

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ



Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Камалов Нодир Аловаддинович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЧОВ ЧУРРАСИДА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Камалов Нодир Аловаддинович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ENDOVIDEOSURGERY OF INGUINAL HERNIA

Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich, Kamalov Nodir Alovadinovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақола чов канали чурраларида эндовидеохирургияга бағишланган замонавий адабиётлар ретроспектив таҳлиliga бағишланган.

Калит сўзлар: чов чурра, эндовидеохирургия.

Abstract. A retrospective review of the current literature on endovideosurgery of inguinal hernias was conducted.

Key words: Inguinal hernia, Endovideosurgery.

Наружные грыжи живота встречаются у 3-4 % населения, а среди лиц пожилого и старческого возраста – у 15-17%, что, несомненно, приводит к снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и инвалидизации [3]. Среди пациентов с наружными грыжами живота паховые грыжи (ПГ) составляют примерно 80%. Для их лечения используют различные способы операций, количество которых на сегодняшний день достигает более 1000, что говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения этого заболевания [1,2]. Имеется много сравнений в исследованиях, открытых и лапароскопических методов в хирургии ПГ. Однако очень мало исследований относительно прямого сравнения методов ТАПП и ТЕП [1, 4]. Хотя в некоторых публикациях сообщается, что операция ТЕП проводилась чаще при лапароскопической хирургии ПГ, а в некоторых исследованиях сообщили о разноречивости в взглядах [5]. Одним из таких исследований является немецкий реестр грыж - исследование Herniated. В этом исследовании 61,9% пациентов, перенесших лапароскопическую хирургию грыжи, лечились с ТАПП и 38,1% с ТЕП. Однако выяснилось, что не было существенной разницы между двумя методами относительно частоты периоперационных и послеоперационных осложнений [6].

Пластика ПГ остается разделенной проблемой среди хирургов общей практики без существенной разницы в качестве пластики между открытым и лапароскопическим доступом [2,6]. Открытая герниопластика включает один паховый разрез, обычно на 10 см в длину, и метод герниорафии без натяжения «затычки и заплатки» [3,14,16]. Лапароскопический доступ может быть трансабдоминальным (ТАПП) или экстраперитонеальным (ТЕП). Подход ТЕП, наиболее распространенный из двух, использует три лапароскопических разреза в нижней средней линии живота и помещает кусок сетки в дефект, не проникая в брюшную полость. Преимущества лапароскопического подхода включают уменьшение послеоперационной боли, снижение риска хронической боли и более быстрое возвращение к работе и повседневной активности [5,11]. Однако первоначальный энтузиазм по поводу лапароскопического доступа сменился более разумным использованием этого метода, который, как было показано, предпочтительнее при рецидивирующих и двусторонних паховых грыжах. Эта тенденция частично является результатом нескольких факторов, включая повышенную стоимость и относительно долгую кривую обучения. Эффективность открытых и лапароскопических методов герниопласти-

ки зависит от опыта хирурга. К примеру, частота рецидивов грыжи после наложения швов Шоулдайса, составляет около 10% [4,10,12,14], а наоборот, размещение сетки Лихтенштейна, для пластики «без натяжения» -снижает этот риск примерно до 1% [3,5,9]. Для сравнения, частота рецидивов аналогична при лапароскопической пластике и пластике открытой сеткой. Однако частота рецидивов выше в лапароскопических случаях, если их выполняет менее опытный хирург [16,21].

Основными целями плановой хирургии грыжи являются улучшение симптомов и предотвращение острых хирургических состояний, таких как невправимость или ущемление. Известно, что экстренное лечение приводит к значительно более высоким показателям заболеваемости и смертности, особенно среди пожилых людей. Однако остается неясным вопрос о целесообразности вмешательства у пожилых пациентов с сопутствующей патологией, у которых симптомы могут быть минимальными, а плановое лечение сопряжено с риском [5,9,30]. Хотя некоторые авторы рекомендуют период ожидания для молодых здоровых пациентов, для пожилых пациентов с сопутствующей патологией рекомендуется раннее плановое восстановление. Следует отметить, что во многих клинических учреждениях по-прежнему широко применяются способы герниопластики локальными тканями [7,11,13]. Неоспоримым является тот факт, что данные способы являются наиболее физиологичными, что отражается на низкой частоте случаев местных реакций тканей при оперативном лечении, а также на сокращении сроков госпитализации больного. Однако, данные методы могут применяться только у пациентов с грыжами малых размеров, и с учетом сохранения эластичности тканей передней брюшной стенки. Таким образом, данные способы не могут быть приемлемыми у больных пожилого возраста.

