

УДК 616.34-007.43-031:611.957]-089.819

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Я.С. Березницкий, Г.В. Астахов, М.А. Кутовой, С.Н. Курыляк

Днепропетровская государственная медицинская академия

**Реферат.** Цель работы – проанализировать эффективность использования технологии трансабдоминальной предбрюшинной аллопластики грыжевых ворот у пациентов с неосложненной паховой грыжей. Трансабдоминальная предбрюшинная пластика грыжевых ворот была выполнена у 123 (87,86%) пациентов, а 17 (12,14%) - произведена операция Лихтенштейна. При выборе способа хирургического лечения учитывались возраст пациента, наличие сопутствующей патологии. Операции Лихтенштейна отдавали предпочтение у пожилых пациентов с высоким риском проведения эндотрахеального наркоза. Операция в этом случае выполнялась под эпидуральной анестезией. Пациенты госпитализировались в клинику общей и пластической хирургии в плановом порядке. Накануне операции поступили 88 (71,54%) пациентов, а 35 (28,46%) пациентов прооперировано в день поступления. Антибиотикопрофилактика не проводилась. Профилактика тромбоэмболических осложнений зависела от степени риска их возникновения. Продолжительность операции варьировала от 35 до 110 минут и в среднем составляла 47,3 минут. Послеоперационный период характеризовался менее выраженным болевым синдромом по сравнению с грыжесечением по Лихтенштейну, что способствовало ранней активизации пациентов. Кроме того, была менее выражена лимфоррея, у 119 (96,75%) пациентов дренаж был удален через сутки после операции. Пациенты выписывались под амбулаторное наблюдение через сутки после удаления дренажей. Средний койко-день составил 3,84. В отдаленном периоде рецидив наблюдался у 2 (1,63%) пациентов. Выводы: 1. Трансабдоминальная предбрюшинная аллопластика является эффективным и малотравматичным методом операции при неосложненных паховых грыжах. 2. Накопленный опыт свидетельствует о необходимости тщательной фиксации сетчатого транспланта с целью предотвращения его миграции и рецидива грыжи.

**Ключевые слова:** грыжи, оперативное лечение.

Лечение грыж паховой локализации с использованием лапароскопической техники в последние десятилетия приобрело большую популярность. Подавляющее число исследователей отмечает, что лапароскопическая герниопластика по сравнению с традиционной сопровождается снижением числа интра- и послеоперационных осложнений, незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением оперированных больных к привычному труду. Число рецидивов после лапароскопических герниопластик относительно невысоко и по данным различных авторов колеблется от 0,3% до 12,5% [1,3].

Совершенствование техники лапароскопических вмешательств способствовало расширению показаний их применения в лечении достаточно сложных гигантских пахово-мошоночных, рецидивных или двухсторонних грыж паховой локализации [2].

### Цель работы

Проанализировать эффективность использования технологии трансабдоминальной предбрюшинной аллопластики грыжевых ворот у пациентов с неосложненной паховой грыжей.

### Материал и методы

В период с 2007 г. по 2009 г. нами прооперировано 140 пациентов с паховыми грыжами 119 (85%) мужчин, 21 (15%) женщин. Большинство пациентов (83,56%) были трудоспособного возраста, а средний возраст составил 56,3 лет. Трансабдоминальная предбрюшинная пластика грыжевых ворот была выполнена у 123 (87,86%) пациентов, а 17 (12,14%) - произведена операция Лихтенштейна. При выборе способа хирургического лечения учитывались возраст пациента, наличие сопутствующей патологии. Операции Лихтенштейна отдавали предпочтение у пожилых пациентов с высоким риском проведения эндотрахеального наркоза. Операция в этом случае выполнялась под эпидуральной анестезией.

Трансабдоминальная предбрюшинная аллопластика грыжевых ворот выполнялась под эндотрахеальным обезболиванием. Положение больного на спине в положении Тренделенбурга и наклоном операционного стола в сторону противоположную грыжевому выпячиванию. При таком положении внутренние органы смещались вверх, освобождая паховые области.

Хирург располагается со стороны противоположной грыжевому выпячиванию. Операцию выполняли из трех проколов. Первый - для лапароскопа делали в области пупка, и два других прокола - по наружным краям прямых мышц живота на уровне пупка. При этом, 12 мм троакар для грыжевого стэплера, вводили с противоположной стороны от грыжи. Хирург использовал двуручную технику, ассистент обеспечивал визуализацию операционного поля, работая лапароскопом.

После ревизии паховых областей и уточнения диагноза, операцию начинали с дугообразного рассечения брюшины над выпячиванием монополярным электродом. Брюшину отсепаровывали диссектором вниз до начала грыжевого мешка. Препаровку тканей в зоне медиального кольца производили до лонной кости, мобилизуя предпузырную клетчатку. Латерально брюшину отделяли от элементов семенного канатика. И только затем производили выделение грыжевого мешка.

