

Видеолапароскопия в диагностике и лечении ущемленных паховых грыж

А.С. ЕРМОЛОВ, А.А. ГУЛЯЕВ, П.А. ЯРЦЕВ, М.Н. ДРАЙЕР, В.Д. ЛЕВИТСКИЙ, И.И. КИРСАНОВ, К.А. МАМЕДОВ

Videolaparoscopy in diagnosis and treatment of incarcerated inguinal hernias

A.S. ERMOLOV, A.A. GULIAEV, P.A. IARTSEV, M.N. DRAIER, V.D. LEVITSKII, I.I. KIRSANOV, K.A. MAMEDOV

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Представлены результаты диагностики ущемленных паховых грыж и лечения пациентов с данной патологией, оперированных традиционным и видеолапароскопическим доступом. Отражена актуальность исследования, подробно представлены клинический материал и используемые диагностические и лечебные методы. Сформулированы показания и противопоказания к использованию видеолапароскопии при диагностике и лечении ущемленных паховых грыж, представлена методика видеолапароскопического грыжесечения с иллюстративным материалом, а также приведено сравнение послеоперационного периода по основным показателям. Сделаны выводы о возможностях использования диагностической лечебной видеолапароскопии у больных с ущемленными паховыми грыжами.

Ключевые слова: паховая грыжа, видеолапароскопия, ущемленная грыжа.

Results of diagnosis of incarcerated inguinal hernias and surgeries via open and videolaparoscopic approach are demonstrated. Relevance of the research is figured out, clinical material, diagnostic and treatment techniques are presented. Indications and contraindications for videolaparoscopy in incarcerated groin hernias are formulated, the technique of videolaparoscopic herniorrhaphy is illustrated, and comparison of postoperative period main criteria has been carried out. Diagnostic and treatment videolaparoscopy was concluded to be applicable in patients with incarcerated inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia, videolaparoscopy, incarcerated hernia.

Грыжи передней брюшной стенки встречаются у 3–7% населения [1–3]. В 10–15% случаев происходит ущемление грыжевого выпячивания. В течение последних 5 лет в Москве выполняется от 2924 до 3218 операций по поводу ущемленной грыжи передней брюшной стенки (по данным медицинской статистики департамента здравоохранения за 2011 г.), из которых паховые грыжи составляют 40–61% [1, 4, 5]. У мужчин паховая грыжа встречается в 4 раз чаще, чем у женщин [1–3]. В общей популяции паховыми грыжами страдают в основном лица молодого возраста, что делает вопрос их социально-трудовой реабилитации особенно актуальным.

Диагностика ущемленной паховой грыжи (УПГ), как правило, не представляет трудностей. Исключением является пристеночное (Рихтеровское) ущемление кишки. Грыжевое выпячивание при этом не выходит за границы наружного пахового кольца и клинически определяется с трудом. Пассаж по кишке в таком случае нарушается частично, и после проведения консервативных мероприятий наступает мни-

мое улучшение самочувствия пациента. При этом ущемленный участок кишки быстро подвергается некрозу с последующим развитием перфорации, флегмоны грыжевого мешка и перитонита [2, 6, 7].

УПГ служит абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению [5, 6, 8]. Однако у ряда пациентов на этапе осмотра в приемном отделении или при транспортировке в операционный блок происходит самостоятельное вправление грыжевого выпячивания в брюшную полость, что делает невозможным адекватную оценку бывшего в ущемлении органа при традиционном паховом доступе. И даже при самостоятельном вправлении грыжевого выпячивания на догоспитальном этапе существует вероятность некроза бывшего в ущемлении органа. Редко встречающимся и трудным в диагностике вариантом развития УПГ является ее ложное вправление, при этом отсутствует типичная клиническая картина ущемления в связи с отсутствием грыжевого выпячивания, однако ущемленные органы через разорванную стенку грыжевого мешка могут проникнуть в предбрюшинную клетчатку или брюшную полость и симулировать вправление грыжевого содержимого.

