

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО СИМУЛЬТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии  
Кубанского государственного медицинского университета,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79882446944. E-mail: kuman52@mail.ru*

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 раздельными полипропиленовыми лоскутами. III группа – 29 пациентов с двусторонними прямыми паховыми грыжами. Выполнена TAPP единым синтетическим эксплантатом. Обсуждены технические и методологические варианты выполнения операций. Проанализированы 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, лапароскопия, герниорафия, герниопластика.

**A. Ja. KOROVIN, V. A. KULISH, B. V. VYSTUPETS, D. V. TURKIN**

### POSSIBILITIES LAPAROSCOPIC SIMULTANEONS REPAIR OF BILATERAL INGUINAL HERNIAS

*The Kuban state medical university, chair of faculty surgery with an anesthesiology and resuscitation course,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4, tel. +79882446944. E-mail: kuman52@mail.ru*

Experience of surgical treatment of 93 patients with bilateral inguinal hernias is presented. I group – of 26 children with bilateral hernias inguinalis. It is executed bilateral laparoscopy hernioplasty. II group – of 38 adults with bilateral slanting hernias inguinalis. It is executed bilateral TAPP separate by rags. III group – of 29 patients with bilateral direct hernias inguinalis. It is executed TAPP uniform synthetic grid. Technical and methodological variants of performance of operations are discussed. Complications and results. On the basis of personal experience the conclusion becomes that laparoscopy hernioplasty is a method of a choice of surgical treatment bilateral inguinalis hernias at children and adults.

*Key words:* bilateral inguinal hernias, laparoscopic repair, laparo herniorraphy.

### Введение

С момента появления первых сообщений о применении лапароскопического метода в хирургическом лечении паховых грыж 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-й 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]. Лапароскопической герниопластикой (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, 2, 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, 11, 12].

J. McKeegan 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 приобретает не поэтапный, а одномоментный характер. Формирование различных подходов и реализация протезирования поперечной

фасции при двусторонних паховых грыжах остаются насущной проблемой герниологии.

### Материалы и методы

Наблюдали 93 пациента с двусторонними паховыми грыжами, из них 26 детей и 67 взрослых. Возраст мальчиков варьировал 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 TAPP 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 (табл. 1). Всем мужчинам выполнена TAPP единым сетчатым эксплантатом.

Для пластики грыжевых ворот использовали сетчатые полипропиленовые эксплантаты фирмы «Линтекс» (Россия). Фиксация сетки производилась однозарядным степлером 5 мм, а перитонизация эксплантата 5-мм. герниостеплером со спиралевидными фиксирующими элементами фирмы «ППП», использовали 3-мм. 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 5 мм перифокально устью грыжевого мешка до зоны сегмента брюшины, покрывающей элементы семенного канатика. После рассечения брюшины на шейку грыжевого мешка накладывали

Таблица 1

### Виды оперированных двусторонних паховых грыж

Виды грыж	Дети		Взрослые		Всего	
	Количество				Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%		
Двусторонние косые паховые грыжи *в том числе:	26	40,6	38	59,4	64	68,8
рецидивные паховые грыжи						
а) слева	1	3,8	1	2,6	1	1,6
б) справа					1	1,6
сочетанные грыжи:	5					
пупочная грыжа			2	5,3	7	10,9
бедренная грыжа слева		19,2	1	2,6	1	1,6
Двусторонние прямые паховые грыжи *в том числе:			29	100	29	31,2
сочетанные бедренные грыжи						
а) справа			3	10,3	3	10,3
б) слева			1	3,4	1	3,4
Итого	26	27,9	67	72,1	93	100

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 выполнялась пластика пупочного дефекта под эндовизуальным 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 (табл. 2). 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

вмешательства только одной стороной. В наших наблюдениях TAPP завершена с двух сторон. Цельным эксплантатом пластика выполнена в 4 случаях III В справа и у 2 пациентов III ВС слева. Интраоперационные осложнения (кровотечение – 3 случая) устранены 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 лапароскопического 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 инфильтраты 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 (рисунок). С нашей

