

Ю.А. Назарьянц, Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, А.Н. Чайкин

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск)**В статье представлены результаты лечения 349 больных с паховыми грыжами с применением методики лапароскопической аллопластической герниопластики.***Ключевые слова:** паховая грыжа, пластика грыж, лапароскопия

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF FRONT ABDOMINAL WALL HERNIAS

Yu.A. Nazaryants, Yu.S. Vinnik, S.I. Petrushko, A.N. Chaykin

*Krasnoyarsk State Medical University named after professor V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk**The article presents the results of treatment of 349 patients with inguinal hernias with use of laparoscopic alloplastic hernioplasty.***Key words:** inguinal hernia, treatment of hernias, laparoscopy

ВВЕДЕНИЕ

Оперативные вмешательства при паховых грыжах в структуре плановых операций относятся к наиболее частым [2, 5, 6]. Достаточно сказать, что в РФ ежегодно производится 500 тысяч грыжесечений, в США — 700 тысяч, в Европе — до 1 миллиона. В развитых странах около 25 % операций проводится лапароскопическим доступом [1, 4, 7].

Основным методом современной герниологии является ненапряжная протезирующая герниопластика, обоснованная Лихтенштейном. Доставка протеза может осуществляться как эндовидеохирургически, так и паховым доступом [3, 8, 9].

Цель исследования: оценить результаты лапароскопической герниопластики паховых грыж.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2003 по 2009 гг. в Центре эндовидеохирургических технологий произведено 349 лапароскопических трансперитонеальных предбрюшинных герниопластик. Из них 307 (82 %) операций выполнено мужчинам, 42 (12 %) — женщинам. В 9 % (31) случаев были выявлены двухсторонние грыжи, в 15 % (52) — рецидивные, в 12 % (42) — паховомошоночные.

Все операции выполнены под перидуральной анестезией при спонтанном дыхании. Операции проведены на видеокомплексе «Olimpus», использовались эндогерниостеплеры «Auto suture» и «Гера-5» (Томск). В качестве имплантата применяли полипропиленовые сетки «Пролен» размерами 6,0 × 11,0 и 7,5 × 15,0 см.

Техника лапароскопической трансабдоминальной герниопластики (ТАГР)

Больного укладывают на операционном столе в положении на спине с приведенными ногами. Вмешательство выполняют под общим обезболиванием. Рекомендуют проводить катетеризацию мочевого пузыря, чтобы переполненный мочевой пузырь не мешал обзору при диссекции брюшины. Накладыва-

ют пневмоперитонеум с помощью иглы Вереша до уровня 10 мм рт. ст. и в окологупочной области (выше или ниже пупка) вводят первый троакар диаметром 10 мм, через который в брюшную полость вводят лапароскоп с торцевой оптикой (рис. 1).

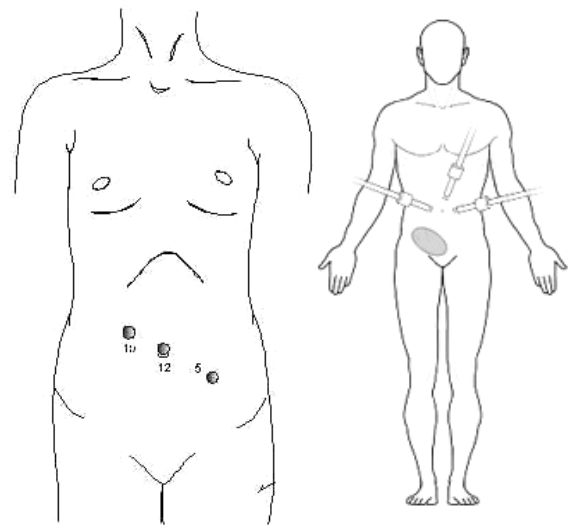


Рис. 1. Расположение инструментов и точки введения троакаров при трансабдоминальной преперитонеальной лапароскопической пластике паховой грыжи.

