

УДК 617.55-007.43-089

*М.Е. Ничитайло, И.И. Булик***ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ***Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН Украины, Киев*

Проанализированы результаты лапароскопической герниопластики у 112 больных с различными типами сложных и рецидивных паховых грыж в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза за период с 1997 по 2010 гг.

Ключевые слова: сложные и рецидивные паховые грыжи; лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика; лапароскопическая экстраперитонеальная герниопластика.

Несмотря на большое количество способов герниопластики паховых грыж рецидивы достигают 10-35% при использовании классических методик и 3-5% при применении ненапряжных методов с использованием синтетических протезов. После лапароскопических способов пластики первичных грыж частота рецидивов колеблется от 0 до 0,1%, а рецидивных грыж – около 3% [1].

На современном этапе развития хирургии появилась возможность лапароскопической коррекции как у пациентов с первично сложными, так и рецидивными паховыми грыжами не зависимо от вида первичной пластики. К первично сложными паховым грыжам мы относим: большие косые грыжи, косые грыжи с выпрямленным каналом, билатеральные паховые грыжи, скользящие паховые грыжи, сочетание нескольких грыж в одной паховой зоне, невправимые паховые грыжи, сочетание паховых и бедренных грыж, редкие типы паховых грыж (предбрюшинные, внутривентральные, осумкованные, надпузырные).

Благодаря эндовидеоскопическим технологиям удается выполнять два основных условия надежной пластики: укрепление задней стенки пахового канала и использование ненапряжного способа пластики [2].

Материал и методы

В отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Института хирургии и трансплантологии АМН Украины за период с 1997 по 2010 годы лапароскопическая герниопластика выполнена у 22 больных с рецидивными паховыми грыжами (у двух больных рецидивная грыжа была билатеральной) и 90 боль-

ных с первичными сложными паховыми грыжами (у 9 грыжа была билатеральной). У 81 больных выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРП), а у 31 экстраперитонеальная преперитонеальная герниопластика (ТЕР).

Результаты и обсуждение

Из всех случаев рецидивных грыж у 19 больных первичные способы пластики были традиционными, у двух – лапароскопические (ранее прооперированы в других учреждениях) и лишь у 1 больного рецидив развился после пластики по Лихтенштейну.

Основную часть пациентов составили мужчины, их было 90 человек, что составило 80,3% от всех больных. Возраст больных колебался от 28 до 67 лет, при этом наибольшую группу составили мужчины в возрасте от 40 до 60 лет – 76 человека (67,8 %). Все пациенты госпитализированы в плановом порядке за 1-2 суток до операции. Исключение составил лишь один больной в возрасте 57 лет, поступивший с диагнозом: самопроизвольно вправившаяся косая паховая грыжа. Этот больной был оперирован на третьи сутки после поступления в клинику.

На первых этапах работы у всех больных выполнялась трансабдоминальная герниопластика (ТАРП), а наличие спаечного процесса в нижнем этаже брюшной полости считали противопоказанием к лапароскопической герниопластике. В дальнейшем методом выбора стала экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР), при чем абсолютным показанием к ней считаем билатеральные грыжи или наличие спаечного процесса в нижнем эта-

же брюшной полости. К трансабдоминальной герниопластике в настоящее время прибегаем лишь у больных нуждающихся в лапароскопической ревизии брюшной полости или выполнении симультанных операций на органах брюшной полости в лапароскопическом варианте, а также у больных, у которых в ходе герниопластики из экстраперитонеального доступа нарушалась целостность париетальной брюшины, хотя у трех больных дефект в брюшине был ушит непрерывным швом, пневмоперитонеум ликвидирован с помощью иглы Вереша, а операция закончена из экстраперитонеального доступа.

Не зависимо от способа доступа синтетическим протезом укрепляли не только грыжевой дефект, но и все слабые зоны паховой области: медиальную, латеральную и бедренную ямки, поэтому размер сетки всегда был не менее 8 на 13 см. [3].

Фиксацию сетки осуществляли с помощью герниостаплера или отдельными узловыми швами. Количество точек фиксации колебалось от 4 до 8. Обязательным считаем тщательное укрытие протеза брюшиной для предупреждения его контакта с внутренними органами.

Все прооперированные больные выписаны в течении 4 суток после операции.

Осложнения лапароскопической герниопластики мы делили на интра. и послеоперационные, а их в свою очередь на малые и большие. Большими считали интра. и послеоперационные осложнения потребовавшие конверсии, повторного оперативного вмешательства или повторной госпитализации [4].

Из интраоперационных осложнений чаще всего встречались кровотечения 3 (2,6%). Наибольшие технические сложности возникали при повреждении нижних эпигастральных сосудов. Это произошло в 2 случаях (1,7%), при рассечении париетальной брюшины и работе степлером. Средняя кровопотеря составила 150 мл. Гемостаз во всех случаях достигнут лапароскопически.

