

ОПЕРАЦИЯ DESARDA – СОЗДАНИЕ “НОВОЙ” ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Власов В.В.^{1,2}, Микитюк С.Р.^{1,3}, Грешило О.О.¹, Загоруйко В.В.²

¹Кафедра хирургии ФПО (зав. кафедрой – проф. А.И. Суходоля) Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, ²Хмельницкая областная больница, ³Хмельницкий базовый медицинский колледж, г. Хмельницкий, Украина, 29000, e-mail: mykytiuk_sr@yahoo.com

Вступление.

Уже не вызывает сомнения, что укрепление задней стенки пахового канала является обязательным условием современной герниологии при лечении паховой грыжи [1–12, 16]. Использование с этой целью лишь поперечной фасции по известным методикам (Н.О.Марсу, 1887–1892; И.Л.Йоффе, 1968; S.Berliner, 1978) является недостаточным [4, 5, 17], грыжевого мешка (В.П.Зеренин, 1899; Н.В.Воскресенский, 1959; В.Н.Янов, 1970; O.Shafey, Z.Azzam, 1976; P.Zanoli et al., 1986) – сомнительным [6]. А классические методы укрепления задней стенки с использованием мышечных (E.Bassini, 1884–1887; Girard, 1894; E.Shouldice, 1953, В.И.Оноприев и соавт, 2004), фасциально-сухожильных (E.Andrews, 1924; C.Farr, 1927; Н.И.Кукуджанова, 1939; Ch.McVay, В.Аnson, 1942; Ю.А.Нестеренко, Ю.Б.Салов, 1980) и апоневротических тканей паховой области (P.Postemski, 1887–1890; W.Halsted, 1893; P.Ferrari, 1895; М.С.Суботин и В.А.Красинцев, 1898; Hackenbruch, 1909; С.И.Спасокукоцкий, 1926; М.А.Кимбаровский, 1928; Н.В.Воскресенский и С.Л.Горелик, 1965; К.Д.Тоскин и В.В.Жебровский, 1990), являются технически сложными и требуют определенных навыков у хирургов, не говоря уже о методах глубокой паховой аутогерниопластики (R.H.Rutledge, 1988, С.А.Колесников, 1999) [1, 3, 6, 19, 22]. Использование с целью укрепления задней стенки пахового канала апоневроза наружной косой мышцы живота (НКМЖ) оказалось достаточно эффективным, учитывая его прочность (W.Halsted, 1903; P.P.Вреден, 1924; M. Kirschner, 1933; L.Zimmerman, 1938; H.Neuhof, 1942; R.Lich, R.Samson, 1945; H.Matson, 1949; A.Koontz, 1956; V.Fontana, 1957; Д.В.Усов, 1961; Г.Г.Караванов, 1976; J.Madden, 1989; Kusnierczuk R., 2003). В перечисленных аутопластических методиках

используются ослабленные поперечная и внутренняя косая мышцы живота, либо они сопровождаются натяжением, требуют широкой мобилизации тканей, нарушают физиологию пахового канала и структур вокруг, являются угрожающими для развития осложнений [16]. Поэтому, такие методы в руках молодых общих хирургов часто (до 25%) приводят к рецидиву грыжи в связи с несоблюдением или незнанием оригинальной авторской техники [8]. Однако в выше перечисленных методиках пахового грыжесечения есть рациональные предложения, которые, к сожалению, не нашли широкого внедрения в практику. С появлением полипропиленовых синтетических имплантатов количество рецидивов и осложнений значительно уменьшилось. За свою простоту и быстроту в исполнении методика, предложенная Lichtenstein, была признана в свое время “Gold standart” в лечении паховой грыжи, но предпочтительно в развитых странах [22]. Понятие “золотой стандарт” не отвечает своему значению в случае, когда пациент не в состоянии приобрести ценный имплантат и необходимый шовный материал для его фиксации [14]. К тому же, вживление синтетического материала у молодых людей есть котраверсийным. Ощущение постороннего тела, хроническая боль, инфекционные осложнения, сексуальные расстройства является основными проблемами аллопластики, которая нуждается в детальном изучении и определении индивидуальных показаний ее использованию [6, 19]. В связи с наличием разнообразных вариантов паховых грыж, метода операции должен быть индивидуальным. Применение хирургами “излюбленного”, часто необоснованного, метода операции всегда отражается на отдаленных результатах, ухудшает качество жизни пациентов. Хорошей альтернативой для паховой герниопластики, за высказыванием J.E.Losanoff, et al. [20] является методика Desarda. Индийский хирург M.P.Desarda еще в 1983 году предложил собственную технику новой операции при паховой грыже, которую впоследствии назвал безрецидивной аутопластической ненатяжной пластикой пахового канала, которая базируется на физиологических принципах [16].