С каждым днем в ведущих клиниках мира возрастает частота использования способов ненапряжной пластики путем применения сетчатых имплантатов [27,28,29]. Большое значение при этом имеет не только выполнение герниопластики с использованием сетки, но и восстановление анатомического строения передней брюшной стенки.

Y. Vigneswaran и соавт. (2015) [19] из исследованных 471 пациентов, 285 (60,5%) пациентов были лицами пожилого возраста, в том числе 155 пациентов были в возрасте 65-80 лет и 31 пациент был старше 80 лет. Из этих пациентов процент, которым была выполнена лапароскопическая пластика, составлял 86% для лиц пожилого возраста, 79% для пожилых людей и 41,9% для когорт восьмидесятилетнего возраста. После лапароскопической пластики у старших когорт был более высокий уровень незначительных послеоперационных осложнений, чем у не пожилых

(38% и 58% против 15%), что объясняется более высокими показателями серомы и задержки мочи. Интраоперационные осложнения и частота рецидивов не различались между когортами; однако когорта восьмидесятилетнего возраста была более подвержена повторной госпитализации по сравнению с когортами лиц пожилого и старшего возраста (17% против 2% и 2% соответственно) и имела большую продолжительность пребывания. При лапароскопических операциях во всех когортах шкала комфорта Каролины со временем улучшилась. Лапароскопическая коррекция у восьмидесятилетних пациентов, но не у пожилых, имела лучшие результаты с течением времени (8,1 и 1,0 и баллы меньше / лучше, соответственно), чем в когорте других пациентов.

По мнению Y. Vigneswaran и соавт. лапароскопическая пластика паховой грыжи безопасна и эффективна у пожилых и восьмидесятилетних пациентов без серьезных заболеваний или летальных исходов. Хотя эти пациенты подвержены большему риску послеоперационной серомы и задержки мочи, а восьмидесятилетние пациенты подвергаются большему риску повторной госпитализации, ориентированные на пациента результаты могут быть лучше после лапароскопической коррекции с надлежащим отбором пациентов в пожилом возрасте (19).

J. Treadwell и соавт. (2012) [28] анализировали 223 публикации, описывающие 151 уникальное исследование. Из них 123 были рандомизированными контролируемые испытаниями, 2 были регистрами и 26 имели другой дизайн (включены только для вопроса о лапароскопическом хирургическом опыте). Только 10 процентов исследований проводились исключительно в США. Для первичных грыж у старших возрастных групп риск рецидива после открытой операции был ниже, чем после лапароскопии, в то время как у больных с рецидивирующими грыжами данный риск являлся наиболее низким при проведении лапароскопического вмешательства. Такие исходы, как временное выздоровление и хронический болевой синдром реже наблюдались после лапароскопических вмешательств, чем после традиционных. Также стоит отметить, что результаты использования трансабдоминальной предбрюшинной пластики были сопоставимыми с таковыми при других лапароскопических способах операции, а в некоторых случаях были и лучше. В современной герниологии немаловажное значение отдается оценкам непосредственным и отдаленным результатам, включая качество жизни, в частности пациентам старческого и пожилого возраста. Так как послеоперационная реабилитация пациентов старшего и пожилого возраста, зависит прежде всего от проведенного патогенетически обоснованного малоинвазивного вмеша-

