

© А.Е.Борисов, С.Е.Митин, 2006
УДК 616.34-007.43-031:611.957-089

А.Е.Борисов, С.Е.Митин

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Ключевые слова: паховые грыжи, герниопластика.

Введение. Грыжи живота входят в число самых распространённых заболеваний, являясь одной из основных патологий любого общехирургического отделения. К настоящему времени накоплен большой опыт по изучению патогенеза и этиологии паховых грыж, отработке техники оперативного вмешательства. Однако проблемы герниологии не стали менее актуальными, прежде всего потому, что результаты операций не могут полностью удовлетворить ни больных, ни хирургов. Большинство исследователей пытались усовершенствовать операцию по укреплению задней стенки пахового канала, которую предложил Е. Bassini в 1884 г. и которая длительные годы оставалась «золотым стандартом» при лечении паховых грыж. В 70-е годы XX в., благодаря хорошим отдалённым результатам, в США «золотым стандартом» становится операция Shouldice'a — рецидив грыжи при этой операции достиг уровня менее 1%, хотя следует отметить, что эти результаты получены в клинике автора [7]. В других клиниках уровень рецидивов достигал 15,5% [6].

Развитие малоинвазивной хирургии привело к тому, что её принципы были использованы в лечении паховых грыж. Лапароскопический доступ был внедрен с целью уменьшить недостатки открытой операции путем прямого доступа к задней стенке пахового канала. В настоящее время многими хирургами доложены результаты наблюдений за тысячами больных с паховыми грыжами, прооперированных лапароскопическим способом. В этих работах подробно изложены преимущества и недостатки метода, показания и противопоказания к нему, возможные осложнения и их причины, достаточно много места уделено экономическим аспектам [1–5].

Материалы и методы. С апреля 1996 по декабрь 2005 г. на клинических базах кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского оперировано более 4000 больных с

паховыми грыжами. Из них традиционная пластика задней стенки пахового канала аутотканями выполнена у 2136 больных, операция Лихтенштейна — у 521, лапароскопическая трансабдоминальная предперитонеальная герниопластика — transabdominal preperitoneal (TAPP) — у 1614, полностью предбрюшинная герниопластика (TEP) — у 153. Для сравнительного анализа различных методов лечения паховых грыж в плановом порядке больные были отобраны в несколько групп. Критерии отбора в каждую группу были следующие: степень операционного риска по шкале ASA (Американское общество анестезиологов) — I–II, односторонний характер поражения, опыт хирурга в выполнении каждого из методов операции — не менее 3 лет, длительность отдаленных наблюдений — не менее 3 лет; контрольный осмотр непосредственный (не по телефону или по почте). Больные, не отвечающие хотя бы одному из этих критериев, в сравнительный анализ не включались. Всего было отобрано 500 историй больных, оперированных в период с апреля 1996 г. по сентябрь 2000 г.: 150 — с использованием аутопластики (АТ), 250 больных, которым выполнена трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP), и 100 больных, прооперированных по Лихтенштейну — tension free (TF).

Результаты и обсуждение. Результаты лечения больных в отобранных группах оценивались по следующим критериям: сложность (время операции), безопасность (осложнения), скорость реабилитации (сроки возвращения к полной физической нагрузке), стоимость (затраты на операцию и стационарное лечение), надёжность (степень рецидивирования).

Средняя продолжительность операции при традиционной герниопластике аутотканями (АТ) оказалась на 15–16 мин дольше, чем при способах герниопластики с использованием принципа «tension-free». Разница статистически достоверна ($p < 0,05$). Длительность госпитализации и нетрудоспособности больных, перенесших герниопластику традиционными способами, оказалась наибольшей. Больные, прооперированные лапароскопическим способом, меньше времени оставались в стационаре и быстрее приступали к работе (к тяжёлому и лёгкому труду). После операции Лихтенштейна реабилитация больных проходила значительно быстрее, чем после традиционных операций, и несколь-