Брюшную полость и паховую область тщательно осматривают и определяют наличие грыжевого выпячивания брюшины; по его расположению можно легко дифференцировать косую и прямую паховую или бедренную грыжи. Необходимо отметить, что лапароскопическая интраоперационная диагностика имеет значительные преимущества перед обычным осмотром и физикальным обследованием больного и зачастую позволяет диагностировать несколько грыжевых выпячиваний (например, одновременное наличие паховой и бедренной либо прямой и косой паховой грыж). После диагностики грыжевых выпячиваний вводят 2 рабочих троакара: троакар диаметром

12 мм вводят несколько латеральнее наружного края прямой мышцы живота справа на уровне пупка или несколько ниже, а слева симметрично вводят троакар диаметром 5 мм. После этого пациента переводят в положение Тренделенбурга для того, чтобы кишечник не мешал осмотру и манипуляциям в паховой области. Через троакар диаметром 5 мм вводят лапароскопический зажим, через троакар диаметром 12 мм — диатермические ножницы или крючок. С помощью ножниц или диатермического крючка рассекают париетальную брюшину над грыжевым выпячиванием, начиная от передне-верхней подвздошной ости до лобковой кости. Брюшину отслаивают кверху и книзу, обнажая поперечную мышцу живота и паховую складку. Особую осторожность следует соблюдать над нижними надчревными сосудами. Разрез брюшины должен быть продлен в медиальную сторону (к средней линии) для того, чтобы можно было тщательно выделить лобковый симфиз и отпрепарировать верхнюю лобковую связку (рис. 2).

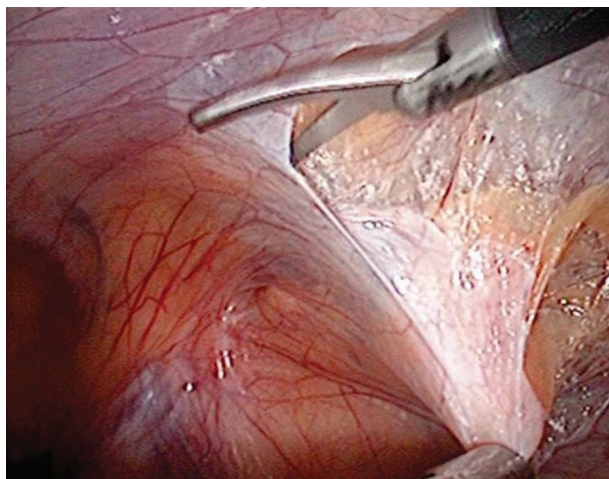


Рис. 2. Рассечение брюшины.

Выделяют грыжевой мешок путем его инвагинации в брюшную полость. Следует помнить, что на верхушке грыжевого мешка нередко расположена предбрюшинная липома, которую необходимо удалить. Элементы семенного канатика отделяют от брюшины грыжевого мешка (рис. 3).

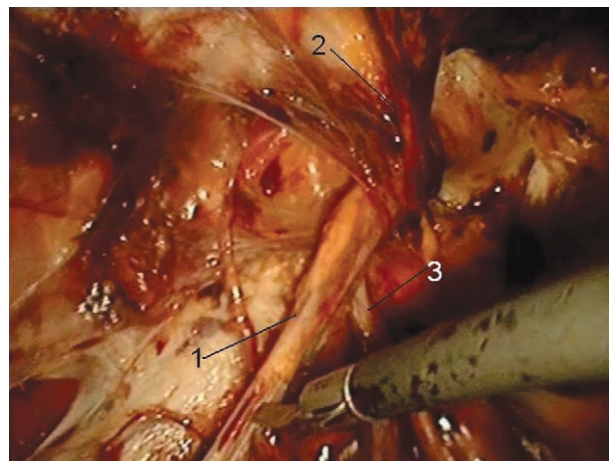


Рис. 3. Выделение грыжевого мешка: 1 — грыжевой мешок; 2 — нижние эпигастральные сосуды; 3 — семенной канатик.

