

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ ПОЛНОСТЬЮ ВНЕБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Шилов Р.С., Могилевец Э.В., Карпович В.Е., Кондричина Д.Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Грыжи передней брюшной стенки у населения встречаются с частотой 4-7% по данным различных авторов [2]. По сей день большой процент (10-21%) из числа выполняемых в общехирургических стационарах операций приходится именно на герниопластики, а пластика паховой грыжи, в частности, является наиболее частым видом операции в общей и брюшной хирургии во всем мире. Данная патология поражает до 60% трудоспособного мужского населения, а достаточно высокий процент рецидивов после операции, резко увеличивающийся при гигантских пахово-мошоночных и рецидивных грыжах также обуславливает дискуссию герниологов всего мира о наиболее рациональном способе операции.

Лапароскопические вмешательства, зарекомендовавшие себя с положительной стороны в последнее десятилетие, интенсивно внедряются в клиниках всего мира, и их по праву считают «новой главой» в хирургии. Отличаясь малой травматичностью и достаточно высокой эффективностью, они все чаще рассматриваются как альтернатива традиционным способам грыжесечения [1, 4].

Методику «тотальная экстраперитонеальная герниопластика» (ТЭП) в 1991 году предложил проф. J. Dulucq (Франция). Для исключения возможных повреждений внутренних органов и осложнений, связанных с введением инструментов в брюшную полость и манипуляциями в ней, хирург высказал идею о полностью внебрюшинном методе лечения паховых грыж с использованием лапароскопических инструментов. При этом, он предложил для адекватной экспозиции инсуффляцию CO₂ в преперитонеальное пространство, а также фиксацию синтетического протеза только к Куперовой связке герниостеплером [3].

Цель. Изучить эффективность хирургического лечения па-

ховых грыж методом ТЭП.

Методы исследования. В 2016 году в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» эндоскопическая операция ТЭП была выполнена 4 пациентам с односторонними первичными паховыми грыжами. Все они были мужчины в возрасте от 24 до 41 года. Размер грыжевых ворот составил от 3 до 7 см в диаметре.

Операция выполнялась под общей анестезией бригадой из двух хирургов в положении больного на спине с приподнятым на 20–30° ножным концом операционного стола (позиция Тренделенбурга). Троакар для лапароскопа диаметром 10 мм вводился парамедиально над пупком, между прямой мышцей живота и задним листком её влагалища. Затем сюда вводился троакар оригинальной конструкции с резиновым баллоном-диссектором из перчатки на выходе из троакара и специальной резиновой муфтой, которая герметизировала рану. Нагнетанием воздуха в резиновом баллоне производили отслойку брюшины, формирование пространства в предбрюшинной клетчатке, и, соответственно, тупо прокладывался путь до грыжевого мешка.

Препаровку предбрюшинной клетчатки осуществляли тупо под контролем зрения маятникообразными движениями диссектора с продвижением каудально до лонной кости и гребешковой связки, латерально — до наружных подвздошных и нижних эпигастральных сосудов. Грыжевой мешок после выделения оставляли и позже распластывали на перитонеальной стороне сетчатого протеза. Нерассасывающийся сетчатый протез размером 10x15 см развёртывался с зажима, введённого через троакар и фиксировался 1–2 клипсами к гребешковой связке кнутри от подвздошных сосудов при помощи грыжевого степлера.

Результаты и их обсуждение. В 2х случаях интраоперационно во время препаровки париетального листка брюшины произошло его повреждение, что привело к частичной потере газа в перитонеальную полость и к определенным неудобствам при манипулировании инструментами в предбрюшинном пространстве. Однако данное осложнение не явилось показанием к выполнению конверсии.

Время операции колебалось от 50 мин до 1,5 часов. Все пациенты были выписаны из стационара уже на 3-4е сутки после вмешательства с разрешением неограниченной физической активности через 8–10 дней. В послеоперационном периоде паци-

ентам не потребовалось введение наркотических анальгетиков. Наиболее частых и характерных осложнений эндоскопических герниопластик – ложных кист семенного канатика, которые клинически проявляются появлением в проекции наружного пахового кольца округлого безболезненного образования тугоэластической консистенции, невправимого в брюшную полость – в наших наблюдениях выявлено не было. Транспозиции сетчатого трансплантата, приводящей к усилению болевого синдрома или же к рецидиву паховых грыж, в наших наблюдениях также не было.

Выводы:

1. Ближайшие результаты эндоскопического внебрюшинного хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами говорят об отсутствии клинически значимых осложнений в послеоперационном периоде.

2. При наличии полноценного материального технического оснащения и соответствующей квалификации хирургов, ТЭП паховых грыж является эффективным и безопасным методом операции, и может быть внедрена в повседневную хирургическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Amid, P.K. An analytic comparison of laparoscopic hernia repair with open "tension-free" hernioplasty / P.K.Amid, A.G.Shulman, I.L.Lichtenstein // Int Surg. - 1995. - Vol.80, № 1. - P. 9-17.

2. Amid, P.K. Surgical treatment of postherniorraphy neuropathic inguinalgia: triple neurectomy with proximal end implantation / P.K.Amid // Contemporary Surgery. - 2003. - № 6. - P.276-280.

3. Dulucq, J.L. Occult hernias detected by laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair: a prospective study / J.L.Dulucq, P.Wintringer, A.Mahajna // Hernia. - 2011. - Vol. 15, № 4. - P.399-402.

4. 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.