

**Конференцию «Трудные грыжи» открыл директор Лечебно-реабилитационного центра член-корреспондент РАМН Константин Лядов, пригласивший более 300 специалистов, прибывших в Москву из всех федеральных округов страны, чтобы увидеть, как оперируют ведущие специалисты России и мира, послушать их лекции. Надо сказать, что эта двухдневная встреча превзошла все ожидания и значительно продвинула вперед отечественную герниологию. А ЛРЦ на глазах становится одним из центров притяжения хирургической мысли, организуя под эгидой Российского общества хирургов очень полезные в практическом плане встречи.**

### Живое операционное общение

Первый день конференции начался с операций, транслируемых в аудиторию. Две из них провел ведущий на сегодняшний день герниолог мира профессор Райнхард Биттнер (Reinhard Bittner, Штутгарт, Германия), по одной – руководитель клиники хирургии и онкологии ЛРЦ профессор Валерий Егиев, профессор кафедры факультетской хирургии № 1 Московского государственного медико-стоматологического университета Эдуард Галлямов и еще один герниолог с мировым именем Карл ЛеБлан (Karl LeBlanc,



На трибуне профессор Валерий Егиев

Батон-Руж, Луизиана, США). При этом четыре вмешательства были проведены по поводу различных вариантов паховых грыж, и лишь американский хирург оперировал грыжу послеоперационную. Оба российских профессора также выполняли роль модераторов, комментируя то, что происходило в операционных, и координируя живую работу с залом.

Специалисты показали классическую трансабдоминальную преперитонеальную пластику, при этом Р.Биттнер продемонстрировал мастерство склеивающей техники, В.Егиев комбинировал приклеивание с применением степлера, а Э.Галлямов – чисто степлерную технологию. Что же касается К.ЛеБлана, то он показал применение двух больших сеток при послеоперационной грыже больших размеров (одну – под кожу на апоневроз, другую – интраперитонеально). Это редкий вариант, практически не применяемый в России, отличается особой надежностью: после него вряд ли будут иметь место боковые грыжи с образованием «лягушачьего живота».

После операций собравшиеся в аудитории ЛРЦ хирурги слушали лекции. Райнхард Биттнер рассказывал о паховых грыжах, огромном опыте – более 15 тыс. операций! – применения лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной пластики (TAPP) в своей клинике, где герниологической практикой вместе с ним занимаются еще 12 хирургов. В.Егиев поделился

результатами лечения паховых грыж в ЛРЦ, сравнив при этом технику приклеивания и технику подшивания.

Интересно было даже опытнейшим хирургам, занимающимся герниологическими пособиями в течение многих лет.

– Я участник всех конференций и мастер-классов, проводимых Лечебно-реабилитационным центром на протяжении трех лет, – говорит заведующий кафедрой госпитальной хирургии Астраханской государственной медицинской академии профессор Юрий Кучин. – Их прелесть – в живом общении с

выбор семенного канатика в качестве ориентира – всё это профессор продемонстрировал на видеоматериале. Он рассказал о преимуществах операции TAPP: хирург может оценить структуры, находящиеся в грыжевом мешке и за его пределами. Первые TAPP сопровождались довольно высокой частотой рецидивов – более 4%, однако в последние годы, после усовершенствования методики, она снижается и составляет сейчас менее 1%. Общая частота осложнений при грыжах средних размеров снизилась по мере накопления опыта с 7 до 3%.

Далее немецкий хирург по-

чины рецидивов, они выяснили, что при прямой грыже – это недостаточный раскрой сетчатого протеза, небольшой нахлест на куперову связку, когда сетку в большинстве случаев поднимают вверх от куперовой связки. Диссекция в этой зоне сопряжена с риском повреждения мочевого пузыря и подвздошных сосудов – часто из-за холодных ножниц и минимума коагуляции. При рецидивах кривой грыжи самая слабая точка – «треугольник смерти», ограниченный сосудами семенного канатика и семявыносящим протоком. Кроме как клеим адекватно фиксировать

онных осложнениях. Лапароскопическую пластику при пахово-мошоночной грыже выполняет не так много квалифицированных хирургов, открытая же операция стандартна. При открытой операции травматизация яичка и семенного канатика намного выше. При лапароскопической отсутствуют инфильтраты и гематомы, снижается процент осложнений, уменьшается время пребывания в стационаре (всего 1-2 дня после операции). Однако операции при больших и гигантских пахово-мошоночных грыжах могут привести неоправданные сложности, и надо взвешен-

