

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

*А.Я. Коровин, Б.В. Выстунец, Д.В. Туркин***ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ***ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия*

Представлен опыт хирургического лечения 93 пациентов с двусторонними паховыми грыжами. I группа 26 детей с двусторонними паховыми грыжами. Выполнена двусторонняя лапароскопическая герниорафия. II группа 38 взрослых с двусторонними косыми паховыми грыжами. Выполнена двусторонняя TAPP отдельными полипропиленовыми лоскутами. III группа 29 пациентов с двусторонними прямыми паховыми грыжами. Выполнена TAPP единым синтетическим эксплантатом. Обсуждены технические и методологические варианты выполнения операций. Анализированы осложнения и результаты. На основании личного опыта делается вывод, что лапароскопическая герниопластика является методом выбора хирургического лечения двусторонних паховых грыж у детей и взрослых.

Ключевые слова: паховая грыжа, лапароскопическая герниопластика.

С момента появления первых сообщений о применении лапароскопического метода в хирургическом лечении паховых грыж (L.W. Popp, R. Ger и L. Schultz) прошло более пятнадцати лет. Эволюция этого метода лечения в основном имела техническую направленность. Обсуждались характеристики синтетических эксплантатов, апробировались новые пластические материалы, совершенствовались доступы и инструменты для фиксации сетки, сравнивались ближайшие и отдаленные результаты лечения при применении различных методик. По мере накопления опыта определились тактические и организационные аспекты, противопоказания для применения трансабдоминальной эндоскопической герниопластики [1, 2]. По итогам 1 международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов» (Москва, 2003) трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP) преимущественно показана при двусторонних, двусторонних сочетанных и рецидивных паховых грыжах. Утверждается методом выбора трансабдоминальная эндоскопическая операция у детей при патологии влагалищного отростка брюшины и двусторонних паховых грыжах, удельный вес которых достигает 15% [4]. Важным преимуществом абдоминальных эндоскопических операций является выявление асимптомных двусторонних паховых и грыж других локализаций у детей и взрослых, причем у 7% детей клинических проявлений двусторонней паховой грыжи не отмечается [4, 11]. Лапаро-

скопической герниопластике (ЛГП) при двусторонних паховых грыжах предпочтение отдается многими хирургами, особенно подчеркивается возможность выполнения симультанных операций при грыжах других локализаций [7, 10, 12]. Двусторонние паховые грыжи у детей не являются следствием разрушения структур составляющих заднюю стенку пахового канала. Причиной их существования является патология влагалищного отростка брюшины, которая корригируется герниорафией без вмешательства на элементах семенного канатика. Это позволяет считать лапароскопическую герниорафию (ЛГР) у детей патогенетически обоснованным методом лечения двусторонних паховых грыж [4, 8]. У взрослых наиболее распространенным вариантом ЛГП является последовательная пластика справа и слева по J.D. Corbitt, которая позволяет закрыть область образования прямой, косой паховых и бедренных грыж сетчатым эксплантатом [1-3, 5, 9, 12]. Применение TAPP в лечении двусторонних паховых грыж позволяет снизить число рецидивов до 0,1% и минимизировать уровень послеоперационных осложнений [3, 5, 6, 10-12].

J. McKernan предложил для коррекции двусторонней паховой грыжи использовать два сетчатых эксплантата сшитых между собой [9]. Для варианта TAPP, пластика сшитым синтетическим лоскутом при двусторонних паховых грыжах приобретала не поэтапный, а одномоментный характер. Формирование различных подходов и реализация протезирования поперечной фасции при двусто-

ронних паховых грыжах остается насущной проблемой герниологии.

Материал и методы

Наблюдали 93 пациента с двусторонними паховыми грыжами, из них 26 детей и 67 взрослых. Возраст мальчиков вариировал от 2 до 14 лет, мужчин от 26 до 80 лет. Двусторонние паховые грыжи у детей были только косыми, что составило 40,6%, в одном случае (3,8%) было сочетание с рецидивной паховой грыжей справа после ранее выполненной операции К. Гер, в пяти случаях с пупочной грыжей (19,2%). Всем детям выполнена двусторонняя ЛГР.