тельства. Kai В Dallas и соавт. (2013) [24] был проведен ретроспективный обзор истории болезни с проспективным наблюдением 115 пациентов, перенесших открытую или лапароскопическую пластику паховой грыжи. Оценка результатов включала оценку послеоперационной боли, время восстановления, хроническую боль, инфекцию раны, задержку мочи, инфекцию мочевыводящих путей, гематому и рецидив. Удовлетворенность пациентов оценивалась по шкале Лайкерта. Следует отметить, что из 115 операций - 31 (26,9%) был выполнен лапароскопически, а 84 (73,1%) - открытым. Среднее время восстановления было значительно короче в группе лапароскопических герниопластик (7,5 против 23,1 дня), как и средняя продолжительность боли в группе лапароскопии (1,4 против 9,6 дня). Таким образом, Kai В Dallas и соавт. пришли к выводу, что лапароскопическая пластика паховой грыжи обеспечивает значительно более короткую продолжительность боли и время восстановления по сравнению с открытой пластикой паховой грыжи без увеличения количества осложнений. По мнению других ученых [29], для пластики с большими ПГ, целесообразнее применять комбинированные методы герниопластики. Это обусловлено тем, что у пациентов с паховыми грыжами использование комбинированного метода герниопластики, при котором не происходит уменьшение объема брюшной полости, благоприятно отражается на состоянии гемодинамики в венозных сосудах, в которых возрастает линейная скорость кровотока, и уменьшается риск тромбообразования. К. Bowling и соавт. (2017) [23] на основании результатов 1167 выписанных пациентов, оперированных в период с января 2009 года по август 2016 года, сравнивали результаты открытой и лапароскопической герниопластики. Под лапароскопической герниопластики, авторы имели ввиду TEP операции. В результате лишь пятеро пациентов (4,42%) сообщили об умеренной боли, что в группе TEP > 65 этот показатель был значительно ниже (10,2% открытых IHR <65; 6,7% TEP <65; 12,8% открытых IHR > 65). F. Mayer и соавт. (2016) [22] Herniamed - это многоцентровый интернет-регистр грыж, в котором 358 участвующих клиник и частных хирургов из Германии, Австрии и Швейцарии проспективно зарегистрировали своих пациентов, перенесших операции по удалению грыжи. В настоящем анализе теперь исследуются проспективные данные всех пациентов, перенесших лапароскопическую / эндоскопическую пластику паховой грыжи с помощью трансабдоминальной предбрюшинной пластики (TAPP) или тотальной экстраперитонеальной пластики (TEP) в период с 1 сентября 2009 г. по 15 апреля 2013 г. Включение критериями были минимальный возраст 16 лет, первичная паховая грыжа и одно- или

двусторонние операции. Всего были исследованы 24 571 больной. В их число вошли 17 214 пациентов в возрасте ≤ 65 лет (70,1%) и 7357 пациентов в возрасте > 65 лет (29,9%). Среди пациентов в возрасте до 65 лет при распространенности 3,28% общее число послеоперационных осложнений при расчете на 1000 больных составляет 28 случаев, а в группе пациентов старше 65 лет данный показатель составляет 38 случаев. О преобладании частоты развития послеоперационных грыж у больных старше 65 лет упоминается в Шведском регистре грыж, Датском регистре грыж и Национальной программе повышения качества хирургии Американского колледжа хирургов.

Таким образом, увеличение частоты периоперационных осложнений и повторных операций, связанных с лапароскопической / эндоскопической хирургией паховой грыжи, зависит не только от возраста, но и от других факторов. Также можно продемонстрировать, что, только начиная с возраста 80 лет можно выявить значительный рост частоты послеоперационных осложнений. Таким образом, возраст > 65 лет изолированно не является фактором риска для проведения лапароскопической / эндоскопической пластики паховой грыжи. Наиболее сложную проблему создают рецидивы ПГ, которые закономерно будут сопровождать в определенном количестве. Коррекционные мероприятия отличаются тем, что приходится сталкиваться с некоторыми трудностями при проведении пластики, обусловленными анатомическими изменениями и недостаточностью собственных тканей. На сегодняшний день, к сожалению, в литературе приводятся единичные сообщения, ориентированные на данную проблему. Рецидивные грыжи встречаются почти в 10% случаев от общего числа паховых грыж, при этом около 20 000 больных в год подвергаются повторным хирургическим вмешательствам из-за развития паховой грыжи. Частота случаев рецидива грыжи в общехирургических медицинских учреждениях варьирует от 5 до 20%, в то же время в специализированных клинических учреждениях этот показатель составляет 1-5,5% случаев. После первичной герниопластики рецидивы заболевания наблюдаются почти у каждого 8-10-го пациента, а после проведения операций при повторном развитии грыжи частота рецидива заболевания возрастает до 45% [21.23]. Большинство авторов отмечают, что повторное развитие прямой паховой грыжи может наблюдаться у 18-24% больных, а среди пациентов с большими грыжами данный показатель составляет 18-25% случаев, у больных со скользящими грыжами частота рецидивов возрастает до 43% [17.18]. Повторное развитие грыжи после проведения герниопластики передней стенки пахового канала наблюдается в 7,1-22,2% случаев, при проведении герниопласти-

ки задней стенки с использованием метода Бассини рецидивы грыжи наблюдаются в 3,4-26,7% случаев, а при использовании методов пластики по Кукуджанову и Постемпски частота рецидивов заболевания составляет 1,8-8,9% случаев. При проведении натяжных методов пластики с использованием локальных тканей рецидивы грыжи наблюдаются почти в 50% случаев, а при проведении ненапряжных методов пластики с использованием аллопластических материалов повторное развитие паховой грыжи встречается реже и составляет около 10% случаев.