В отличие от других [13], метод Desarda заключается в формировании из медиального (верхнего) лоскута апоневроза НКМЖ полосы на двух ножках (рис. 1, 2).

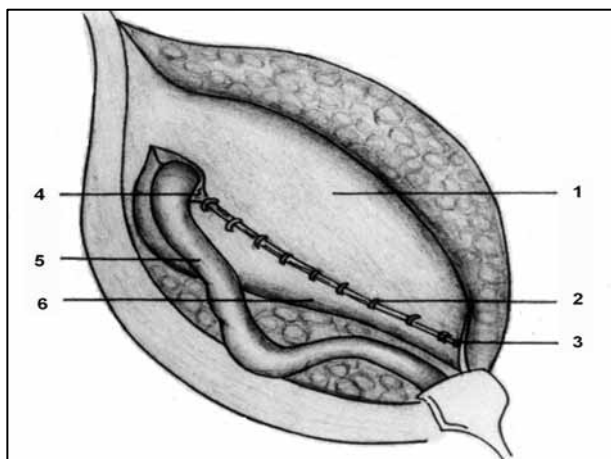


Рис. 1. Схематическое изображение №1 из описания безнатяжной аутопластической операции Desarda. Рисунок любезно предоставлен самим автором.

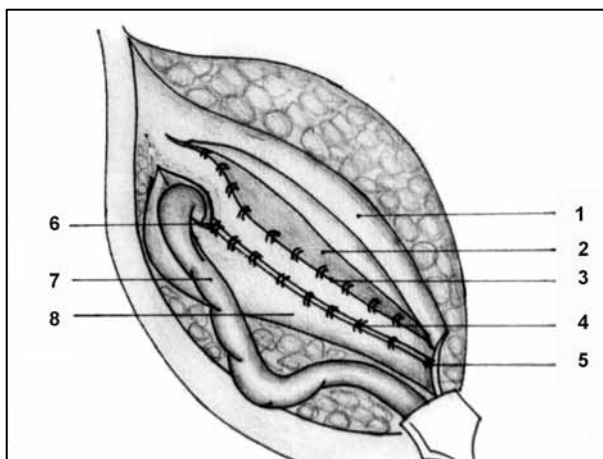


Рис. 2. Схематическое изображение №2 из описания безнатяжной аутопластической операции Desarda. Рисунок любезно предоставлен самим автором.

Полоска, после обработки грыжевого мешка, фиксируется под семенным канатиком вдоль паховой связки (снизу) и превентивно к подлежащей внутренней косой или, редко, к поперечной мышцам живота (сверху), образуя “новую” заднюю стенку пахового канала. При этом полоска остается соединенной с апоневрозом НКМЖ при помощи ножек в медиальном и латеральном ее концах. Это позволяет добавить к силе апоневротической ткани дополнительную мышечную силу и усилить ослабленные поперечную фасцию и внутреннюю косую мышцу живота за счет НКМЖ [15].

