

УДК 616.34-007.43-031:611.957]-072.1-089

Г.М. Рутенбург, В.В. Стрижелецкий, А.Б. Гуслев

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Городской центр эндовидеохирургии
Елизаветинской больницы (г. Санкт-Петербург),
Санкт-Петербургский государственный университет

Ключевые слова: паховые грыжи, хирургическое лечение, эффективность.

Эндовидеохирургические методики находят все более широкое распространение в лечении паховых грыж. Основными их преимуществами считают возможность диагностической лапароскопии, малую травматичность, физиологичность и безнатяжную технологию, возможность двухсторонней герниопластики, сокращение продолжительности стационарного лечения и сроков нетрудоспособности. [2, 5, 8, 10, 12]. В качестве одного из основных аргументов против широкого внедрения эндовидеохирургии приводят высокий уровень частоты осложнений после лапароскопических вмешательств, что наиболее актуально при лечении сложных форм паховых грыж [9]. Общее количество осложнений при лапароскопических операциях составляет, по данным различных авторов, от 0,1–0,2 до 4–5% (некоторые приводят цифры 25–40%). С накоплением опыта хирургам удалось уменьшить количество рецидивов с 15 до 0,8–2,2% и повреждений внутренних органов с 7,6 до 0,1%. [1, 3, 11, 13]. Следует отметить, что наиболее проблемными в техническом плане являются эндовидеохирургические операции при сложных формах паховых грыж. К последним обычно относят рецидивные грыжи (в т.ч. после эндовидеохирургической герниопластики), фиксированные и невправимые грыжи, пахово-мошоночные грыжи, скользящие и двухсторонние паховые грыжи.

В клинике Санкт-Петербургского центра эндовидеохирургии Елизаветинской больницы с 1994 г. эндовидеохирургическая герниопластика выполнена

280 больным со сложными формами паховых грыж (табл. 1). Мы не ставили перед собой задачи сравнительной оценки этих операций и традиционных вмешательств, интерес представлял качественный и количественный анализ лапароскопических операций при сложных формах паховых грыж

После обзорной диагностической лапароскопии первоначальный диагноз у пациентов со сложными формами паховых грыж был подтвержден только в 73% случаев, причем наибольшее количество диагностических ошибок имело место при оценке типа рецидивных и скользящих паховых грыж (скользящие паховые грыжи не были заподозрены до операции ни разу).

Использовались две методики: лапароскопическая герниопластика с внебрюшинным расположением имплантата и лапароскопическая герниопластика с коррекцией грыжевых ворот. Коррекция грыжевых ворот потребовалась в 17 случаях для создания каркаса для последующего протезирования при значительном расширении внутреннего пахового кольца (более 3 см). Симультанные оперативные вмешательства не выполнялись, кроме одномоментного хирургического лечения двухсторонней паховой грыжи.

Для герниопластики использовался полипропилен в виде сеток производства фирм Auto Suture, Линтекс и Ethicon. Во всех случаях вмешательства выполнялись под общим обезболиванием. Осложнений, связанных с анестезиологическим пособием, зарегистрировано не было. Результаты прослежены через год после операции (90% случаев) и в сроке до 5 лет (60% случаев).

В случаях рецидива грыжи после традиционных вмешательств, когда высока вероятность рубцового процесса в зоне задней стенки пахового канала [4], изменений анатомии паховой области, спаечного процесса, мы сталкивались с трудностями при отделении париетальной брюшины для формирования площадки для протеза. В случаях, когда не удавалось тупым путем выделить лоскут париетальной брюшины, приходилось использовать ножницы с порционным пересечением рубцовых тканей и постоянным визуальным контролем анатомических структур паховой области.

Таблица 1

Структура сложных форм паховых грыж

Виды грыж	Количество	
	абс.	%
Рецидивные грыжи после традиционных операций	56	20,0
Двухсторонние и комбинированные грыжи	78	27,9
Пахово-мошоночные грыжи	58	20,7
Скользящие грыжи	24	8,5
Фиксированные и невправимые грыжи	43	15,4
Рецидивные грыжи после эндовидеохирургической герниопластики	21	7,5

Наиболее выраженные рубцовые изменения встречались непосредственно в паховом канале: выделение грыжевого мешка и его отделение от семенного канатика выполняли острым путем без использования электрокоагуляции под постоянным визуальным контролем. Эти два этапа представляли проблему, тогда как последующие расположение протеза и его фиксация не вызывали затруднений. Технические сложности возникали также при перитонизации полипропиленового протеза, что мы считали обязательным показанием для профилактики спаечного процесса. В этом случае выкраивалась и использовалась брюшина вне зоны выполненного ранее оперативного вмешательства. Удобнее всего оказалось использование неизменной брюшины медиальной паховой складки, которая расправлялась и укладывалась над протезом с последующей фиксацией. Случаи истинных рецидивов прямых грыж затруднений не вызывали, и особых технических приемов здесь не использовалось.