Двусторонние косые паховые грыжи у взрослых наблюдали у 38 пациентов (59,4%), в одном случае (2,6%) было сочетание с рецидивной паховой грыжей слева после операции передним паховым доступом с пластикой передней стенки пахового канала, в 2 случаях с пупочной грыжей (5,3%), в одном случае с бедренной грыжей слева (2,6%). Всем больным выполнена двусторонняя ТАРР по R. Fitzgibbons последовательно. Пупочные грыжи устранялись «на уходе», выполнялась пластика местными тканями и сеткой «onlay». Удельный вес двусторонних косых паховых грыж в общей совокупности составил 68,8%.

Двусторонние прямые паховые грыжи наблюдали у 29 пациентов, в сочетании с бедренными грыжами справа у трех (10,3%) и слева у одного пациента (3,4%), что составило 31,2% в общей совокупности. Всем мужчинам выполнена ТАРР единым сетчатым эксплантатом.

Для пластики грыжевых ворот использовали сетчатые полипропиленовые эксплантаты фирмы «Линтекс» (Россия). Фиксация сетки производилась однозарядным степлером 5 мм, а перитонизация эксплантата 5мм герниостеплером со спиралевидными фиксирующими элементами фирмы «ППП», использовали 3мм оптику и набор инструментов фирмы «ППП» при операциях у детей.

Результаты и обсуждение

ЛГР при двусторонних паховых грыжах – операция выполняемая хирургами с достаточным опытом в лапароскопической хирургии вообще и хирургии паховых грыж в частности. Особенность двусторонних паховых

грыж у детей состоит в том, что прямые паховые и бедренные грыжи обусловлены наличием врожденных дефектов поперечной фасции передней брюшной стенки и количество таких наблюдений не превышает 0,3%, что делает крайне редким существование этого вида грыж у детей. В наших наблюдениях прямых и бедренных грыж у детей не встретилось. Задача хирурга при косых грыжах у детей состоит в разобщении грыжевого мешка (герметизации влагалищного отростка брюшины) со стороны задней стенки пахового канала. Понимание этой задачи буквально, поддерживает мнение о том, что при небольших грыжевых воротах достаточно ушить только брюшину без пластики внутреннего кольца пахового канала. Но такой вариант, особенно в степлерном исполнении, не представляется до конца патогенетически оправданным. Возможно при узкой шейке влагалищного отростка брюшины, что чаще бывает при сообщающейся водянке оболочек яичка, достаточно герметизации влагалищного отростка швом брюшины, но отдаленные результаты и сроки возникновения паховых грыж на этой стороне в зрелом возрасте не всегда возможно анализировать. Мы наблюдали один ранний рецидив грыжи справа после степлерного ушивания шейки грыжевого мешка, причем двусторонняя локализация грыжи была выявлена только при повторной лапароскопической операции. Принципиально независимо от размеров грыжевых ворот при двусторонних паховых грыжах у детей выполняли «истинную» ЛГР, инициально слева или справа не имело значения. Производили циркулярное рассечение стенки грыжевого мешка в 5мм перифокально устью грыжевого мешка до зоны сегмента брюшины, покрывающей элементы семенного канатика. После рассечения брюшины на шейку грыжевого мешка накладывали Z-образный шов атравматическим материалом. Затем накладывали медиальный шов внутреннего пахового кольца с вовлечением в него верхнего и нижнего краев рассеченной брюшины, паховой связки, поперечной фасции и внутренней косой мышцы живота. Узлы завязывались интракорпорально. Аналогичная процедура производилась с контрлатеральной стороны. При наличии пупочной грыжи оптический троакар вводился через пупочное кольцо, по завершении ЛГР с двух сторон выпол-

нялась пластика пупочного дефекта под эндоскопическим контролем по Лекснеру (4 больных), Шпитцу (1 пациент). Интраоперационных осложнений не отмечено. Больные выписывались на следующий после операции день. До 4 суток в стационаре задержались 3 больных, у которых в послеоперационном периоде отмечался невыраженный отек мошонки, который регрессировал самостоятельно.

