

This article is dedicated to the description of plasma cortisol level in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome (OSAHS). Patients with GERD and OSAHS have statistically significant higher level of cortisol in comparison with control group.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТОТАЛЬНЫХ ВНЕБРЮШИННЫХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Шило Р.С.¹, Могилевец Э.В.¹, Карпович В.Е.², Кордецкий А.К.,
¹Товстыко А.Н.¹

Гродненский государственный медицинский университет¹, г. Гродно
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»², г. Гродно
shilo.ruslan@yandex.ru

Введение. Грыжи передней брюшной стенки по данным различных авторов встречаются у населения с частотой 3-4% [2]. Среди оперативных вмешательств на органах брюшной полости герниопластики составляют 20% [2]. Мужчины в 1.25 раз болеют чаще женщин, так как у женщин паховый канал имеет щелевидную форму, он длиннее и уже, и, по мнению Н.И. Кукуджанова, лучше укреплен мышечно-сухожильными структурами [3,4]. В подавляющем большинстве случаев встречаются грыжи у лиц старше 50-ти лет или у мальчиков дошкольного возраста. Причём частота развития паховых грыж составляет 72-75% от грыж передней брюшной стенки [2]. Так как нет универсального способа герниопластики, дискуссии о наиболее рациональном способе лечения таких пациентов не теряют своей актуальности и по сегодняшний день.

В последние десятилетия в лечении пациентов с паховыми грыжами начали активно применяться лапароскопические герниопластики, вытеснившие уже во многих клиниках «открытые» операции (Лихтенштейна, Бассини, Шоулдайса). Одной из наиболее современных из таких пластик является тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЭП), предложенная проф. J. Dulucq (Франция) еще в 1991 году. Данный метод был разработан для снижения риска возможных повреждений внутренних органов и, как следствие, осложнений, связанных с манипуляциями, выполняемыми внутри брюшной полости с помощью инструментария и рук хирурга.

J. Dulucq высказал предположение, согласно которому все манипуляции проводились внебрюшинно с использованием лапароскопических инструментов. При этом, он предложил для адекватной экспозиции введение CO₂ в преперитонеальное пространство, а также фиксирование используемого синтетического протеза только к Куперовой связке посредством использования герниостеплера [1].

Не глядя на низкий процент послеоперационных осложнений [5], в техническом плане ТЭП методика грыжесечения более сложна и требует от хирурга определенного опыта манипуляций в относительно небольшом пространстве.

Цель. Анализ эффективности хирургического лечения паховых грыж методом тотальной экстраперитонеальной герниопластики.

Материалы и методы исследования. Всего на базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» было выполнено 10 эндоскопических операций ТЭП. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 24 до 41 года. Размер грыжевых ворот составил от 3 до 7 см в диаметре.

Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией в положении Тренделенбурга. В парамедиальном направлении, под пупочным кольцом, между прямой мышцей живота и задним листком влагалища данных мышц, вводился троакар (диаметром 10мм). После совершения данной манипуляции вводился троакар оригинальной конструкции с резиновым баллоном-диссектором на выходе из троакара (моделировался с помощью перчатки) и специальной муфтой, герметизировавшей раневой канал. Затем производилось нагнетание воздуха в резиновый баллон, который, в свою очередь, выполнял отслойку брюшины, тем самым, с одной стороны, формируя пространство в предбрюшинной клетчатке, с другой - выполнялось прокладывание пути до грыжевого мешка тупым способом.

Препаровка предбрюшинной клетчатки осуществлялась тупо, под контролем зрения, маятникообразными движениями диссектора с продвижением в каудальном направлении до лонной кости и гребешковой связки, в латеральном — до нижних эпигастральных и наружных подвздошных сосудов. Следующим этапом выделяли грыжевой мешок, который оставляли и распластывали на перитонеальной стороне наложенного протеза. Не рассасывающийся

сетчатый протез (размером 100 на 150 мм) развёртывался с зажима, введённого через троакар, и фиксировался с помощью 1–2 клипс к гребешковой связке, кнутри от подвздошных сосудов, при помощи грыжевого степлера.

Результаты. Время, затраченное на выполнение ТЭП, колебалось в диапазоне от 50 до 100 минут, причем прослеживалась четкая тенденция к уменьшению этого времени по мере выполнения операций.

В 3-х случаях, интраоперационно, при проведении препаровки париетального листка брюшины произошла его травматизация, что повлекло за собой проникновение газа в перитонеальную полость. Это привело к некоторым неудобствам при манипулировании инструментарием в предбрюшинном пространстве, однако данное осложнение не послужило поводом для выполнения конверсии в трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику.

В раннем послеоперационном периоде ни одному пациенту введение наркотических анальгетиков не требовалось. Раны во всех случаях заживали первичным натяжением, ни один из пациентов не жаловался после операции на ощущение инородного предмета в паховой области. На 3-4-е сутки пребывания в стационаре все пациенты были выписаны с рекомендациями ограничения физической активности в течение 10 дней.

Наиболее частого и характерного осложнения ТЭП операций, такого как ложные кисты семенного канатика, проявляющегося в виде округлого безболезненного образования туго-эластической консистенции в проекции наружного пахового кольца, в наших наблюдениях не было. Транспозиции сетчатого импланта, проявляющейся в усилении болевого синдрома и приводящей к рецидиву заболевания, в раннем послеоперационном периоде у пациентов также не наблюдалось.

Выводы:

1. Эндоскопическая полностью внебрюшинная герниопластика является эффективным малотравматичным и безопасным оперативным вмешательством при паховой грыже.

2. Время операции при ТЭП пластике прямо пропорционально опыту хирурга и количеству выполненных операций в стационаре. На внедрение ТЭП методики в хирургическом отделении требуется

больше времени, в сравнении с другими видами операций при паховых грыжах, из-за своей сложности в техническом выполнении.

3. При наличии полноценного технического оснащения и соответствующей квалификации хирургов ТЭП операция паховых грыж может быть внедрена в повседневную хирургическую практику.

Литература

1. Paganini, A.M. A randomized, controlled, clinical study of laparoscopic vs open tension-free inguinal hernia repair / A.M.Paganini [et al.] // Surg.Endosc. - 1998. - Vol.12. - P.979-986.

2. Кузин, М.И. Хирургические болезни / М.И. Кузин. – Москва: Гэотар-Медиа. – Изд. 4-е, 2017. С. 310-322.

3. Иоскевич, Н.И. Практическое руководство по клинической хирургии: болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины / Н.И. Иоскевич, П. В. Гарелик. – Минск: Высшая школа, 2001. С 597-618.

4. Кукуджанов, Н.И. Паховые грыжи / Н.И. Кукуджанов. – Москва: Медицина, 1969. С. 17-35.

5. Борисов, А.Е. Современные методы лечения паховых грыж / А.Е. Борисов, С. Е. Митин // Вестник хирургии. - 2006. – Т. 165, №4. – С. 20-22.

Summary

EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF ENDOSCOPIC TOTAL EXTRAPERITONEAL PLASTICS IN THE INGUINAL HERNIA

Shilo R.S.¹, Mogilevets E.V.¹, Carpovich V.E.², Kordetsky A.K.¹, Tovstyko A.N.¹

Grodno State Medical University, Grodno¹

Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno²

The inguinal hernias are the most common hernias of the anterior abdominal wall. Endoscopic methods, such as total extraperitoneal plastic (TEP), have been used in their treatment in the last decade. In this article we analyzed 10 TEP operations carried out on the Grodno Regional Clinical Hospital. We concluded that TEP is effective, low-traumatic and safe operation, which can be used into everyday surgical practice.