

**О.К.ДАРМЕНОВ, Н.И.ОРАЗБЕКОВ, Р.Ж.ИЗБАСАРОВ, Е.О.ДАРМЕНОВ, С.С.МАМЫТХАНОВ,
Н.Н.МАЛГЕЛЬДИЕВ**

*Кафедра хирургии последипломного образования
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Целью данного исследования было изучение эффективности эндовидеохирургического вмешательства у 186 больных, находившихся на лечении с диагнозом паховая грыжа. Применение эндовидеохирургической технологии позволило во всех случаях уточнить диагноз, уточнить форму и локализацию грыжи и установить возможность проведения адекватного малоинвазивного оперативного вмешательства. Благодаря этому значительно сократился частота осложнений и послеоперационный койко-день.

Ключевые слова: эндовидеохирургическая технология, паховая грыжа, малоинвазивные оперативные вмешательства.

Актуальность. Хирургическое лечение паховых грыж остается одной из актуальных проблем современной герниологии. Прежде всего, это обусловлено все еще высокой распространенностью патологии среди населения, так по данным различных авторов частота встречаемости грыженосителей возросла по сравнению с 50-ми годами от 3-х до 5-ти раз и продолжает неуклонно расти [1, 2, 4]. В целом, около 3-4% населения страдают данной патологией, что, несомненно, приводит к снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и инвалидизации. С другой стороны, несмотря на совершенствование способов герниопластики, по-прежнему остается высоким процент рецидивов грыж, частота которых варьирует по данным литературы от 5 до 45% [2, 3, 5].

В этой связи, до настоящего времени продолжают поиски наиболее эффективных способов лечения грыж живота, отвечающих таким современным требованиям, как высокая эффективность, возможность максимального сохранения функций организма, а также экономическая целесообразность. Однако, значительное число предложенных способов лечения паховых грыж, и в то же время не имеющая тенденции к снижению частота возникновения рецидивов заболевания, свидетельствуют о несовершенстве разработанных способов герниопластики и отсутствии объективных критериев для индивидуального выбора метода пластики грыж, что заставляет хирургов постоянно искать новые пути решения этой проблемы.

Материал и методы исследования и лечения. На кафедре хирургии последипломного образования КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, в период с 2005 по 2011 годы, эндовидеохирургическая технология пластики паховых грыж была применена у 186 больных. Из них мужчин было 167 (90,2%) и женщин - 19 (9,8%). Возраст пациентов варьировал от 16 до 78 лет, причем подавляющее большинство из них составили лица трудоспособного возраста (135 или 72,6%). Лица пожилого и старческого возраста составили 18 (9,6%) больных. У 129 (69,3%) больных были выявлены различные сопутствующие заболевания.

В 125 (67,2%) случаях наблюдались правосторонние паховые грыжи, в 46 (24,7%) - левосторонние, а в 15 (8,1%) - имели место двухсторонние грыжи. Всем пациентам проводилось традиционное общеклиническое обследование.

Доля пациентов с наличием однократного рецидива составила - 15% (27), двукратного - 4,8% (9), госпитализировано по поводу трехкратного рецидива - 1,1% (2).

Оперативное лечение проводилось на оборудовании фирмы «Wolf» с использованием устройства и набора инструментов «Эндомедиум», «Karl Storz». Общее обезболивание с элементами нейролептанальгезии и искусственной вентилицией легких применялось у 183 (98,3%) больных; у 3 (1,6%) пациентов - перидуральная анестезия.

Техника операции. При выполнении трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики использовались 3 троакара, включая видеопорт. Лапароскоп вводили через 10 мм-ый троакар у пупочного кольца и в стороне от грыжевого выпячивания устанавливали инструментарий - через два 5 мм-ых троакара. Техника оперативного лечения практически не отличалась от общепринятой эндоскопической методики. Операцию начинали с выполнения обзорной лапароскопии и ревизии брюшной полости. Сращения между париетальной брюшиной и органами брюшной полости устраняли при помощи эндоожниц, после чего выделяли и грыжевой дефект. Далее, путем диссекции и препаровки мобилизовывались грыжевой мешок, семенной канатик, паховая связка, а также мышечные структуры передней брюшной стенки. Следует отметить, что при операциях по поводу паховых грыж, у 35% пациентов осуществлялось вправление содержимого грыжи путем инструментальной тракции органов в брюшную полость. В 2% случаев для вправления невправимых органов понадобилось дополнительное рассечение ущемляющего кольца. Размер дефекта передней брюшной стенки составлял в среднем около 2-х сантиметров.

