

© Коллектив авторов, 2015

УДК: 616.34-007.43-031:611.957]-089

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*С.В. Тарасенко<sup>1,2</sup>, А.А. Копейкин<sup>1,2</sup>, Ш.И. Ахмедов<sup>1,2</sup>, И.В. Баконина<sup>2</sup>*

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области городская  
клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Рязань (1)  
Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П.Павлова, г. Рязань (2)

**Цель исследования** – сравнение лапароскопического и эндоскопического способов лечения паховых грыж. В период с 2011 по 2012 г. было выполнено 44 герниопластики по поводу односторонней паховой грыжи, до Ша стадии по классификации Л. Найхуса. Из них 24 герниопластики выполнены лапароскопическим методом (трансабдоминальная герниопластика – ТАПП) – первая группа, и 20 герниопластик выполнено эндоскопическим методом (тотальная экстраперитонеальная герниопластика – ТЭП) – вторая группа. Все герниопластики выполнялись стандартно, с использованием одинакового инструментария и сетчатого эндопротеза (полипропиленовая сетка 15х15 см). Длительность операции была выше во второй группе. Продолжительность госпитализации не отличалась. Болевой синдром был выше в первой группе. Опыт опубликованный в этом исследовании показывает преимущество метода ТЭП в послеоперационном периоде, у больных оперированных по поводу паховой грыжи до Ша стадии.

**Ключевые слова:** герниопластика, методы ТАПП и ТЭП, паховая грыжа.

Эндоскопические методы лечения паховых грыж применяются более 20 лет. Хорошо зарекомендовали себя предложенные М.Е. Агтеgui в 1991 году и J.L. Dulucq в 1992 году методы трансабдоминальной герниопластики (ТАПП) и тотальной экстраперитонеальной герниопластики (ТЭП) соответственно.

Имеющиеся данные на сегодняшний день, по мнению большинства хирургов, свидетельствуют о том, что методы преперитонеального протезирования в лечении грыж передней брюшной стенки имеют явные преимущества в сравнении с другими методами грыжесечения [2], и потому эндовидеохирургические методы лечения паховых грыж ТАПП и ТЭП, патогенетически обоснованы, обеспечивают хороший доступ и визуализацию анатомических структур пахового канала, позволяет произвести герниопластику с

наименьшей травматичностью и наибольшей эффективностью [1, 6]. Кроме того, следует отметить, что при возможности полного предоперационного обследования больных [4], накопленном опыте и многочисленности различного рода публикаций, отсутствует единая тактическая доктрина при выборе метода лечения паховых грыж [3]. Мнения различных авторов о преимуществах и недостатках современных способов устранения паховых грыж ТАПП и ТЭП порой весьма противоречивы, и для точного сравнения необходимо провести ещё не одно исследование [5, 7].

### Материалы и методы

С 2011 г. по 2012 г. было выполнено 74 герниопластики, из них методами ТАПП и ТЭП выполнено 62 операции. В исследование вошли пациенты с односторонней нерезицидивной паховой грыжей, до Ша стадии по

классификации Л. Найхуса. Для сравнительного анализа вышеизложенных методов герниопластик было отобрано 44 истории болезней пациентов, оперированные по поводу односторонней паховой грыжи.

Среди данной выборки 24 пациентам выполнено 24 трансабдоминальные преперитонеальные герниопластики (ТАПП) – первая группа, и 20 пациентам выполнено 20 тотальных экстроперитонеальных герниопластик (ТЭП) – вторая группа. В обеих группах определяли количество осложнений и выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, которая измерялась по 10 бальной шкале ВАШ (визуальная аналоговая шкала).

В основном, контингент больных грыженосителей, которые вошли в группы исследования, составляют лица среднего (от 35 до 45 лет) возраста. При распределении пациентов по возрасту, возраст больных варьировал от 25 до 50 лет. Во всех группах преобладали пациенты в возрасте старше 40 лет.

