

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.34-007.43-031.5::611.957:616.381-072.1-089

В. П. Земляной, Б. В. Сигуа, Д. С. Сёмин, Э. Р. Сопия

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ*

Кафедра факультетской хирургии им. И. И. Грекова (зав. — д-р мед. наук проф. В. П. Земляной),
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение факторов риска формирования надпузырных грыж и рецидивов у пациентов с двусторонними паховыми грыжами после лапароскопической герниопластики и разработка решения данной проблемы. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Анализ результатов лечения 84 пациентов на основании клинического ультразвукового исследования через 3–5 лет после операции. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Определены факторы высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж — сочетание особенностей трудовой и спортивной деятельности с повышенными физическими нагрузками и хроническими заболеваниями, с регулярными подъёмами внутрибрюшного давления. Определен алгоритм выбора способа лапароскопической операции: при высоких рисках показано тотальное протезирование надпузырных и паховых областей по разработанной оригинальной методике, а при отсутствии таковых — стандартная отдельная герниопластика. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Предложенный алгоритм позволяет достоверно снизить частоту рецидивов и формирования надпузырных грыж.

Ключевые слова: двусторонняя паховая грыжа, надпузырная грыжа, лапароскопическая герниопластика

V. P. Zemlyanoy, B. V. Sigua, D. S. Syomin, E. P. Sopiya

Endovideosurgical aspects of treatment of bilateral inguinal hernias

Department of faculty surgery named after I. I. Grekov, I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg

OBJECTIVE. The article detected risk factors of supramesial hernia formation and its recurrence in patients with bilateral inguinal hernias after laparoscopic hernioplasty. The authors would like to develop strategy in order to solve this problem. **MATERIAL AND METHODS.** An analysis of treatment results was made in 84 patients. The research was based on ultrasound clinical data at the period of 3–5 years after operation. **RESULTS.** Factors of high recurrence rate and supramesial hernia formation were identified as combination of features of work activity and increased physical exertion accompanied by chronic diseases and regular intra-abdominal rise of pressure. The algorithm of choice among various laparoscopic methods of surgery was designed. Total prosthesis of supramesial and inguinal regions using developed original technique is recommended for application in cases of high risk group. Standard separate hernioplasty could be used in an absence of high risk. **CONCLUSIONS.** The proposed algorithm allowed doctors to reduce the rate of recurrence and formation of supramesial hernias.

Key words: bilateral hernia, supramesial hernia, laparoscopic hernioplasty

Введение. Эндовидеохирургическое лечение пациентов с паховыми грыжами имеет ряд преимуществ и характеризуется меньшей травматичностью, а в последние годы признано в качестве «золотого» стандарта лечения, особенно при двусторонней локализации паховых грыж [4–6]. Наиболее широко распространена методика предбрюшинной протезирующей герниопластики. Традиционно при лапароскопической герниопластике у пациентов с двусторонней пахо-

вой грыжей выполняют отдельное билатеральное протезирование отдельными сетчатыми трансплантатами [2, 3, 7]. Одним из основных критериев эффективности хирургического лечения является частота рецидивов. У значительной части пациентов, обращающихся за повторным хирургическим лечением с подозрением на рецидив, выявляется надпузырная грыжа, ранее не существовавшая. По данным отечественных авторов [1], частота их достигает 25% от всех подозрений на рецидив

* Доклад на научно-практической конференции «Современные технологии лечения грыж передней брюшной стенки» 20–21.04.2017 г. в Санкт-Петербургской клинической больнице РАН.

после двусторонней лапароскопической герниопластики.

Цель исследования — разработка единого лечебно-диагностического алгоритма для пациентов с двусторонними паховыми грыжами.