ко дольше, чем после лапароскопических, как при занятиях лёгким, так и при тяжелом труде. Разница статистически достоверна ($p < 0,05$). Стоимость лапароскопической герниопластики оказалась значительно выше стоимости традиционных операций и несколько выше стоимости операции Лихтенштейна. Следует отметить, что данная разница получена при использовании инструментов, оборудования и материалов отечественного производства. При использовании импортных, особенно одноразовых, инструментов стоимость лапароскопической герниопластики возрастает более чем в 4 раза и достигает 10 тыс. рублей и выше. Количество осложнений после традиционных операций — 23 (15,3%), после лапароскопических — 12 (4,8%), после операции Лихтенштейна — 6 (6%). Те же соотношения получены и при сопоставлении рецидивов: после традиционных операций — 11 (7,3%), после лапароскопических — 2 (0,8%), после операции Лихтенштейна — 1 (1%). В группе больных, которым выполнена герниопластика аутотканями, значительно выше оказались цифры как осложнений (15,3%), так и рецидивов (7,3%). В группах больных, оперированных методами герниопластики «без натяжения», частота осложнений почти в 5 раз, а рецидивов в 7–9 раз меньше, при этом различия между лапароскопической герниопластикой и операцией Лихтенштейна статистически недостоверны.

Характер осложнений представлен в таблице. Как видно из таблицы, структура осложнений в исследуемых группах больных оказалась различной. Операционные осложнения чаще наблюдались при герниопластике аутотканями (2%), реже — при лапароскопической (0,8%) и отсутствовали — при операции Лихтенштейна. Послеоперационные осложнения при традиционных операциях отмечались в 3,3 раза чаще, чем при лапароскопических, и в 2,2 раза чаще, чем при операции Лихтенштейна.

По тяжести осложнений также отмечена статистически достоверная разница между исследуемыми группами больных. Тяжелые осложнения (угрожающие жизни, требующие повторной операции, значительно увеличивающие сроки госпитализации и реабилитации, приводящие к инвалидизации) в 1-й группе зарегистрированы у 10 (6,7%) больных, во 2-й — у 4 (1,6%), в 3-й — у 1 (1%). Частота рецидивов грыжи значительно выше оказалась при герниопластике аутотканями: на 150 операций у 11 больных выявлен рецидив (7,3%). Следует отметить, что у всех 11 больных первичная герниопластика была выполнена по поводу сложных грыж. Таким образом, по сложности, без-

Характер осложнений в зависимости от метода операции

Осложнения	1-я группа (АТ)	2-я группа (ТАРР)	3-я группа (ТФ)
Операционные:	3 (2%)	2 (0,8%)	–
ранение мочевого пузыря	1	1	–
повреждение толстой кишки	1	–	–
кровотечение	1	1	–
Послеоперационные:	20 (13,3%)	10 (4%)	6 (6%)
задержка мочеиспускания	2	1	1
тонкокишечная непроходимость	–	1	1
невралгии	4	1	1
нагноение раны	6	–	–
отёк яичка и придатка	3	–	–
атрофия яичка	1	–	–
грыжи троакарных портов	–	1	–
серомы и гематомы	4	6	3
Всего	23 (15,3%)	12 (4,8%)	6 (6%)

опасности, скорости реабилитации, надёжности значительно лучше оказались результаты методов герниопластики, которые используют принцип «tension-free». Единственным критерием, дающим преимущество традиционным методам аутогерниопластики, может быть стоимость операции. При сравнении лапароскопической герниопластики и операции Лихтенштейна различия менее значительны. По таким критериям, как сложность (время операции), стоимость (затраты на операцию и стационарное лечение), преимуществом обладает операция Лихтенштейна, а по таким как безопасность (осложнения), надёжность (степень рецидивирования), скорость реабилитации (сроки возвращения к полной физической нагрузке), — лапароскопическая герниопластика.

Некоторые отечественные авторы весьма категорично утверждают, что лапароскопическая герниопластика — бесперспективный метод. При этом следует отметить, что основными доводами для подобного утверждения являются не собственные опыт и исследования, а высказывания зарубежных авторов в весьма произвольном переводе. Так может быть лапароскопическая герниопластика не имеет права на существование? Однако в течение последних 10 лет в США до 15%, а в Европе до 20% больных с паховыми грыжами оперируются эндоскопическим способом, и ограничением является только высокая стоимость [5, 7].

