

© Коллектив авторов, 2017
УДК [616.34-007.43-031:611.957]:616-089

Б. В. Сигуа¹, В. П. Земляной¹, С. В. Петров², Г. М. Рутенбург², А. А. Козобин²

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ *

¹ Кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова (зав. — засл. врач РФ проф. В. П. Земляной), ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург; ² СПбГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» (главврач — проф. С. В. Петров), Санкт-Петербург

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты диагностики и лечения 136 пациентов. В основную группу были включены 52 пациента, находившиеся на лечении с 2015 по 2016 г., у которых использовали индивидуальную лечебно-диагностическую тактику с активным применением диагностической и лечебной лапароскопии. Контрольную группу составили 84 пациента, леченных с 2011 по 2014 г., в которой отсутствовала единая диагностическая и лечебная концепция, что приводило к поздней диагностике и неудовлетворительным результатам лечения. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Исследование показало, что в основной группе больных частота общих осложнений уменьшилась с 25 до 1,9%, местных осложнений — с 29,8 до 5,7% ($p < 0,05$), а летальность — с 8,3 до 0%. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Использование индивидуальной лечебно-диагностической тактики у пациентов существенно улучшило результаты лечения.

Ключевые слова: ущемленная паховая грыжа, диагностика, лапароскопическая герниопластика

B. V. Sigua¹, V. P. Zemlyanoy¹, S. V. Petrov², G. M. Rutenburg², A. A. Kozobin²

Methods of improvement of treatment results in patients with strangulated inguinal hernias

¹ I. I. Grekov department of faculty surgery, I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg;

² Municipal hospital of St. Elizabeth

OBJECTIVE. The authors investigated the ways of improvement the results of treatment and diagnostics of patients with strangulated inguinal hernias. **MATERIAL AND METHODS.** An analysis of diagnostic and treatment results was made in 136 patients. The main group included 52 patients who underwent treatment at the period from 2015 till 2016. An individual treatment and diagnostic strategy was applied for these patients, where diagnostic and therapeutic laparoscopy was actively used. The control group consisted of 84 patients who were treated at the period from 2011 till 2014. There was a common diagnostic and treatment strategy. That management led to late diagnostics and unsatisfactory treatment results. **RESULTS.** The research showed that the rate of common complications decreased from 25 to 1,9% and the rate of local complications reduced from 29,8 to 5,7% ($p < 0,05$). The lethality dropped from 8,3 to 0%. **CONCLUSIONS.** The application of individual diagnostic and treatment approach allowed doctors to reduce levels of common and local complications and morbidity rate in patients with strangulated inguinal hernias.

Key words: *strangulated inguinal hernia, diagnostics, laparoscopic hernioplasty*

Введение. Улучшение результатов лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами является одной из актуальных проблем экстренной хирургии. Так, по статистике, в Санкт-Петербурге на сегодняшний день сохраняется высокая частота послеоперационных осложнений, а количество летальных исходов не меняется в течении последних десятилетий, сохраняясь на уровне 4–7% [3–5]. Неудовлетворительные результаты лечения связаны со многими факторами, наиболее

важным из которых является время с момента ущемления [1, 2, 5, 7]. Только 35–40% больных с ущемленными грыжами поступают в стационары до 6 ч с момента заболевания, а с увеличением этого времени резко возрастает частота развития осложнений [1, 3–6]. Кроме того, имеют место диагностические и тактические ошибки на разных этапах оказания медицинской помощи [1, 6, 8]. На госпитальном этапе улучшить результаты лечения, обеспечить раннюю диагностику ущем-

* Доклад на научно-практической конференции «Современные технологии лечения грыж передней брюшной стенки» (Санкт-Петербург, 20–21.04.2017 г., Санкт-Петербургская клиническая больница РАН).

ления, исключить неоправданные лапаротомии, уменьшить количество диагностических и тактических ошибок позволяет широкое внедрение таких современных методов диагностики, как спиральная компьютерная томография (СКТ) и лапароскопия [1, 5, 9]. Использование лапароскопической методики устранения ущемления и герниопластики позволяет снизить степень хирургической агрессии и, как следствие, сократить сроки реабилитации [1, 5, 9–11].

