

УДК 616.681-007.43-089.844-072.1

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА: ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

А.Т. Байгазаков

Представлен анализ результатов первых 24 лапароскопических герниопластик (ТАРР). Первый опыт лапароскопической герниопластики позволяет авторам считать эндовидеохирургические технологии высокоэффективным и малоинвазивным методом лечения паховых грыж.

Ключевые слова: паховая грыжа; лапароскопическая герниопластика; осложнения; одновременная операция.

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY: FIRST CLINICAL EXPERIENCE

A.T. Baygasakov

It is analyzed the results of the first 24 laparoscopic hernioplasty (TAPP). The first experience of laparoscopic hernioplasty allows authors to consider endovideosurgical technology is highly efficient and minimally invasive method of treatment of inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia; laparoscopic hernioplasty; complications; simultaneous operation.

Актуальность. Паховые грыжи до настоящего времени входят в число распространенных заболеваний и являются частой патологией любого хирургического отделения. На сегодняшний день для радикального лечения применяются только оперативные методы устранения паховых грыж с индивидуальным и дифференцированным подходом к выбору методики. Хирургические методы лечения паховых грыж многочисленны, но отдаленные результаты их не всегда успешны. По данным литературы, частота послеоперационных рецидивов грыж достигает 10 %, а при сложных видах грыж – 30 % и более [1–4].

Бурное внедрение в хирургическую практику эндовидеохирургических технологий коснулось и оперативного лечения паховых грыж. В 1979 г. в США R. Ger впервые произвел герниопластику путем закрытия внутреннего пахового кольца путем наложения металлических скобок эндостеплером, проведенным в брюшную полость под контролем лапароскопа [5]. С тех пор с накоплением коллективного опыта появились сообщения о различных методиках лапароскопической герниопластики, и сегодня в мировой практике сложилось мнение о высокоэффективности эндовидеохирургии в оперативном лечении грыж. Общеизвестные, постулируемые преимущества эндовидеохирургических технологий отражаются и на

результатах лечения больных с грыжами и характеризуются такими качествами, как малотравматичность, радикальность, минимизация болевого синдрома, комфортность послеоперационного периода, ранняя реабилитация больных, сокращение периода пребывания в стационаре, косметичность операции, снижение процента инфекционных и послеоперационных осложнений.

В то же время пока еще мнения хирургов о показаниях и противопоказаниях к лапароскопическому лечению паховых грыж различаются. В большинстве территориальных и районных больниц все еще продолжают рутинно выполняться открытые операции. Основными предпосылками такой точки зрения являются в основном необходимость общей анестезии и дороговизна эндовидеохирургического оборудования и инструментов. Исходя из этого, в настоящее время продолжается дальнейшее освоение и изучение результатов лапароскопических операций в сравнении с традиционными вмешательствами, пересмотр показаний и противопоказаний к эндовидеохирургической герниопластике, расширяются показания к одновременным лапароскопическим операциям.

Цель работы – оценка результатов первого опыта применения лапароскопической трансабдоминальной ненатяжной герниопластики с внутрибрюшной имплантацией протеза (ТАРР).

Материал и методы. Проведен анализ результатов 24 лапароскопических герниопластик, выполненных нами за последние 3 года. Мужчин было 23 (95,9 %), женщин – 1 (4,1 %). Возраст больных колебался от 34 до 73 лет. У 10 (41,6 %) пациентов была правосторонняя локализация грыжи, у 9 (37,5 %) – левосторонняя и у 5 (20,8 %) – двусторонняя. Из них у 4 (16,6 %) человек выявлены рецидивные грыжи (ранее оперированы аутопластически). У 16 (66,6 %) пациентов имела место косая паховая грыжа и у 8 (33,3 %) – прямая паховая грыжа. Соответственно, согласно классификации грыж по Nyhus, больные распределены следующим образом: I тип – 5 (20,8 %) больных, II тип – 4 (16,6 %), III тип – 11 (45,8 %) (из них IIIA – 8, IIIB – 3) и IV тип – 4 (16,6 %).