В диагностике и интраоперационной оценке паховых грыж у взрослых использовали классификацию Nyhus-Stoppa. При двусторонних косых паховых грыжах оценку грыжевых выпячиваний проводили на каждой стороне. Справа грыжи I типа – 3, II типа – 12, III типа – 4. Слева грыжи I типа – 11, II типа – 5, III типа – 2 в одном случае в сочетании с бедренной грыжей, IV типа – 1 пациент. Подобное разграничение нашло свое отражение в двух методических подходах. Этапность выполнения операции зависела от размеров грыжи. Операция начиналась на стороне большего грыжевого выпячивания, на стороне сочетанной грыжи, на стороне рецидивной грыжи. Вторая особенность заключалась в том, что при грыжах типов III B и III BC пластика выполнялась цельным эксплантатом без выделения семенного канатика. В этих случаях разрез и окно в протезе представляется слабым местом с точки зрения фиксации банж протеза. И тот и другой методологический подход имеют и общее обоснование – инициальное выполнение операции на стороне большей сложности (время затрачиваемое на одну сторону), возможность развития интраоперационных осложнений и связанная с этим прогностическая необходимость ограничения вмешательства только одной стороной. В наших наблюдениях TAPP завершена с двух сторон. Цельным эксплантатом пластика выполнена в 4 случаях III B справа и у 2 пациентов III BC слева. Интраоперационные осложнения кровотечение – 3 случая, устранено лапароскопически. У одного пациента релапароскопия была выполнена на следующий день после операции по причине недостаточной фиксации протеза справа. Грыжевое выпячивание появилось при кашле через 10 часов после первой операции. Произведена повторная фиксация эксплантата справа. При сочетанных пупочных грыжах (n=2) вмешательство осуществлялось по завершении ла-

пароскопического этапа в открытом варианте. Выполнялась пластика грыжевого дефекта по Шпитцу и пластика «onlay» сетчатым протезом. Принципиальным считали фиксацию сетки однородным материалом полипропиленовой нитью, что является основополагающим в профилактике послеоперационных раневых осложнений. В двух случаях наблюдали в послеоперационном периоде инфильтрации в области троакарных ран, регрессировали самостоятельно. Отдаленных рецидивов у наблюдавшихся больных не выявлено.

Выполнено 29 операций TAPP при двусторонних прямых паховых грыжах. Применяли вариант пластики единым сетчатым эксплантатом. С нашей точки зрения такая пластика в максимальной степени предотвращает смещение и свертывание сетки при условии адекватной фиксации. Наиболее ответственным моментом является край эксплантата. Ширина предпузырного мостика не должна превышать 2 см. У пациентов пожилого и старческого возраста (n=18) край эксплантата для семенного канатика не выполнялся. У молодых и среднего возраста пациентов (n=11) край сетки для семенного канатика выполнялся всегда, причем при типе III AC справа край был вертикальным (n=1). Максимальное число фиксирующих скрепок достигало 20. Брюшина над паховыми областями зашивалась последовательно атравматической нитью непрерывным швом. В отличие от двусторонней косой паховой грыжи, когда по какой – то причине операция может быть ограничена одной стороной, при прямой двусторонней паховой грыже TAPP единым сетчатым эксплантатом всегда должна быть завершена закрытием дефектов паховых областей с обеих сторон, эта операция неразделима на этапы. Интраоперационные осложнения представлены кровотечением при выделении семенного канатика (n=4), остановлено интраоперационно. В послеоперационном периоде дизурия, по нашей оценке связанная с интраоперационной травмой мочевого пузыря и предпузырным расположением сетки, наблюдалась у 5 пациентов. Ранних рецидивов у наблюдавшихся больных не отмечено. Общее количество осложнений у оперированных пациентов составило 19,4%, причем клинически значимым признано только одно осложнение, потребовавшее релапароскопии для повторной фиксации эксплантата (1,1%).

З а к л ю ч е н и е

Истекшее пятнадцатилетие ознаменовало собой структурирование четких показаний и формирование представления о выборе метода операции при двусторонних паховых грыжах, тем самым отодвинув на второй план вопросы целесообразности и высокой себестоимости операций. Лапароскопическая герниопластика является методом выбора при двусторонних паховых грыжах у детей и взрослых, двусторонних рецидивных паховых и бедренных грыжах, сочетанных грыжах. При двусторонних паховых грыжах у детей ЛГП целесообразно выполнять в виде «истинной» ЛГР, независимо от размеров шейки влагалищного отростка брюшины. Протезирующая поперечную фасцию ЛГП при двусторонних косых паховых грыжах, должна выполняться в виде TAPP раздельно – последовательно с двух сторон, при этом варианты кроя эксплантата нужно индивидуализировать. Методом выбора ЛГП при двусторонних прямых паховых грыжах является TAPP единым сетчатым эксплантатом, крой которого стандартизирован. Различные методики ЛГП с использованием сетчатых эксплантатов, сочетающие в себе высокую эффективность и миниинвазивность, при оперативном лечении двусторонних паховых грыж сопровождаются минимальным количеством периоперационных осложнений, а патогенетическая обоснованность этих операций может служить определенной гарантией в профилактике рецидивов грыж. TAPP при двусторонних паховых грыжах является наиболее перспективной в практической герниологии и должна найти широкое применение в хирургической клинике.

ЕНДОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДВОСТОРОННІХ ПАХОВИХ ГРИЖ

А.Я. Коровін, Б.В. Виступец, Д.В. Туркін

Подано досвід хірургічного лікування 93 пацієнтів з двосторонніми паховими грижами. I група 26 дітей з двосторонніми паховими грижами. Виконано двостороння лапароскопічна герніорафія. II група 38 дорослих з двосторонніми косими паховими грижами. Виконано двостороння TAPP роздільними поліпропіленовими клаптями. III група 29 пацієнтів з двосторонніми прямими паховими грижами. Виконано TAPP єдиним синтетичним експлантатів. Обговорено технічні та методологічні варіанти виконання операцій. Аналізувати ускладнення і ре-

зультати. На підставі особистого досвіду робиться висновок, що лапароскопічна герніопластика є методом вибору хірургічного лікування двосторонніх пахових гриж у дітей та дорослих.

Ключові слова: пахова грижа, лапароскопіческая герніопластика.

ENDOSURGICAL TREATMENT OF BILATERAL INGUINAL HERNIAS

A.Ya. Korovin, B.V. Vystupets, D.V. Turkin

Presents the experience of surgical treatment of 93 patients with bilateral inguinal hernias. I group of 26 children with bilateral inguinal hernias. Performed bilateral laparoscopic herniorafiya. II a group of 38 adults with bilateral oblique inguinal hernias. Performed bilateral TAPP separate polypropylene grafts. Group III 29 patients with bilateral direct inguinal hernias. Performed TAPP single synthetic explants. Discussed the technical and methodological options for performing operations. Analyzed the complications and results. Based on personal experience, it is concluded that laparoscopic hernioplasty is a method of choice for surgical treatment of bilateral inguinal hernias in children and adults.

Key words: inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty.

ЛІТЕРАТУРА

- Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. / В.Н. Егиев. – М., Медпрактика, 2000. – 148 с.
- Емельянов С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург. – Санкт-Петербург, Фолиант, 2000. – 174 с.
- Тимошин А.Д. Современные подходы к лечению паховых грыж. / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Я. Шестаков, Д.А. Федоров // *Анналы хир.* – 2000. – № 5. – С. 13-16.
- Щебеньков М.В. Лапароскопическая герниорафия у детей. / М.В. Щебеньков // *Эндоскопическая хирургия.* – 1995. – № 4. – С. 7-9.
- Результаты лапароскопической герниопластики. / А.В. Юрасов, Я.П. Кулик, А.Ю. Хижняк и др. // *Анналы хир.* – 2001. – № 2. – С. 33-39.
- Amid P.K. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. / P.K. Amid, A.G. Shulman, I.L. Lichtenstein // *Ann-Surg.* – 1996. – Vol. 223. – № 3. – P. 249-252.
- Brown R.B. Laparoscopic hernia repair: a rural perspective. / R.B. Brown // *Surg. Laparosc. Endosc.* – 1994. – Vol. 4. – № 2. – P. 106-109.
- Dion Y.M. Laparoscopic inguinal herniorraphy. / Y.M. Dion, J. Morin // *Can. J. Surg.* – 1992. – Vol. 35. – P. 209-212.
- McKernan J.B. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach. / J.B. McKernan, H.L. Lows // *Surg. Endosc.* 1993. – Vol. 7. – P. 26-28.
- Popp L.W. Improvement in endoscopic hernioplasty: transcutaneous aguadisection of musculofascial defect and preperitoneal endoscopic patch repair. // *J. Laparoendosc. Surg.* – 1991. – № 1. – P. 83-90.
- Confronto prospettico randomizzato tra hernioplastica laparoscopica ed hernioplastica tensionfree secondo Lichtenstein. / L. Sarli, N. Pietra, O. Choua et al. // *Asta. Biomed. Atenio. Parmense.* – 1997 – Vol. 68. – № 1-2. – P. 5-10.
- Toy F.K. Smoot R.T. Laparoscopic hernioplasty update. / F.K. Toy, R.T. Smoot // *J. Laparoendosc. Surg.* – 1992. – Vol. 2. – № 5. – P. 197-205.