При косых паховых грыжах выделение грыжевого мешка представляло определенные технические трудности из-за достаточно плотных сращений листка брюшины с элементами канатика. Во время отделения мы всегда контролировали визуальную целостность семявыносящего протока и сосудистых сплетений канатика. При прямых грыжах, как правило, таких трудностей мы не испытывали.

Для трансабдоминальной предбрюшинной аллопластики грыжевых ворот мы использовали мелкоячеистую сетку "DALOP-PP" - Германия и "Эспера" - Украина. Размеры сетчатого протеза – 10 на 13 – 14 см. Лоскут сетки мы не расщепляли.

Скрепки накладывали прямым герниостеплером, фиксируя сетку к плотным структурам. Сетка фиксировалась по верхнему контуру, к лонному бугорку медиально и до уровня пупартовой связки латерально. При накладывании скобок избегали «критических зон» в области прохождения нижних эпигастральных сосудов, в зоне «рокового треугольника», в местах нахождения ветвей n. Ilioinguinalis, n. Genitofemoralis, Lateral femoral cutaneous n. и др.

При обнаружении, входящей в состав грыжевого выпячивания предбрюшинной липомы, последняя удалялась. При больших размерах грыжевого мешка, мешок отсекали. В остальных случаях мешок вворачивали в брюшную полость.

Целостность париетальной брюшины восстанавливали клипированием или ушиванием. Операцию заканчивали дренированием предбрюшинного пространства трубчатым дренажом через ближайший порт с активной аспирацией содержимого.

### **Результаты и обсуждение**

Пациенты госпитализировались в клинику общей и пластической хирургии в плановом порядке. Накануне операции поступили 88 (71,54%) пациентов, а 35 (28,46%) пациентов прооперировано в день поступления.

Косая паховая грыжа диагностирована у 64 пациентов, прямая - у 47. Двухсторонние грыжи были выявлены у 12 пациентов, причем у 3

из них вторая грыжа диагностировалась интраоперационно.

Профилактика раневых осложнений антибиотиками не проводилась. Профилактика тромбоэмболических осложнений зависела от степени риска их возникновения. В случае низкого риска проводилась неспецифическая профилактика (эластическое бинтование нижних конечностей). При умеренном риске (пациенты с ожирением 2 степени либо старше 60 лет) помимо неспецифической профилактики, использовалась однократная инъекция надропарина натрия (фраксипарин) в дозе 0,3 мл за 2 часа до операции, с последующим назначением пентосана по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7 дней. У пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, варикозной болезнью вен нижних конечностей, ожирением 3 степени (высоким риском тромботических осложнений) вводили 0,3 мл фраксипарина за 2 часа до операции и в первые сутки после операции. Пентосан назначали с третьих суток по 50 мг 3 раза в день в течение 2 недель.

Продолжительность операции варьировала от 35 до 110 минут и в среднем составляла 47,3 минут. Минимальное время операции отмечено при аллопластике прямой паховой грыжи, а максимальное – в случае двухсторонней косой паховой грыжи.

Послеоперационный период характеризовался менее выраженным болевым синдромом по сравнению с грыжесечением по Лихтенштейну, что способствовало ранней активизации пациентов. Обезболивание проводилось по требованию препаратом Кетопрофен (Кетонал) в дозе 100 мг в/м в течение дня и комбинацией анальгина (100 мг) и димедрола (1 мг) на ночь. Для купирования боли потребовались инъекции лишь в первые сутки после операции у 72 больных, с последующим переходом на таблетированные формы. У 36 пациентов для адекватного обезболивания кетопрофен вводился двое суток, а 5 больным – трое суток.

После операции по дренажу из брюшной полости в первые сутки выделялось от 5 до 30 мл сукровичного отделяемого. Дренаж удаляли при снижении количества отделяемого по дренажу менее 20 мл в сутки. Так, у 119 (96,75%) пациентов дренаж был удален через сутки после операции, а у 4 (3,25%) пациентов дренаж был удален на 2 сутки.

Пациенты выписывались на следующий день после удаления дренажей под амбулаторное наблюдение. Средний койко-день составил 3,84.

В отдаленном периоде рецидив наблюдался у 2 (1,63%) пациентов. При повторной опе-

рации был выявлен подворот нижнего края аллотрансплантата, под которым располагались грыжевые ворота. Подворот был ликвидирован, грыжевые ворота укрыты дополнительной сетчатой латкой и перитонизированы.

### Выводы

1. Трансабдоминальная предбрюшинная алопластика является эффективным и малотравматичным методом операции при неосложненных паховых грыжах.