Следует отметить особенности оперативного лечения рецидивных паховых грыж после перенесенной эндовидеохирургической герниопластики. В этих наблюдениях смещение и деформация анатомических структур были менее значимы, вместе с тем рубцовые изменения брюшины над мигрировавшим протезом были настолько выражены, что практически не позволяли мобилизовать брюшину в этой области. Также не представлялось возможным удаление ранее уложенного, проросшего собственными тканями протеза. В связи с этим операция заключалась в установке и фиксации второго имплантата, причем фиксация осуществлялась и к участку ранее установленного протеза, который не мигрировал от грыжевых ворот. Перитонизация представляла собой большую техническую проблему — использовались все доступные для мобилизации участки брюшины [7].

В случае неврвправимой паховой грыжи производилась попытка тракции грыжевого содержимого в брюшную полость, чему способствовала миорелаксация и, вследствие этого, некоторое расширение грыжевых ворот. В случае вправления грыжи содержимое грыжевого мешка чаще всего оказывалось фиксированным к брюшине, и дальнейшее вмешательство выполнялось аналогично таковому при фиксированной грыже.

При выявлении фиксированной грыжи в первую очередь решался вопрос о возможности освобождения грыжевого мешка, после чего выполняли классическую, описанную выше лапароскопическую герниопластику. Отсечение тканей удавалось только в случае наличия фиксированного салъника, если фиксированной оказывалась кишка, ее выделение было крайне опасным и чаще всего технически невозможным. В данной ситуации лучшим решением представлялась отсепаровка брюшины с фиксированными к ней тканями. Выраженного рубцово-спаечного процесса с подлежащими тканями

здесь не наблюдалось. Освобождение латеральной, медиальной паховой и бедренной ямок позволяло выполнить далее описанные этапы лапароскопической герниопластики.

Особенностью пахово-мошоночных грыж является большая длина грыжевого мешка по оси. При больших размерах грыжевого мешка и его рубцовых изменениях вариантом выбора была высокая резекция. Раскрой брюшины для последующего формирования площадки под протез начинали с медиальной ямки на уровне горизонтального диаметра грыжевых ворот. Далее, постепенно отсепаровывая брюшину грыжевого мешка при постоянной внутрибрюшной тракции, выполняли его циркулярную резекцию на уровне шейки.

Особое внимание уделялось тщательной препаровке брюшины по нижней полуокружности, так как при пахово-мошоночной грыже всегда наступает дислокация элементов семенного канатика. Протез перитонизировался.

Другой проблемой лечения пахово-мошоночных и гигантских паховых грыж является большой размер грыжевых ворот [6]. Использование протеза больших размеров не является здесь вариантом выбора, так как его значительное баллотирование является в последующем причиной неудовлетворительного косметического результата, сохраняется выпячивание в паховой области. В связи с этим у пациентов с пахово-мошоночными и гигантскими грыжами выполнялась коррекция (ушивание) грыжевых ворот.

При лечении двухсторонней паховой грыжи мы отказались от установки одного цельного протеза, закрывающего одномоментно паховые области с обеих сторон. Это связано с необходимостью использования имплантата в 3–4 раза большей площади и дополнительных скрепочных швов, что увеличивает риск послеоперационных невралгий и стоимость оперативного лечения. При этом в большей степени происходит нарушение сократительной функции мышц нижнего отдела передней брюшной стенки, что потенциально может привести к последующим дизурическим явлениям из-за перивезикального спаечного процесса. Во всех случаях выполнена стандартная предбрюшинная протезирующая лапароскопическая двухсторонняя герниопластика. При этом время операции увеличивалось приблизительно в полтора раза, обе операции выполнялись из одного доступа.

Эндовидеохирургическое лечение скользящих паховых грыж не представляло технических сложностей. Мы столкнулись с двумя формами скользящих паховых грыж: в одном случае при косой паховой грыже латеральной стенкой была слепая кишка, в другом при прямой паховой грыже медиальной стенкой был мочевого пузырь. При диагностической лапароскопии скользящие грыжи были выявлены и лоскут брюшины для освобождения паховых и бедренной ямок выделялся без применения коагуляции, после

разреза — тупым путем с выделением и вправлением в брюшную полость скользящих органов с грыжевым мешком. Далее оперативное вмешательство шло традиционным путем.

Длительность оперативного вмешательства в среднем при рецидивных грыжах составила 40 минут, при рецидивных грыжах после эндовидеохирургической герниопластики — 55 минут, при фиксированных и невправимых грыжах — 60 минут, при пахово-мошоночных и гигантских грыжах — 69 минут, при скользящих грыжах — 35 минут, при двухсторонней паховой грыже — 50 минут. Таким образом, длительность операции при некоторых видах сложных форм паховых грыж сопоставима с длительностью традиционных операций.