В ходе нашего исследования установлено, что операция Лихтенштейна имеет явные преимущества перед традиционной герниопластикой аутотканями как в отношении патогенетичности, так и в отношении результатов. При сравнении операции Лихтенштейна с лапаро-

скопической герниопластикой открытый способ оказался более дешёвым, выполнимым под местной анестезией и более доступным для общих хирургов. Однако в отношении более быстрой реабилитации больных статистически значимые преимущества лапароскопической операции сохраняются. Преимуществом лапароскопической герниопластики является меньшая травма тканей. Это ведёт к меньшей боли, скорейшему возвращению к работе, низкому уровню рецидивов. С другой стороны, лапароскопическое лечение грыж может вести к возможным большим и малым осложнениям, характерным для лапароскопической методики, а также к увеличению стоимости лечения. Всего при лапароскопических герниопластиках было 14 рецидивов (1,1%), из которых 9 — выявлены при первых 500 операциях (1,8%), когда отрабатывалась методика операции. 5 рецидивов возникли при последующих операциях (0,6%) (среднее время наблюдения — 2 года). Переход на открытую операцию потребовался в 4 случаях (0,2%): у 2 больных — из-за повреждения полых органов, у 1 — из-за неврастимости грыжи и у 1 — из-за обширного спаечного процесса. Внедрение лапароскопической технологии в практику лечения паховых грыж позволило нам существенно снизить сроки госпитализации больных, ускорить возвращение их к полной физической активности, уменьшить количество осложнений и рецидивов.

Частота рецидивов является главным, хотя и не единственным, критерием определения, насколько удачным или неудачным является тот или иной способ герниопластики. Понимание случаев несостоятельности первичного лапароскопического лечения позволяет модернизировать методику в дальнейшем. По нашим данным, основными причинами рецидива паховой грыжи после лапароскопической герниопластики являются: неопытность хирурга, неполная диссекция связочных элементов предбрюшинного пространства, малые размеры сетки, неадекватная фиксация сетки. Оставленные липомы и миграция сетки остаются наиболее частыми причинами рецидивов у больных, находящихся в руках опытных хирургов. Липомы остаются из-за того, что хирург либо просматривает их, либо при удалении из канала происходит разрыв липомы и часть её остается в канале. Миграция сетки или сворачивание её краёв (нижнего, медиального или латерального) происходят либо из-за неадекватной фиксации по медиальному краю, либо из-за невозможности фиксации по нижнелатеральному краю, так как там проходят нервные стволы. Двое боль-

ных с признаками рецидива подверглись лапароскопии. При этом были обнаружены инкапсулированные серомы. Одна серома была дренирована со стороны брюшной полости, другая — удалена через небольшой передний разрез, хотя обе можно было вылечить аспирацией, если бы больные подверглись УЗИ. Поэтому при сомнениях в рецидиве — обязательно ультразвуковое исследование.

Выводы. 1. Использование новых технологий позволяет значительно улучшить результаты оперативного лечения паховых грыж.

2. В целях повышения квалификации хирургов целесообразно создание учебно-методических центров на базе клинических отделений, специализирующихся на лечении грыж.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Felix E.L. A unified approach to recurrent laparoscopic hernia repairs // *Surg. Endosc.*—2001.—Vol. 15.—P. 969–971.
2. Felix E., Scott S., Crafton B. et al. Causes of recurrence after laparoscopic hernioplasty // *Surg. Endosc.*—1998.—Vol. 12, № 3.—P. 226–231.
3. Felix E.L., Habertson N., Varteian S. Laparoscopic hernioplasty: significant complications // *Surg. Endosc.*—1999.—Vol. 13.—P. 328–331.
4. Kapisir S.A., Brough W.A., Royston C.M.S. et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair. A 7-year two-center experience in 3017 patients // *Surg. Endosc.*—2001.—Vol. 15.—P. 972–975.
5. Paganini A.M., Lezoche E., Carle F. et al. A randomized, controlled, clinical study of laparoscopic vs open tension-free inguinal hernia repair // *Surg. Endosc.*—1998.—Vol. 12.—P. 979–986.
6. Rutkow I.M., Robbins A.W. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States // *Surg. Clin. N. Amer.*—1993.—Vol. 73.—P. 413–426.
7. Shouldice E.E. The treatment of hernia // *Ontario Med. Rev.*—1944.—Vol. 11.—P. 43–48.

Поступила в редакцию 30.20.2006 г.

А.Е.Борисов, С.Е.Митин

MODERN METHODS OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

Surgical methods of treatment have been analyzed with special reference to wide introduction of new technologies. Altogether there were 4424 operations for inguinal hernias. Traditional plasty of the posterior wall of the inguinal canal with autotissues was used in 2136 patients. Lichtenstein operations were fulfilled on 521 patients, laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty — on 1614, complete preperitoneal hernioplasty — on 153 patients. The analysis made has shown that an introduction of modern surgical technologies into clinical practice allowed reduction of the percentage of complications and recurrences. The share of operations by the «tension-free» method was as high as 52%.