При косой грыже грыжевой мешок может быть очень больших размеров, и выделить его полностью достаточно сложно, поэтому грыжевой мешок пересекают и дистальную его часть оставляют *in situ*. Расширяют образовавшийся дефект брюшины по направлению книзу, обнажая все три возможные зоны возникновения грыж: бедренной, прямой и косой паховой. Очень важно хорошо выделить паховую связку (рис. 4).

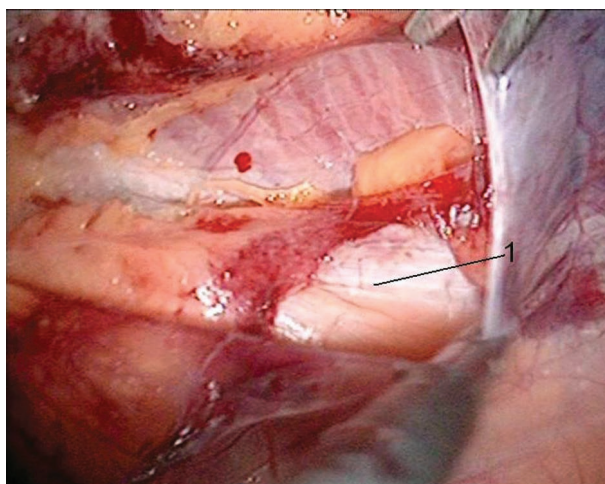


Рис. 4. Выделение паховой связки.

После мобилизации брюшины и выделения анатомических образований в паховой области в брюшную полость через троакар диаметром 12 мм вводят свернутую в трубку полипропиленовую сетку соответствующих размеров (обычно 10 × 8 см) (рис. 5).

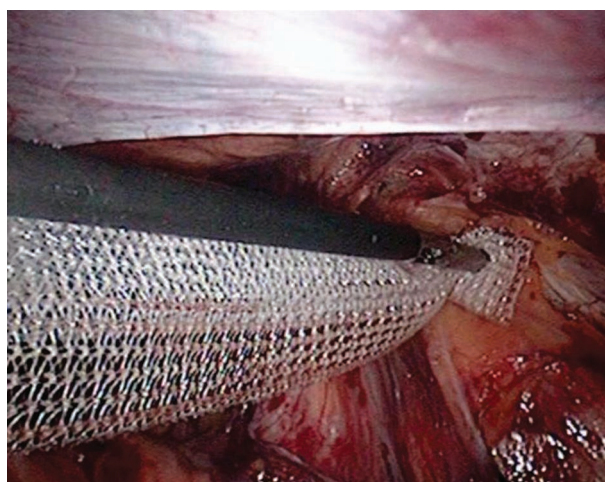


Рис. 5. Введение полипропиленовой сетки в брюшную полость.

Некоторые хирурги считают, что сетчатый аллотрансплантат должен иметь размер не менее 10 × 14 см. Сетку помещают в сформированное окно брюшины и расправляют с помощью зажима таким образом, чтобы она полностью перекрывала грыжевой дефект и «слабые» места в брюшной стенке. Медиальный край сетки должен перекрывать лобковый симфиз, верхний край должен перекрывать грыжевой дефект не менее чем на 2 см (рис. 6).

