

Способ герниопластики бедренной грыжи

А.А.БОТЕЗАТУ

The method of hernioplasty femoral hernia

A.A.BOTEZATU

Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко, г. Тирасполь, Молдова

К бедренным грыжам относятся грыжи, которые выпячиваются медиальнее бедренных сосудов через бедренный канал. Они встречаются значительно реже паховых грыж, составляя всего 2-4% от числа паховых; чаще всего (в 75% случаев) у женщин, лиц пожилого возраста; у 10% пациентов бедренные грыжи возникают после грыжесечения паховой грыжи[8]. Так как бедренный канал окружен ригидными структурами (паховая, гребешковая, лакунарная связки; подвздошно-поясничная мышца), бедренные грыжи часто ущемляются и примерно в 35% случаев оперируются в ургентном порядке.

Альтернативы оперативному лечению бедренных грыж отсутствуют. Ношение бандажа, что применяется при паховых грыжах, здесь исключено. Из-за редкости встречаемой патологии отсутствует общепринятая тактика оперативного лечения. Наряду с классическими операциями [5,10], предлагаются современные способы с использованием эндопротезов: операции Bendavid, Lichtenstein-plug, Trabucco-plug, лапароскопическое эндопротезирование [6,9,11].

Внебрюшинные доступы герниопластики бедренных грыж разделяются на бедренные и паховые. При бедренном доступе в бедренном треугольнике выделяют грыжевой мешок, иссекают или вправляют его в брюшную полость. При ущемлениях или невраивимой бедренной грыже прибегают к рассечению лакунарной связки на глубину до 1,5-2,0 см. Грыжевые ворота закрывают узловыми швами на уровне глубокого кольца бедренного канала путем наложения 3-4 узловых швов с фиксацией паховой связки к гребешковой – так называемый способ Bassini-Kirschner [5]. Описанный способ наиболее простой и сегодня хирурги широко его используют, особенно в ургентной хирургии. Вместе с тем, данный способ не позволяет полностью удалить грыжевой мешок и прочно закрыть грыжевые ворота. В результате этого наблюдается большое число рецидивов, которые достигают 36% [1,4], в связи, с чем были высказаны мнения о том, что бедренный доступ не оправдал себя и должен быть заменен паховым.

При паховом доступе вскрывается паховый канал, рассекается поперечная фасция параллельно паховой связке и выполняется герниопластика со стороны

глубокого бедренного кольца. Наиболее известен способ G. Ruggi [10], при котором грыжевой мешок после перевода через бедренный канал в паховую область высоко иссекают, а глубокое бедренное кольцо закрывают сшиванием узловыми швами паховой и гребешковой связок с последующей аутопластикой передней стенки пахового канала. Данный способ, несмотря на кажущуюся радикальность, также не всегда позволяет надежно закончить бедренную пластику. Как справедливо отмечают некоторые авторы [2], не редки случаи, когда не удается подтянуть паховую связку к гребешковой, особенно когда между ними имеется широкое пространство. При этом фиксация проводится с натяжением, что может привести к прорезыванию швов и рецидивам. Кроме того, при этом возникает и другая реальная опасность – сдавление бедренных сосудов, что вызывает затруднение кровотока по бедренным венам, опасность тромбообразования.

Таким образом, становится очевидным, что без применения дополнительных пластических материалов реально улучшить результаты бедренной герниопластики невозможно.

Нет сомнений, что применение эндопротезов существенно улучшает результаты хирургического лечения бедренных грыж. Так, в клинике Shouldice, где ежегодно в плановом порядке оперируют около 1400 больных с бедренными грыжами, применяя различные виды эндопротезирования, рецидивы заболевания составляют 2,4% [7]. Вместе с тем, необходимо согласиться, что эндопротезирование при бедренных грыжах имеет пока ограниченное применение по двум причинам: как уже было сказано, не менее 35% грыженосителей оперируются в ургентном порядке; во-вторых, что также немаловажно, дороговизна эндопротезов. Лапароскопическое эндопротезирование, кроме того, требует специальной техники и подготовленных к этому специалистов, может производиться только в специализированных стационарах.

Другой пластический материал, который не безуспешно около 100 лет применяется в герниологии, это аутокожа, из которой приготавливают аутодермальные трансплантаты непосредственно во время операции.