### Деловые встречи

# Самая трудная герниология

В Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России и Международном выставочном центре «Крокус Экспо» прошло крупное собрание хирургов, посвященное лечению грыж



В президиуме Райнхард Биттнер (слева) и Андрей Фёдоров

хирургом, работающим в операционной в режиме реального времени, этого нельзя передать в стендовых докладах или личных беседах. Сегодня мы увидели пять операций. Для меня самое запоминающееся – упрощение лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной пластики из-за увеличения размеров сетки. Например, Райнхард Биттнер пользовался только клеем – это не травматично, эстетично. Думаю, что мы будем использовать такую технику в нашей астраханской клинике. До сих пор поражаюсь приведенной немецким профессором статистике: неужели возможно за 7 лет провести 15 тыс. операций? Но они специализируются только на грыжах, поэтому столь отточена хирургическая техника.

### TAPP и другие виды пластики

На следующий день конференция продолжилась в одном из залов огромного «Крокус Экспо». Работу заседания «Паховые грыжи» вел генеральный секретарь Российского общества хирургов профессор Андрей Фёдоров, подчеркнувший важность прямого общения российских хирургов с грандами мировой герниологии.

Заседание началось большой лекцией Райнхарда Биттнера «Современные подходы к лечению больших, гигантских и рецидивных паховых грыж». В первой части он рекомендовал применение грыжевого бандажа, однако если тот не позволяет достигнуть полного вправления грыжи, следует прибегнуть к операции. В ходе ее необходимо обеспечить полное разобщение латерального и медиального пространств (это не всегда просто), оценить размеры грыжевого мешка (иногда это тоже сложно) и только после этого входить в грыжевой мешок. Оценку состояния сосудов семенного канатика,

казал технику склеивания и предостерег российских коллег от использования сетки недостаточных размеров: маленькая сетка вдавится через некоторое время в грыжевое отверстие и произойдет рецидив грыжи, а также – от латеральной и наружной фиксации сетки клипсами – из-за прохождения в этих областях нервов и сосудов (там надо применять только клей). «Недостаточно опытный хирург должен не выполнять лапароскопическое вмешательство, а использовать открытую хирургию, которая тоже не всегда проста», – заметил лектор и предложил всем прочесть находящиеся в свободном доступе европейские рекомендации, опубликованные в 2009 г. После чего перешел к ответу на собственный вопрос: можем ли мы провести повторную операцию достаточно безопасно? Из 50 тыс. собственных операций клиники в Штутгарте отмечено 92 рецидива. При повторных операциях использовалась та же техника TAPP, и докладчик подробно остановился на причинах рецидивов.

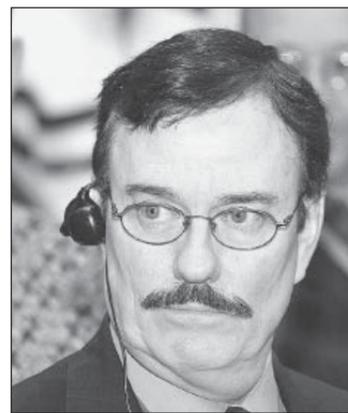
– Индивидуальная способность пациента продуцировать рубцовую ткань также зависит от типа сетки, – заметил Р.Биттнер. – Я надеюсь, что использование сеток из более легких материалов еще более снизит количество рубцовой ткани.

Заключительная часть лекции была посвящена демонстрации преимуществ техники TAPP над ТЕР (эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная пластика).

Важные проблемы герниологии были подняты в докладе профессора МГМСУ Олега Луцевича и Эдуарда Галлямова «Лапароскопическая пластика при больших и гигантских паховых грыжах». Одна из них – врожденные паховые грыжи, в хирургическом лечении которых авторы предложили оригинальные решения, включая модификацию операции Винкельмана. Анализируя при-

протез в этой зоне тяжело (Эдуард Абдуллаевич заметил, что увиденное на данной конференции еще более утвердило его в мысли, что высокая цена клея не должна останавливать хирурга от его применения в этой зоне). В докладе были рассмотрены рецидивы после пластики по Лихтенштейну, комбинированная техника при рецидивной пахово-мошоночной грыже, требованиях при выполнении подобных вмешательств.