2. Накопленный опыт свидетельствует о необходимости тщательной фиксации сетчатого транспланта с целью предотвращения его миграции и рецидива грыжи.

### ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Я.С. Березницький, Г.В. Астахов, М.О. Кутовий, С.М. Куриляк

**Реферат.** Ціль роботи – проаналізувати ефективність використання технології трансабдомінальної передочеревинної алопластики грижових воріт у пацієнтів з неускладненою паховою грижею. Трансабдомінальна передочеревинна пластика грижових воріт була виконана у 123 (87,86%) пацієнтів, а у 17 (12,14%) - зроблена операція Ліхтенштейну. При виборі способу хірургічного лікування враховувалися вік пацієнта, наявність супутньої патології. Операції Ліхтенштейну віддавали перевагу в літніх пацієнтів з високим ризиком проведення ендотрахеального наркозу. Операція в цьому випадку виконувалася під епідуральною анестезією. Пацієнти госпіталізувалися в клініку загальної й пластичної хірургії в плановому порядку. Напередодні операції надійшли 88 (71,54%) пацієнтів, а 35 (28,46%) пацієнтів прооперовано в день надходження. Антибіотикопрофілактику не проводили. Профілактика тромбоемболічних ускладнень залежала від ступеня ризику їх виникнення. Тривалість операції варіювала від 35 до 110 хвилин і в середньому становила 47,3 хвилин. Післяопераційний період характеризувався менш вираженим больовим синдромом у порівнянні із алопластикою за Ліхтенштейном, що сприяло ранній активізації пацієнтів. Крім того, була менш виражена лімфорей, в 119 (96,75%) пацієнтів дренаж був вилучений через добу після операції. Пацієнти виписувалися під амбулаторне спостереження через добу після видалення дренажів. Середній ліжкодень склав 3,84. У віддаленому періоді рецидив спостерігався в 2 (1,63%) пацієнтів. Висновки: 1. Трансабдомінальна передочеревинна алопластика є ефективним і малотравматичним методом операції при неускладнених пахових грижах. 2. Нако-

пичений досвід свідчить про необхідність ретельної фіксації сітчастого транспланта з метою запобігання його міграції й рецидиву грижі.

**Ключові слова:** грижі, оперативне лікування.

### INGUINAL HERNIAS TREATMENT EXPERIENCE WITH APPLICATION LAPAROSCOPY TECHNOLOGIES

J.S. Bereznitsky, G.V. Astakhov, M.A. Kutovoy, S.N. Kuryljak

**Abstract.** The aim – analysis of efficiency of transabdominal preperitoneal alloplasty of hernial gate at patients with not complicated inguinal hernia. Transabdominal preperitoneal alloplasty of hernial gate has been executed at 123 (87,86 %) patients, and 17 (12,14 %) - performed operation of Liechtenstein. The choice of the way of surgical treatment were considered based on the age of the patient and presence of an accompanying pathology. Operations of Liechtenstein preferred at elderly patients with high risk of carrying out general anesthesia. Operation in this case was carried out under epidural anesthesia. Patients were hospitalized in clinic of the general and plastic surgery in a planned order. On the eve of operation have arrived 88 (71,54 %) patients, and 35 (28,46 %) patients are operated in day of receipt. We don't use antibiotics for prophylaxis. The methods of thromboembolism prophylaxis depended on degree of risk of their occurrence. Duration of operation varied from 35 till 110 minutes and on the average made 47,3 minutes. The postoperative period was characterised by less expressed painful syndrome in comparison with hernioplasty by Liechtenstein that promoted early activation of patients. Additionally, they have less expressed lymphorrhea, at 119 (96,75 %) patients the drainage has been removed in a day after operation. Patients were discharged under out-patient supervision in a day after removal of drainages. Average duration of hospital stay were 3,84 days. In the remote period relapse was observed at 2 (1,63 %) patients. Conclusions: 1. Transabdominal preperitoneal alloplasty is effective and low-traumatic operation method at not complicated inguinal hernias. 2. Our experience indicative of necessity of careful fixing mesh transplant for the purpose of prevention of its migration and hernia relapse.

**Key words:** hernias, surgical treatment.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота / Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. // М.: МИА. – 2004. – 316 с.
2. Нечитайло М.Ю., Кондратюк О.П., Булик І.І. Досвід лапароскопічної герніопластики з приводу складної та рецидивної пахвинної грижі // Клінічна хірургія. – 2005. – № 4/5. – С. 25-26.
3. Фелештинський Я.П., Піотрович С.М., Чиньба О.В. Хірургічне лікування рецидивної пахвинної грижі з використанням поліпропіленового імплантата // Клінічна Хірургія. – 2003. – № 11. – С. 34.