Известен способ комбинированной многослойной пластики при бедренной грыже паховым доступом с применением аутодермального трансплантата [2], суть которого сводится к иссечению лоскута кожи и под-кожной клетчатки в виде эллипса в паховой области, приготовлению из него аутодермального трансплантата. Вскрывается паховый канал, выделяется грыжевое выпячивание в бедренном треугольнике и переводится в паховую область, где грыжевой мешок отсекается. Паховый промежуток и интерлигаментарное пространство (внутреннее бедренное кольцо) консолидируются аутодермальным трансплантатом, который сшивается фиксированным по периметру: медиально и вверху – к сухожильным образованиям прямой, поперечной и внутренней косой мышц, внизу – к пупартовой связке, а посередине – к гребешковой связке, после чего выполняют пластику апоневроза наружной косой мышцы в виде дубликатуры или край в край, и осуществляют послойное ушивание послеоперационной раны.

Недостатки метода заключаются в том, что он, во-первых, сложный в исполнении; во-вторых, аутодермальный трансплантат, фиксированный посередине к гребешковой связке, сильно деформируется, принимает «воронкообразную» форму, а наложение при этом множества швов только ухудшает адекватные условия для его приживания, следовательно, теряется эффективность герниопластики и возможно рецидивирование заболевания.

Цель работы: улучшить результаты лечения бедренных грыж путем надежного закрытия внутреннего бедренного кольца, консолидации интерлигаментарного промежутка и, в целом, укрепления задней стенки пахового канала.

Нами разработан метод комбинированной бедренной герниопластики, сочетающий аутопластику и ауто-дермопластику, при котором трехслойная консолидация задней стенки пахового канала и укрытие внутреннего бедренного кольца предотвращают рецидивы заболевания. Способ осуществляется следующим образом. Производят два полуовальных разреза в паховой области и иссекают лоскут кожи и подкожной клетчатки в виде эллипса, из которого приготавливают аутодермальный трансплантат по экспресс-методу В. Н. Янова [3]. Выделяют грыжевое выпячивание в бедренном треугольнике, после чего рассекают апоневроз наружной косой мышцы и приступают к переводу грыжи с бедра в паховую область. Для этого, как правило, требуется не только рассечение поперечной фасции параллельно паховой связке, но и лакунарной связки на протяжении 1-1,5 см, после чего грыжевой мешок из-под пупартовой связки свободно переводится через бедренный канал в паховую область (рис. 1).

Выполняют высокую обработку грыжевого мешка с прошиванием и иссечением его у основания. Производят релаксирующий разрез переднего лист-

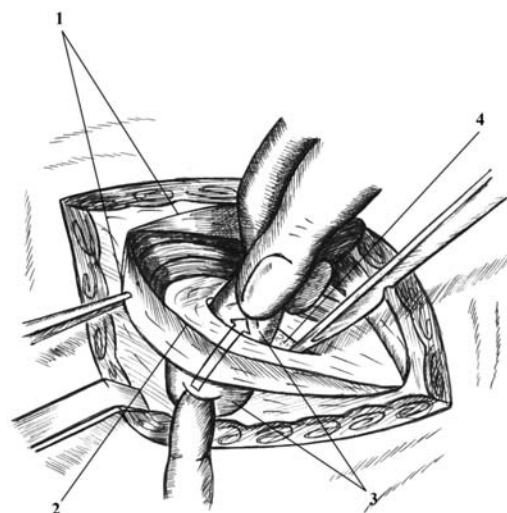


Рис. 1. Перевод грыжевого мешка из-под пупартовой связки в паховую область. 1. Рассеченный апоневроз наружной косой мышцы живота. 2. Пупартова связка. 3. Грыжевой мешок. 4. Внутреннее бедренное кольцо.

