

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, а именно к способам хирургического лечения паховых грыж, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Проблема хирургического лечения паховых грыж у лиц пожилого и старческого возраста остается актуальной из-за большого количества рецидивов, которые составляют 25-30% [1,2]. Это обусловлено техническими сложностями пластики ослабленных, дегенеративно измененных стенок пахового канала у больных данной возрастной группы. Особенно это связано с ослаблением поперечной фасции, являющейся задней стенкой пахового канала, функциональная недостаточность которой играет определяющую роль в патогенезе паховых грыж. Существующие аутопластические операции, направленные на укрепление задней стенки пахового канала, у таких больных не повышают ее механическую прочность и при водят к частым рецидивам грыжи. Использование дополнительных пластических материалов для пластики пахового канала несколько улучшает результаты хирургического лечения паховых грыж. Однако, существующие способы таких операций с фиксацией трансплантата между мышечно-апоневротическими тканями в процессе биодеструкции трансплантата вызывают их рубцовое перерождение и не исключает частых рецидивов грыжи.

Так, известен способ хирургического лечения паховой грыжи с использованием аллатрансплантата [3], который осуществляется следующим образом. После обычного разреза кожи рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота. Выделяют и удаляют грыжевой мешок. Трансплантат проводят под семенной канатик и плотно оборачивают им последний до диаметра 0,8-1,0 см. Обе стороны трансплантата сшивают отдельными швами между собой. Затем, созданную таким образом трубку подшивают к внутренней косой мышце, поперечной фасции и паховой связке. Следующим этапом операции является формирование внутреннего отверстия пахового канала. Поперечную фасцию подшивают к латеральному краю ранее полученной трубки по всей ее окружности. Дистальный конец трубки подшивают к надкостнице симфиза и лонного бугорка и сшивают над ней апоневроз наружной косой мышцы живота.

Описанный способ имеет ряд недостатков, приводящих к рецидиву грыжи: соприкосновение трансплантата с оболочками семенного канатика вызывает рубцовое перерождение последних и, следовательно, будет приводить к ослаблению глубокого пахового кольца; соприкосновение трансплантата с мышечно-апоневротическими тканями паховой области приводит к рубцовому перерождению последних, что в последующем ослабляет их опорную функцию.

Известен также способ хирургического лечения паховой грыжи с укреплением задней стенки пахового канала трансплантатом по Киселю [3]. После обычного доступа к паховому каналу рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота. Грыжевой мешок выделяют до шейки, прошивают и иссекают. Затем выполняют пластику задней стенки пахового канала с использованием трансплантата, располагая последний поверх внутренней косой и поперечной мышц, фиксируют его сверху к наружной стенке влагалища прямой мышцы живота, снизу - к паховой связке, внутренний край - к паховой связке и лонному бугорку, а латеральный - к передней поверхности внутренней косой мышцы. Над ним сшивают апоневроз наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры.

Данный способ, как и предыдущий, дает высокий процент послеоперационных рецидивов, что связано с расположением и фиксацией трансплантата между мышечно-апоневротическими тканями, влекущим за собой рубцовое перерождение последних в процессе биодеструкции трансплантата.

Наиболее близким аналогом заявляемого способа является способ хирургического лечения паховых грыж у больных пожилого и старческого возраста с укреплением задней стенки пахового канала трансплантатом [31], который осуществляется следующим образом. Разрез кожи производят параллельно паховой связке, на 2 см медиальнее последней, от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза. Апоневроз наружной косой мышцы живота освобождают от подкожной клетчатки и рассекают его по желобовидному зонду. Затем мобилизуют апоневротические лоскуты и обнажают паховую связку. Грыжевой мешок выделяют до шейки от оболочки семенного канатика при косой паховой грыже, а при прямой паховой грыже - после рассечения поперечной фасции. Выделенный грыжевой мешок прошивают у шейки и иссекают. Затем семенной канатик берут на держалку, отводят в сторону и мобилизуют поперечную фасцию, после чего выполняют пластику задней стенки пахового канала. Глубокое паховое кольцо формируют путем ушивания поперечной фасции в его проекции. Выкроенный трансплантат размером 6х8 см укладывают над поперечной фасцией под внутреннюю косую и поперечную мышцы. Снизу трансплантат подшивают к паховой связке, сверху - к внутренней косой и поперечной мышцам. Швы проводят через мышцы и завязывают над ними. Затем укладывают семенной канатик и создают над ним дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота.