По данным В.К. Гостищева с соавт. (2012) [12], вероятность рецидива грыж большого размера у пациентов старших возрастных групп продолжает оставаться высокой, при этом в случае развития гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны риск рецидива грыжи возрастает до 35,7%, а при использовании аллопластических материалов этот показатель составляет в среднем 29,7% случаев. По некоторым данным, риск развития рецидива грыжи при наличии расстройств со стороны внешнего дыхания составляет 12,6% случаев, а при развитии пневмонии в послеоперационном периоде риск развития заболевания составляет 9,4%. В Шведском регистре грыж отмечено значительное и существенное увеличение риска послеоперационных осложнений при лапароскопических и открытых предбрюшинных процедурах у пожилых пациентов (возраст > 65 лет) [20]. В Датском регистре грыж осложнения после герниопластики паховой грыжи чаще встречались у пациентов старше 65 лет (4,5%) по сравнению с пациентами более молодого возраста (2,7%) [21].

В Национальной программе улучшения качества хирургии (NSQIP) Американского колледжа хирургов риск возникновения периоперационных осложнений у пациентов старше 65 лет выражен со значительно более высоким отношением шансов 1,418 [1,206-1,666] [25].

В проспективном рандомизированном совместном исследовании по делам ветеранов не удалось выявить никакой связи между возрастом пациента и началом краткосрочных осложнений после лапароскопической / эндоскопической операции на паховой грыже (n=989 пациентов) [27]. В ретроспективном сравнительном исследовании с участием 185 пациентов не было обнаружено различий в частоте периоперационных осложнений между пациентами > 65 и ≤65 лет [27].

В ретроспективных сравнительных исследованиях с участием 104 и 81 пациента не было обнаружено значительных различий в периоперационных исходах пациентов между открытой и лапароскопической / эндоскопической пластикой паховой грыжи [27]. Чтобы свести к минимуму плановые оперативные осложнения и улучшить

послеоперационное восстановление, лапароскопическая пластика была предложена в качестве подходящего метода пластики паховой грыжи. Анализ приведенного литературного обзора свидетельствует, что тактика хирургического лечения ПГ, обусловлена своеобразной клиникой, тяжестью состояния грыженосителя, функциональным состоянием органов, давности заболевания, а также тяжелых соматических патологий.

Достаточная частота заболевания, трудность дифференциальной диагностики, развитие опасных для жизни пациента осложнений, а также нерешенности единого тактического подхода, намекают о нерешенности и актуальности данной проблемы.

Литература:

1. Абалян, А.К. Особенности соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и степенью тяжести дисплазии соединительной ткани / Абалян А.К., А.Н. Айдемиров, Е.В. Машурова // Первый всероссийский съезд герниологов. - Москва, 2016. - С. 8-9.
2. Бондарев, В.А. Рецидивы протезирующей герниопластики / В.А. Бондарев // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2012. – С. 43–45.
3. Гигантская пахово-мошоночная грыжа / С.В. Иванов [и др.] // Новости хирургии. – 2015. – №2. – С. 226 -230.
4. Гривенко, С.Г. Возможные пути уменьшения местной реакции тканей на полипропиленовый сетчатый эндопротез при его имплантации в ткани передней брюшной стенки / С.Г. Гривенко // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 39-41.
5. Исаев, Г.Б. Динамика внутрибрюшного давления и ее влияние на функцию внешнего дыхания в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу больших вентральных грыж [Текст] / Г.Б. Исаев, Н.З. Мусаева // Центрально-Азиатский медицинский журнал имени М. Миррахимова. – 2015. – Вып. 21, №1. – С. 101-104.
6. Морфология интегрирования синтетической сетки при пластике брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Клиническое исследование / А.С. Ермолов [и др.] // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 51-53.
7. Натяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки [Текст]/В.В. Паршиков [и др.]//Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – №5. – С. 74-79.
8. Осложнения хирургического лечения вентральных грыж / В.А. Самарцев [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 136-137.