Таблица 2

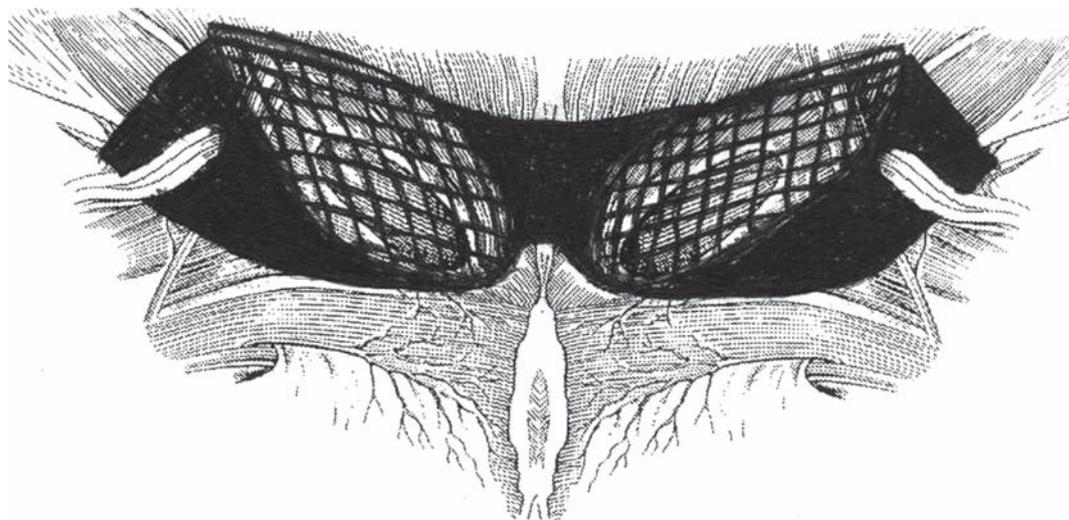
### Распределение двусторонних паховых грыж у взрослых по Nyhus-Stoppa

Тип паховых грыж	Двусторонние косые грыжи		Двусторонние прямые грыжи		Всего случаев	%
	Справа	Слева	Справа	Слева		
Тип I	3	11			14	20,9
Тип II	12	5			17	25,4
Тип III	4	2*	29*		35	52,2
A						
B	4	2				
C		1				
Тип IV		1	29	29	1	1,5
A						
B		1	3	1		
C						
D						
Итого	38		29		67	100

**Примечание:** \* – сочетанные бедренные грыжи в том числе.

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 В и III ВС пластика выполнялась цельным эксплантатом без выделения семенного канатика. В этих случаях разрез и окно в протезе представляются слабым местом с точки зрения фиксации бандажа протеза. И тот и другой методологические подходы имеют 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

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 АС справа край был вертикальным (n=1). Максимальное число фиксирующих скрепок достигало 20. Брюшина над паховыми областями зашивалась последовательно атравматичной нитью непрерывным швом. В отличие от двусторонней косой



**Схема размещения цельного сетчатого эксплантата при двусторонней трансабдоминальной преперитонеальной эндоскопической герниопластике.  
Брюшина над паховыми областями не зашита**

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%).

### Заключение

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 отдельно – последовательно с двух сторон, при этом варианты края эксплантата нужно индивидуализировать. Методом выбора ЛГП при двусторонних прямых паховых грыжах является TAPP единым сетчатым эксплантатом, край которого стандартизирован. Различные методики ЛГП с использованием сетчатых эксплантатов, сочетающие в себе высокую эффективность и мини-инвазивность, при оперативном лечении двусторонних паховых грыж сопровождаются минимальным количеством периопе-

рационных 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.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Егизев В. Н. Ненатяжная герниопластика. – М.: Медпрактика, 2000. – 148 с.
2. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндоскопическая паховых и бедренных грыж. – СПб: Фолиант, 2000. – 174 с.
3. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Я., Федоров Д. А. Современные подходы к лечению паховых грыж // *Анналы хир.* – 2000. – № 5. – С. 13–16.
4. Щебеньков М. В. Лапароскопическая герниография у детей // *Эндоскопическая хирургия.* – 1995. – № 4. – С. 7–9.
5. Юрасов А. В., Кулик Я. П., Хижняк А. Ю. и др. Результаты лапароскопической герниопластики // *Анналы хир.* – 2001. – № 2. – С. 33–39.
6. Amid P. K., Shulman A. G., Lichtennstein I.L. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia // *Ann-surg.* – 1996. – V. 223 (3). – P. 249–252.
7. Brown R. B. Laparoscopic hernia repair: a rural perspective // *Surg. laparoscop. endoscop.* – 1994. – V. 4 (2). – P. 106–109.
8. Dion Y. M., Morin J. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy // *Can. j. surg.* – 1992. – V. 35. – P. 209–212.
9. McKernan J. B., Lows H. L. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach // *Surg endosc.* – 1993. – V. 7. – P. 26–28.
10. Popp L. W. Improvement in endoscopic hernioplasty: transcuteaneous aguadissection of musculofascial defect and preperitoneal endoscopic patch repair // *J. iaparoendosc. surg.* – 1991. – V. 1. – P. 83–90.
11. Sarli L., Pietra N., Choua O., Costi R., Thenasseril B., Giunta A. Confronto prospettico randomizzato tra hernioplastica laparoscopica ed hernioplastica tensionfree secondo Lichtenstein // *Asta biomed. atenio. parmense.* – 1997. – V. 68 (1–2). – P. 5–10.
12. Toy F. K. Smoot R. T. Laparoscopic hernioplasty update // *Laparoendosc. surg.* – 1992. – V. 2 (5). – P. 197–205.

Поступила 9.09.2010