Знание и владение общими хирургами методикой пахового грыжесечения по Desarda увеличивает арсенал возможных методов пластики пахового канала. Начиная с 2002 года, использование аутопластической операции Desarda в соседней Польше (а на сегодняшний день это уже тысячи операций) показало отличные результаты [21], [23] и дало возможность в 2007 году быть включенной в “Польский стандарт лечения паховых грыж” наряду с аллопластическими методами.

Цель.

Определить возможность применения методики Desarda при хирургическом лечении паховой грыжей, изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы.

За период с октября 2005 по март 2008 г. в хирургическом отделении Хмельницкой областной больницы (Украина), которое не является специализированным герниологическим отделением, для лечения 155 случаев паховой грыжи у 141 пациента (124 мужчин, 17 женщин) средним возрастом $52,5 \pm 15,9$ (от 17 до 80) лет была использована методика создания “новой” задней стенки пахового канала по Desarda. Контрольные группы составили пациенты (n=30), которые перенесли аутопластическую (по Gerard, Postemski, Спасокукоцкому с швом по Кимбаровскому) или аллопластическую (по Lichnenstein) операцию по поводу паховой грыжи. Среди оперируемых, возраст 32 (22,7 %) пациентов был до 40 лет, а 17 (12 %) – старше 70 лет. У пяти пациентов (3,5 %) операция была проведена по поводу ущемленной паховой грыжи, у шести (4,2 %) – рецидивной, а у 14 (9,9 %) – двусторонней паховой грыжи. Тип паховой грыжи определяли по классификации L.Nyhus (1989). Возможность применения пластики по методу Desarda определяли до операции по типу и размеру грыжи пальпаторно и с помощью ультразвукового исследования, учитывая пожелания пациента и согласие на операцию, а возможность выполнения аутопластики по Desarda оценивали интраоперационно по состоянию апоневроза НКМЖ и тканей пахового канала. С помощью дуплексного ультрасонографического сканирования (ДУС) линейным датчиком (7–10 MHz) на аппаратах SONOLINE Versa Pro (Siemens) и Nemio XG (Toshiba) в покое и при дозированной физической нагрузке изучали топографо–анатомические особенности паховой области до операции, проводили дифференциальную диагностику паховых грыж, выявляли послеоперационные изменения. В послеоперационный период также определяли наличие и уровень боли с помощью визуальной аналоговой шкалы,

количество использованных обезболивающих средств, их перечень, мобильность пациента в условии стационара, сроки возвращения к нормальной жизненной активности и продолжительность временной потери трудоспособности, качество жизни пациентов в соответствии с протоколом SF-36 Health Survey, наличие и вид осложнений, наличие рецидива при физикальном и дуплексном ультрасонографическом комплексном исследованиях в отдаленном периоде.

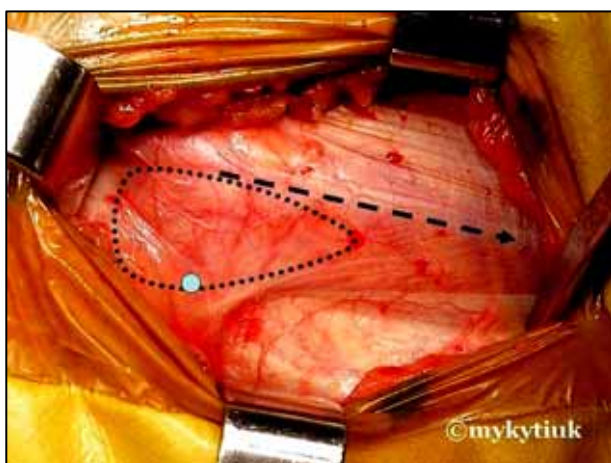


Рис. 3. Первый этап операции Desarda. Рассечения апоневроза НКМЖ (пунктирная стрелка) по верхнему краю поверхностного пахового кольца (обведено точками) относительно лобкового бугорка (точка).