Обширная десерозация купола слепой кишки произошла у одного пациента (0,89%), ранее перенесшего аппендэктомию. На операции обнаружены рубцовые изменения брюшной стенки и мезоперитонеальное расположение слепой кишки. Целостность кишки восстановлена наложением эндошвов.

Из осложнений, связанных с использованием карбоперитонеума, отметим развитие подкожной эмфиземы у 2 пациентов (1,7%), и эмфиземы средостения у 1 пациента с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (0,89%).

В послеоперационном периоде наиболее часто встречались гематомы паховой области (10,87%), невралгии (0,62%) и парестезии (5,12%), плечелопаточный болевой синдром (4,62%).

Гематомы и скопления серозной жидкости ликвидировали пункционно. Количество пункций варьировало от 1 до 3.

Нарушение чувствительности, парестезии чаще развивались на передней и латеральной поверхности бедра, невралгии – в области паха и мошонки. Данные беспокойства были временными и не ограничивали активность пациентов. По данным литературы послеоперационные невралгии встречаются с частотой до 3% [3].

У двух пациентов (1,7%) зафиксирован рецидив паховой грыжи в сроки от 3 недель до 6 месяцев. Все оперированы повторно лапароскопически. Причиной рецидивирования косой грыжи в одном случае стало нарушение фиксации имплантата к связке Купера, во втором – новые ворота образовывавшиеся медиальнее сетки при сохраненной ее фиксации. Причина – недостаточные размеры имплантата.

Нагноения послеоперационных ран встречались сравнительно редко (0,62%), что согласуется с данными других авторов [4].

Четыре операции завершены открытым способом - пластика по Лихтенштейну (3,57%). Во всех случаях причиной стали рубцовые изменения грыжевого мешка, как правило, при наличии пахово-мошоночной грыжи.

Выводы

На современном этапе развития лапароскопических технологий эндовидеохирургическая герниопластика рецидивных и первично сложных паховых грыж является доступной и эффективной операцией, соответствующей этиопатогенезу патологического процесса и позволяющая в короткие сроки проводить медикосоциальную и трудовую реабилитацию больных. Однако, несмотря на высокую эффективность лапароскопической герниопластики окончательную разработку ее

методику нельзя считать состоявшимся фактом. Снижение количества осложнений при данном типе оперативных вмешательств можно достичь только путем тщательного отбора больных на операцию, анатомического препарирования, установкой синтетической сети достаточного размера и правильной ее фиксации.

Трансабдоминальный способ герниопластики (ТАРР) считаем способом выбора у больных с рецидивными паховыми грыжами нуждающихся в лапароскопической ревизии органов брюшной полости либо в выполнении симультанных операций на них.

Экстраперитонеальный способ пластики (ТЕР) считаем методом выбора у больных с рецидивными билатеральными паховыми грыжами, у больных ранее оперированных на нижнем этаже брюшной полости с развившимся спаечным процессом в этой зоне, а также у больных с сопутствующей патологией которым противопоказан интраоперационный пневмоперитонеум.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ СКЛАДНИХ ТА РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ

М.Ю. Ничитайло, І.І. Булик

Проаналізовані результати лапароскопічної герніопластики у 112 хворих з різними типами складних та рецидивних пахових гриж в відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу за період з 1997 по 2010рр.

Ключові слова: складна та рецидивна пахова грижа; лапароскопічна трансабдоминальна преперитонеальна герніопластика; лапароскопічна екстраперитонеальна герніопластика.

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY IN CASE OF COMPLEX AND RECURRENT INGUINAL HERNIA

M. Nichitailo, I. Bulik

The results of laparoscopic hernioplasty performed 112 patients for complex and recurrent inguinal hernia in the Department of Laparoscopic Surgery and Cholecystitis in 1997-2010, are analyzed.

Key words: complex and recurrent inguinal hernia; laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty; laparoscopic extraperitoneal hernioplasty.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.А. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки / А.А. Борисов, Р.Е. Величко // *Анналы пласт., реконстр., и эстетической хирургии.* – 1999. – № 3-4. – С. 41-48.
2. Емельянов С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург – СПб.: ООО «Фолиант», 2000. – 440с.
3. Кубышкин В.А. Лапароскопическая герниопластика / Кубышкин В.А., Д.А. Ионкин // *Эндоскопическая хирургия.* – 2005. – №2-3. – С. 42-47.
4. Осложнения лапароскопической герниопластики / А.Д. Тимошин, Ю.И. Галлингер, А.В. Юрасов А.В. [и др.] // *Российский симпозиум осложнений эндоскопической хирургии.* – 2006. – С. 159-160.
5. Corbitt J.D. Laparoscopic herinorrhaphy / J.D. Corbitt // *Surg. Laparosc. Endosc.* – 2004. – Vol. 1. – P.23-25.

Стаття надійшла 11.03.2011