

Эндовидеохирургическая Герниопластика Паховых Грыж

Ашуров Акмал Хусанович ¹

Аннотация

Для исследования отобраны 268 пациентов мужского пола с паховыми грыжами различного типа. В зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на три группы: – группы сравнения составили 96 (35,8%) больных с паховыми грыжами, которым осуществлялась герниоаутопластика традиционными способами а также 138 (51,5%) больных, которым выполнена “ненатяжная” паховая герниоаллопластика по способу Lichtenstein. В основной группе в 34 (12,6%) случаях, проводилась трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика. Приоритетное использование ненатяжных методов герниоаллопластики – операция Lichtenstein и трансабдоминальной лапароскопической герниоаллопластики позволило сократить частоту специфических осложнений в раннем послеоперационном периоде с 13,5% до 7,9% и 5,9% соответственно, а также частоту рецидива грыжи с 8,5% в группе сравнения до 2,7% в основной группе.

Ключевые слова: Паховая грыжа, хирургическое лечение, лапароскопическая герниоаллопластика.

¹ Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность темы исследование. Наружные грыжи живота встречаются у 3-4 % населения, а среди лиц пожилого и старческого возраста – у 15-17%, что, несомненно, приводит к снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и инвалидизации [3]. Среди пациентов с наружными грыжами живота паховые грыжи (ПГ) составляют примерно 80%. Для их лечения используют различные способы операций, количество которых на сегодняшний день достигает более 1000, что говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения этого заболевания [1,2].

Имеется много сравнений в исследованиях, открытых и лапароскопических методов в хирургии ПГ. Однако очень мало исследований относительно прямого сравнения методов TAPP и TEP [1, 4]. Хотя в некоторых публикациях сообщается, что операция ТЭП проводилась чаще при лапароскопической хирургии ПГ, а в некоторых исследованиях сообщили о разноречивости в

взглядах [5]. Одним из таких исследований является немецкий реестр грыж - исследование Herniamed. В этом исследовании 61,9% пациентов, перенесших лапароскопическую хирургию грыжи, лечились с TAPP и 38,1% с TEP. Однако выяснилось, что не было существенной разницы между двумя методами относительно частоты периоперационных и послеоперационных осложнений [6].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж путем применения лапароскопических герниопластик.

Материал и методы. Исследование основано на результатах обследования и лечения больных с паховыми грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского городского медицинского объединения в период с 2013 по 2022 гг. Для проспективного динамического активного исследования было отобрано 268 случая, пациенты мужского пола с паховыми грыжами различного типа. Все пациенты были оперированы в плановом порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на три группы: – группы сравнения составили 96 (35,8%) больных с паховыми грыжами, которым осуществлялась герниоаутопластика традиционными способами, а также 138 (51,5%) больных, которым выполнена “ненатяжная” паховая герниоаллопластика по способу Lichtenstein. В основной группе в 34 (12,6%) случаях, проводилась трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика.

103 (74,6%) больным использовали стандартные монофиламентные полипропиленовые сетчатые протезы Эсфил фирмы «Линтекс» и 35 (25,4%) больным использовали композитные сетчатые имплантаты «Physiomech» или «Prosid» (Ethicon). 96 больным для пластики пахового канала при грыжесечении использовалась традиционная мышечно-апоневротическая «натяжная» пластика по способам Жирар-Спасокукоцкому-Кимбаровскому (n=27 (28,1%)) и Постемпскому (n=69 (71,9%)).

Группа исследуемых по среднему возрасту статистически достоверно сопоставимы: в основной группе – 45,4±0,3 года, в группе сравнения – 46,3±1,0 (p>0,05).

Наибольшее число больных было в группе с длительностью заболевания до года – 81 (34,6%). По анамнезу срока грыженосительства у 14 (5,9%) больных было больше 10 лет: в основной группе – у 11 (7,9%) больных, а в группе сравнения – у 3 (3,1%) больных. Статистически значимых различий по срокам грыженосительства в группах также не выявлено (p > 0,05).