Средний возраст больных в первой группе составлял  $42 \pm 3$  года, во второй  $44 \pm 2$  года. Все пациенты поступали в хирургическое отделение на оперативное лечение в плановом порядке, после стандартного медицинского обследования, в условиях поликлиники. Всем больным производились общеклинические методы комплексного обследования органов и систем, лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, содержание глюкозы крови, мочевины, креатинина, билирубина, активность амилазы в крови, АсТ, АлТ), коагулограмма, группа крови и резус-принадлежность, НВbА $\delta$  и НСУ-маркеры гепатита, ВИЧ. Выполнялось рентгенологическое исследование органов грудной клетки, электрокардиографическое исследование (ЭКГ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Все больные осматривались врачом терапевтом, анестезиологом, а при необходимости и другими узкими специалистами.

Для определения наиболее эффективного способа оперативного лечения в обеих группах нами были выделены следующие критерии сравнительного анализа:

- 1) длительность и интенсивность болевого синдрома в послеоперационный период;
- 2) частота и характер послеоперационных осложнений, в т.ч. рецидивов грыж;
- 3) длительность операции;
- 4) время пребывания больного в стационаре.

Статистическая обработка данных выполнена общепринятыми методами.

### **Результаты и их обсуждение**

При сравнении этих групп мы получили следующие данные.

1) Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале в течение первых 24 часов в 1-й группе у 24-х пациентов, оперированных методом ТАПП, составила от 2 до 8 баллов, а к концу третьих суток – от 1 до 4 баллов соответственно. Во 2-й группе у 20 пациентов, оперированных методом ТЭП, выраженность болевого синдрома составила от 1 до 6 баллов, на третьи сутки 1-2 балла. В среднем продолжительность болевого синдрома у пациентов в 1-й группе не превышала 7 дней. Во 2-й группе продолжительность болевого синдрома в среднем не превышала 5 дней (всем больным назначались ненаркотические анальгетики). Как видно из таблицы 1, в среднем болевой синдром в раннем послеоперационном периоде у больных прооперированных по методу ТАПП и ТЭП, в первые сутки составил 5.7 балла и 3.4 балла соответственно. На третьи сутки 1.9 балла и 0.9 балла соответственно.

2) В раннем послеоперационном периоде количество осложнений после выполнения герниопластики ТАПП встречалось чаще, чем после герниопластики методом ТЭП (табл. 2).

Все осложнения, которые наблюдались в обеих группах, разрешены консервативно. Сравнение длительности операций и соблюдение нами принципа этапности хода оперативной техники герниопластик позволили выявить не только

длительность операции для данных методик, но и отдельных этапов оперативного лечения паховых грыж. При анализе средней продолжительности этапов выполнения аллогерниопластик были получены значимые различия. Общая продолжительность операции при ТЭП (в среднем 50 мин.) в 1,2 раза превышает длительность операции по методу ТАПП (в среднем 40 мин.). Как видно из таблицы 3, длительность операции при ТЭП объясняется техническими сложностями и увеличением продолжительности операции на первых двух этапах оперативного лечения, в 2 раза превышающих длительность операции по методу ТАПП, в виду сложности диссекции тканей в ограниченном рабочем пространстве. Данная

методика ещё более усложняется, а в некоторых случаях делает методику ТЭП невыполнимой при лечении больного, у которого в анамнезе присутствует операция в повздошно-паховой области со стороны предполагаемой герниопластики. Примером при лечении паховых грыж слева может быть рубец после операции по поводу варикоцеле, а справа рубец после аппендэктомии. Так же видно, что четвертый и пятый этапы операции при ТЭП представляют собой единый завершающий этап операции и по длительности в разы уступают таким же этапам при методике ТАПП.

Следует отметить, что длительность госпитализации больных в обеих группах была одинакова и не превышала 7 дней.

