего	35	6	17.1	72	17	23.6	33	1	3.0

Таблица 30

Зависимость рецидивов от величины грыжевых ворот у больных с рецидивными паховыми грыжами.

Вид операции	До 1.5 см			До 3 см			До 5 см			Больше 5 см		
	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец
Аутопластика	1	1	100.0	32	11	34.4	21	9	42.9	3	1	33.3
Аллопластика	2	0	0	38	1	2.6	29	1	3.4	11	0	0
Всего	3	1	33.3	70	12	17.1	50	10	20.0	14	1	7.1

Величина грыжи и грыжевых ворот при первичных грыжах являются одними из наиболее значимых факторов риска возникновения рецидивов. При рецидивных грыжах их влияние не столь велико.

При использовании аутопластических методик имеется тенденция нарастания процента рецидивов в зависимости от кратности операции (таблица 31).

Таблица 31

Зависимость рецидивов от кратности операции у больных с рецидивными паховыми грыжами

Вид операции	Второй			Третий			Четвертый			Пятый		
	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец	К-во б-х (n)	К-во рец	% рец
Аутопластика	50	17	34.0	8	3	37.5	3	2	66.7	0	0	0
Аллопластика	68	2	2.9	10	0	0	3	0	0	1	0	0
Всего	118	19	16.1	18	3	16.7	6	2	33.3	1	0	0

У оперированных второй раз он составляет 34,0%, третий – 37,5%, а четвертый раз – 66,7% ($p > 0,05$).

Таким образом, у больных с рецидивными паховыми грыжами, оперированных аутопластическими способами, рецидивы возникли в 36% случаев. Нам не удалось выявить достоверно значимой зависимости появления рецидивов от возраста, характера трудовой деятельности, размеров грыжевого мешка и грыжевых ворот. Имеется зависимость увеличения количества рецидивов от длительности заболевания и тенденция к их нарастанию при правосторонней локализации грыжи и при увеличении кратности операции.

У больных, оперированных с применением аллопластики, рецидивы выявлены лишь в 2,4% случаев.

По результатам клинических наблюдений в сроке до 20 лет мы не выявили ни одного случая отторжения сетки и онкоперерождения в зоне имплантации.

Это дает основание рекомендовать использование аллопластики по нашему способу у всех больных с рецидивными паховыми грыжами.

Таким образом, аллопластика по оригинальному способу, разработанному в нашей клинике позволяет значительно улучшить результаты оперативного лечения первичных сложных и рецидивных паховых грыж.

Рецидивы заболевания связаны с затратами на стационарное лечение, пребывание на больничном листе, ограничением, вплоть до необходимости смены профессиональной деятельности, моральным ущербом, и имеют, учитывая количество больных с паховыми грыжами, социально-экономическое значение.

Внедрение нашего метода позволит предотвратить потери, связанные с безуспешностью операции.

Выводы

1. При оперативном лечении больных с первичными паховыми грыжами различными аутопластическими способами выявлено 8% рецидивов. У более тяжелых пациентов с первичными паховыми грыжами при использовании аллопластики по нашему способу рецидивов не получено.

2. Рецидивы при оперативном лечении первичных паховых грыж чаще возникают у рабочих, пенсионеров и инвалидов, при двухсторонней и правосторонней локализации грыжи, при сложных формах паховых грыж, при длительности заболевания 5-10 лет, при размерах грыжевого мешка более 5 см.

3. При лечении больных с рецидивными паховыми грыжами аутопластическими способами возникло 36% рецидивов. Применение аллопластики позволило снизить процент рецидивов до 2,4%.

4. Для аллопластики может быть использована капроновая сетка или другой современный материал. Механизм противостояния внутрибрюшному давлению при использовании капроновой сетки связан с образованием плотной фиброзной ткани в зоне имплантации.

5. При первичных грыжах в случаях наличия факторов, способствующих возникновению рецидивов, и при всех рецидивных грыжах показано применение аллопластики по нашему способу.

Практические рекомендации

1. При выборе вида операции у больных с паховыми грыжами следует учитывать, что аутопластические способы часто оказываются несостоятельными.

2. При первичных грыжах у рабочих, пенсионеров и инвалидов, при длительности заболевания 5-10 лет, при правосторонней и, особенно, двухсторонней локализации грыжи, сложной форме паховой грыжи, величине грыжевого мешка больше 5 сантиметров, ослаблении или разрушении структур пахового канала, выявленных интраоперационно, предпочтительнее применять аллопластику по нашему способу.

3. При всех рецидивных грыжах показана аллопластика.

4. В качестве эксплантата можно использовать капроновую сетку или другой сетчатый эндопротез, отвечающий современным требованиям.

5. Эффективность способа, малая травматичность, простота в исполнении и доступность позволяет рекомендовать его для применения в любом хирургическом отделении.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Антибактериальный комбинированный аллотрансплантат для пластики дефектов брюшной стенки // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы 53 научной конференции молодых ученых и студентов. – Екатеринбург, 1998. – С. 83 – 84. (соавт. Е. Ю. Левчик, М. А. Рубинов).
2. Лечение рецидивных и сложных форм первичных паховых грыж по Козлову // Материалы IV Международной конференции «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов». – Москва, 2001. – С.309 - 310.
3. Аллопластика при лечении рецидивных и сложных форм первичных паховых грыж // Вестник УГМА. – Выпуск 9. – Екатеринбург, 2001. – С. 72 – 73.
4. Отдаленные результаты оперативного лечения первичных сложных и рецидивных паховых грыж с применением аллопластики // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы 57 научной конференции молодых ученых и студентов. – Екатеринбург, 2002. – С. 60 – 62.
5. Обоснование использования сетчатого капронового имплантата при лечении первичных сложных и рецидивных паховых грыж //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы 57 научной конференции молодых ученых и студентов. – Екатеринбург, 2002. – С. 62 – 64. (соавт. М. А. Рубинов).

ЛР № 063579 от 05.09.99.
Сдано в набор 14.03.02. Подписано к печати 21.03.02.
Бумага для множительных аппаратов.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Отпечатано на ризографе.
Тираж 100 экз. Заказ 380.

Издательский дом «Сократ»
Россия, 620219, Екатеринбург. пр. Ленина, 49
Тел./факс: (3432) 71-35-61, 56-90-35
E-mail: sokrat@idsokrat.ru www.idsokrat.ru