

Секция 3 ГЕРНИОЛОГИЯ

ТЕП-МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Безводицкая А. А., Семенчук И. Д., Нехаев А. Н.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра общей хирургии
5-я ГКБ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Согласно данным больших сборных статистик, грыжи передней брюшной стенки у населения встречаются с частотой 4-7%. Большой процент (10-21%) из числа операций, выполняемых в общехирургических стационарах, приходится именно на герниопластику, а пластика паховой грыжи, в частности, является наиболее частым видом оперативного пособия в общей и брюшной хирургии во всем мире. Достаточно высокий процент рецидивов после операции (от 2-5% при первичных грыжесечениях и до 10-15% при повторных операциях) обуславливает дискуссию герниологов всего мира о наиболее рациональном способе операции.

Лапароскопическая герниопластика (ЛГП) в Европе сегодня занимает второе место в структуре операций при паховых грыжах после операции Лихтенштейна, составляя более 40% всех вмешательств. Предбрюшинная ЛГП (ТЕР) имеет достаточно большое число сторонников, считающих основным преимуществом данного метода отсутствие контакта со свободной брюшной полостью и, как следствие, снижение вероятности развития спаечного процесса после операции.

Цель исследования: изучение результатов эндоскопического хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами по ТЕР-методике.

Материал и методы. В 2016-2017 гг. в УЗ «ГКБ № 5» г. Минска эндоскопическая операция по ТЕР-методике была выполнена 64 пациентам с одно- и двусторонними первичными и рецидивными паховыми грыжами. Все они были мужчины в

возрасте от 24 до 65 лет. Размер грыжевых ворот составил от 1,5 до 4 см в диаметре.

Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией бригадой из двух хирургов в положении пациента на спине с приподнятым на 20-30° ножным концом операционного стола (позиция Тренделенбурга). Оперирующий хирург находится на противоположной от грыжи стороне, ассистент – напротив хирурга. Оборудование для лапароскопии (монитор, видеопреобразователь, пневмогенератор, источник света) располагаются у ног пациента. Троякар для лапароскопа диаметром 10 мм вводится парамедиально под пупком, между прямой мышцей живота и задним листком её влагалища. Для этого после рассечения кожи (10-12 мм), подкожной жировой клетчатки, фасций и передней стенки влагалища прямой мышцы живота отодвигается край последней кнаружи и лапароскоп с видеокамерой вводится в мягкие ткани и формируется тоннель до лобкового симфиза. Затем инсуфлируется углекислый газ под давлением 12-14 мм рт. ст. и все дальнейшие манипуляции осуществляются под контролем изображения на мониторе.

Первый рабочий троакар диаметром 5 мм с острым трёхгранным мандреном вводится в предбрюшинное пространство рядом с белой линией живота на стороне грыжи, на середине расстояния между пупком и лонным сочленением. Затем после мобилизации мочевого пузыря второй рабочий троакар диаметром 5 мм вводили на 2 см выше лонного сочленения по срединной линии. Препаровку предбрюшинной клетчатки осуществляли тупо под контролем зрения маятникообразными движениями окончатого зажима. Ориентиром для манипуляций служили верхние эпигастральные сосуды, которые смещались кверху. Границами пространства для установки сетки служили медиально – симфиз, нижнелатерально – наружные подвздошные сосуды.

Париетальная брюшина в процессе препаровки отжимается дорзально, при помощи атравматических зажимов отделяется грыжевой мешок, обращая внимание на изоляцию от него семявыносящего протока и тестикулярных сосудов. Подготавливается площадка для размещения полипропиленовой

сетки. Нерассасывающийся сетчатый протез размером 7×12 см в свернутом по длине состоянии вводят через троакар (10 мм), не разворачивая, и устанавливают его в зоне дефекта с последующим расправлением. Сетка не фиксируется клипсами, а прижимается висцеральной брюшиной.

Результаты и обсуждение. Из 64 оперированных пациентов в 5 (7,8%) случаях интраоперационно во время препаровки париетального листка брюшины произошло его повреждение, что привело к инфляции газа в перитонеальную полость и к определенным техническим сложностям при манипулировании инструментами в предбрюшинном пространстве. Это осложнение стало показанием к выполнению грыжесечения по TAPP-методике («лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика»). Четырём пациентам (6,2%) произведен переход к традиционному грыжесечению в силу выраженного спаечного процесса и особенностей анатомии.

Время операции колебалось от 50 минут до 1,5 часов. Все пациенты были выписаны из стационара уже на 2-4-е сутки после вмешательства. В послеоперационном периоде пациентам не потребовалось введение наркотических анальгетиков. В раннем послеоперационном периоде у 6 пациентов отмечалось скопление жидкости в предбрюшинном пространстве в зоне ранее находившегося грыжевого мешка, что подтверждалось УЗИ диагностикой и не требовало оперативного лечения. В ближайшие полгода у 3 пациентов наблюдались осложнения – транспозиция сетчатого трансплантата, которая привела к рецидиву паховых грыж, что потребовало повторной госпитализации и оперативного пособия уже по другой методике (TAPP-методика).

Выводы. Эндоскопическое грыжесечение паховых грыж по TEP-методике является менее травматичным, предусматривает исключение контакта с брюшной полостью, отсутствие необходимости ушивания брюшины. Сопровождается отсутствием послеоперационной летальности и низким процентом ранних и поздних послеоперационных осложнений.