Таблица 1

**Выраженность болевого синдрома в течение раннего послеоперационного периода после аллогерниопластики методами ТАПП и ТЭП**

Показатели \ Метод	ТАПП n=24	ТЭП n=20	Достоверность, Р
Боль 1-й день, в баллах	5.7±1.5	3.4±0.7	P<0.05
Боль 3-й день, в баллах	1.9±0.32	0.9±0.15	P<0.05

Таблица 2

**Ранние послеоперационные осложнения**

Показатели \ Метод	ТАПП n=24	ТЭП n=20
Серома	3	2
Гематома	1	1
Невралгии паховой области	1	0
Инфильтрат паховой области	1	0
Общее количество осложнений	6	3

Таблица 3

**Продолжительность этапов аллогерниопластики**

Метод \ Показатели	ТАПП n=24	ТЭП n=20	Р
I. Оперативный доступ	7±1.91	16±1.30	>0,05
II. Диссекция структур пахового канала	12±1.60	27±0.95	
III. Собственно герниопластика	10±1.92	10±2.12	
IV. Перитонизация имплантата	10±1.58	-	
V. Завершение операции	2±0.50	2±0.85	
Общее время операции, мин	40±1.69	55±2.3	

### Выводы

1. Более выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде после герниопластики методом трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики обусловлен рассечением париетальной брюшины и последующей перитонизацией сетчатого эндопротеза этой брюшиной с использованием клипс.

2. Количество осложнений в раннем послеоперационном периоде реже встречается у пациентов после герниопластики методом тотальной экстроперитонеальной герниопластики.

3. Продолжительность операции при тотальной экстроперитонеальной герниопластике обусловлена особенностью диссекции в ограниченном рабочем пространстве.

4. Длительность госпитализации пациентов в обеих группах не отличалась.

### Литература

1. Внуков П.В. К вопросу об оценке репродуктивной сферы и качества жизни у мужчин в послеоперационном периоде после паховой герниопластики / П.В. Внуков // Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM. – 2014. – №3. – С. 64-69.
2. Современные технологии при лечении пациентов с пупочной грыжей / С.Ю.

Муравьев [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – №1. – С. 132-136.

3. Протасов А.В. Практические аспекты современных герниопластик / А.В. Протасов, Д.Ю. Богданов, Р.Х. Магомадов. – М.: РУСАКИ, 2011. – 207 с.
4. Особенности предоперационного обследования грыженосителей / А.В. Федосеев [и др.] // Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM. – 2014. – №1. – С. 81-85.
5. Complications and recurrences associated with laparoscopic repair of groin hernias. A multi-institutional retrospective analysis / C. Tetik [et al.] // Surg Endosc. – 1994. – № 1316. – 22 p.
6. Schmedt C.G. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials / C.G. Schmedt, S. Sauerland, R. Bittner // SurgEndosc. – 2005. – № 188. – 99 p.
7. Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair / B.L. Wake [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2005. – № 4703. – 43 p.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

*S.V. Tarassenko, A.A. Kopeykin, Sh.I. Akhmedov, I.V. Baconina*

The objective of the research is a comparison of laparoscopic and endoscopic methods of treatment of inguinal hernias. In the period from 2011 to 2012, 44 unilateral inguinal hernia repairs were performed till the IIIa stage according to the classification by L. Nayhus. 24 of these operations underwent a laparoscopic hernia repair method by (TAPP) – the first group, and 20 of them underwent an endoscopic method of hernia repair by (TEP) – the second group. All hernia repairs were performed by standards, using the same tools and mesh prosthesis (polypropylene mesh 15 × 15 cm). The duration of the operation was higher in the second group. The length of hospitalization did not differ. Pain syndrome was higher in the first group. Published experience in this study shows the advantage of the (TEP) method in the postoperative period for patients, which operated in relation to inguinal hernia till the IIIa stage.

*Keywords: hernioplasty, the method TAPP and TEP, inguinal hernia.*

Тарасенко С.В. – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: omen@mail.ryazan.ru

Копейкин А.А. – к.м.н., ассист. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru

Ахмедов Ш.И. – заочный аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: Shamil.akhmedov.1983@mail.ru

Баконина И.А. – ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru