

ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ

И.В. Ишутов¹, С.А. Столяров², В.А. Бадаян¹, О.А. Зимина³, М.А. Кочоян⁴

¹Многопрофильная клиника «Реавиз», Самара

²Медицинский университет «Реавиз», Самара

³Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара

⁴Самарский государственный медицинский университет, Самара

Резюме. В статье анализируются существующие способы паховой герниопластики с позиции существующих и разрабатываемых российских и международных клинических рекомендаций. Авторы обсуждают проблемы в лечении паховых грыж, существующие в региональном здравоохранении, и приводят свой опыт в лечении паховых грыж по данным Многопрофильной клиники «Реавиз».

Ключевые слова: паховая грыжа, паховая герниопластика, TAP, TEP, eTEP, операция Лихтенштейна.

Для цитирования: Ишутов И.В., Столяров С.А., Бадаян В.А., Зимина О.А., Кочоян М.А. Паховые грыжи: клинические рекомендации и их реализация. *Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2021;2(50):28-32. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.2.CLIN.7>

INGUINAL HERNIA: CLINICAL RECOMMENDATIONS AND THEIR IMPLEMENTATION

I.V. Ishutov¹, S.A. Stolyarov², V.A. Badeyan¹, O.A. Zimina³, M.A. Kochoyan⁴

Multidisciplinary clinic "Reaviz", Samara

²Medical University "Reaviz", Samara

³Seredavin Samara Regional Clinical Hospital, Samara

⁴Samara State Medical University, Samara

Abstract. The article analyzes the existing methods of inguinal hernioplasty from the standpoint of existing and developing Russian and international clinical guidelines. The authors discuss the problems in the treatment of inguinal hernias that exist in regional health care, and present their experience in the treatment of inguinal hernias according to the data of the Reaviz Multidisciplinary Teaching Hospital.

Key words: inguinal hernia, inguinal hernioplasty, TAP, TEP, eTEP, Liechtenstein operation.

Cite as: Ishutov I.V., Stolyarov S.A., Badeyan V.A., Zimina O.A., Kochoyan M.A. Inguinal hernia: clinical recommendations and their implementation. *Bulletin of the Medical Institute Reaviz. Rehabilitation, Doctor and Health.* 2021;2(50):28-32. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.2.CLIN.7>



Паховой грыжей (ПГ) называют выпячивание покрытых брюшиной внутренних органов через паховый канал. При этом присутствие грыжевого мешка не обязательно (липомы семенного канатика и предбрюшинные липомы) [1].

Паховые грыжи составляют до 80 % от всех вентральных грыж. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место

по частоте среди плановых хирургических вмешательств [2]. В России ежегодно выполняется около 200 000 операций по поводу паховых грыж, из них 150 000 – традиционными способами, в США – 700 000, во всем мире ежегодно оперируется около 20 миллионов пациентов с паховыми грыжами [4]. Рецидивы возникают после традиционных способов герниопластики у 2–20 %,

повторные рецидивы – у 35–40 % пациентов, тогда как после протезирующих методик рецидив составляет в среднем 1–5 % [3, 4].

В России в настоящее время используются национальные клинические рекомендации «Паховые грыжи», разработанные и утвержденные ВОО «Общество герниологов» в 2017 году. С 17.09.2020 г. новый проект национальных клинических рекомендаций выложен на обсуждение на сайте главного хирурга РФ А.Ш. Ревитшвили. Также существуют международные рекомендации по лечению паховых грыж, принятые в 2018 году EHS, IHS, AHS.

Общепринятой и рекомендованной в клинических рекомендациях классификацией является **классификация EHS**, представленная в материалах 35-th International Congress of the European Hernia Society, Польша, Гданьск, май 2014 года (табл. 1) [5].

Эффективных способов консервативного лечения паховых грыж в настоящее время не существует. Консервативные мероприятия (ношение бандажа, ограничение физических нагрузок, соблюдение диеты, приём слабительных) направлены на снижение вероятности развития осложнений паховых грыж, но не на их лечение. Частота ущемления среди пациентов с грыжами достигает 1–2 % в течение года.

Стандартный объем предоперационного обследования пациентов с паховой грыжей включает клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический

анализ крови, коагулограмму, электролиты крови (K^+ , Na^+ , Cl^-), группу крови и резус-фактор, серологическое исследование на наличие трансмиссивных инфекций (RW, HbsAg, HCV, ВИЧ), ЭКГ, флюорография. При выполнении операции под общим обезболиванием дополнительно рекомендации требуют выполнения ЭГДС. По нашему мнению, это исследование должно быть в обязательном перечне обследования при любом виде операции по поводу паховой грыжи. Вызывает удивление и тот факт, что в стандартном перечне обследования нет УЗИ брюшной полости, консультации терапевта, консультация гинеколога (для женщин).

Основные виды хирургических вмешательств при паховых грыжах основаны на использовании сетчатых протезов. К ним, первую очередь, относятся операция Лихтенштейна (Lichtenstein) и эндовидеохирургическая герниопластика (TAPP, TEP, eTEP).

Операция Лихтенштейна (Lichtenstein) может быть выполнена под местной, спинальной, перидуральной анестезией (преимущество у пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями), не требует дорогостоящей лапароскопической стойки и дорогостоящих расходных материалов (герниостеплер), может быть выполнена при любых паховых грыжах, намного технически проще, чем лапароскопические и эндоскопические методики, кривая обучения очень короткая. Распространено мнение, что это операция для начинающих хирургов.

Таблица 1. Классификации паховых грыж EHS

Table 1. EHS Inguinal Hernia Classifications

Р – первичная грыжа	R – рецидивная грыжа				
	0 грыжа не определя- ется	1 ≤ 1,5 см (один палец)	2 1,5–3 см (два паль- ца)	3 > 3 см (более двух пальцев)	X исследование не проводи- лось
L – латеральная/косая грыжа					
M – медиальная/прямая грыжа					
F – бедренная грыжа					

Эндовидеохирургические операции (TAPP и TEP) выполняется только под наркозом. Косметический эффект значительно лучше (три прокола по 5–10 мм вместо разреза длиной 6–10 см). При двухсторонней грыже выполняются все те же три прокола 5–10 мм вместо двух разрезов 6–10 см. При данной технике имеется возможность выполнить симультанные лапароскопические операции на других органах брюшной полости и забрюшинного пространства (яичники, матка, почки, желчный пузырь, печень и т.д.). Болевой синдром на порядок меньше, чем при открытой операции, особенно в первые несколько дней. Многое зависит от болевого порога пациента. Частота раневых осложнений ниже, чем при операции Лихтенштейна. Вероятность хронической боли при данной операции достоверно ниже, что связано с особенностями фиксации сетки.

Национальные и международные клинические рекомендации указывают следующие положения по поводу выбора техники оперативного лечения.

1. Открытая пластика по Лихтенштейну и лапароскопический способ пластики рекомендованы в качестве наилучших подтвержденных методов хирургического лечения паховой грыжи при условии, что у хирурга достаточно опыта в проведении данных операций. Эти операции не имеют статистических различий в количестве рецидивов.

2. Все взрослые пациенты мужского пола (старше 30 лет) должны оперироваться с использованием сетчатого эндопротеза.

3. У молодых мужчин (младше 30 лет) рекомендуется использование эндопротеза.

4. В международных рекомендациях упоминается еще один способ пластики – пластика по Шолдайсу (без сетки), который может применяться у молодых мужчин с косыми грыжами L1 и L2. В России эта операция не получила распространение, хотя в клинике автора частота рецидива составляет 0,7 %.

5. У женщин отмечена большая частота возникновения бедренных грыж, как первичных, так и после операции по поводу паховых грыж. В связи с этим у женщин рекомендуется использовать лапароскопический способ операции. Он позволяет закрыть сеткой одновременно как латеральную и медиальную паховые ямки, так и внутреннее отверстие бедренного канала.

6. При выявленной бедренной грыже показана лапароскопическая операция.

7. При двухсторонней паховой грыже эндовидеохирургические способы вмешательства (особенно TAPP) являются методом выбора.

8. Очень часто при лапароскопической операции выявляется грыжа с другой стороны, которая не была выявлена при осмотре до операции. При выявлении во время операции контралатеральной ПГ целесообразно проводить симультанную операцию на левом и правом паховом промежутке при наличии соответствующего согласия пациента, взятого до начала операции.

9. При грыжах до 3 см может использоваться сетка без фиксации.

10. При больших пахово-мошоночных грыжах после крупного оперативного вмешательства на органах малого таза и при невозможности выполнения общей анестезии предпочтительной методикой является операция Лихтенштейна.

11. Антибиотикопрофилактика может не применяться рутинно. Она рекомендована пациентам с факторами риска развития инфекционных осложнений (ожирение, сахарный диабет, иммуносупрессивная терапия и т.п.).

12. При пахово-мошоночных грыжах выполнение лапароскопической операции возможно, но операция скорее всего будет более длительной.

13. При рецидиве после операции Лихтенштейна предпочтительна лапароскопическая операция и наоборот.

14. Частота хронической боли после лапароскопии достоверно ниже, чем после операции Лихтенштейна.

15. Применение эндоскопических способов пластики паховой грыжи приводит к более раннему возвращению к нормальной жизнедеятельности и к труду, чем применение пластики по Lichtenstein. Не являются необходимыми временные ограничения занятий спортом или работы после эндоскопической герниопластики. Необходимо лишь ограничение в отношении подъема тяжестей в течение 2–3 недель. Большинство хирургов после операции Лихтенштейна рекомендуют ограничение физической нагрузки и занятия спортом в течение минимум двух месяцев.

16. Операция по поводу сложной паховой грыжи (гигантская пахово-мошоночная грыжа, многократные рецидивы, хроническая боль, инфицирование сетки) должна проводиться специалистом в области герниологии с учетом особенностей пациента.

