

количества). Из них при первичных пупочных и параумбиликальных грыжах выполнено 208 операций, остальные 219 плановых грыжесечений — по поводу послеоперационных вентральных грыж после ранее выполненных по различным показаниям срединных лапаротомий. Более чем в 35% всех случаев грыжи белой линии сочетались с диастазом прямых мышц живота. 108 больных (16 мужчин и 92 женщины) оперированы в экстренном порядке с ущемленными грыжами белой линии живота. Удельный вес больных пожилого и старческого возраста в этой группе превысил 66%. В 49,3% случаев диагностировано ущемление петли тонкой кишки, частота ущемления толстой кишки составила менее 3%. У 11 пациентов (10,2%) выполнена резекция нежизнеспособной тонкой кишки с первичным анастомозом.

Полученные результаты. С целью более быстрой (согласно собственным данным, в 1,2–3,0 раза) ликвидации интраабдоминальной гипертензии при больших послеоперационных и особенно ущемленных грыжах наиболее оправданным является ненатяжной вариант протезирующей герниопластики. За период наблюдения при плановых операциях по поводу первичных и послеоперационных грыж срединной локализации удельный вес грыжесечений с использованием синтетических эндопротезов превысил 95%. По показаниям применялись варианты натяжной и ненатяжной протезирующей герниопластики. Края эндопротеза во всех случаях фиксировались только под апоневроз, что позволило снизить частоту местных осложнений в 6,5 раз. При ущемленных грыжах частота ненатяжной герниопластики с эндопротезом в наших условиях составила 17,4% случаев (19 больных).

После плановых операций летальных исходов не было. После экстренных грыжесечений умерли 7 больных (6,5%), госпитализированных позднее 24 часов от начала заболевания. Всем им была выполнена традиционная пластика грыжевого дефекта собственными тканями. Средний возраст умерших составил 79,3 года. В результате в группе без резекции кишки показатель смертности снизился, по сравнению с предыдущим периодом наблюдения, в 1,9 раза с 5,9% до 3,1% (3 больных). Среди пациентов, перенесших резекцию полого органа, уровень летальности остался на стабильном высоком уровне и составил 36,4% (4 больных). В итоге уровень общей летальности составил 1,3%.

Выводы. Основной предпосылкой улучшения результатов лечения грыж срединной локализации является дальнейшее внедрение протезирующих технологий в практику не только плановой, но и экстренной хирургии грыж передней брюшной стенки. Главной причиной неудовлетворительных исходов остается поздняя обращаемость больных пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией при ущемленных грыжах с некрозом кишки, требующих не только адекватного объема вмешательства, но и комплексной интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

ВЫСОКОПОТОКОВЫЙ ГЕРНИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР В МОСКВЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

САЖИН А.В.¹, АНДРИЯШКИН А.В.^{1,2}, ДАЛГАТОВ К.Д.²,
ИВАХОВ Г.Б.¹, МАМАДУМАРОВ В.А.², НИКИШКОВ А.А.¹,
КОЛКОВА О.В.², ЛОБАН К.М.¹

¹ Университетская хирургическая клиника им. В.С. Савельева РНИМУ им. Н.И. Пирогова

² ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
sazhin-av@yandex.ru

Актуальность. Одним из важнейших принципов современной герниологии является строгое следование международным рекомендациям. Так, согласно им, лапароскопическую герниопластику при паховых грыжах следует выполнять при двусторонних паховых, бедренных грыжах, а также при рецидиве после «открытой» натяжной герниопластики и практически любой паховой грыже у женщин. Из открытых методик герниопластики в настоящее время, в основном, рекомендуется только операция Лихтенштейна. Операции при вентральных и послеоперационных грыжах преимущественно следует выполнять по методикам подапоневротической пластики в различных модификациях, в зависимости от вида грыжи. Многими авторами подчеркивается значимость специализированных центров хирургии грыж.

Методы. Проанализированы результаты работы одного из самых высокопоточковых герниологических центров г. Москвы — Центра Хирургии Грыж Первой Градской Больницы им. Н.И. Пирогова, являющегося частью университетской факультетской хирургической клиники им. В.С. Савельева. В 2017 году в герниологическом центре выполнено 1297 операции по поводу грыж брюшной стенки различной локализации и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. 51,1% всех вмешательств составили операции по поводу паховых грыж — 663 операции. По поводу первичных вентральных грыж (пупочных и белой линии живота) оперированы 417 пациентов, в 342 случаях выполнена подапоневротическая пластика (предбрюшинная или ретромышечная), в 75 наблюдениях — выполнена пластика собственными тканями (при размерах грыжевого дефекта до 2,0 см). Протезирующая герниопластика при послеоперационных грыжах выполнена в 217 случаях. Для оценки и классификации паховых, вентральных и послеоперационных грыж рутинно используем классификации Европейского общества герниологов (EHS).

Результаты. Строго следуя современным рекомендациям по выбору оптимального метода паховой герниопластики, нами выполнено 513 (77,3%) эндовидеохирургических (ТАРП или ТЕР) паховых герниопластик в 2017 году. Операция Лихтенштейна — 150 (22,7%) пациентам в связи с наличием сопутствующей патологии или пахово-мошоночных грыж. Доминирующее количество малоинвазивных герниопластик выполнено по методике ТАРП — 479 операций, тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР) произведена в 34 случаях. В 61,3% случаев ТАРП герниопластика выполнялась без фиксации сетчатого им-

планта. При ТЕР герниопластике сетку не фиксировали ни у одного больного.

