

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Краснов С. В., Юрченко С. А., Быков Н. М., Малеваный О. И.,
Гуревич А. Р., Маркевич Ю. В., Тишков П. Н., Пушнов А. В.,
Крысько К. Г., Солтан Д. С.

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»,
Могилев, Беларусь

Введение. В нашем стационаре методом выбора лапароскопической герниопластики является трансабдоминальная преперитонеальная (ТАРР) как наиболее доступная в освоении хирургами, уже владеющими лапароскопическими навыками. Широко данная методика стала применяться с 2013 г., когда были учтены опубликованные в 2011 г. рекомендации Международного общества эндоскопической хирургии грыж (IEHS) по лапароскопической герниопластике ТАРР и ТЕР.

Цель работы: изучить результаты применения ТАРР у пациентов с паховыми грыжами с учетом нашего опыта.

Материал и методы. За период с 2011 г. по 6 месяцев 2018 г. на базе стационара выполнено 426 операций ТАРР. До 2011 г. эти операции выполнялась эпизодически.

Соотношение пациентов: по полу: мужчин – 372 (87%), женщин – 54 (13%); по локализации грыжи: односторонняя – 384 пациента, двусторонняя – 21. Средний возраст оперированных – 46,3 года (17-79 лет). В период освоения выполнялись только односторонние герниопластики. В 14 случаях ТАРР выполнена при рецидивной грыже, из них: 9 после натяжных пластик, 3 после операции Лихтенштейна, 2 после лапароскопической герниопластики, выполненной до рассматриваемого периода. В этих случаях отмечен слишком малый размер установленного протеза. Все операции выполнялись через 3 порта: 10 мм параумбиликальный и два 5 мм по краю прямых мышц. Один из них впоследствии менялся на 13 мм (контрлатеральная сторона) при использовании герниостеплера (12 мм скобочный

многоцветный герниостеплер фирмы «Аксиома»). Крой сетки по типу «ласточкина хвоста» с проведением концов вокруг семенного канатика применялся в 2011 – 2012 гг. и ранее. Использовались полипропиленовая или композитная (частично рассасываемая) сетки. По производителям: ЭргонЭст («Эргомэш» 10*15 и 15*15 см тяжелые (впоследствии отказались от них) и облегченные, «Сорбимэш» 15*15 см), Grena (10*15 и 15*15 см облегченные), Фиатос («Мономэш» 15*15 см и «Полимэш» 15*15 см), другие (Этикон, B&Braun) – в единичных случаях. Разрез брюшины выполняем дугообразно над грыжевым дефектом от проекции передне-верхней ости крыла подвздошной кости до медиальной складки. Сепарация тканей – с помощью монополярной коагуляции и «холодной» диссекции. Грыжевой мешок при косых грыжах извлекаем почти всегда, за редким исключением больших пахово-мошоночных и врожденных грыж (максимально иссекается). Сетку фиксируем в 4-5 точках по верхнему краю к мышцам. В настоящее время фиксацию сетки перестали применять за счет установки протезов размерами больше чем 10*15 см. Исключение составляют случаи больших прямых грыж (дефект более 4 см в d). Сетку перед установкой подкраиваем индивидуально из 15*15 см (обычно до 15*13 – 15*12 см) и располагаем в края зоны препаровки лоскутов брюшины. Брюшину ушиваем непрерывно эндошвом с использованием нитей ПГА 2-0, 3-0. Дренирование брюшной полости не выполняем.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность операции – 75,6 мин. (40-140 мин.). Связана с постоянной подготовкой молодых хирургов в освоении данной методики, совершенствовании ими продвинутых лапароскопических навыков (эндошов, «холодная» диссекция); увеличивающимся числом двусторонней лапароскопической пластики и вмешательств по поводу рецидивных паховых грыж. Значимых интраоперационных осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде у 19 (4,5%) пациентов наблюдались серомы, которые в динамике купировались самостоятельно. В 2 случаях (0,47%) на 2-е сутки после операции были отмечены явления кишечной непроходимости, которые потребовали

релапароскопий. В каждом из них случилось ущемление петли тонкой кишки в дефекте ушитой брюшины (разрыв нити). Резекций кишечника не потребовалось. Дефекты брюшины были ушиты повторно. Данные случаи были связаны с наложением промежуточных клипс на нить ПГА по ходу формирования эндошва брюшины в целях упрощения данного этапа операции. От данного способа впоследствии мы категорически отказались. Был отмечен 1 случай рецидива грыжи (большая прямая грыжа, дефект более 5 см), который был связан с клинически малым размером установленного имплантата данному пациенту (15*10 см), что привело к смещению его нижнего края в дефект (пациент оперирован лапароскопически по поводу контрлатеральной паховой грыжи через год), – произведена операция Лихтенштейна. В настоящее время при всех прямых грыжах с дефектом около 4 см и более мы предварительно выполняем фиксацию инвертированной поперечной фасции к апоневрозу прямой мышцы живота. В послеоперационном периоде в целях обезболивания во всех случаях использовались НПВС. Среднее пребывание составило 4,3 койко/дня.

Выводы. Трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) имеет определенные преимущества перед открытыми методами, так как позволяет одномоментно протезировать паховые грыжи с 2-х сторон, приводит к меньшему числу послеоперационных осложнений со стороны п/о раны и способствует скорейшей реабилитации пациентов. По совокупности включающих в себя этапов несет высокую практическую ценность в оттачивании продвинутых лапароскопических навыков хирургами, уже владеющими эндовидеохирургией.