Характеристика обследованных больных по полу и возрасту

Параметр	Основная группа	Группа сравнения	<i>p</i>
Число больных, абс. (%)	31 (51)	30 (49)	—
Средний возраст, годы	50,8±6,1	49,7±5,5	>0,05
Мужчины/женщины	29/2	28/2	—
Длительность ущемления, ч	262,4±149,9	160,7±28,2	>0,05

Таким образом, представляется целесообразным использование видеолaparоскопии (ВЛС) у пациентов с УПГ, что позволит установить диагноз в сложных случаях и провести ревизию органов брюшной полости.

Видеолaparоскопическая герниопластика (ГП) активно используется в плановой хирургии [2, 4, 9—13]. По данным литературы, основными преимуществами метода являются меньшая травма тканей, которая позволяет минимизировать возможные осложнения со стороны органов мочеполовой системы (отек и гематома мошонки, отек яичек, повреждение семенного канатика и его сосудов, повреждение мочевого пузыря) до 1—6% против 20—25% при традиционном методе [4, 14—18]; меньшая частота рецидивов после эндохирургической ГП (0,3—0,5%) по сравнению с методикой Лихтенштейна (1—2%) [3—5, 15, 19—22]; возможность выполнения двусторонней ГП из одного хирургического доступа позволяет у 42—78% пациентов с двусторонней паховой грыжей значительно уменьшить операционную травму и улучшить течение послеоперационного периода [4, 10].

Однако, несмотря на активное и успешное использование видеолaparоскопической ГП в плановой хирургии, при УПГ данный метод до настоящего времени не нашел широкого применения. Таким образом, представляется перспективным изучение возможностей ВЛС в диагностике и лечении УПГ.

Материал и методы

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за 2009—2011 гг. оперированы 144 пациента с УПГ. Из них ВЛС методом оперирован 31 (21,5%) пациент, составивший основную группу исследования. В группу сравнения вошли 30 больных, оперированных стандартным способом Лихтенштейна (случайная выборка). Средний возраст в основной группе составил 49,7±5,5 года, в группе сравнения — 50,8±6,1 года. Группы были сопоставимы между собой по полу и возрасту (см. таблицу).

В диагностическом алгоритме использованы УЗИ, рентгенологическое исследование органов брюшной полости, ВЛС.

В основной группе больных ВЛС при УПГ использовали по следующим показаниям: оценка со-

стояния ущемленного органа и решение вопроса об объеме операции и хирургическом доступе; подозрение на пристеночное (Рихтеровское) ущемление (клинические признаки — локальные боли в животе, неясная клиническая картина, отсутствие грыжевого выпячивания на брюшной стенке); состояние после ущемления (при длительности ущемления более 2 ч) для оценки состояния бывшего в ущемлении органа.

Противопоказаниями к ВЛС при УПГ являлись как общие для всех видеолaparоскопических операций, так и специфические для данного заболевания: тяжесть состояния больного, обусловленная сопутствующей патологией сердца или легких, не позволяющая выполнить операцию в условиях напряженного пневмоперитонеума; непроходимость кишечника или перитонит, что обуславливает необходимость выполнения назоинтестинальной интубации кишки открытым методом; гигантские невправимые грыжи передней брюшной стенки.

ВЛС выполняли по общепринятой методике с использованием 3 троакаров. Ее целью являлись исключение ложного вправления, обнаружение и ревизия бывших в ущемлении органов; исключение сопутствующей патологии органов брюшной полости. После этого осматривали внутреннее паховое кольцо. Для выполнения эндохирургического грыжесечения и резекции нежизнеспособного органа (сальник) использовали стандартные видеолaparоскопические инструменты, а также ультразвуковые ножницы Harmonic Ace («Ethicon») и электролигирующий инструмент LigaSure Atlas («Covidien»). ГП в основной группе выполняли по общепринятой методике — трансабдоминальной предбрюшинной (ТАРР) ГП с использованием как полипропиленовой сетки, которая фиксировалась эндодогерниостеплером AbsorbaTack («Covidien»), так и с применением «самоклеящейся» сетки Progrid («Covidien»). Некроза петли ущемленной кишки не наблюдали.

В группе сравнения операцию выполняли по Лихтенштейну.

Для оценки течения послеоперационного периода, определения особенностей послеоперационного заживления раны использовали лабораторный метод, УЗИ органов брюшной полости и мягких тканей передней брюшной стенки в области операции.

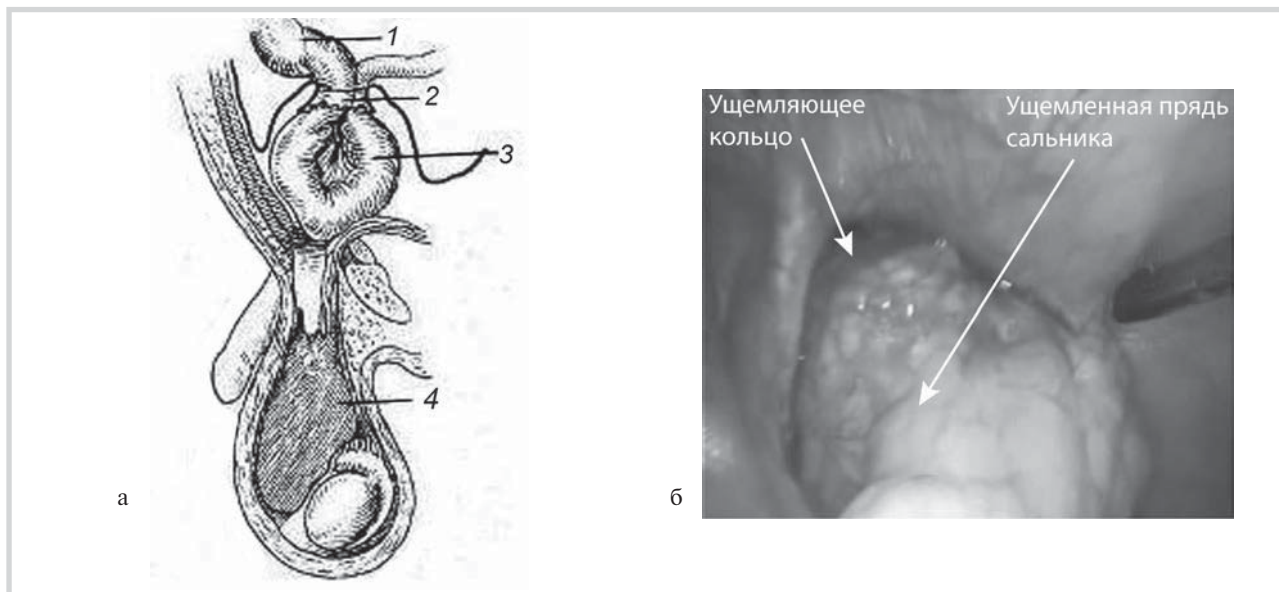


Рис. 1. «Мнимое» вправление ущемленной паховой грыжи (УПГ).

а — схема: 1 — приводящая петля ущемленной кишки; 2 — вправленное ущемляющее кольцо; 3 — ущемленная петля тонкой кишки; 4 — пустой грыжевой мешок; б — иллюстрация «мнимого» вправления пряди большого сальника при УПГ.

Результаты

Заслуживает внимания то, что в основной группе на этапе диагностической ВЛС у 23 (82,1%) больных не требовалось рассечения ущемляющего кольца, так как при релаксации брюшной стенки и растяжении последней за счет инсуффляции газа в брюшную полость грыжевое выпячивание вправлялось самостоятельно. Таким образом, не потребовались манипуляции на ущемленном органе. В 5 (17,9%) случаях для рассечения ущемляющего кольца применяли либо ультразвуковые ножницы (при ущемлении пряди сальника), либо электролигирующий инструмент с внутренним расположением ножа, что было особенно важно при ущемлении петли кишки во избежание ее травмы.