Материал и методы. В исследование были включены 84 пациента с двусторонними паховыми грыжами, которым проводили хирургическое лечение на клинических базах нашей кафедры с 2010 по 2016 г. Был проведен ретроспективный анализ 51 наблюдения эндовидеохирургической двусторонней предбрюшинной протезирующей герниопластики с последующим контрольным обследованием через 3–5 лет после операции. Контрольное обследование включало в себя стандартизированный протокол, состоявший из анамнеза, объективного осмотра и ультразвукового исследования (УЗИ) передней брюшной стенки с визуализацией паховых и надпузырных областей, а также УЗИ брюшной полости. Стоит отметить, что предоперационная диагностика надпузырных грыж крайне затруднена, их сложно дифференцировать от прямых паховых грыж. Именно поэтому было отдано предпочтение УЗИ передней брюшной стенки, паховых и надпузырных областей. Данное исследование доступно, экономично и обладает высокой информативностью. УЗИ выполняли по единому протоколу; оно включало в себя исследование в положениях стоя, лежа, а также с применением пробы Вальсальвы. По результатам контрольного осмотра только у 1 (1,96%) пациента был выявлен односторонний рецидив паховой грыжи, а у 8 (15,68%) — надпузырные грыжи, которые ранее не определялись. У всех больных с выявленными надпузырными грыжами определяли признаки высокого риска рецидива. К ним относились связь трудовой и (или) спортивной деятельности, с физическими нагрузками и сочетание с хроническими патологическими состояниями, сопряжёнными с частыми эпизодами повышения внутрибрюшного давления (кашель, запоры, затруднение мочеиспускания и другие патологические симптомы). При ретроспективном анализе было установлено, что у пациентов с двусторонними паховыми грыжами в сочетании с профессиональной и (или) спортивной деятельностью, сопряжённой с повышенными физическими нагрузками, и наличием хронических заболеваний, сопровождающихся регулярными длительными эпизодами повышения внутрибрюшного давления, имеется высокий риск формирования надпузырной грыжи после лапароскопической двусторонней герниопластики.

С учетом полученных неудовлетворительных результатов отдельного протезирования при лапароскопической двусторонней предбрюшинной паховой герниопластике у пациентов с высоким риском формирования надпузырных грыж нами был разработан эндовидеохирургический метод тотального предбрюшинного протезирования паховых, надпузырных областей с использованием единого эндопротеза.

Технические особенности методики. Париетальную брюшину над паховыми и надпузырными областями рассекали единым листком, выделяли паховые, бедренные и надпузырные области с мобилизацией дна мочевого пузыря, использовали сетчатый трансплантат с латеральными раскроями, закрывающий паховые, бедренные и надпузырные области. Размеры протеза определяли интраоперационными измерениями с учетом коэффициента «утягивания», в среднем они составляли 30×14 см. Фиксацию и перитонизацию

протеза осуществляли в типичных точках, как при традиционной методике отдельного протезирования (патент на изобретение РФ № 2564757 «Способ лапароскопической герниопластики при двусторонних паховых грыжах», заявка № 2014133584/14, приоритет изобретения 14.08.2014 г.).

Кроме того, был разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм выбора методики лапароскопической герниопластики при двусторонних грыжах: наличие факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырной грыжи являлось показанием к тотальному протезированию по предложенной методике, а при отсутствии таковых — к традиционной отдельной билатеральной двусторонней предбрюшинной протезирующей паховой герниопластике. По разработанному алгоритму были оперированы 33 пациента с двусторонними паховыми грыжами. При этом основная и ретроспективная группы исследования были сопоставимы по возрасту (в обе группы входили пациенты молодого, среднего, пожилого и старческого возраста), по половой принадлежности (с характерным преобладанием мужчин в обеих группах — около 90%), наличию и характеру сопутствующих патологических состояний.

Результаты. В ретроспективной (контрольной) группе был выявлен рецидив паховой грыжи с одной стороны у 1 (1,96%) пациента и у 8 (15,68%) диагностирована надпузырная грыжа. В основную группу были включены 33 пациента с двусторонней паховой грыжей, которым было проведено эндохирургическое лечение по разработанному алгоритму: у 14 из них имелись факторы высокого риска рецидива и формирования надпузырной грыжи — им выполнено тотальное протезирование единым эндопротезом; у остальных 18 — традиционная отдельная герниопластика отдельными сетчатыми протезами. Стоит отметить, что у 2 пациентов, изначально входивших в подгруппу с высоким риском рецидива и формирования надпузырной грыжи, были выявлены первичные надпузырные грыжи. Длительность операции в проспективной и ретроспективной группах составила $64,6 \pm 29,3$ и $(58,6 \pm 17,5)$ мин. Послеоперационный койко-день и длительность послеоперационного обезболивания в обеих группах были сопоставимы. Ранних осложнений в проспективной группе исследования не наблюдали. В отдалённом послеоперационном периоде были произведены контрольные осмотры с помощью разработанного единого протокола с выполнением УЗИ — ни у одного пациента рецидивы и вновь сформированные надпузырные грыжи не выявлены.