По типам грыж (классификация L.M. Nyhus) распределение в группах: общее число косых грыж у пациентов было 179 (76,5%). Количество грыж III А типа (прямые грыжи) – 46 (19,6 %), рецидивные паховые грыжи обнаружены в 22 (9,4%) случаях. На основании проведенного статистического анализа по типу грыж в исследуемых группах можно считать однородными (p₂ >0,05).

Результаты и их обсуждение. Трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика проводилось под общим обезболиванием и в околопупочной области в брюшную полость был установлен 10 мм порт для проведения камеры. С учетом наличия сопутствующих заболеваний, уровень создаваемого карбоксиперитонеума поддерживался в районе 11-12 мм рт.ст. Была выполнена ревизия абдоминальной полости и ямок пахового канала с обеих сторон (рис. 1). Далее под мониторингом лапароскопа в точках по правой и левой передней аксилярной линии вводили 5 миллиметровые троакары. После этого, со стороны брюшной полости создавался доступ в предбрюшинное клетчатое пространство к паховому промежутку, после чего выполнялся разрез брюшины на уровне 2 см над паховым промежутком, которое дает возможность под цветной визуализацией точно дифференцировать сосудистые структуры пахового промежутка со стороны патологии (рис. 2).

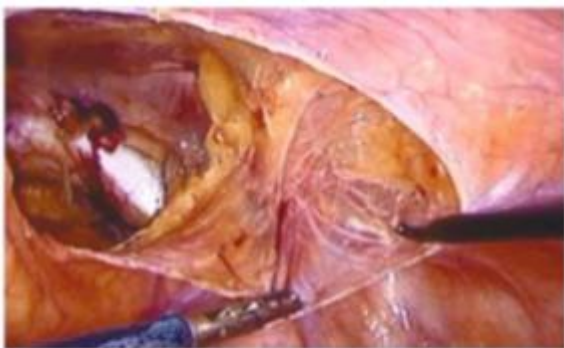


**Рисунок 1. - Пациент Б., 46 лет.
Лапароскопическая ревизия пахового
канала**

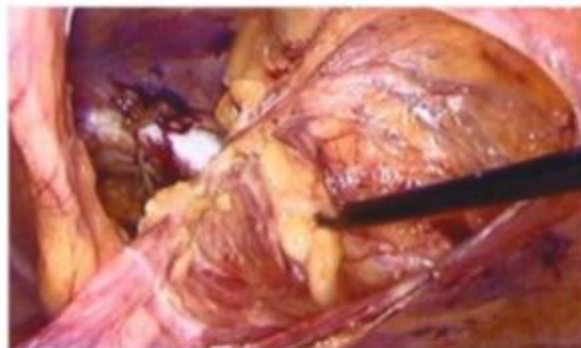


**Рисунок 2. - Разрез брюшины коагуляцией
на 2 см выше ПП.**

Затем выполнялся разрез от внутреннего пахового кольца до медиальной складки, длина разреза примерно составила 10 см (рис. 3). После этого выполнялась диссекция предбрюшинного пространства, а также производилось выделение элементов семенного канатика (рис. 4).



**Рисунок 3. - Диссекция пахового
промежутка. 1 – внутреннее паховое
кольцо; 2 – медиальная складка**



**Рисунок 4. - Этапы выделения ГМ и
элементов семенного канатика**

Осторожно с помощью инструментов производилось выделение грыжевого мешка, лобкового бугорка, гребешковой связки, при этом очень аккуратно производилась дифференциация надчревных и подвздошных сосудов.

Далее выполнялся тщательный гемостаз, после чего через установленный в брюшную полость 10 миллиметровый порт вводили сетчатый синтетический протез, который размещался в паховом промежутке (рис. 5 и 6).



**Рисунок 5. - Введение сетчатого эндопротеза
в брюшную полость**



**Рисунок 6. - Сетчатый эндопротез
расположен в преперитонеальном
пространстве**

Затем производилась фиксация сетки к Куперовской связке и к мягким тканям с помощью герниостеплера (рис. 7). Тщательный контроль гемостаза считали ключевым моментом операции после фиксации сетки, что по сути является профилактикой специфических послеоперационных осложнений.