В 29 случаях пластика выполнялась по поводу прямой грыжи (тип IIIA по Nyhus), в 126 случаях грыжа была косой (тип II, тип IIIB по Nyhus). При прямой грыже мешок вправляли внутрь, не удаляя. Обязательно зашивалась поперечная фасция по Марсу или Йоффе с восстановлением глубокого пахового кольца до нормальных анатомических размеров.

Результаты и обсуждения.

У всех прооперированных пациентов был использован классический паховый доступ. Для анестезии чаще применяли спинномозговой блок (73,7 %), наркоз (24,8 %), в том числе ларингеально-масочный (у 7 пациентов), и местное обезболивание лишь у двух (1,5 %) пациентов. Апоневроз НКМЖ вскрывали обязательно по верхнему краю поверхностного пахового кольца (рис. 3).



Рис. 4. Второй этап операции Desarda. Фиксация нижнего края верхнего лоскута апоневроза НКМЖ к паховой связке (точечная стрелка) от лобкового бугорка (точка) до семенного канатика (смещен латерально).

Далее фиксировали нижний край верхнего (медиального) лоскута апоневроза НКМЖ вдоль паховой связки, начиная от лобкового бугорка и до семенного канатика, умеренно смещая его в сторону (рис. 4).

Ширина апоневротической полоски в большинстве случаев определялась наличием щели в месте выхода ветви n. iliohypogastricus и в среднем составила $16,3 \pm 1,8$ мм, но не была меньше 12 и большей 20 мм (рис. 5, 6).

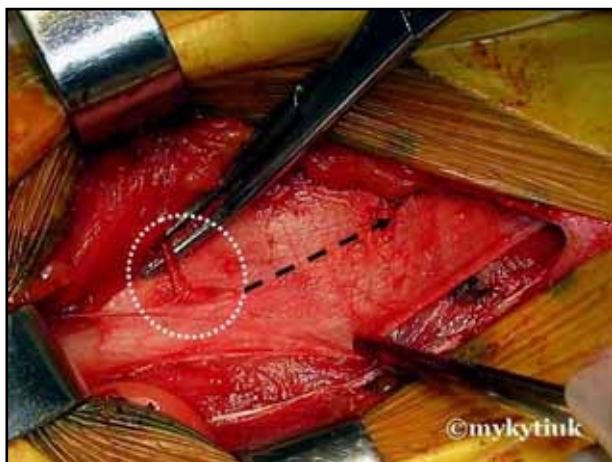


Рис. 5. Способ формирования полоски и линия рассечения (точечная стрелка) верхнего лоскута апоневроза НКМЖ при наличии широкой щели в месте выхода n. iliohypogastricus (обведено точками).

В двух случаях у больных гиперстенического телосложения с избыточным весом запланированную до операции пластику по Desarda выполнить не удалось в связи с появлением натяжения полоски апоневроза НКМЖ, наличия широких ворот прямой паховой грыжи и множественных щелей в апоневрозе (был определен как слабый, разволокненный апоневроз). Операция у них была завершена предбрюшинной

аллопластикой (1) и по методу Lichtenstein (1). В 88 % случаев n. ilioinguinalis и n. iliohypogastricus во время формирования полоски апоневроза НКМЖ хорошо визуализировались, что предотвращало их травматизацию. В 11 % случаев щель в апоневрозе НКМЖ в месте выхода n. iliohypogastricus находилась на 3 см выше от нижней линии рассечения апоневроза, мобилизация апоневроза НКМЖ выше не

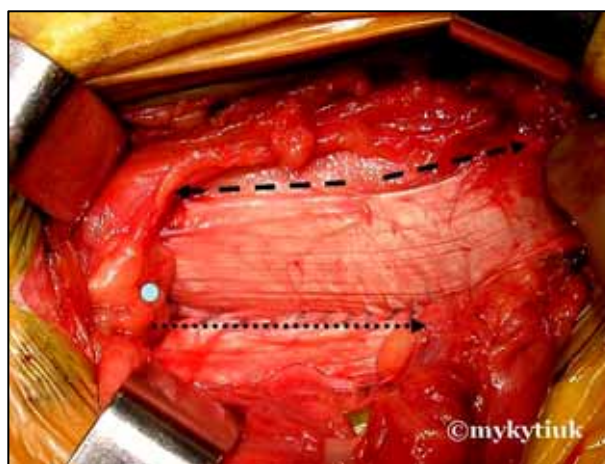


Рис. 6. Третий этап операции Desarda. Формирование полоски на ножках (пунктирные стрелки) из верхнего лоскута апоневроза НКМЖ, фиксированного от бугорка (точка) к паховой связке (точечная стрелка).