Данный способ повышает надежность пластики задней стенки пахового канала, несколько уменьшая частоту рецидивирования грыжи, но не решает проблему коренным образом, так как не исключает высокого процента рецидивов, в том числе за счет того, что трансплантат, фиксированный к мышцам и паховой связке, в процессе биодеструкции вызывает их рубцовое перерождение, что снова чревато функциональной недостаточностью задней стенки пахового канала. Формирование глубокого пахового

кольца только из остатков поперечной фасции не обеспечивает надежного его укрепления. Кроме этого, расположение трансплантата между мышечно-апоневротическими тканями может приводить к развитию воспалительных процессов, а порой и к отторжению трансплантата.

Заявляемый способ решает задачу более надежного укрепления задней стенки пахового канала, функциональная неполноценность которой, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, является главным фактором в патогенезе паховых грыж.

Достижимый технический результат заключается в снижении количества послеоперационных рецидивов.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе хирургического лечения паховых грыж у больных пожилого и старческого возраста, включающем выделение, прошивание и иссечение грыжевого мешка, пластику задней стенки пахового канала под семенным канатиком с использованием трансплантата и поперечной фасции, формирование глубокого пахового кольца и создание дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота, согласно изобретению, трансплантат с отверстием для семенного канатика укладывают под поперечной фасцией, предварительно рассеченной в средней ее трети, параллельно паховой связке, и

фиксируют узловыми швами снизу через нижний край поперечной фасции к паховой связке, а сверху - к верхнему краю поперечной фасции, глубокое паховое кольцо формируют сшиванием рассеченных листков поперечной фасции и прошиванием ее с трансплантатом по краям отверстия для семенного канатика, при этом дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота выполняют под семенным канатиком.

Существенными отличиями заявляемого способа хирургического лечения паховых грыж у больных пожилого и старческого возраста являются укрепление задней стенки пахового канала путем расположения трансплантата с отверстием для семенного канатика под предварительно рассеченной поперечной фасцией и формирование глубокого пахового кольца сшиванием рассеченных листков поперечной фасции и прошиванием последней с трансплантатом по краям отверстия для семенного канатика. Такой способ пластики задней стенки пахового канала устраняет контакт трансплантата с мышечно-апоневротическими тканями и, следовательно, рубцовое перерождение этих тканей в процессе биодеструкции трансплантата. Традиционные способы хирургического лечения паховых грыж не учитывают этот принципиальный момент. Таким образом, можно сделать вывод о том, что заявляемый способ реализует новый подход к хирургическому лечению паховых грыж у больных пожилого и старческого возраста.

Заявляемый способ осуществляется следующим образом.

Разрезом параллельно паховой связке, медиальнее ее на 2 см, от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию. Обнажают апоневроз наружной косой мышцы живота. Затем по желобовидному зонду, введенному через наружное отверстие пахового канала, рассекают его переднюю стенку. Образовавшиеся лоскуты апоневроза мобилизуют от внутренней косой мышцы и семенного канатика, обнажая при этом паховую связку до лонного бугорка. После этого выделяют грыжевой мешок до шейки (при косой паховой грыже грыжевой мешок отделяют от элементов семенного канатика, а при прямой - от предбрюшинной клетчатки). Выделенный грыжевой мешок прошивают у шейки и иссекают. Семенной канатик берут на держалку и отводят в сторону. Затем мобилизуют поперечную фасцию и рассекают ее в средней трети, параллельно паховой связке. После этого выкраивают трансплантат размером 6х10 см с отверстием 0,6-0,8 см в диаметре для семенного канатика, располагают его под листками поперечной фасции. Хорошо расправленный трансплантат фиксируют узловыми швами снизу через нижний край поперечной фасции к паховой связке, а сверху - к верхнему краю поперечной фасции. Глубокое паховое кольцо формируют сшиванием рассеченных листков поперечной фасции и прошиванием ее с трансплантатом по краям отверстия для семенного канатика. Далее, верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы вместе с внутренней косой и поперечной мышцами подшивают к лонному бугорку и паховой связке, отодвигая семенной канатик как можно латеральнее. Швы накладывают таким образом, чтобы они плотно охватывали семенной канатик, но не сдавливали его. Затем нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы подшивают к верхнему в виде дубликатуры. После этого семенной канатик укладывают на апоневроз и над ним послойно сшивают поверхностную фасцию, подкожную клетчатку и кожу.