Обсуждение. У пациентов с двусторонней паховой грыжей при выборе способа лапароскопической операции необходимо дифференцированно подходить к выбору методики в зависимости от наличия факторов высокого

риска рецидива паховой грыжи и формирования надпузырной грыжи.

Выводы. 1. Лапароскопическая предбрюшинная тотальная протезирующая герниопластика с использованием единого сетчатого трансплантата показана при наличии факторов высокого риска.

2. При отсутствии факторов высокого риска показана эндовидеохирургическая раздельная двусторонняя протезирующая герниопластика с использованием двух отдельных сетчатых трансплантатов.

3. Эндовидеохирургический способ единого тотального протезирования также является методом выбора при первичных надпузырных грыжах.

4. Разработанный дифференциальный алгоритм позволяет снизить частоту рецидива или появления надпузырной грыжи с 15,7 до 0%.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Гордеев С.А. Симультаные лапароскопические операции у больных с двусторонними паховыми грыжами // Хирург. 2006. № 9. С. 22–31 [Gordeev S.A. Simul'tannye laparoskopicheskie operatsii u bol'nykh s dvustoronnimi pakhovymi gryzhami // Khirurgiya. 2006. № 9. P. 22–31].
2. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндоскопическая хирургия паховых и бедренных грыж. М., 2000. 44 с. [Emel'yanov S.I., Protasov A.V., Rutenburg G.M. Endoskopicheskaya khirurgiya pakhovykh i bedrennykh gryzh. Moscow, 2000. 44 p.].
3. Седов В.М., Гуслев А.Б., Стрижелецкий В.В., Рутенберг Г.М., Чуйко И.В., Бокарев В.В., Гиршович В.В. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. СПб., 1995. 52 с. [Sedov V.M., Guslev A.B., Strizheletskii V.V., Rutenberg G.M., Chuiko I.V., Bokarev V.V., Girshovich V.V. Laparoskopicheskaya gernioplastika pri pakhovykh gryzhakh. St. Petersburg, 1995. 52 p.].
4. Bay-Nielsen M., Kehlet H., Strand L., Malmstrom J., Andersen F.H., Wara P., Juul P., Calle-sen T. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark : a prospective nationwide study // Lancet. 2001. Vol. 358. P. 1124–1128. doi: 10.1016/S0140-6736(01)06251-1.
5. Beattie G.C., Kumar S., Nixon S.J. Laparoscopic total extraperitoneal hernia repair: mesh fixation is unnecessary // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 2000. Vol. 10, № 2. P. 71–73. doi:10.1089/lap.2000.10.71.
6. Bittner R., Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques // Langenbecks Arch. Surg. 2012. Vol. 397. P. 271–282. doi: 10.1007/s00423-011-0875-7.
7. Fitzgibbons R.J., Jr., Salerno G.M., Filipi C.J., Hunter W.J., Watson P.A. Laparoscopic intraperitoneal onlay mesh technique for the repair of an indirect inguinal hernia // Ann. Surg. 1994. Vol. 219, № 2. P. 144–156. doi: 10.1097/00000658-199402000-00006.

Поступила в редакцию 27.04.2017 г.

Сведения об авторах:

Земляной Вячеслав Петрович (e-mail: Vyacheslav.Zemlyanoy@szgmu.ru), д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой; *Сигуа Бадри Валериевич* (e-mail: dr.sigua@gmail.com), д-р мед. наук, доц. кафедры; *Сёмин Дмитрий Сергеевич* (e-mail: cosmo@list.ru), хирург хир. отделения № 2 клиники им. Петра Великого; *София Элисо Ревазовна*, соискатель, кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47.