проводилась, полоска формировалась шириной до 2 см (согласно рекомендаций М.Р.Desarda) [15]. В двух случаях (1 %) п. iliohypogastricus был разветвленного строения, что затрудняло формирование полоски необходимой ширины без пересечения его ветвей.

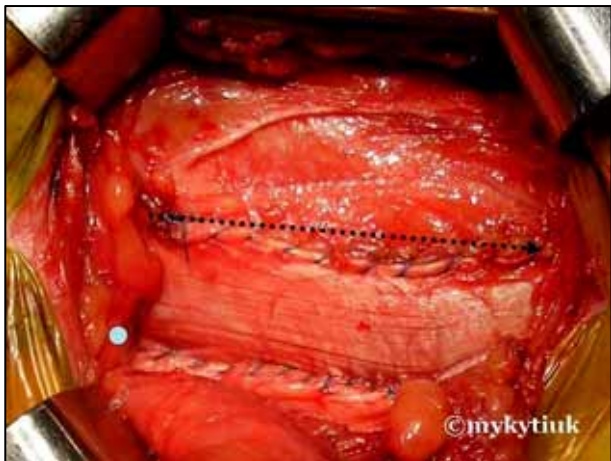


Рис. 7. Четвертый этап операции Desarda. Фиксация верхнего края полоски апоневроза НКМЖ (точечная стрелка) к подлежащим наружной косой и поперечной мышцам живота. Показан лобковый бугорок (точка).

В ходе 134 (86,5 %) операций, для фиксации нижнего и верхнего краев полоски (рис. 7), а также зашивания краев апоневроза НКМЖ над канатиком (рис. 8, 9), был использован непрерывный полипропиленовый шов (№2–0), реже (согласно рекомендаций М.Р.Desarda) [15] PDS–II (№0 или №1). Рану обычно зашивали рассасывающейся лигатурой с наложением внутрикожного шва.

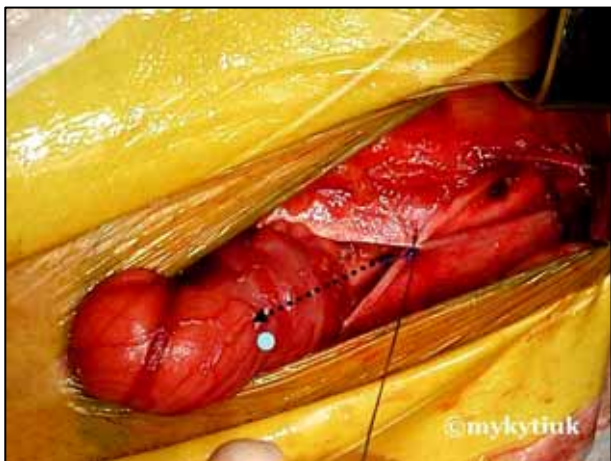


Рис. 8. Пятый этап операции Desarda. Сшивание верхнего и нижнего лоскутов апоневроза НКМЖ (точечная стрелка) встык над семенным канатиком по направлению к лобковому бугорку (точка).