Во всех случаях была применена лапароскопическая методика ненапряжной герниопластики с предбрюшинной имплантацией протеза (TAPP). Операции выполнялись под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. В качестве имплантатов использовали полипропиленовую сетку производства “Линтекс” (Санкт-Петербург, Россия). Больной на операционном столе располагался в положении Тренделенбурга с поворотом стола в здоровую сторону. Пневмоперитонеум создавали иголой Veress до 10–12 мм рт. ст. через 10-мм доступ по нижнему краю пупочного кольца. После ревизии и определения дальнейшей тактики в этот доступ устанавливали 11-мм троакар и использовали в последующем для герниостеплера. Справа от пупочного троакара на уровне пупка устанавливали 10-мм троакар для лапароскопа 10 мм. В левом мезогастринии ниже уровня пупка в брюшную полость вводили один 5-мм рабочий троакар. Разрезом, окаймляющим шейку грыжевого мешка сверху и латерально, вскрывали забрюшинное пространство. Выделяли и отделяли от элементов семенного канатика грыжевой мешок. Полипропиленовый трансплантат размером 10 × 14 см через 11-мм троакар вводили в брюшную полость, укрывали грыжевой дефект и фиксировали к паховой связке и мышцам передней брюшной стенки с помощью лапароскопического односкобочного герниостеплера «СОЛО-11» (ПФ «Крыло», г. Воронеж, Россия). Во всех случаях производили раскрой трансплантата, что в дальнейшем позволило уложить и фиксировать сетку с учетом рельефа паховой области. Целостность брюшины восстанавливали узловым интракорпоральным швом или наложением скобок. После окончательной ревизии брюшной полости под контролем зрения извлекали троакары и производили десуффляцию.

Всем больным проводили периоперационную антибиотикопрофилактику препаратами широкого

спектра действия и по показаниям – послеоперационную аналгезию ненаркотическими средствами.

Результаты и обсуждение. Длительность операций колебалась в среднем $55 \pm 8,5$ минут. В одном случае наблюдалось интраоперационное осложнение – троакарное повреждение art. epigastrica superficialis dextra (4,1 %). Конверсия имела место также у одного больного с ПБ типом паховой грыжи по Nyhus (4,1 %). В данном случае было выполнено грыжесечение, пластика пахового канала по Жирару – Кимбаровскому. В одном наблюдении с двусторонней паховой грыжей лапароскопическая герниопластика была произведена с правой стороны, а слева – в связи с наличием плотных спаек и трудностью выделения грыжевого мешка с его содержимым выполнена открытая операция – грыжесечение с аллопластикой задней стенки пахового канала.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: послеоперационный плечелопаточный болевой синдром – 7 (29,1 %), серомы и гематомы паховой области – 2 (8,3 %). Повторно на 3-и сутки оперирован один больной с гематомой семенного канатика с благоприятным исходом.

Послеоперационный период после лапароскопической герниопластики характеризовался ранней активизацией оперированных, которые вечером после операции могли самостоятельно переходить в палату, принимать пищу и не нуждались в постороннем уходе. Несмотря на это, мы рекомендуем в течение первых суток соблюдать постельный режим во избежание миграции полипропиленового эндопротеза из области фиксации. Послеоперационный болевой синдром был минимальным и в первые сутки адекватно купировался применением ненаркотических анальгетиков. Моторика желудочно-кишечного тракта восстанавливалась в течение первых суток после операции.

Следует отметить, что у 6 (25 %) больных одновременно были проведены: лапароскопическая холецистэктомия (3), пункция и фенестрация простой кисты печени (1), устранение висцеро-париетального спаечного процесса (адгезиолизис) (1) и дезартеризация геморроидальных узлов с лифтинговой мукопексией (1).

Время пребывания в стационаре при односторонних грыжах составило 3–4 дня, при двусторонних и симультанных операциях 4–5 дней.

Летальных исходов не было. Большинство осложнений пришлось на первые 10 операций. Рецидив грыжи возник у одного больного в возрасте 73 лет через 2,5 месяца после операции (4,1 %).

Таким образом, анализ первого опыта лапароскопической трансабдоминальной ненапряжной

герниопластики с внутрибрюшной имплантацией протеза (ТАРР) позволяет считать эндовидеохирургические технологии высокоэффективным и малоинвазивным методом устранения паховых грыж. Преимуществами операции являются малая травматичность, ранняя реабилитация пациентов, широкие возможности выполнения симультанных операций, сокращение сроков пребывания в клинике, косметичность.

К относительным недостаткам можно отнести дороговизну эндовидеохирургической операции, длительный период освоения методики, необходимость общей анестезии. Полученные результаты вселяют нам оптимизм и дальнейшее стремление к расширению показаний для лапароскопических герниопластик с рациональным симультанным направлением, отработке тактико-технических навыков с целью улучшения непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения.

Литература

1. *Богданов Д.Ю.* Технические особенности выполнения герниопластик с различными имплантатами / Д.Ю. Богданов, А.В. Протасов, Н.Ю. Шухтин и др. // Эндоскопическая хирургия. 2011. № 1. С. 35–38.
2. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А.Е. Борисова. СПб.: Предприятие ЭФА, «Янус», 2002. 416 с.
3. Современные методики хирургического лечения паховых грыж: методические рекомендации. М., 2003. 28 с.
4. *Федоров И.В.* Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1998. 351 с.
5. *Ger R.* The management of certain abdominal hernias by intra-abdominal closure of the sac // Ann. R. Coll. Eng. 1982. V. 64. P. 342–344.