Тем не менее, повсеместное внедрение лапароскопической герниопластики встречает на своём пути ряд проблем и сложностей.

1. Эндоскопическая операция на порядок сложнее. Это единственная операция, не имеющая аналогов в открытой хирургии. Если выполнять менее 40 операций в год, то частота осложнений достоверно возрастает.

2. Эндоскопическая операция в среднем намного дороже (герниостеплеры, наркоз, использование дорогостоящей лапароскопической стойки), а стоимость квот по ОМС абсолютно одинаковая (КСГ st 32.015 39 664,48 руб). Для сравнения в Москве 40 тыс. руб. – стоимость открытой операции и 100 тыс. руб. – лапароскопии. Выход из положения понятен – повышение стоимости КСГ в ОМС, но маловероятен в условиях нынешнего финансирования здравоохранения в регионах. Необходимо отметить, что с 2021 года для хирургического лечения больших и гигантских ventральных грыж добавлена новая КСГ st 32.019 стоимостью 124 787,14 рублей, но паховых грыж это не касается.

3. С точки зрения руководства лечебного учреждения в системе ОМС открытая

операция является наиболее экономически целесообразной. Стоимость расходного материала не уместается в стоимость квоты. Как вариант – использование многократных отечественных герниостеплеров, но, по нашему опыту, они не очень надежные, и лично мы от них отказались.

4. С точки зрения нормативного 4-дневного койко-дня, теряется преимущество лапароскопической и эндоскопической герниопластики, после которой пациенты могут уходить домой уже на следующий день после операции. Поэтому в условиях ОМС сократить койко-день без сокращения оплаты не получится.

5. Сегодня лапароскопическая герниопластика ОМС недостаточно распространена. В Самарской области в 2018 году процент лапароскопии при грыжах составил 0,87 %.

Наш опыт

В многопрофильной клинике «Реавиз» (г. Самара) лапароскопическая паховая герниопластика (ТАРП) является основной операцией при лечении паховых грыж.

Операция Лихтенштейна выполняется только при невозможности выполнения лапароскопической операции или противопоказаниях к общей анестезии.

С 1.01.2020 г. по 31.12.2020 г. в Многопрофильной клинике «Реавиз» по поводу паховых грыж нами оперированы 42 пациента.

11 человек (26 %) имели двухсторонние паховые грыжи. Всего выполнено 53 операции (100 %). По методу ТАРП выполнено 48 операций (90,5 %). Паховая герниопластика по Лихтенштейну выполнена 5 раз (9,5 %).

При ТАРП средний койко-день составил 1,15. Пациенты находились в МПК Реавиз больше одного дня после операции при выполнении симультанных операций или при низком болевом пороге. При операции Лихтенштейна средний койко-день 1,75.

Все пациенты находятся на амбулаторном наблюдении с момента операции. По

нашим данным после TAPP был один «ложный рецидив» после операции по поводу большой пахово-мошоночной грыжи – че-

рез 6 месяцев пациенту выполнена операция Лихтенштейна.

Литература/References

- 1 Belokonev V.I., Fedorina T.A., Kovalyova Z.V. et al. *Patogenez i hirurgicheskoe lechenie posle-operacionnyh ventral'nyh gryzh*. Samara: GP «Perspektiva», 2005. 208 p. (In Russ).
- 2 Egiev V.N. Voskresenskij P.K. *Gryzhi*. Moscow: Medpraktika-M, 2015. 479 p. (In Russ).
- 3 Fedorov V.D., Adamyan A.A., Gogiya B.SH. Evolyuciya lecheniya PG. *Hirurgiya*. 2000;3:51-53. (In Russ).
- 4 SHalashov S.V. *PG u vzroslyh: rukovodstvo dlya vrachej / pod red. prof. L.K. Kulikova*. Novosibirsk: Nauka, 2011. 136 s. (In Russ).
- 5 Miserez M., Peeters E., Aufenacker T. et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2014;18:151-163.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Funding. This research received no external funding.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study.

Авторская справка

Ишутов Игорь

Валерьевич

кандидат медицинских наук, доцент, заместитель главного врача по медицинской части, врач-хирург, Многопрофильная клиника «Реавиз», Самара, Россия
e-mail: igorishutov@yandex.ru
ORCID 0000-0001-6502-6330

Столяров Сергей

Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней, Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия
e-mail: kafedra.hb.reaviz@yandex.ru
ORCID 0000-0002-6446-1792

Бадеян Вардгес

Ашотович

кандидат медицинских наук, доцент, главный врач, Многопрофильная клиника «Реавиз», Самара, Россия
e-mail: badeyanv@mail.ru
ORCID 0000-0001-9179-654X

Зимина Оксана

Анатольевна

врач анестезиолог-реаниматолог, отделение анестезиологии и реанимации, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара, Россия
e-mail: kafedra_hb@mail.ru
ORCID 0000-0002-9488-2029

Кочоян Марине

Агасовна

студентка 6 курса лечебного факультета, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия
e-mail: rfkby@mail.ru
ORCID 0000-0001-7903-2096