

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПАХОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВМКЦ КР

*Г.А.Прохоренко, В.И.Кузьменко,
Д.А.Саратов, В.В.Годова*

**Военно-медицинский клинический центр Крымского региона
Севастополь, Украина**

Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 128 пациентов с паховыми грыжами с применением лапароскопических и традиционных техник. 10 пациентам проводилась традиционная герниопластика без применения сетчатых протезов, 101 — аллопластика сетчатым протезом sub-lay, 14 — ТЭП, 3 — ТАПБ. Лапароскопическая герниопластика позволила добиться высокого косметического эффекта, отсутствия выраженного болевого синдрома, а вследствие и ранней реабилитации, малого количества послеоперационных осложнений, возможности своевременной диагностики контралатеральной грыжи и других заболеваний брюшной полости без дополнительных кожных разрезов, а также снизить время пребывания в стационаре.

Ключевые слова: паховая грыжа, осложнения грыж, герниопластика, лапароскопическая герниопластика, ТЭП, ТАПБ.

Введение

Проблема хирургического лечения наружных грыж паховой локализации до настоящего времени остается весьма актуальной и далека от окончательного разрешения. Свидетельством тому является большое число оперативных методик (около 400), ни одна из которых не защищает пациента от возникновения рецидива грыжи в послеоперационном периоде. По данным разных авторов, число осложнений после открытых герниопластик (рецидив грыжи, нагно-

ение операционной раны, повреждения семенного канатика и др.) достигает 5-7%, а при повторных вмешательствах — 30% и более (К.Д.Тоскин, 1979; А.Fingerhut, 1995).

Основная часть

Накопленный за последние четыре года мировой опыт использования лапароскопической техники в лечении грыж паховой локализации свидетельствует о неоспоримых преимуществах ЛГП перед традиционной техникой:

- отсутствие большого кожного разреза;
- отсутствие выраженного болевого синдрома и, как следствие его, минимальный послеоперационный дискомфорт и ранняя социальная реабилитация больных с возвращением к трудовой деятельности;
- высокий косметический эффект;
- малая вероятность повреждения семявыносящего протока и развития ишемического орхоэпидидимита;
- возможность своевременной диагностики и лечение контралатеральной грыжи без дополнительных кожных разрезов;
- возможность диагностики других заболеваний органов брюшной полости и проведения симультанных операций при минимальной травматизации передней брюшной стенки;
- существенное снижение риска развития рецидива грыжи и послеоперационных осложнений.

Продолжительность операций, в зависимости от выбранной методики и объема вмешательства, составляет в среднем 50-70 мин., однако в процессе приобретения практических навыков операционное время может быть сокращено до 30-40 мин. (К.Zucker, 1991; О.Э.Луцевич и соавт., 1995). В то же время продолжительность послеоперационного пребывания больных в стационаре в большинстве наблюдений не превышает 12-36 часов, что объясняется отсутствием выраженного болевого синдрома. Р.Oberlin и др. (1995) сообщили о 234 лапароскопических герниопластиках, выполненных амбулаторно, т.е. длительность послеоперационного пребывания больного на госпитальной койке не превышала 8 часов.

Анализ 896 ЛГП, выполненных в 19 клиниках США (К.J.Fitzgibbons, 1995), также свидетельствует о высокой надежности лапароскопических процедур, сопровождающихся сравнительно низким числом рецидивов — до 4,5%. Следует отметить, что большинство

рецидивов относятся к периоду освоения методики и связаны с неправильно выбранной тактикой лечения или техническими погрешностями вмешательства. С.Ferzli (1995) на 226 герниопластик отметил только два случая рецидива заболевания (менее 1%) на фоне низкого числа послеоперационных осложнений — 3,8%.

Возможность диагностики и своевременного лечения еще не проявляющейся клинически грыжи с контралатеральной стороны также является одним из бесспорных преимуществ ЛГП. V.Stancanelli et al. (1992) отметили наличие двусторонних грыж у 30% пациентов с определяемой клинически односторонней паховой грыжей.