Перитонизация эндопротеза выполнялась с использованием герниостеплера. Фиксирование сетчатого материала, а также его перитонизация выполнялась, согласно рекомендациям, обходя зону рокового треугольника с целью профилактики развития серьезных осложнений (рис. 8).



Рисунок 7. - Фиксация сетчатого эндопротеза

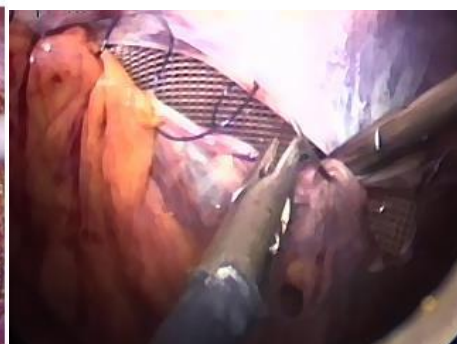


Рисунок 8. - Завершающий этап.
Перитонизация эндопротеза

По завершении контрольной ревизии абдоминальной полости, и дессуфляции производилось послойное ушивание троакарных ран. Ушивание мышечного апоневроза производилось только в 10 миллиметровом отверстии, расположенном над пупком.

Ранние послеоперационные осложнения возникли в 7,9% случаев после герниоаллопластики по Lichtenstein и в 13,5% - после герниоаутопластики в группе сравнения. В послеоперационном периоде после трансабдоминальной лапароскопической герниоаллопластики, осложнения имели место в 5,9% наблюдениях.

Средняя продолжительность стационарного лечения в сравниваемых группах не имело достоверной разницы и составило $6,3 \pm 0,04$ и $6,8 \pm 0,03$ суток ($p > 0,05$), что укладывается в рамки сроков, указанных в классификации медицинских услуг стационарной помощи.

Из 201 больного, обследованных в отдаленные сроки, рецидив паховой грыжи отмечен у 9 (4,5%), при этом в группе сравнения этот показатель составил 8,5%, а в основной группе – 2,7%.

Выводы.

1. Приоритетное использование ненатяжных методов герниоаллопластики – операция Lichtenstein и трансабдоминальной лапароскопической герниоаллопластики позволило сократить частоту специфических осложнений в раннем послеоперационном периоде с 13,5% до 7,9% и 5,9% соответственно, а также частоту рецидива грыжи с 8,5% в группе сравнения до 2,7% в основной группе.
2. Полная реабилитация больных, оперированных лапароскопически была меньше ($3,8 \pm 0,1$ недели), по сравнению с больными оперированными традиционным доступом ($7,7 \pm 0,1$ недель). Немаловажным критерием также является разрез, которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так, лапароскопическая герниоаллопластика проводилась посредством 3-4 проколов 5,0 мм и 10,0 мм троакарами, а традиционная герниопластика – разрезами 10 и более см.

Литература.

1. Ануров, М.В. Влияние структурных и механических свойств сетчатых протезов на эффективность пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Ануров. – М., 2014. – 50 с.
2. Зайнутдинов, А.М. Лапароскопическая герниопластика и качество жизни больных с использованием различных сеток / А.М. Зайнутдинов, Р.Ю. Якубов // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 53-54.
3. Юрасов, А.В. Способ оперативного лечения пупочных грыж, сочетающихся с диастазом прямых мышц живота / А.В. Юрасов, Л.А. Абовян // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 184-185.
4. Sajid, M.S. A meta-analysis comparing tacker mesh fixation with suture mesh fixation in laparoscopic incisional and ventral hernia repair / M.S. Sajid, U. Parampalli, M.R. McFall // Hernia. – 2021. – Vol. 17, № 2. – P.159-166.
5. Systematic review and meta regression of factors affecting midline incisional hernia rates: an analysis of 14,618 patients / D. Bosanquet [et al.] // Hernia. – 2022. – Vol. 18(Suppl. 2). – P. S12–S15.
6. Ventral Hernias in Morbidly Obese Patients: A Suggested Algorithm for Operative Repair/ G.M. Eid [et al.] // Obes Surg. – 2013. – Vol.23. – P. 703-709.