Пример конкретного выполнения.

Больной М. 67 лет поступил с диагнозом больной правосторонней косой пахово-мошоночной грыжи. Она образовалась два года тому назад, постепенно увеличиваясь в размере. При исследовании содержимое грыжи вправляется в брюшную полость. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см. Под местной инфильтративной анестезией раствором новокаина 0,5% 200 мл и нейролелтанальдией в правой паховой области, параллельно паховой связке и медиальнее ее на 2 см. от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза рассечены послойно кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция. Обнажен апоневроз наружной косой мышцы живота. Передняя стенка пахового канала рассечена по желобовидному зонду, введенному через наружное отверстие пахового канала. Затем, образовавшиеся лоскуты апоневроза мобилизованы от внутренней косой мышцы и семенного канатика, обнажена паховая связка до лонного бугорка. Далее рассечены оболочки семенного канатика, грыжевой мешок взят на два зажима Бильротэ и между ними рассечен. Находившиеся в грыжевом мешке петля тонкой кишки и прядь большого сальника вправлены в брюшную полость. После гидравлической препаровки раствором новокаина грыжевой мешок выделен из элементов семенного канатика до шейки. Размер грыжевых ворот - 3 см в диаметре. Грыжевой мешок прошит у шейки кисетным капроновым швом и иссечен. Оболочки семенного канатика ушиты кетгутотом. Семенной канатик мобилизован, взят на держалку и смещен латерально. Обнажена поперечная фасция, оказавшаяся истонченной и растянутой. Глубокое паховое кольцо расширено до 3 см. Поперечная фасция в средней ее трети рассечена параллельно паховой связке. Затем лоскут, выкраенный из биодеструктивного материала полиуретана, размером 6 х 9 см с отверстием диаметром 0,7 см для семенного канатика размещен под листками поперечной фасции, Трансплантат хорошо расправлен и фиксирован узловыми швами снизу через нижний край поперечной фасции к паховой связке, сверху к верхнему краю поперечной фасции. Глубокое паховое кольцо диаметром 0,7 см сформировано сшиванием рассеченных листков поперечной фасции и прошиванием ее с трансплантатом по краям отверстия для семенного канатика. Затем верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы вместе с внутренней косой и поперечной мышцами подшиты к лонному бугорку и паховой связке, при этом семенной канатик отодвинут латеральнее. Нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы подшит к верхнему в виде дубликатуры. Семенной канатик уложен на апоневроз и над ним послойно сшиты поверхностная фасция, подкожная клетчатка и кожа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан домой на 7-е сутки. Осмотрен через 1 год и 3 года - рецидива грыжи нет, жалоб не предъявляет, занимается умеренным физическим трудом.

За период с января 1992 г. по декабря 1996 г. в хирургической клинике РМО Подольского района г. Киева по заявленному способу прооперированы 56 больных пожилого и старческого возраста по поводу паховых грыж. На протяжении 1-3 лет последующего наблюдения рецидив грыжи выявлен у одного пациента (1,7%). По способу-прототипу в период 1992-94 гг. было прооперировано 58 больных, сходных с вышеуказанной группой по возрасту, полу и размерам грыж. Анализ отделенных результатов показал, что в течение 1-3 лет после операции рецидив грыжи был выявлен у 12 (20,7%) пациентов. Уменьшение количества

послеоперационных грыж, достигнутое за счет использования заявленного способа хирургического лечения паховых грыж, достигает уровня статистической значимости ($p < 0,05$).

Таким образом подтверждена более высокая эффективность заявленного способа, по сравнению с известными способами того же назначения, в отношении снижения количества послеоперационных рецидивов у больных пожилого и старческого возраста с паховыми грыжами.