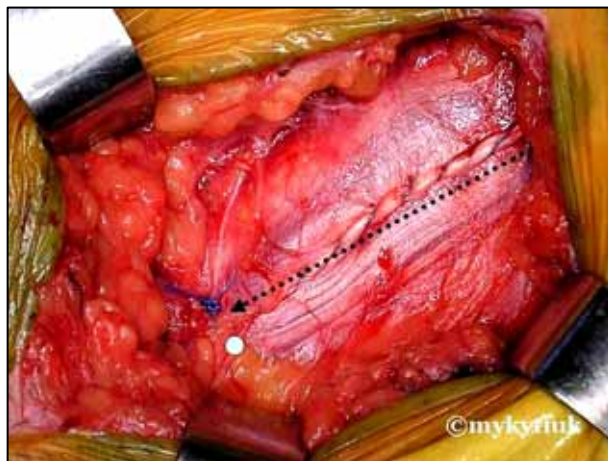


Рис. 9. Пятый этап операции Desarda. Сшитые встык до лобкового бугорка (точка) верхний и нижний лоскуты апоневроза НКМЖ (точечная стрелка) с формированием поверхностного пахового кольца.

Уровень послеоперационной боли за визуальной аналоговой шкалой снижался от 40 до 3 мм с первой до пятой суток послеоперационного периода. Благодаря комбинации атензионной герниопластики и спинномозговой анестезии, время появления боли и требования пациента в обезболивании были

растянуты по времени в сравнении с другими методами пластики и анестезии ($P < 0,01$). Отмечено также уменьшение суммарной дозы наркотических анальгетиков и обезболивания в целом ($P < 0,05$). После возобновления чувствительности в нижних конечностях, пациенты свободно передвигались. Спинальная анестезия обеспечивает адекватную аналгезию в первые часы послеоперационного периода, а впоследствии, улучшает физиологичную адаптацию и автономию пациента в ранний послеоперационный период, уменьшает потребность в сестринском уходе. Нахождение пациентов в стационаре в среднем составило 5 ± 1 суток. Среди малых хирургических осложнений встречались серомы (3), водянка оболочек яичка у больных с пахово–мошоночной грыжей (4), подкожная гематома (2), инфильтрат раны (3). Осложнения не нуждались в дополнительной оперативной коррекции. Пациенты наблюдаются от 1 до 28 месяцев, осмотрено 83 % пациентов. Кроме физикального осмотра тремя хирургами, в дополнение, использовали дуплексную ультразвукографию паховой области на стороне операции (37 %

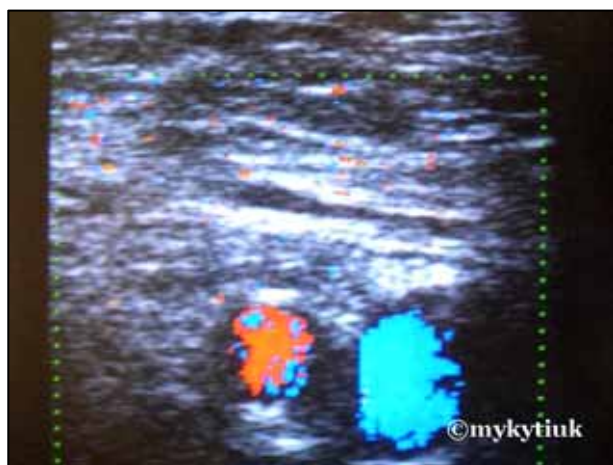


Рис. 10. Дуплексное ультразвуковое исследование левой паховой области на уровне бедренных сосудов у пациента через 1,5 года после аутопластики пахового канала по методике М.Р. Desarda.

пациентов). При УЗИ полоска апоневроза НКМЖ определялась как линейное гиперэхогенное образование в пределах пахового промежутка между паховой связкой (внизу) и семенным канатиком (вверху), непосредственно над нижними эпигастральными сосудами, и направлением к лобковому бугорку (рис. 10). При исследовании в покое и во время дозированной физической нагрузки (проба Valsalva, поднятие нижней конечности на стороне

исследования под углом $20-30^\circ$) было подтверждено сохранение физиологической функции пахового канала, доказано отсутствие рецидива грыжи и послеоперационных осложнений. Ранние отдаленные результаты