9. Пономарева Ю.В. Оперативное лечение вентральных грыж с позиции морфологии регенеративных процессов / Ю.В. Пономарева. – дисс. докт. мед. наук. – Москва, 2018. – 320 с.
10. Профилактика и лечение инфекционных раневых осложнений при протезирующих грыжесечениях / А.Г. Сонис [и др.] // Раны и раневая инфекция. Журнал им. проф. Б.М. Костиченко. – 2014. – Т. 1, №2. – С.16–23.
11. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
12. Ризаев Ж. А., Нурмамадова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // ББК. – Т. 51. – С. 113.
13. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал "Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
14. Чистяков, Д.Б. Эндовидеохирургические и традиционные технологии в лечении пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами/ Д.Б. Чистяков, А.С. Ященко // Материалы Международного форума «Многопрофильная клиника XXI века. Экстремальная медицина». – 2021. – С.309–310.
15. Юсупова Т.А. Дифференцированный подход к лечению послеоперационных вентральных грыж / Т.А. Юсупова. – дисс. канд. мед. наук. – Ставрополь, 2016. – 173 с.
16. Bagul, Abhijit Guruprasad. Mesh Migration Causing Strangulated Intestinal Obstruction After Umbilical Hernia Repair / Abhijit Guruprasad Bagul, Mahendra Bendre // JMSCR. – 2015. – Vol.3, Issue 1. – P. 3986-3989.
17. Central failures of lightweight monofilament polyester mesh causing hernia recurrence: a cautionary note / C.C. Petro [et al.] // Hernia. – 2021. – Vol. 19. – P. 155–159.
18. Comparison study of a cellular dermal matrices in complicated hernia surgery / G.V. Bochicchio [et al.] // American College of Surgeons. – 2013. – Vol. 217, №4. – P. 606–613.
19. Elderly and octogenarian cohort: comparable outcomes with nonelderly cohort after open or laparoscopic inguinal hernia repairs/ Y. Vigneswaran [et al.] // Surgery. – 2015. – Vol.158 (4). – P. 1137-1143.
20. Georgiev-Hristov, T. Comment to: A systematic review of the surgical treatment of large incisional hernia / T. Georgiev-Hristov, A. Celdrán // Hernia. – 2022. – Vol. 2. – P. 89–101.
21. Haltmeier, T. Small bowel lesion due to spiral tacks after laparoscopic intraperitoneal onlay mesh repair for incisional hernia / T. Haltmeier, Y. Groebli // Int. J. of Surgery Case Reports. – 2013. – Vol. 4. – P. 283–285. (141)
22. Is the age of >65 years a risk factor for endoscopic treatment of primary inguinal hernia? Analysis of 24,571 patients from the Herniated Registry / Mayer F. [et al.] // Surg. Endosc. – 2016. – Vol. 30. – P. 296-306.
23. Laparoscopic and open inguinal hernia repair: Patient reported outcomes in the elderly from a single centre - A prospective cohort study / K. Bowling [et al.] // Annals of medicine and Surgery. – 2017. – Vol. 22. – P. 12-15.
24. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in octogenarians: A follow-up study / K.B. Dallas [et al.] // Geriatr. Gerontol. Int. – 2013. – Vol.13. – P. 329-333. 10.1111/j.1447-0594.2012.00902.
25. Mesh choice in ventral hernia repair: so many choices, so little time / Dinh Le [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2021. – Vol. 205. – P. 602–607.
26. Rothman, J.P. Abdominal binders may reduce pain and improve physical function after major abdominal surgery - a systematic review / J.P. Rothman, U. Gunnarsson, T. Bisgaard // Dan Med J. – 2014. – Vol. 61. – P.A4941.
27. Sajid, M.S. A meta-analysis comparing tacker mesh fixation with suture mesh fixation in laparoscopic incisional and ventral hernia repair / M.S. Sajid, U. Parampalli, M.R. McFall // Hernia. – 2013. – Vol. 17, № 2. – P.159-166.
28. Surgical Options for Inguinal Hernia: Comparative Effectiveness Review / Treadwell J. [et al.] // Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD); 2012.
29. Specific improvement measures to reduce complications and mortality after urgent surgery in complicated abdominal wall hernia/ M.A. Martínez-Serrano [et al.] // Hernia. – 2022. – Vol. 16, № 2. – P.171–177.
30. Watchful waiting in incisional hernia: Is it safe? / J. Verhelst [et al.] // Surgery. – 2015. – Vol.157. – P. 297-303. WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias/ Sartelli [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2013. – Vol. 50.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Бабажанов А.С., Камалов Н.А.

Резюме. Был проведен ретроспективный обзор современной литературы посвященной эндовидеохирургии грыж пахового канала.

Ключевые слова. паховая грыжа, эндовидеохирургия.