Отдав должное отцу современной герниологии американскому хирургу Ирвингу Лихтенштейну, профессор Валерий Егиев представил сравнительную оценку открытой и лапароскопической пластики при больших и рецидивных паховых грыжах. Он подчеркнул, что подходы и требования к двум методикам значительно отличаются и остановился на пособиях при пахово-мошоночной и двусторонней грыжах. Обе



Карл ЛеБлан

формы относятся к трудным грыжам. При пахово-мошоночной грыже среднее время лапароскопической операции достоверно выше, а время госпитализации достоверно ниже. Свообразную лепту в среднее время госпитализации вносят больничные и социальные проблемы. Для пациента, оплачивающего операцию из своего кармана, каждый лишний день в стационаре – это дополнительные расходы, в то время как больного, лечащегося за федеральные деньги, нельзя выписать раньше определенного срока. Современное понятие улучшенного выздоровления после операции привело к пониманию: открытая ли операция, лапароскопическая ли – если включены механизмы быстрого выздоровления, то скорость выздоровления будет примерно одинаковой. Поэтому с этой точки зрения трудно сказать, лучше или хуже открытая операция.

Очевидны, однако, значительные различия в послеопераци-

но подходить к возможностям хирурга, хирургической бригады, инструментам, материалу, оборудованию операционной. Если при большой пахово-мошоночной грыже еще сохранены какие-то анатомические ориентиры, то при гигантских грыжах таких ориентиров не существует. В последнем случае лапароскопические операции – это удел энтузиастов, так как неизвестно заранее, простой или сложной будет мобилизация грыжевого мешка.

Есть определенные технические точки, по которым можно предположить, сколько времени займет операция, что было показано на слайдах. Отдельные вопросы: удалять или не удалять остатки грыжевого мешка, готов ли хирург оперировать гигантские грыжи, когда разрушен не паховый канал, а передняя брюшная стенка. Валерий Николаевич продемонстрировал здесь ситуацию, когда желудок и вся ободочная кишка находились в паховом канале, а в ходе операции для пластики пахового канала мышечный лоскут был взят из бедра. В другом случае была проведена пластика Рамиреса для увеличения брюшной полости, так как без этого вправить органы в брюшную полость означало повысить давление и создать компактный синдром.

Достаточно часто встречается и двухсторонняя паховая грыжа, – продолжал докладчик. – Интересно, что чем больше мы занимаемся лапароскопическими операциями, тем чаще наблюдаем с другой стороны либо начинающиеся грыжи, либо липому, либо грыжу, которая не определяется клинически. Часто пластика грыж с одной стороны приводит к появлению грыжи с другой стороны, причем в ближайшее время. Это так называемый синдром перетягивания, когда ушивание отверстия с одной стороны или ликвидация отверстия повышает давление в брюшной полости и приводит к появлению отверстия с другой стороны. Мы оценили 3 вида двухсторонней пластики: по Лихтенштейну, по Стоппа и трансабдоминальную преперитонеальную. При пластике Лихтенштейна процент осложнений невелик, процент рецидива в течение трех лет на 5% выше, чем при односторонней пластике – это минус, как и высокий койко-день. При пластике Стоппа (здесь брались пациенты с большими размерами грыж) у одного больного был рецидив в первые сутки, связанный с недостаточным размером грыжевого протеза. Сетка должна быть размерами

НАУКА И ПРАКТИКА

20х30 см, укладываться с обеих сторон на musculus psoas, закрывая все паховые и бедренные каналы, достигая спереди пупка. Осложнений практически не было, представить себе рецидивы после такой пластики сложно, но, как говорили на этой конференции, надо думать о коллегах, которые будут работать после вас: весь нижний этаж брюшной стенки оказывается в достаточно прочном большом рубце. Поэтому единственное место для такой операции на сегодня – это большие двухсторонние пахово-мошоночные грыжи. Что касается TAPP-пластики, то рецидивов после нее не было, а два осложнения – это гематомы в месте вкола. Как и западные специалисты, мы пришли к заключению, что наиболее предпочтительна при двухсторонних грыжах TAPP-пластика – одновременно с двух сторон, с использованием двух сеток, накладываемых как при стандартной лапароскопической пластике. Мы никогда не используем одну раскроенную сетку.

– Хирургу надо сделать 50 операций по поводу паховых грыж, чтобы обучиться лапароскопической пластике, – заканчивал лекцию профессор, – и, думаю, не менее 100, чтобы перейти к сложным формам паховых грыж. Иначе процент рецидивов будет повышаться, а значит – и расти неудовлетворенность больного доктором.

В конце заседания мы узнали об уникальном опыте применения аллопластики паховых грыж, который продемонстрировал профессор кафедры факультетской хирургии Пермской государственной медицинской академии им. Е.А.Вагнера **Юрий Бусырев**. Интересно, что использование сеток применяется в Пермском крае по специально разработанному региональному стандарту.



Владимир Белоконев

**О грыжах послеоперационных и гигантских**

Заседание «Послеоперационные грыжи» началось с рассказа Карла ЛеБлана о различных вариантах применения сеток при послеоперационных грыжах.

Затем на трибуну снова поднялся профессор Валерий Егиев с сообщением «Сепарационная пластика в лечении больших и гигантских послеоперационных грыж». Надо сказать, что в ЛРЦ наибольший в России опыт интраперитонеальных пластических операций при грыжах – более 200 вмешательств. Докладчик показал, что именно интраперитонеальная техника дает наилучшие результаты при больших и гигантских грыжах.

В докладе «Сложные послеоперационные грыжи» заведующий кафедрой хирургии факультета у совершенствования врачей Новосибирского государственного медицинского университета профессор **Владимир Анищенко** рассказал о появлении в герниологии новой проблемы. Хирурги пользуются современными пластическими матери-

лами, но при сложных грыжах, полученных после предыдущего хирургического вмешательства, нагнаивается сетка, начинается имплантационная болезнь. Если раньше не было материалов для операций при гигантских грыжах, то сейчас такие материалы есть, но происходит инфицирование сетки либо отторжение протеза, его сморщивание, появление крупных инфильтратов.



Эдуард Галлямов

– Мы сами создаем себе новые проблемы, – сказал Владимир Владимирович.

Доклад «Аллопластика при ущемленных послеоперационных грыжах» заведующий кафедрой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессор **Александр Сажин** начал со статистики. В структуре острой хирургической патологии ущемленные грыжи занимают от 7 до 14%, что говорит о стойком постоянстве. К сожалению, применение новых технологий не всегда возможно из-за того, что многие авторы считают ущемленные грыжи противопоказанием к установке сеток и выполнению лапароскопической герниопластики. И напрасно, считает Александр Вячеславович. Обзор мировой литературы показывает, что и выполнение лапароскопической герниопластики, и использование сетчатых протезов при ущемленной грыже обосновано. Другое дело, что надо подходить к этому дифференцированно, в частности, устанавливая специфические сетчатые протезы из современных биологических материалов. Для этого необходимо, чтобы в каждом стационаре был не один вид сетки – это очень важный организационный вопрос районного, городского и регионального уровня. Профессор призвал применять сетчатые протезы при ущемленных грыжах, что избавит пациента от осложнений, таких как компактный синдром.

Одна из пластических методик герниологической практики носит имя профессора Самарского государственного медицинского университета **Владимира Белоконев**, который прочел лекцию, посвященную лечению гигантских грыж и рецидивным послеоперационным грыжам. Этот опыт насчитывает порядка 700 операций.

– На подобных конференциях всегда услышишь новые мысли, – сказал нам Владимир Иванович. – А герниология – отнюдь не узкое направление, каким многие его представляют. Потому что каким бы хирург ни был, где бы он ни работал, для того чтобы выполнить операцию на органах брюшной полости, он должен «попасть» в брюшную полость через переднюю брюшную стенку. И если хирург любой специальности владеет герниологическими приемами, он на голову выше своих коллег. Герниология объединяет нас

всех. Как ликвидировать грыжу, образовавшуюся после большой операции, да еще, например, в сочетании с кишечными свищами? А на конференциях мы нередко получаем ответы на вопросы, которые задает повседневная практика. Технически сейчас можно сделать всё, но есть немалый контингент больных пожилого, старческого возраста, которые все-таки не подлежат операции. Так, операции при гипергигантских грыжах подчас превращаются в такую огромную реконструкцию, что невольно подумаешь: а, может, проживет человек худо-бедно с такой патологией? Эти грыжи, к счастью для больных, редко ущемляются, но, чтобы перенести большую операцию, необходимо иметь приличное здоровье.

– Грыжевые ворота более 20 см – это уже гигантская грыжа, – продолжал один из ведущих российских герниологов. – Даже у больных с ожирением брюшная полость не такая большая. Когда кишечные петли вываливаются под подкожную клетчатку, то развивается висцероптоз, и заправить петли в брюшную полость очень сложно. И пластику надо выполнять таким образом, чтобы брюшная полость была зашита без натяжения. Этого можно достичь, используя комбинацию местных тканей с синтетическими эндопротезами.

Заседание «Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы» лекцией «Анатомические особенности и хирургические подходы к лечению больших и гигантских грыж пищеводного отверстия» открыл профессор Валерий Егиев. О нестандартных ситуациях во время операций при больших, гигантских и рецидивных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы рассказал Эдуард Галлямов, занимающийся этой проблематикой многие годы (порядка 600 наблюдений). Среди них были очень редкие, например стриктура желудка в грыжевом мешке. Ряд операций проводился при 3-м и даже 4-м рецидиве, и реконструктивные действия проводить было очень сложно. Это была «штучная» хирургия, оправдывавшая название самой конференции – «Трудные грыжи», когда только мастерство хирурга и индивидуальный подход позволяют добиться результата.

Похожим по звучанию был доклад профессора Владимира Анищенко «Особенности оперативного лечения гигантских и рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы». Опыт здесь был еще большим – около 700 вмешательств, среди них достаточно много больших и гигантских грыж. Как и в своем предыдущем докладе, он обратил внимание аудитории на проблему рецидивирования.

Интересно, что во время одного из перерывов конференции Карл ЛеБлан устроил ланч-симпозиум с живым голосованием. Американский хирург представил пациента с очень редким вариантом диафрагмальной грыжи – все его объективные данные, включая томографические. Вопросы к российским коллегам были: «Считаете ли вы, что есть грыжа?» «Какой вариант пластики предпочтительнее?» и т.д. Мануальное электронное голосование в целом совпадало с тем хирургическим методом лечения, что выбрал сам ЛеБлан, продемонстрировав в заключение ход вмешательства.

**Альберт ХИСАМОВ, Александр ХУДАСОВ (фото), специальные корреспонденты «МГ».**

Акценты

**Показательная диссекция при молчании ягнят**

Хорватская осенняя ринохирургическая международная школа собрала ведущих специалистов мира



**Ежегодные мастер-классы в столице Хорватии очень популярны из-за авторитета куратора проекта – одного из пионеров ринологической эндхирургии Ранко Младины (Ranko Mladina). Вот и сейчас в Загреб приехали учиться 30 лор-врачей из 19 стран Европы и Ближнего Востока, включая воюющую Сирию.**

15-я по счету школа, проходившая в университетском госпитале Ребро, была на редкость представительной. Вместе с Ранко Младиной читали лекции и вели практические занятия мастера мировой величины – Дэвид Кеннеди (David Kennedy, Филадельфия, США), Дезидерио Пассали и его супруга Луиза Беллусси (Desiderio Passali, Luisa Bellussi, Сиена, Италия), Паоло Кастельнуово (Paolo Castelnovo, Варезе, Италия), Андрей Лопатин и Владимир Козлов (Москва, Россия), Филип Элуа (Philip Eloy, Ивуар, Бельгия), Гилберт Нолст Трените (Gilbert Nolst Trenite, Амстердам, Нидерланды), Фазиль Апаидин (Fazil Apyadin, Измир, Турция), Антониу Соуза Виейра (Antonio Sousa Vieira, Лиссабон, Португалия) и другие специалисты из Японии, Швеции, Румынии и Гонконга.

Но и известные гости были удивлены, когда слово для приветствия было предоставлено профессору преклонных лет Предрагу Керосу (Predrag Keros). Оказывается, автор всемирно известной классификации анатомических вариантов строения ситовидной пластинки решетчатой кости – житель Загреба!

Курс состоял из двух больших разделов – «Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и

основания черепа» и «Ринопластика». Большая педагогическая нагрузка выпала на долю отечественных специалистов. Президент Российского общества ринологов, руководитель кафедры и клиники болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Андрей Лопатин наряду с практическими занятиями выступил с четырьмя лекциями: «Спонтанная назальная ликворея», «Грибковые заболевания околоносовых пазух», «Хирургия носовых раковин: в поисках оптимального метода», «Пластика перфораций носовой перегородки». Еще две лекции прочитал заведующий кафедрой оториноларингологии Учебно-научного медицинского центра Управления делами Президента РФ профессор Владимир Козлов.

Говоря о практических занятиях, хотелось бы обратить внимание на особенности хорватской школы. Здесь Ранко Младина для обучения операционной технике впервые заменил трупные человеческие головы на головы ягнят (их анатомия носа наиболее сходна с нашей). Ранее поставкой кадаверных голов занималась специальная служба, причем стоимость одной головы оценивалась примерно в 1,5 тыс. евро. Вот и получилась приличная экономия при сохранении высокого уровня учебного процесса.

Геннадий НИКОЛОВ.

Загреб.

**НА СНИМКЕ: показательную диссекцию проводят Андрей Лопатин (справа) и Владимир Козлов.**