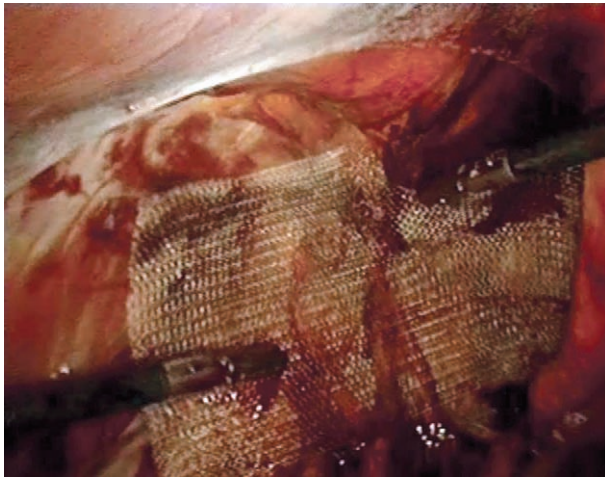


Рис. 6. Установка сетки в паховую область.

После расправления сетку фиксируют с помощью специального инструмента — герниостеплера — вначале медиально к верхней лобковой связке тремя — четырьмя скобками, затем, накладывая скобки через 2 см, — к прямым и косым мышцам живота. Учитывая локализацию надчревных сосудов, элементов семенного канатика, подвздошно-пахового и бедренного нервов (в проекции «рокового» треугольника и треугольника боли), скобки не следует накладывать ниже паховой складки.

В настоящее время сетку фиксируют как герниостеплером, накладывая скобки, так и герниостеплером, вкручивающим проволоочные фиксаторы в виде спирали. Последние, по данным некоторых авторов, прочнее фиксируют сетчатый аллотрансплантат к паховой связке и мышцам передней брюшной стенки (рис. 7).

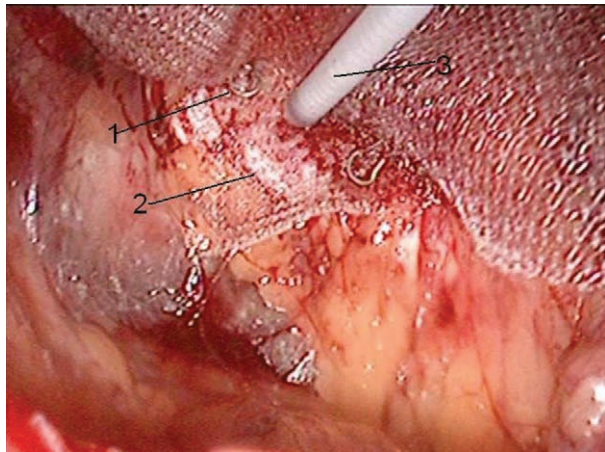


Рис. 7. Фиксация сетчатого эндопротеза к надкостнице: 1 — спиралевидный фиксатор; 2 — лонная кость; 3 — герниостеплер Гера.

После того, как сетка адекватно фиксирована в паховой зоне, восстанавливают целостность париетальной брюшины для того, чтобы петли кишечника не подпаивались к зоне фиксации сетки. Листки брюшины сводят над сетчатым аллотрансплантатом и фиксируют с помощью герниостеплера. Для правильной фиксации листков брюшины необходимо, чтобы они перекрывали друг друга.

Если между скобками, фиксирующими брюшину, имеется диастаз, то не исключена возможность спаечного процесса между петлями кишечника и сеткой (рис. 8).

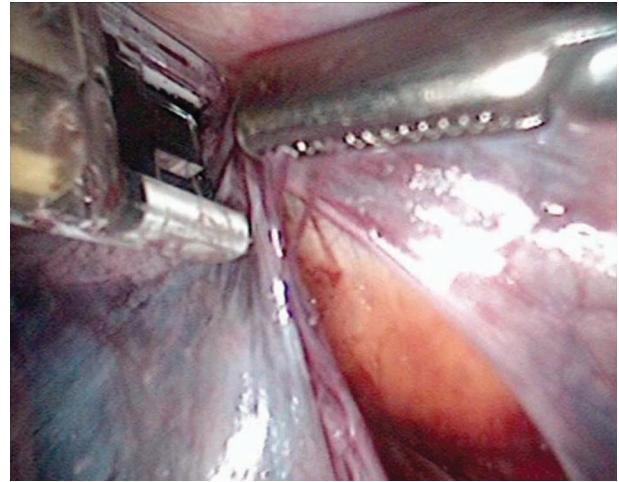


Рис. 8. Восстановление брюшины герниостеплером.

