

© В. В. Стрижелецкий, С. А. Макаров, А. Б. Ломя, 2017  
УДК 616.34-007.43-031::611.957:616-089-072.1

В. В. Стрижелецкий, С. А. Макаров, А. Б. Ломя

## ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Городская больница Святого Великомученика Георгия (главврач — д-р мед. наук проф. В. В. Стрижелецкий), Городской центр инновационных медицинских технологий, Санкт-Петербург

**ЦЕЛЬ.** Изучение результатов лечения пациентов, перенесших лапароскопическую протезирующую герниопластику. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Анализируются результаты хирургического лечения 1303 пациентов с паховыми грыжами, проведенного в Городском центре инновационных медицинских технологий при Городской больнице Святого Великомученика Георгия с марта 2013 г. по декабрь 2016 г. 1199 пациентам была выполнена лапароскопическая протезирующая герниопластика сетчатым протезом, 104 пациентам — традиционная радикальная операция ликвидации паховой грыжи с герниопластикой по Лихтенштейну. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Лапароскопическая протезирующая герниопластика обладает большей клинической эффективностью, по сравнению с традиционными вмешательствами, для хирургического лечения паховых грыж любой сложности.

**Ключевые слова:** малоинвазивная хирургия, лапароскопия, паховая грыжа, герниопластика, герниология

*V. V. Strizheletskiy, S. A. Makarov, A. B. Lomiya*

### Experience of endovideosurgical method in treatment of patients with inguinal hernias

Municipal hospital of St. George, City Centre of Innovative Medical Technologies, St. Petersburg

**OBJECTIVE.** This article analyzed the results of surgical treatment of patients who underwent laparoscopic hernioplasty. **MATERIAL AND METHODS.** The results of surgery of 1303 patients with inguinal hernia were assessed. All the patients were operated on in City Centre of Innovative Medical Technologies at the period from March 2013 to December 2016. Laparoscopic prosthetic hernioplasty using mesh prosthesis was carried out on 1199 patients. Traditional Liechtenstein hernia repair had 104 patients. **RESULTS.** The research showed that laparoscopic hernia repair had greater clinical efficacy as compared with traditional hernia repair. It appeared to be preferable choice of surgical treatment of inguinal hernias of any complexity.

**Key words:** *minimally invasive surgery, laparoscopy, inguinal hernia, hernioplasty, herniology*

**Введение.** Ткани брюшной стенки практически не способны к регенерации, и только хирургическая пластика способна устранить образовавшийся дефект [1]. Ведущим в патогенезе развития грыж является неспособность брюшной стенки по различным причинам адекватно противостоять изменениям внутрибрюшного давления, особенно в паховой области, поэтому задачей оперативного лечения грыж является создание мощной тканевой структуры в зоне ослабленных и недостаточных анатомических структур передней брюшной стенки [2, 3, 6].

Широкое внедрение в хирургические клиники лапароскопических технологий нашло применение в лечении больных с паховыми грыжами, что позволило заметно улучшить результаты лечения таких больных [7].

Лапароскопическая герниопластика (ЛГ) зарекомендовала себя как современный и высокоэффективный хирургический метод, позволивший

значительно сократить сроки реабилитации пациентов, улучшить качество их жизни и снизить частоту осложнений и рецидивов [4].

Большую группу пациентов с паховыми грыжами составляют мужчины молодого и среднего возраста, нуждающиеся в полной и максимально быстрой реабилитации, включающей в себя подготовку к большим физическим нагрузкам. ЛГ является технологией, показанной больным этой группы [5].

Цель исследования — изучение результатов лечения пациентов, перенесших лапароскопическую протезирующую герниопластику.

**Материал и методы.** В исследование включен ретроспективный анализ 1303 историй болезни пациентов, подвергшихся оперативному лечению по поводу паховой грыжи в период с марта 2013 г. по декабрь 2016 г. Изучены результаты 1303 оперативных вмешательств по поводу паховых грыж, из них 1199 (92 %) выполнены лапароскопическим методом (ЛГ) и 104 (8 %) — традиционным способом (герниопластика по Лихтенштейну).

При анализе оценивали длительность оперативного вмешательства, продолжительность пребывания в стационаре, частоту и тяжесть послеоперационных осложнений и рецидивов.

Необходимо отметить, что авторами настоящего исследования был накоплен большой клинический опыт систематического применения ЛГ с 1990 г. в ведущих центрах Санкт-Петербурга.

**Результаты и обсуждение.** ЛГ выполнялась из трех проколов передней брюшной стенки, оптический 10- или 5-мм троакары устанавливали под пупком, 5-мм троакар — на стороне грыжи в латеральной области, 11/12-мм троакар — контралатерально. Париетальную брюшину рассекали горизонтальным разрезом с захватом трех ямок и тщательно выделяли. Грыжевой мешок тупым и острым методом выделяли и инвагинировали в брюшную полость. Резекцию грыжевого мешка ни в одном из случаев не производили. Сетчатый протез с горизонтальным раскроем устанавливали предбрюшинно с подведением нижнего лепестка раскроя под мобилизованный семенной канатик или круглую связку матки и с обязательным закрытием всех трех ямок, а по показаниям — и надпузырной ямки. При выделении крупных пахово-мошоночных грыж (234 операции, 18%) практиковалась постановка 5-мм полихлорвинилового дренажа трансабдоминально и предбрюшинно с подведением под семенной канатик. При фиксации протеза в большинстве случаев использовали многоцветный герниостеплер, прошивающий П-образными титановыми скобками. Использовали также одноразовые герниостеплеры со спиралевидными фиксаторами, особенно при фиксации к лобковой кости. В дальнейшем производили перитонизацию.

Мы использовали в большинстве случаев стандартный сетчатый полипропиленовый эндопротез «ЭСФИЛ стандартный» фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург) размерами 10×15 см. Это классический сетчатый эндопротез из монофиламентного полипропилена для пластики мягких тканей. Эндопротез сочетает в себе высокие показатели биологической инертности, устойчивости к инфекции и механической прочности. У 75 (5,75%) пациентов использовали сетчатый протез объёмной анатомической формы с наличием контура, обладающего эффектом памяти, «3DMax» фирмы «BARD». 25 (1,91%) пациентам выполняли лапароскопическую протезирующую герниопластику по поводу рецидива. Все пациенты ранее были прооперированы в других стационарах города, 19 из них ранее выполняли традиционную герниопластику собственными тканями, 6 пациентам — герниопластику по Лихтенштейну. Средняя

продолжительность лапароскопических операций составила 35 мин, в то время как традиционных — 95 мин. Традиционные оперативные вмешательства по поводу паховых грыж производили в 104 (8%) случаях. Во всех случаях выполняли радикальную операцию ликвидации паховой грыжи с герниопластикой по Лихтенштейну полипропиленовой сеткой фирмы «Линтекс». Производилось данное вмешательство только при наличии у пациентов противопоказаний к наркозу, связанных с отягощающими сопутствующими патологическими состояниями. Послеоперационный койко-день при лапароскопических вмешательствах составил 3–4 дня.

За период исследования в группе лапароскопических операций послеоперационные осложнения отмечены у 32 (2,66%) пациентов: у 13 — гематома мошонки, у 9 — невралгия кожного латерального нерва, у 10 — фуникулит. Все они устранены консервативными методами. Рецидивы грыж отмечены у 2 (0,16%) больных в поздние сроки (через 2 года). Пациенты оперированы повторно с использованием лапароскопической техники.

В группе традиционных вмешательств по поводу паховой грыжи отмечено 9 (7,69%) послеоперационных осложнений: у 5 — серома послеоперационной раны, у 3 — гематома мошонки. Рецидив отмечен у 2 (1,9%) больных, в период от 6 мес до 1 года.

Анализ полученных результатов позволяет сделать выводы, что по сравнению с традиционными вмешательствами, ЛГ имеет целый ряд преимуществ, к которым мы относим патогенетическую обоснованность вмешательства, включая протезирование без натяжения задней стенки пахового канала до поперечной фасции, малую травматичность, раннюю реабилитацию, высокое качество жизни после операции, хороший косметический эффект, малый процент рецидивов и осложнений, а также возможность выполнения симультанных операций, в том числе одномоментного лечения двусторонних и комбинированных грыж. К одним из явных достоинств лапароскопической технологии относится дооперационная диагностика, которая позволяет определить локализацию, вид грыжи, её размеры; оценить выраженность спаечного процесса, выявить другие патологические изменения в брюшной полости, а также определить показания к тому или иному способу коррекции данного патологического состояния.

**Выводы.** 1. Продолжительность ЛГ была, в среднем, на 30 мин меньше, чем традиционных вмешательств.

2. Число послеоперационных осложнений при лапароскопических операциях значительно меньше, чем при традиционных.

3. ЛГ паховых грыж обладает большей клинической эффективностью, по сравнению с традиционными вмешательствами.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб.: Фолиант, 2000. 176 с. [Emel'yanov S. I., Protasov A. V., Rutenburg G. M. Endokhirurgiya pakhovykh i bedrennykh gryzh. St. Petersburg: Foliant, 2000. 176 p.]
2. Кубышкин В. А., Ионкин Д. А. Лапароскопическая герниопластика // Эндоскопическая хирургия. 1995. № 2. С. 42–47 [Kubyshkin V. A., Ionkin D. A. Laparoskopicheskaya gernioplastika // Endoskopicheskaya khirurgiya. 1995. № 2. P. 42–47].
3. Луцевич О. Э., Алибеков К. Т., Байгазаков А. Т. и др. Качество жизни больных после лапароскопической и открытой герниопластики паховых грыж // Эндоскопическая хирургия. 2014. № 5. С. 42–44 [Lutsevich O. E., Alibekov K. T., Baigazakov A. T. et al. Kachestvo zhizni bol'nykh posle laparoskopicheskoi i otkrytoi gernioplastiki pakhovykh gryzh // Endoskopicheskaya khirurgiya. 2014. № 5. P. 42–44].
4. Рутенбург Г. М., Стрижелецкий В. В., Гуслев А. Б., Чуйко И. В. Ближайшие результаты лапароскопической герниопластики при паховых и бедренных грыжах // Хирургия. 1995. № 5. С. 27–29 [Rutenburg G. M., Strizheletskii V. V., Guslev A. B., Chuiko I. V. Blizhaishie rezul'taty laparoskopicheskoi gernioplastiki pri pakhovykh i bedrennykh gryzhakh // Khirurgiya. 1995. № 5. P. 27–29].
5. Седов В. М., Гуслев А. Б., Стрижелецкий В. В., Рутенбург Г. М. и др. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. СПб., 1995. 58 с. [Sedov V. M., Guslev A. B., Strizheletskii V. V., Rutenburg G. M. et al. Laparoskopicheskaya gernioplastika pri pakhovykh gryzhakh. St. Petersburg, 1995. 58 s.]
6. Стрижелецкий В. В., Гуслев А. Б., Рутенбург Г. М. Эндовидеохирургическая герниопластика сложных паховых грыж // Эндоскопическая хирургия. 2006. № 3. С. 21–24 [Strizheletskii V. V., Guslev A. B., Rutenburg G. M. Endovideo-khirurgicheskaya gernioplastika slozhnykh pakhovykh gryzh // Endoskopicheskaya khirurgiya. 2006. № 3. P. 21–24].
7. Стрижелецкий В. В., Михайлов А. П., Рутенбург Г. М., Гуслев А. Б., Бондаренко Р. В. Эндовидеохирургическая герниопластика паховых грыж: Методические рекомендации. СПб., 2011 [Strizheletskii V. V., Mikhailov A. P., Rutenburg G. M., Guslev A. B., Bondarenko R. V. Endovideo-khirurgicheskaya gernioplastika pakhovykh gryzh: Metodicheskie rekomendatsii. St. Petersburg, 2011].

Поступила в редакцию 09.02.2017 г.

#### Сведения об авторах:

Стрижелецкий Валерий Викторович (e-mail: [strivav@mail.ru](mailto:strivav@mail.ru)), д-р мед. наук, проф., главврач больницы; Макаров Сергей Анатольевич (e-mail: [serzh\\_makarov00@mail.ru](mailto:serzh_makarov00@mail.ru)), канд. мед. наук, руков. Городского центра инновационных медицинских технологий; Ломя Александр Бадриевич (e-mail: [jambazi@bk.ru](mailto:jambazi@bk.ru)), хирург того же центра; Городская больница Святого Великомученика Георгия, Городской центр инновационных медицинских технологий, 194354, Санкт-Петербург, Северный пр., 1.