Цель исследования — улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами путем разработки и внедрения в клиническую практику дифференцированной лечебно-диагностической тактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 136 пациентов с ущемленными паховыми грыжами, находившихся на лечении в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга, в период с 2011 по 2016 г. В основную группу (1-я группа) были включены 52 пациента, находившиеся на лечении с 2015 по 2016 г., из них мужчин было 45 (86,5%), женщин — 7 (13,5%). При лечении пациентов 1-й группы использовали индивидуальную лечебно-диагностическую тактику с активным применением диагностической и лечебной лапароскопии. Контрольную группу (2-я группа) составили 84 пациента, лечившиеся с 2011 по 2014 г., из них мужчин было 60 (71,4%), женщин — 24 (28,6%). В этой группе отсутствовала единая диагностическая и лечебная концепция, что приводило к поздней диагностике и, как следствие, задержке оперативного лечения — пациентов часто оперировали позднее 2 ч от поступления, что являлось причиной большого числа осложнений. Возраст больных в исследуемых группах варьировал от 20 до 92 лет, средний возраст составил $(61,7 \pm 19,1)$ года.

Использование стандартизованного подхода в оценке типа грыжи и времени ущемления позволило обеспечить преемственность в оказании неотложной хирургической помощи, сформировать репрезентативную выборку, а также проводить объективный сравнительный анализ. Для определения типа паховых грыж мы использовали классификацию, предложенную L.M.Nyhus (1993). Среди больных 2-й группы I тип паховой грыжи был диагностирован у 3 (3,6%), II тип — у 24 (28,6%), IIIA тип — у 26 (30,9%), IIIB тип — у 25 (29,7%), IVA тип — у 2 (2,4%) и IVB тип — у 4 (4,8%). В 1-й группе I тип паховой грыжи установлен у 1 (1,9%) пациента, II тип — у 27 (51,9%), IIIA тип — у 7 (13,5%), IIIB тип — у 12 (23,1%), IVA тип — у 2 (3,9%), а IVB тип — у 3 (5,7%). Как в основной, так и в контрольной группе у подавляющего числа пациентов имелись косые паховые грыжи, преимущественно типов II–IIIА.

Результаты. Пациенты с осложненной ущемленной паховой грыжей встречались в обеих группах. В структуре осложнений ущемленных грыж были отмечены: кишечная непроходимость — у 5 (9,6%) больных в 1-й группе, 18 (21,4%) — во 2-й группе, некроз тонкой кишки — у 7 (13,5%) в 1-й группе, у 17 (20,2%) — во 2-й группе; некрозы различных

отделов толстой кишки — у 6 (7,2%) пациентов 2-й группы; большого сальника — у 2 (3,8%) в 1-й группе, у 8 (9,5%) — во 2-й группе, а также флегмона грыжевого мешка — у 2 (2,4%) — во 2-й группе.

Анализ взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов обеих групп позволил установить, что количество осложнений, в том числе некроз ущемленного органа, значительно увеличивалось при сроках ущемления более 8 ч. При этом основное количество осложнений пришлось на сроки ущемления более 12 ч. Следует отметить, что большинство пациентов во 2-й группе были оперированы позднее 8 ч от момента ущемления, тогда как в 1-й группе, благодаря разработанной индивидуальной лечебно-диагностической тактике, оперативные вмешательства чаще выполнялись до 8 ч с момента ущемления.

При поступлении всем пациентам 2-й (контрольной) группы после физикального обследования, выполняли стандартные лабораторные исследования, по показаниям — обзорную рентгенографию брюшной полости. В дальнейшем при исключении явных осложнений паховой грыжи проводили динамическое наблюдение. Всем пациентам 1-й (основной) группы при поступлении применяли индивидуальную лечебно-диагностическую тактику, которая заключалась в последовательном использовании инструментальных методик для проведения дифференциально-диагностического поиска. Так, если после объективного осмотра диагноз ущемления исключить невозможно, то проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) паховой области и органов брюшной полости, которое выполнено у 19 (36,5%) пациентов. При невысокой информативности УЗИ применяли СКТ — выполнена 2 пациентам (3,9%), а в наиболее сложных ситуациях выполняли диагностическую лапароскопию, которая всегда позволяла исключить или подтвердить диагноз.

Обсуждение. Учитывая данные ретроспективного анализа и неудовлетворенность полученными результатами, в лечении пациентов основной группы использовали разработанную индивидуальную лечебно-диагностическую тактику, которая основывалась на следующих принципах.

1. Если срок ущемления паховой грыжи не превышал 8 ч, то при отсутствии противопоказаний к карбоксиперитонеуму выполняли диагностическую лапароскопию. При этом производили оценку состояния ущемленного органа, его жизнеспособность, диаметр грыжевых ворот

и степень несостоятельности задней стенки пахового канала, а также ревизию органов брюшной полости.