По характеру содержимого грыжевого мешка у 6 (19,4%) пациентов выявлено эластическое ущемление петли тонкой кишки в грыжевых воротах, у 22 (71%) диагностировано ущемление пряди большого сальника. При этом некроз ущемленной пряди сальника выявлен в 3 (9,7%) случаях. В наших наблюдениях некроза петли тонкой кишки не было.

Для иллюстрации диагностических и лечебных возможностей ВЛС приведем клинический пример.

Больной Д., 22 года, поступил с жалобами на боли в левой паховой области более 3 сут, на протяжении которых больной самостоятельно пытался вправить грыжевое выпячивание. Страдал грыженосительством около 1 года. В левой паховой области определялось грыжевое выпячивание 3×3,5 см, мягкоэластической консистенции, умеренно болез-

ненное при пальпации, свободно вправляющееся в брюшную полость. Учитывая отсутствие клинических признаков ущемления, больного госпитализировали в отделение. За время наблюдения в течение 16 ч от момента госпитализации сохранялся болевой синдром, ввиду чего было решено выполнить диагностическую ВЛС. При ВЛС выявлено ложное вправление грыжевого выпячивания с перемещением внутреннего пахового кольца (ущемляющего кольца) с содержимым грыжевого мешка в брюшную полость, что создавало иллюзию вправления [4]. Содержимым грыжевого мешка являлась некротизированная прядь большого сальника (рис. 1).

Выполнено грыжесечение видеолапароскопическим методом с использованием ультразвуковых ножниц. Прядь сальника, находившаяся в грыжевом мешке, признана нежизнеспособной, выполнена ее резекция и ТАРР ГП. Послеоперационный период гладкий. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на 5-е сутки после операции. В раннем и позднем послеоперационном периоде осложнений не было.

Данный клинический пример демонстрирует редкое наблюдение ложного вправления ущемленной грыжи, трудность диагностики этой патологии и диагностические возможности лапароскопии. Таким образом, сохраняющийся болевой синдром после вправления грыжевого выпячивания, по нашему мнению, служит абсолютным показанием к лапароскопии.

После диагностического этапа и вправления ущемленных органов в брюшной полости 28 па-

циентам выполнена видеолaparоскопическая пластика пахового канала по методике TAPP. Из них полипропиленовая сетка установлена у 17 (60,7%) пациентов, а у 11 (39,3%) — «самоклеящаяся» сетка Progrid. У 3 пациентов с выраженным болевым синдромом в паховой области и подозрением на Рихтеровское ущемление грыжи при диагностической ВЛС патологии не выявлено.

Представляет интерес использование ВЛС при УПГ с одной стороны и наличии грыженосительства с другой стороны.

Больной *Б.*, 37 лет, поступил с жалобами на боли в правой паховой области. Страдал грыженосительством около 6 мес. В правой паховой области определялось грыжевое выпячивание 4×3,5 см плотной консистенции, болезненное при пальпации, неприводимое в брюшную полость. Больному произведена диагностическая ВЛС. При ревизии брюшной полости выявлена ущемленная правосторонняя грыжа, содержимым грыжевого мешка являлась прядь большого сальника, последняя самостоятельно вправилась в брюшную полость, признана жизнеспособной. Слева выявлено расширение внутреннего пахового кольца. Произведена TAPP ГП справа (рис. 2).

Слева произведено укрепление внутреннего пахового кольца биологическим имплантатом — твердой мозговой оболочкой (рис. 3).

Данный клинический пример демонстрирует возможность выполнить симультанную операцию из стандартного видеолaparоскопического доступа, что избавляет пациента от необходимости повторного вмешательства.

Всем больным в основной группе и группе сравнения в послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, антибактериальная и спазмолитическая терапия. Выполнена сравнительная оценка результатов активизации пациентов и лечения. В отличие от группы сравнения, в основной группе отмечены более ранняя активизация больных: $0,4 \pm 4,9$ сут против $1,3 \pm 9,9$ сут ($p < 0,05$), меньшая потребность в наркотических анальгетиках: $0,5 \pm 0,2$ сут против $1,0 \pm 0,4$ сут ($p < 0,05$) и сокращение послеоперационного пребывания в стационаре $6,2 \pm 0,8$ сут против $7,9 \pm 1,5$ сут ($p < 0,05$). Однако отсутствуют статистически значимые различия в основной группе и группе сравнения по длительности антибактериальной терапии: $4,68 \pm 0,7$ сут против $4,73 \pm 0,9$ сут ($p > 0,05$) и инфузионной терапии $0,71 \pm 0,4$ сут против $0,87 \pm 0,6$ сут ($p > 0,05$).

Улучшение результатов лечения больных в основной группе мы связываем с меньшей операционной травмой и менее выраженным болевым синдромом, что позволило осуществить более раннюю активизацию больных, практически отказаться от приема наркотических анальгетиков и сократить послеоперационный период пребывания в стационаре.

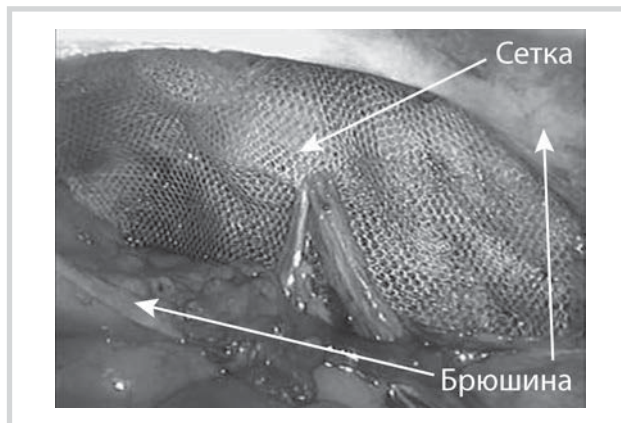


Рис. 2. Трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика сеткой Parietex.

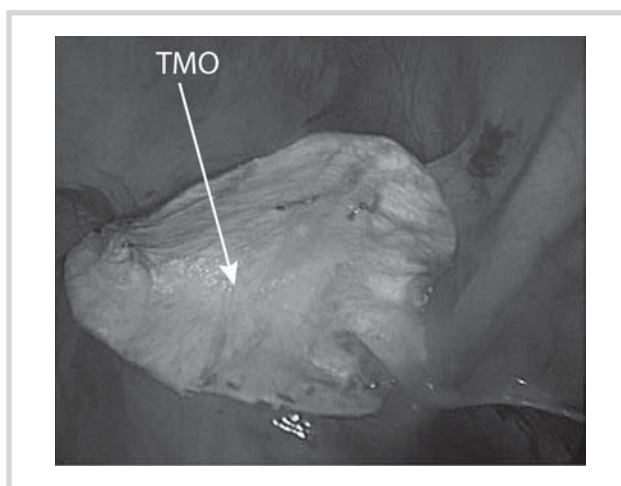


Рис. 3. Использование твердой мозговой оболочки (ТМО) для укрепления внутреннего пахового кольца.

В основной группе осложненный послеоперационный период отмечен у 3 (9,7%) пациентов — образование сером в области операции. В группе сравнения частота послеоперационных осложнений составила 16,7%. Из них в 3 (10%) случаях отмечено образование сером в области операции, инфильтрат в области послеоперационной раны — у одного (3,3%) пациента и нагноение послеоперационной раны также у одного (3,3%) пациента.

Таким образом, использование видеолaparоскопического доступа при УПГ позволило сократить количество послеоперационных осложнений в области раны.

Выводы

Выявлены следующие преимущества видеолaparоскопического метода в диагностике и лечении УПГ:

— релаксация при общем обезболивании и инсuffляция газа в брюшную полость приводит к самопроизвольному вправлению грыжи без рассечения ущемляющего кольца у 82,1% больных;

— ВЛС позволяет полноценно оценить жизнеспособность ущемленных органов даже после «разущемления» с возможностью перехода диагностического этапа в лечебный;

— ревизия органов брюшной полости с целью исключения сопутствующей патологии органов

брюшной полости, в том числе онкологических процессов;

— возможность выполнения двух операций из одного хирургического доступа при двусторонней паховой грыже;

— сохранение основных преимуществ видеолaparоскопического метода: меньшая травма тканей; отсутствие или низкий болевой синдром в послеоперационном периоде; ранняя активизация; сокращение длительности лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян А.А., Федоров А.В., Гогия Б.Ш. К вопросу о классификации паховых грыж. Хирургия 2007; 11: 44—45.
2. Жебровский В.В., Эльбашир Э.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь: Бизнес-информ 2002; 440.
3. Simons M.P., Aufenacker T., Bay-Nielsen M. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia 2009; 13 (4): 343—403.
4. Куликов Л.К., Шалашов С.В., Смирнов А.А. и др. Болевой синдром как показатель эффективной герниопластики паховой грыжи. Сибирский мед журн 2009; 2: 51—53.
5. Nilsson H., Stylianidis G., Naarataki M. et al. Mortality After Groin Hernia Surgery. Ann Surg 2007; 245 (4): 656—660.
6. Митин С.Е. Дифференциальный подход к применению новых технологий при оперативном лечении паховых грыж: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб 2002; 23.
7. Шалашов С.В. Хирургическая техника при «сложных» паховых грыжах. Современное состояние и перспективы герниологии. Герниология 2008; 3: 47.
8. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А. Современные методики хирургического лечения паховых грыж: метод рекомен. М 2003; 28.
9. Абоев А.С., Кульчиев А.А. Хирургическое лечение паховых грыж. Хирургия 2006; 3: 55—58.
10. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М: Медицина 1965; 201.
11. Ромашкин-Тиманов М.В., Иванов А.В., Гайдук С.С., Ковеленов П.А. Натяжная герниопластика полипропиленовым сетчатым эксплантатом у больных с ущемленными грыжами. Вестн герниол 2008; 3: 112—115.
12. Шалашов С.В., Куликов Л.К. Способ пластики при паховых грыжах. В кн: Вестник Общественной организации Ассоциация хирургов Иркутской области. Иркутск 2007: 150—151.
13. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Сергейчев А.К. и др. Результаты пластики Лихтенштейна при ущемленных паховых грыжах. Эндоскоп хир 2006; 3: 3—6.
14. Егиев В.Н., Чижов Д.В., Рудакова М.Н. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах. Хирургия 2000; 1: 19—21.
15. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. М: Медпрактика 2002; 148.
16. Подолужный В.И., Павленко В.В., Десяткин В.Б. и др. Результаты лечения больных с паховыми грыжами различными способами герниопластики в сравнительном аспекте. Сиб мед журн 2007; 2: 105—107.
17. Jenkins J.T., O'Dwyer P.J. Inguinal hernias. BMJ 2008; 336: 269—272.
18. Викторов В.В., Акбашев Р.Н., Алянгин В.Г. и др. Лапароскопическое лечение ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж у детей. Эндоскоп хир 2004; 4: 11—14.
19. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Хачмамук Ф.К. и др. Влияние герниопластики на герминативную функцию. Эндоскоп хир 2007; 3: 60—64.
20. Серебренников В.В., Баранов А.И., Валуйских Ю.В. Особенности течения послеоперационного периода при паховом грыжесечении из минидоступа. Медицина в Кузбассе 2008; 7: 64—67.
21. Федоров И.В., Славин Л.Е., Кочнев А.В. и др. Серома как осложнение хирургии грыж живота. Герниология 2007; 2: 27—29.
22. Memon M.A., Cooper N.J., Memon B. et al. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair. Br J Surg 2003; 90 (12): 1479—1492.