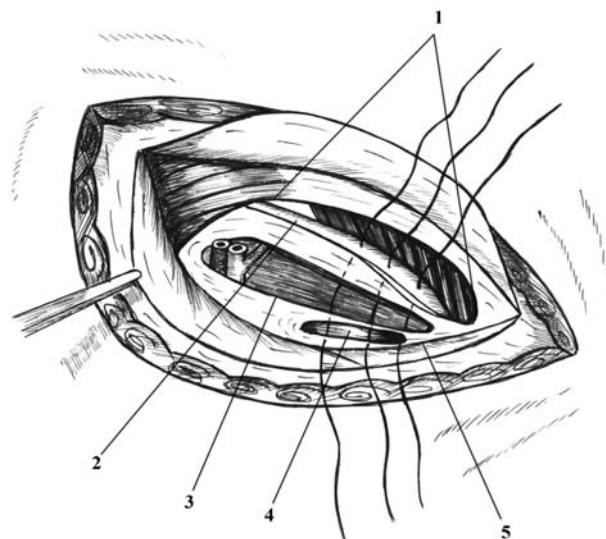


Рис. 2. Начало фиксации латерального края рассеченной стенки влагалища прямой мышцы к гребешковой связке узловыми швами. 1. Релаксирующий разрез влагалища прямой мышцы живота. 2. Латеральный край рассеченного влагалища. 3. Гребешковая связка. 4. Внутреннее бедренное кольцо. 5. Пупартова связка.

ка влагалища прямой мышцы от лонного бугорка до границы апоневротической и мышечной частей внутренней косой мышцы, после чего латеральный край рассеченного влагалища прямой мышцы, вместе с поперечной фасцией, подшивают к гребешковой связке (рис. 2).

При этом в проекции внутреннего бедренного кольца в узловую шов захватывают и гребешковую связку, и нижний край пупартовой связки, закрывая вход в бедренный канал. Латеральнее продолжают фиксацию к влагалищу подвздошных сосудов и пу-

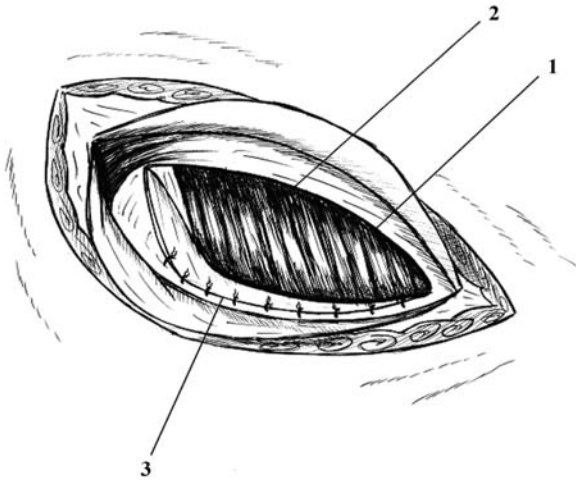


Рис. 3. Фиксация латерального края рассеченного влагалища прямой мышцы живота к гребешковой и пупартовой связке на завершающем этапе. 1. Медиальный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота. 2. Прямая мышца живота. 3. Латеральный край рассеченного влагалища прямой мышцы живота.

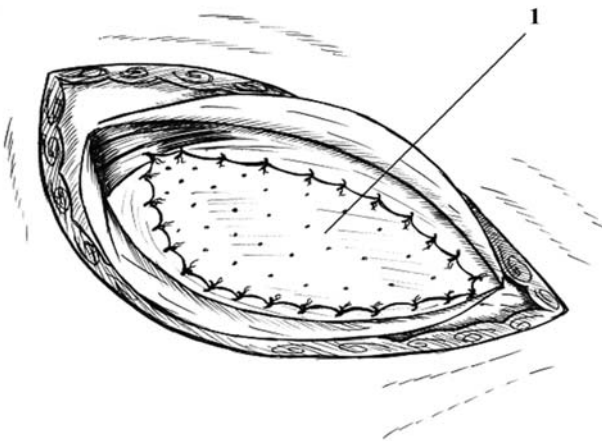


Рис. 4. Замещение образовавшегося дефекта прямой мышцы аутодермальным трансплантатом. 1. Аутодермальный трансплантат.

пупартовой связке. Благодаря этому приему мышечные волокна прямой мышцы живота перемещаются латерально, прикрывая паховый промежуток (рис. 3).