После перенесенных эндовидеохирургических вмешательствах наркотические анальгетики не назначались, болевой синдром был выражен слабо и успешно купировался ненаркотическими анальгетиками в первые сутки. В последующие двое суток после операции ненаркотические анальгетики вводились однократно, а далее вообще не применялись. Через четыре часа после операции пациенты могли самостоятельно себя обслуживать, переводились на палатный режим, а на утро следующего дня — на общий. Перевязку выполняли в первые сутки после операции, в дальнейшем по необходимости (как правило, не более трех раз). Следует отметить и минимальное количество используемого перевязочного материала. Антибактериальная профилактическая интра- и послеоперационная терапия применялась у 90% пациентов. Критерием назначения антибиотиков служили продолжительность и травматичность перенесенного вмешательства. В нашей клинике признано эффективным использование цефалоспоринов третьего поколения. По этим же критериям назначалось физиолечение — использовали рассасывающие, противоотечные методики. Физиотерапевтическое лечение получали 20% пациентов.

Сроки пребывания в стационаре у наших пациентов составили в среднем 5,8 койкодня, т.е. не превышали таковые при традиционных вмешательствах. Продолжительность амбулаторного лечения в среднем равнялась 15,5 суток. Рецидивов в ранее описанные сроки катamnестического наблюдения не зарегистрировано.

Выводы

1. Диагностическая лапароскопия является высокоинформативным этапом диагностики и определения хирургической тактики при сложных видах паховых грыж.
2. Эндовидеохирургическая герниопластика сложных форм паховых грыж является методом выбора, обеспечивающим низкую травматичность, асептичность и хорошие условия для заживления ран. Методика основана на протезирующей безнатяжной пластике задней стенки пахового канала.

3. Разработанные технические приемы герниопластики сложных паховых грыж позволяют обеспечить малую травматичность вмешательства, сокращают время операции.
4. Эндовидеохирургическая герниопластика сложных форм паховых грыж обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, короткие сроки госпитального лечения, скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.

Литература

1. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб.: Фолиант, 2000.
2. Кулик Я.П., Седов В.М., Гуслев А.Б. и др. // Вестник хирургии. — 1995. — Т. 154, № 3. — С. 106–109.
3. Михайлов А.П., Стрижелецкий В.В. // Амбулаторная хирургия. — 2002. — № 1. — С. 21–22.
4. Протасов А.В., Виноградов А.В., Пономарев В.А. // Эндоскопическая хирургия. — 1999. — № 4. — С. 45–47.
5. Рутенбург Г.М. Лапароскопическая герниопластика: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1997.
6. Рутенбург Г.М., Протасов А.В. // Эндоскопическая хирургия. — 1997. — № 4. — С. 40–41.
7. Седов В.М., Гуслев А.Б., Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В. Лапароскопическая герниопластика при паховых и бедренных грыжах. — СПб.: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 1995.
8. Campos J., Nguyen N., Annibali R. et al. // Principles of Laparoscopic Surgery. Basic and Advanced Techniques. — Springer-Verlag, 1995 — P. 400–409.
9. Corbitt J.D. // Surg. Laparosc. Endosc. — 1994. — Vol. 4. — P. 410.
10. Kunz R., Herrmann M., Witte B., Mayer J.M. // Chirurg. — 1996. — Vol. 67, No. 8. — P. 807–813.
11. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. // American J. Surg. — 1989. — Vol. 157. — P. 188–193.
12. Ridings P., Evans D.S. // J. R. Coll. Surg. Edinb. — 2000. — Vol. 45, No. 1. — P. 29–32.
13. Spaw A.T., Ennis B.W., Spaw L.P. // J. Laparoendosc. Surg. — 1991. — No. 1. — P. 269–277.

Поступила в редакцию 29.09.05.

ENDOVIDEOSURGICAL TREATMENT OF DIFFICULT FORMS OF THE INGUINAL HERNIAS

G.M. Rutenburg, V.V. Strizheletsky, A.B. Guslev
St.-Petersburg State Medical University, City Endovideosurgical Center of the Elizavetinskaya Hospital (Saint Petersburg), St.-Petersburg State University,
Summary — The experience of endovideosurgical treatment of 280 inguinal hernias is shown. The important role of a diagnostic laparoscopy and non-tension plastics of the back wall of the inguinal channel is emphasized. The developed techniques of plastics of the difficult inguinal hernias allow providing small trauma of the interventions, reducing surgical time. It is emphasized, that endovideosurgical plastic of the difficult inguinal hernias provides favorable postoperative period, short terms of hospital treatment, good labor and social rehabilitation.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 88–90.