Осложнения после паховых герниопластик отмечены в 8 случаях (гематомы мошонки – 2, серомы – 4, хронический болевой синдром – 2), рецидивы после лапароскопических вмешательств имели место у 3 больных (0,58%). Рутинно используемые принципы ускоренной реабилитации после малоинвазивных вмешательств, шадящий характер самого вмешательства позволили выписывать на следующий день после операции до 93% пациентов, независимо от методики герниопластики. Средний койко-день составил 2,3.

Ретромускулярная протезирующая герниопластика является операцией выбора при ширине дефекта апоневроза до 8–10 см при послеоперационных и вентральных грыжах. При W3 грыжах операция практически невыполнима без использования методик сепарации. Операцией выбора в данной ситуации считается задняя сепарационная протезирующая герниопластика по Новицкому (ТАR-пластика), которая выполнена нами в 17 случаях. Ретромускулярная и предбрюшинная аллогерниопластика применена у 158 и 42 больных соответственно. Рутинным является профилактика тромбоэмболических осложнений, ранняя активизация, динамический УЗ-контроль. Двум больным потребовалось повторное хирургическое вмешательство по поводу инфицированной серомы, у одного пациента в послеоперационном периоде развился синдром интраабдоминальной гипертензии, у 12 пациентов – серома послеоперационной раны, потребовавшая пункции под ультразвуковым контролем. Других осложнений и летальных исходов не было. Средний койко-день при ретромускулярная пластике составил 5,2, при TAR-пластике – 8,4.

Заключение. Широкое внедрение современных методик герниопластики в специализированном стационаре позволяет стандартизировать методику операции, применять в большинстве случаев бесфиксационную методику лапароскопической герниопластики при паховых грыжах, избежать использования низкоэффективных методик надапоневротической (onlay) герниопластики, использовать современные малоинвазивные технологии, что позволяет значительно сократить сроки реабилитации и койко-день.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

СЁМИН Д.С., СИГУА Б.В., ЗЕМЛЯНОЙ В.П.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
cosmo@list.ru

Актуальность. Паховые грыжи – одно из наиболее частых заболеваний в практике общего хирурга. Двусторонняя локализация относится к редким формам паховых грыж. Эндовидеохирургические методы лечения при двусторонних паховых грыжах являются малотравматичными и позволяют выполнить билатеральную операцию через один доступ. При стандартной двусторонней лапароскопи-

ческой паховой герниопластике традиционно используют два отдельных трансплантата.

Материалы и методы. При анализе 51 случая хирургического лечения пациентов с двусторонними паховыми грыжами, которым была выполнена стандартная лапароскопическая двусторонняя паховая герниопластика, были выявлены сформировавшиеся надпузырные грыжи у 8 пациентов (15,7%), а в 1 (1,9%) случае – рецидив паховой грыжи. Выявление надпузырных грыж также требует повторного хирургического вмешательства, как и в случае рецидива паховой грыжи. После анализа клинического материала были установлены факторы высокого риска формирования надпузырных грыж и рецидива – наличие хронической сопутствующей патологии, сопровождающейся регулярными эпизодами повышения внутрибрюшного давления, сочетающейся с особенностями спортивной и/или трудовой деятельности, сопряженной с физическими нагрузками. С учетом этих данных разработан оригинальный метод операции, показанный при выявлении указанных факторов высокого риска – эндовидеохирургическая предбрюшинная герниопластика с тотальным протезированием надпузырных, паховых и бедренных областей с использованием единого сетчатого трансплантата с многослойной структурой (PDS-II и ORC). Особенностью метода является протезирование единым широким протезом, после предварительного раскрытия париетальной брюшины единым лоскутом и тщательного выделения паховых, бедренных, надпузырных областей и мобилизации мочевого пузыря с закрытием вышеуказанных областей. Оригинальность метода подтверждена патентом на изобретение Российской Федерации (№ 2564757, заявка № 2014133584/14). Данная методика также показана при первичных и вторичных надпузырных грыжах. Также был сформулирован алгоритм выбора метода лапароскопической операции при двусторонних паховых грыжах: при наличии факторов высокого риска формирования надпузырных грыж и рецидива – показан метод тотального протезирования, описанный в оригинальной методике, а при отсутствии таковых факторов – методом выбора является стандартная лапароскопическая паховая герниопластика с использованием двух отдельных трансплантатов.

Результаты. Основная группа исследования (33 пациента с двусторонними паховыми грыжами) была сформирована сопоставимо по возрастным, половым характеристикам и наличию сопутствующей патологии. В основной группе проведен дифференцированный подход к выбору методики эндовидеохирургической операции: пациентам с высоким риском была выполнена операция с тотальным протезированием, а при отсутствии высокого риска – стандартная отдельная герниопластика. При контрольных осмотрах через 1–3 года у пациентов основной группы рецидивов, а также формирования надпузырной грыжи не выявлено.

Заключение: Пациентам с двусторонними паховыми грыжами наиболее предпочтительна лапароскопическая двусторонняя герниопластика. При наличии факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж необходимо выполнять тотальное протезирование