Консолидацию выполненной аутопластики осуществляют аутодермальным трансплантатом, ко-

Список литературы

1. Коваль А.А. Способы бедренного грыжесечения по Абражанову и Бассини (в эксперименте). Сб. науч. тр. Днепропетровского мединститута. Днепропетровск 1957; 3: 143-146.
2. Просяный Э.М. Многослойная аутодермальная пластика пахово-бедренного сгиба при бедренных грыжах. Дис. канд. мед. наук. М 1980; 132.
3. Янов В.Н. Термическая обработка аутодермальных имплантатов. Вестник хирургии 1975; 9: 90-91.
4. Alvarez D. et al. A proposito de Las recidivas herniarias. Rev Esp. Enferm. Apar. dig. 1974; 43: 6: 649-656.
5. Bassini E. Nuovo Metodo Operativo per La Cura Radicale dell'Ernia Crurale. Padova 1893; 236.

торый укладывают по периметру образовавшегося дефекта влагалища прямой мышцы и фиксируют узловыми швами по верхнему контуру к медиальному краю рассеченного влагалища прямой мышцы, внизу к пупартовой связке (рис. 4).

Аутодермальный трансплантат укладывают и фиксируют в хорошо растянутом положении, что создает оптимальные условия для адаптации и приживания. Над аутодермальным трансплантатом выполняют пластику апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры и осуществляют послойное ушивание послеоперационной раны.

По описанной методике в хирургическом отделении РКБ г. Тирасполя с 2006 по 2011 год оперировано 11 больных с бедренными грыжами, что составило 2,3% от числа всех оперированных больных с паховыми и бедренными грыжами. Среди них 9 (81,8%) женщин и 2 (18,2%) мужчин, средний возраст пролеченных больных 66,4 года. Все пациенты госпитализированы в плановом порядке. Правосторонняя локализация грыжи имелась у 8 (72,7%), левосторонняя – у 3 больных (27,3%). Наши данные подтверждают тезис о том, что бедренные грыжи встречаются в основном у женщин, лиц пожилого возраста, три раза чаще справа, чем слева. Во всех случаях имелись невосправляемые первичные бедренные грыжи. В 3 (27,3%) случаях констатированы пахово-фemorальные грыжи, в одном случае выявлена первичная бедренная грыжа справа и рецидив правосторонней пахово-мошоночной грыжи (после аутопластики). Непосредственные результаты лечения – удовлетворительные. Все пациенты выписаны. Послеоперационных осложнений не было. В отдаленные сроки (катамнез 5 лет) рецидивов заболевания не зарегистрировано.

Выводы

1. Предложенный способ комбинированной герниопластики бедренных грыж предусматривает укрытие пахового промежутка мышечной тканью, закрытие межлигаментарного промежутка фасциально-апоневротическими образованиями и консолидацию аутопластики аутодермопластикой.

2. Трехслойная пластика надежно закрывает внутреннее бедренное кольцо, укрепляет паховый промежуток, способствует улучшению результатов лечения бедренных грыж и предотвращает образование паховых грыж.

-
6. *Bendavid R.* A femoral «umbrella» for femoral hernia repair. *Surg. Gynecol. Obstet* 1990; 171: 111-112.
 7. *Gavrilaş F.* Hernia femurală. Chirurgia peretelui abdominal. *Hernii primare. Cluj-Napoca* 2006; 1: 464-478.
 8. *Glassow F.* Femoral hernia. Review of 1143 consecutive repair. *Am. Surg.* 1966. 163: 227-232.
 9. *Lichtenstein I.L., Shore J.M.* Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a «plug» technique. *Am. J. Surg.* 1974; 128: 439-444.
 10. *Ruggi G.* Metodo operativo nuovo per la cura radicale dell'ernia crurale. *Bull. Soc. Med. Bologna, Ser.* 1892; 7: 223.
 11. *Trabucco E.E.* Femoral and preperitoneal plugs in Bendavid R. Prosthesis and Abdominal Wall Hernias. *Edit. Austin Landes*, 1994; 411-412, 446-449.

Поступила 17.11.2011 г.

Информация об авторе

1. Ботезату Александр Антонович – к.м.н., доц., зав. кафедрой хирургии №2 медицинского факультета Приднестровского государственного университета им. Т.Г.Шевченко, г. Тирасполь, Молдова; e-mail: botezatuaa@mail.ru