2. После устранения ущемления при жизнеспособности ущемленного органа осуществляли трансабдоминальную предбрюшинную герниопластику (ТАРП) по общепринятой методике — 25 (48,0 %) наблюдений.

3. Если срок ущемления превышал 8 ч и (или) при наличии противопоказаний к диагностической лапароскопии выполняли операцию по устранению ущемленной паховой грыжи традиционным доступом. При жизнеспособности ущемленного органа применяли протезирующую герниопластику (операцию Лихтенштейна) — у 18 (34,6 %) пациентов, а при некрозе ущемленного органа после его резекции осуществляли пластику задней стенки пахового канала по способу Бассини — 9 (17,3 %) больных.

В послеоперационном периоде осложнения местного характера были отмечены в 29,8 % (25) наблюдений во 2-й группе и у 5,7 % (3) — в 1-й группе, причем большинство из них были оперированы позднее 8 ч с момента ущемления (таблица).

Следует отметить, что осложнения общего характера также чаще встречались во 2-й группе — 25 % (21) наблюдений, в 1-й группе осложнение диагностировано только у 1 пациента (1,2 %), что связано, вероятнее всего, с выраженными соматическими заболеваниями, недостаточной предоперационной подготовкой и профилактикой послеоперационных осложнений. Были отмечены следующие осложнения: пневмония (4,8 %), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2,4 %), ранняя спаечная кишечная непроходимость (2,4 %), тромбоз мезентериальных сосудов (2,4 %), перитонит (1,2 %), желудочно-кишечное кровотечение (1,2 %) и др.

Неблагоприятный исход отмечен только в контрольной группе — из 84 пациентов умерли 7

(8,3 %). В 1-й группе летальных исходов не было. Отмечена убедительная взаимосвязь между частотой летальных исходов и временем выполнения оперативного вмешательства. Так, в 6 летальных исходах из 7 оперативное лечение было осуществлено через 8 ч с момента ущемления и позднее.

Основными причинами летальных исходов во 2-й (контрольной) группе были: интоксикация, полиорганная недостаточность — у 3 (3,6 %) больных, острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 2 (4,2 %), ТЭЛА — у 1 (1,2 %), тромбоз мезентериальных сосудов, перитонит — у 1 (1,2 %).

Выводы. 1. Комплексный диагностический подход, включающий использование УЗИ, СКТ передней брюшной стенки и органов брюшной полости, а также диагностическую лапароскопию, позволяет у 100 % больных своевременно поставить правильный диагноз и адекватно оценить жизнеспособность ущемленных органов.

2. Ущемленный характер паховой грыжи не является противопоказанием к использованию протезирующих методов герниопластики, в том числе лапароскопической, при сроках ущемления до 8 ч и жизнеспособности ущемленного органа.

3. При ущемлении паховой грыжи длительностью более 8 ч и (или) при наличии противопоказаний к лапароскопии, при отсутствии некроза ущемленного органа, целесообразно использовать герниопластику по Лихтенштейну. При некрозе ущемленного органа после его резекции целесообразно завершение оперативного вмешательства в виде пластики задней стенки пахового канала по способу Бассини.

4. Предложенный дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм с применением диагностической лапароскопии и лапароскопической герниопластики позволяет достоверно снизить частоту общих послеоперационных осложнений и летальность.

Распределение больных с ущемленными паховыми грыжами по частоте местных послеоперационных осложнений в зависимости от сроков ущемления

Характер осложнений	Сроки ущемления, часы					
	1-я группа			2-я группа		
	До 8	8–12	Более 12	До 8	8–12	Более 12
Серома раны, абс. число (%)	–	1 (1,9)	–	–	–	–
Инфильтрат раны, абс. число (%)	–	–	1 (1,9)	–	2 (2,4)	4 (4,8)
Нагноение раны, абс. число (%)	–	–	–	–	–	5 (5,9)
Фуникулит, абс. число (%)	–	–	1 (1,9)	–	2 (2,4)	2 (2,4)
Водянка яичка, абс. число (%)	–	–	–	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)
Всего, абс. число (%)		1 (1,9)	2 (3,8)	1 (1,2)	5 (6)	19 (22,6)