оказались обнадеживающими. Не было обнаружено ни одного рецидива. Один больной умер через месяц после операции от тяжелой сопутствующей сердечной патологии. Согласно предварительных подсчетов, у 35 пациентов, которые перенесли пластику пахового канала по методу Desarda и обследовались в сроки 1 месяц–6 месяцев–1 год после операции, качество жизни (опросник SF–36 Health Survey) оказалось значуще лучшим ($P < 0,05$) в сравнении с другими аутопластическими методами. При сравнении качества жизни пациентов, оздоровленных методом Desarda и Lichtenstein, статистически достоверных различий выявлено не было ($P > 0,05$), что совпало с результатами других авторов [21]. Хотя, как видно из таб. 1 все показатели физического и психологического компонентов здоровья у пациентов после операции Desarda были немного выше.

Пациенты, перенесшие операцию по методу Lichtenstein на протяжении первого месяца после выписки жаловались на ощущение инородного тела, дискомфорт в паховой области на стороне операции во время движения и при наклонах корпуса. Вышеуказанные субъективные данные оставались у 23 пациентов (76,7 %) в течение 6 месяцев и у 7 пациентов (23,3 %) – на протяжении 12 месяцев после операции.

Комбинация спинномозговой анестезии современными анестетиками (Омникаин, Букаин, Маркаин, Анекаин) с ненатяжной, щадящей к тканям, физиологической пластикой пахового канала по методу Desarda является важным элементом в лечении пациентов с паховой грыжей, которая изменяет качество жизни после операции в лучшую сторону.

Выводы.

Операция Desarda – технически проста для понимания и выполнения общими хирургами, исключает все осложнения, связанные с использованием синтетического материала. Комбинация ненатяжной герниопластики по Desarda и спинномозговой анестезии является хорошим решением проблемы послеоперационной боли. Герниопластика по Desarda сохраняет

физиологическую функцию пахового канала после операции, что подтверждено с помощью УЗИ.

Качество жизни пациентов после герниопластики паховой грыжи по методам M.P. Desarda и I.L. Lichtenstein.

Таблица №1

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ		Герниопластика по методу Desarda			Герниопластика по методу Lichtenstein		
		СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ					
		1 мес	6 мес	12 мес	1 мес	6 мес	12 мес
ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ	Физическое функционирование	79 ± 10,4	97,5 ± 2,5	98,7 ± 2,3	77 ± 9,9	90,2 ± 10,3	93,7 ± 10,4
	Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	55,4 ± 29,3	91,6 ± 11,9	96 ± 17,8	51,2 ± 23,7	85 ± 18,1	92,5 ± 18,7
	Интенсивность боли	66,9 ± 19,1	94,9 ± 11,6	96,4 ± 6,2	62,2 ± 20,8	89,7 ± 16,8	94,8 ± 6,9
	Общее состояние здоровья	63 ± 22,9	90 ± 17,6	94 ± 4,8	59 ± 22,3	86 ± 19,5	92 ± 4,9
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ	Жизненная активность	76 ± 18,6	92,5 ± 10,9	86,3 ± 6,7	71 ± 20,9	89,2 ± 12,3	85,2 ± 4,9
	Социальное функционирование	80 ± 24,9	87,5 ± 19,4	98,75 ± 3,8	71,6 ± 25,2	83,3 ± 18,9	94,17 ± 6,3
	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	66,6 ± 42,9	98,9 ± 6,1	100 ± 0	57,7 ± 41,9	93,3 ± 13,5	91,1 ± 21,3
	Психическое здоровье	73,6 ± 20	89,3 ± 11,6	93,46 ± 4,5	68,8 ± 19,3	83 ± 14,8	92 ± 3,9

Примечание: качество жизни по всем 8 группам показателей представлено в таблице в балах таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Литература