Противопоказанием для лапароскопической герниопластики считаем беременность сроком более 20 недель, детский возраст, а также заболевания и состояния, при которых противопоказаны общая анестезия и плановое хирургическое вмешательство.

Для качественных показателей по тексту представлена ошибка для доли, медиана и квантили Me [P25; P75].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения, выявленные нами при анализе полученных результатов, представлены в таблице 1.

Таблица 1
Встречаемость осложнений у больных с паховыми грыжами

Виды осложнений	Удельная структура осложнений (n = 14)	
	n	%
Серома	4	29
Гематома	3	21
Спаечная кишечная непроходимость	1	7
Невралгия латерального кожного нерва бедра	2	14
Рецидив	4	29
Итого	14	100

В раннем послеоперационном периоде у 7 пациентов были выявлены серомы и гематомы пахово-мошоночной области. Все случаи данного осложнения излечены пункционным методом (от 1 до 8 пункций).

В позднем послеоперационном периоде отмечено 4 случая рецидива. При повторных лапароскопических операциях обнаружена несостоятельность в нижнемедиальном углу трансплантата (отрыв от надкостницы). Грыжевой дефект закрыт сеткой без удаления первичного импланта.

Также был отмечен случай спаечной кишечной непроходимости, обусловленной сращением сетки с петлёй тонкой кишки. Для предотвращения таких осложнений необходимо тщательно восстанавливать целостность брюшины при сниженном до 6 мм рт. ст. давлении в брюшной полости.

Выявлено 2 случая невралгии латерального кожного нерва бедра.

Длительность пребывания в стационаре больных первой группы составила 3 дня [3, 4].

ВЫВОДЫ

Таким образом, лапароскопическая герниопластика обеспечивает малую травматичность, хороший косметический результат и высокую надежность при небольшом количестве осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. и др. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. — СПб.: Предприятие ЭФА, 2002. — 416 с.
2. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб.: ООО «Фолиант», 2000. — 176 с.
3. Жуковский В.А. Разработка, производство и перспективы совершенствования сетчатых эндопротезов для пластической хирургии // Современ-

ные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных материалов : мат. I междунар. конф. — М., 2003. — С. 16 — 18.

4. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Лапароскопическая герниопластика // Эндоскопическая хирургия. — 1995. — № 2 — 3. — С. 42 — 47.

5. Нетяга А.А., Бежин А.И., Суковатых Б.С. и др. Использование сетчатого эндопротеза «Эсфил» для пластики грыж брюшной стенки // Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных материалов : мат. I междунар. конф. — М., 2003. — С. 50 — 52.

6. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — М.: Триада Х, 2003. — 144 с.

7. Amid P. Long term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty // Hernia. — 1999. — Vol. 2. — P. 89 — 94.

8. EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials // Br. J. Surg. — 2000. — Vol. 87, N 7. — P. 860 — 867.

9. Heniford B.T., Ramshaw B.J. Laparoscopic ventral hernia repair: a report of 100 consecutive cases // Surg. Endosc. — 2000. — Vol. 14, N 5. — P. 419 — 442.

Сведения об авторах

Назарьянц Юлия Андреевна — клинический ординатор кафедры общей хирургии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660118, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (902) 916-55-41; e-mail: yuliya-nazaryanc@mail.ru).

Винник Юрий Семенович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (913) 532-84-86; e-mail: yuvinnik@yandex.ru).

Петрушко Станислав Иванович — д.м.н., профессор кафедры общей хирургии КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (904) 894-00-99).

Чайкин Александр Николаевич — заведующий стационаром ООО «Центр эндохирургических технологий», врач-хирург высшей квалификационной категории.