Следует отметить, что осложнения лапароскопической герниопластики немногочисленны и в значительной мере зависят от опыта хирурга, правильно выбранных показаний к проведению вмешательства, а также тщательности выполнения манипуляций.

Мировая статистика свидетельствует, что при правильном проведении ЛГП число рецидивов колеблется от 0% до 1,2%, а число других послеоперационных осложнений не превышает 2-3%.

В период с 18.07.2012 г. по 17.04.2013г. в отделении абдоминальной хирургии ВМКЦ КР на оперативном лечении находились 128 пациентов с паховыми грыжами, из них 14 — рецидивных, 23 — пахово-мошоночных.

Таблица 1

Виды проводимой герниопластики

Вид пластики	Количество
Традиционные методы герниопластики без применения сетчатых аллотрансплантатов	10
Герниопластика по Лихтенштейну с аллопластикой сетчатым протезом sub-lay	101
ТЭП	14
ТАПБ	3

Средняя продолжительность пребывания в стационаре, включая предоперационную подготовку, составила: традиционные методы герниопластики без применения сетчатых аллотрансплантатов — 6,25 сут., герниопластика по Лихтенштейну с аллопластикой сетчатым протезом sub-lay — 5,23 сут., ТЭП — 3,92 сут., ТАПБ — 3,66 сут.

В послеоперационном периоде пациенты после лапароскопических методик герниопластики характеризовали болевой синдром

как незначительный, в то время как при других методиках — как выраженный и умеренный.

Выводы

На собственном пока еще небольшом опыте мы подтвердили преимущества лапароскопической герниопластики, из чего следует необходимость ее дальнейшего внедрения и развития.

Несомненно, методика лапароскопической герниопластики является наиболее перспективным направлением практической герниологии, которое в ближайшем будущем найдет самое широкое применение в хирургических клиниках Украины.

Г.А.Прохоренко, В.И.Кузьменко, Д.А.Саратов, В.В.Годова. Досвід впровадження лапароскопічної герніопластики для лікування гриж пахової локалізації у відділенні абдомінальної хірургії ВМКЦ КР. Севастополь, Україна.

Ключові слова: пахова грижа, ускладнення гриж, герніопластика, лапароскопічна герніопластика, ТЕР, ТАПБ.

Проблема хірургічного лікування зовнішніх гриж пахової локалізації до теперішнього часу залишається достатньо актуальною та далекою від остаточного вирішення. Сучасна ендоскопічна техніка дозволила внести радикальні зміни в методіку хірургічної корекції цього захворювання. Накопичений за останні роки світовий досвід використання лапароскопічної техніки в лікуванні гриж пахової локалізації свідчить про очевидні переваги ЛГП перед традиційною технікою. У період з 18.07.2012 р. до 17.04.2013 р. у відділенні абдомінальної хірургії ВМКЦ КР на оперативному лікуванні знаходились 128 пацієнтів з паховими грижами. Разом з традиційними методами герніопластики застосовували ЛГП (15% від загальної кількості операцій з приводу пахових гриж). На власному поки ще невеликому досвіді ми підтвердили переваги лапароскопічної герніопластики, із чого витікає необхідність її подальшого впровадження та розвитку.

G.A.Prokhorenko, V.I.Kuzmenko, D.A.Saratov, V.V.Godova. The experience of introduction of laparoscopic methods for inguinal herniae treatment in abdominal surgery department of MMKC CR. Sevastopol, Ukraine.

Key words: inguinal hernia, hernia complications, hernia repair, laparoscopic hernia repair, TER, TAPB.

The problem of surgical treatment of external inguinal hernia is still actual and far from decision. Modern technology gives opportunity to change methods of correction of this disease. The accumulation of world experience of using this methods has an advantage over traditional technology. It must be said that complications of laparoscopic methods are not numerous and depend on surgeon's experience, correct indications for operation and thoroughness of manipulation. By our experience we confirm the advantage of laparoscopic method and importance of it's development.