1. Воскресенский Н.В. Хирургия грыж брюшной стенки / Н.В. Воскресенский, С.Л. Горелик. – М: Медицина, 1965. – 327 с.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. – Симферополь: Бизнес–Информ, 2002. – 440 с.
3. Защемлені грижі / І.Є. Верхулецький, О.Г. Гринцов, Ю.Л. Куніцький, В.П. Танцюра, В.Й. Ороховський, Л.І. Василенко, С.В. Межаков, О.Г. Кот, В.В. Філіна, І.С. Бомбушкар. – Донецьк: Видавництво „Донеччина”, 2003. – 160 с.
4. Йоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж. – М.: Медицина, 1968. – 180 с.
5. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. – М.: Медицина, 1969. – 440 с.
6. Мясников А.Д. Герниология для врачей общехирургических стационаров / А.Д. Мясников, С.А. Колесников. – Белгород, 2005. – 348 с.
7. Натяжная герниопластика / Под ред. В.Н. Егиева. – М.: Медпрактика, 2002. – 148 с.
8. Нестеренко Ю.А. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала / Ю.А. Нестеренко, Р.М. Газиев. – М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2005. – 144 с.
9. Основные грыжесечения / В.И. Ороховский, И. Гастингер, В. Гусак, Ф. Кекерлинг, И. Хорнтрих, Ш. Шваниц. – МУНЦЭХ, КИТИС: Ганновер–Донецк–Коттбус, 2000. – 236 с.
10. Современные методы лечения брюшных грыж / В.В. Грубник, А.А. Лосев, Н.Р. Баязитов, Р.С. Парфентьев. – К.: Здоров'я, 2001. – 279 с.
11. Тимошин А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.А. Шестаков. – М.: Изд–во “Триада–Х”, 2003 – 144с.
12. Черенько М.П. Брюшные грыжи. – К.: Здоров'я, 1995. – 262 с.
13. Bhattacharjee P.K. New method of inguinal hernia repair by Dr. Desarda. Surgical options in inguinal hernia: which is best – a review article // Indian J Surg, 2006; 4(68): 197.

14. Desarda M.P. Comparative study of open mesh repair and Desarda's no mesh repair in a set up of a district hospital in India // *East & Centr Afr J Surg*, 2006; 2(11): 28–34.
15. Desarda M.P. No-mesh inguinal hernia repair with continuous absorbable sutures: a dream or reality? (A study of 229 patients) // *Saudi J Gastroenterol*, 2008; 3(14): 122–127.
16. Desarda M.P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) // *Hernia*, 2006; 10: 143–146.
17. Jess P., Hauge C., Hansen C.R. Long term results of repair of the internal ring for primary inguinal hernia // *Euro J Surg*, 1999; 8(165): 748–750.
18. Kapała A., Szopiński J., Prywiński S., Szmytkowski J., Dąbrowiecki S. Results of inguinal hernia repair by Desarda technique after 3-years of observation // 29-th International Congress of the European Hernia Society (6–9 May 2007), Athens, Greece. – P 109.
19. Kusnierczuk R., Lorek M. Inguinal hernia repair using own surgical technique – results of 500 operative procedures // *Chirurgia Polska*, 2003; 5(3): 145–153.
20. Losanoff J.E., Millis J.M. Aponeurosis instead of prosthetic mesh for inguinal hernia repair: neither physiological nor new. Letters to the editor: Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) // *Hernia*, 2006; 10: 199–200.
21. Mitura K., Romańczuk M. Comparison between two methods of inguinal hernia surgery – Lichtenstein and Desarda // *Pol Merkur Lekarski*, 2008; 24(143): 392-395.
22. Read R.C. The contributions of Usher and others to the elimination of tension from groin herniorrhaphy // *Hernia*, 2005; 9(3): 208–211.
23. Szopiński J., Dąbrowiecki S. Advanced internet software in providing multicenter trials on the base of comparison of the Desarda and Lichtenstein techniques in primary hernia repair – preliminary results // 63-rd Congress of the Association of Polish Surgeons (12–15 Sept 2007), Poznan, Poland. – P 32.