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Ермолов А. С., Благовестнов Д. А., Упырев А. В., Ильичев В. А. Общие принципы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки // Мед. альманах. 2009. № 3. С. 23–24 [Ermolov A. S., Blagovestnov D. A., Upyrev A. V., Il'ichev V. A. Obshchie printsipy khirurgicheskogo lecheniya ushchemlennykh gryzh bryushnoi stenki // Meditsinskii al'manakh. 2009. № 3. P. 23–24].
2. Жуков Б. Н., Быстров С. А., Шестаков Е. В. Оптимизация хирургического лечения больных с ущемленной грыжей брюшной стенки // Хирургия. 2014. № 8. С. 67–70 [Zhukov B. N., Bystrov S. A., Shestakov E. V. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s ushchemlennoi gryzhei bryushnoi stenki // Khirurgiya. 2014. № 8. P. 67–70].
3. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2010, 2011, 2012 г. СПб.: НИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2012. 14 с. [Informatsionnye materialy po neotlozhnoi khirurgicheskoi pomoshchi pri ostrykh zabolevaniyakh organov bryushnoi polosti v Sankt-Peterburge za 2010, 2011, 2012 god. St. Petersburg: NIISP im. I. I. Dzhanelidze, 2012. 14 p.].
4. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2015 г. СПб.: Фирма «Стикс», 2016. 16 с. [Informatsionnye materialy po neotlozhnoi khirurgicheskoi pomoshchi pri ostrykh zabolevaniyakh organov bryushnoi polosti v Sankt-Peterburge za 2015 g. St. Petersburg: Firma «Stiks», 2016. 16 p.].
5. Коваленко А. А., Веселов Ю. Е., Левин Л. А., Творогов Д. А., Николенко Д. Б. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в ее снижении // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та. 2007. Сер. 11. № 3. С. 80–95 [Kovalenko A. A., Veselov Yu. E., Levin L. A., Tvorogov D. A., Nikolenko D. B. Struktura letal'nosti pri ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniyakh organov bryushnoi polosti i rol' endovideokhirurgicheskoi tekhnologii v ee snizhenii // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2007. Ser. 11. № 3. P. 80–95].
6. Ромашкин-Тиманов М. В., Барсукова И. М., Терешичев А. А. Ущемленные наружные грыжи живота. Тактика врача на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи // Скорая мед. помощь. 2015. № 4. С. 57–61 [Romashkin-Timanov M. V., Barsukova I. M., Tereshichev A. A. Ushchemlennye naruzhnye gryzhi zhivota. Taktika vracha na dogospital'nom etape skoroj meditsinskoi pomoshchi // Skoraya meditsinskaya pomoshch'. 2015. № 4. P. 57–61].
7. Abi-Haidar Y., Sanchez V., Itani K. M. Risk factors and outcomes of acute versus elective groin hernia surgery // J. Amer. Coll. Surg. 2011. Vol. 213, № 3. P. 363.
8. Aerts B. R., Plaisier P. W., Jakma T. S. Adductor longus tendon rupture mistaken for incarcerated inguinal hernia // Injury. 2014. № 45. P. 639–641.
9. Deeba S., Purkayastha S., Paraskevas P., Athanasiou T. et al. Laparoscopic approach to incarcerated and strangulated inguinal hernias // JSL. 2009. № 13. P. 327–331.
10. Ferzli G., Shapiro K., Chaudry G., Patel S. Laparoscopic extra-peritoneal approach to acutely incarcerated inguinal hernia // Surg. Endosc. 2004. № 18. P. 228–231.
11. Legnani G. L., Rasini M., Pastori S., Sarli D. Laparoscopic transperitoneal hernioplasty (TAPP) for the acute management of strangulated inguino-crural hernias : a report of nine cases // Hernia. 2008. № 12 (2). P. 185–188.

Поступила в редакцию 09.02.2017 г.

Сведения об авторах:

Сигуа Бадри Валериевич (e-mail: dr.sigua@gmail.com), д-р мед. наук, доц.; *Земляной Вячеслав Петрович*

(e-mail: vyacheslav.zemlyanoy@szgmu.ru), д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой; кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47;

Петров Сергей Викторович (e-mail: psvsurg@mail.ru), д-р мед. наук, проф., главный врач; *Рутенбург Григорий Михайлович*

(e-mail: gmrutenberg@mail.ru), д-р мед. наук, проф., зав. 3-м хир. отделением; *Козобин Александр Анатольевич* (e-mail: akozobin@mail.ru), врач-хирург 3-го хирургического отделения; Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14.