Закрытие дефекта передней брюшной стенки в 159 (85,4%) наблюдениях выполнялось путем пластики пахового канала с использованием полипропиленовой сетки фирмы «Auto Suture», «Ethicon» (США), и в 27 (14,6%) случаях - полипропиленовым сетчатым трансплантатом производства «Линтекс» г. Санкт-Петербург (Россия).

Сетчатый имплантат подшивался при помощи обычной иглы к передней брюшной стенке изнутри с завязыванием узлов над апоневрозом, расстояние между швами составило не более 2 см, а от края протеза - не более 1,5 см. При наложении шва мы использовали атравматичную нить «Этибонд» 2-0 фирмы «Этикон» на небольшой колющей игле. При этом, в шов старались не захватывать брюшину рокового треугольника (область семявыносящего протока и сосудов яичка). Вкол иглы производили изнутри наружу непрерывно по периметру дефекта. Под контролем видеокамеры, с расчетом закрытия «слабых мест» паховой и бедренной областей, сетчатый протез фиксировался к связке Купера, влагалищу прямой мышцы живота, поперечной фасции, в точке на 1 см медиальнее гребня подвздошной кости. Размеры полипропиленовых протезов подбирались индивидуально и варьировали от 11х6 см до 13х10 см в зависимости от величины грыжевых ворот. После фиксации протеза восстанавливалась целостность брюшины при помощи отдельных швов, накладываемых над сеткой. При наличии двухсторонней локализации паховых грыж оперативное лечение проводилось одномоментно, одним этапом.

Предварительное ушивание грыжевых ворот производили в 24 (12,9%) случаях, а в тех случаях, когда размеры внутреннего пахового кольца превышали 2,5 см, мы предварительно применяли так называемый «латеральный» шов: с помощью двух-трех узловых швов выполнялось сближение нижнего края поперечной мышцы живота.

При наличии больших дефектов, размер протеза определяется по максимально отстоящим его точкам, плюс 5 см. Это перекрытие обеспечивает дополнительную фиксацию протеза к задней поверхности передней брюшной стенки за счет внутрибрюшного давления.

Соблюдение этого условия обеспечивает максимальное прилегание протеза к брюшной стенке и позволяет исключить контакт органов брюшной полости с «прорастаемой» частью протеза. Продолжительность операции колебалась от 35 до 70 минут, что составило в среднем 43 мин.

При выполнении лапароскопической герниопластики, симультантно, трем пациентам с желчнокаменной болезнью была произведена холецистэктомия, а двум больным с варикоцеле - лапароскопическая резекция яичковой вены. Конверсии не потребовалось.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал удовлетворительно. Болевой синдром в послеоперационном периоде был незначителен и не требовал назначения наркотических анальгетиков. Первые сутки пациенты получали инъекционные ненаркотические анальгетики, а впоследствии - их таблетированные формы. Антибактериальная терапия не назначалась. Отмечалась ранняя активизация пациентов. Больные поднимались с постели и самостоятельно обслуживали себя уже через 4 часа после операции. Больные выписывались через 24-48 часов после оперативного лечения. Средние сроки пребывания пациентов в стационаре составили 1,8 суток.

Результаты исследования. Ранний послеоперационный период протекал гладко, без каких либо осложнений в 154 случаях. Интра- и послеоперационные осложнения имели место у 32 больных. В том числе, повреждение нижних эпигастральных сосудов было констатировано в одном случае (0,5%), небольшая отечность паховой области - у 24 (12,9%), умеренная гематома мошонки - у 3 (1,6%) и серома троакарной раны - у 6 (3,1%). Кроме того, у одного пациента (0,5%) мужского пола наблюдалась острая задержка мочи. Невралгия латерального кожного нерва бедра отмечена у трех пациентов (1,6%). При этом пациенты отмечали боль, чувство жжения на передней поверхности бедра, боли при движении. Больные консультированы невропатологом, назначено консервативное лечение и физиотерапия с быстрым положительным эффектом.

В отдаленном послеоперационном периоде, в сроки от 1-го месяца до трех лет, прослежены все оперированные 186 больных. При этом, рецидив грыжи наблюдался у 1 (0,5%) больного (из-за несоблюдения режима, на фоне выраженной физической нагрузки). У всех остальных пациентов отмечено благоприятное течение позднего послеоперационного периода.

Обсуждение результатов. Эндовидеохирургическая техника герниопластики при паховых грыжах позволила достичь у абсолютного большинства пациентов положительных результатов, как в течение раннего послеоперационного периода, так и в отдаленные сроки после вмешательства. Так, интраоперационно, повреждение небольших ветвей нижних эпигастральных артерий имело место в одном случае. В ближайшем послеоперационном периоде, осложнения наблюдались в 31 случае, из них непосредственно хирургического характера - в 9. В отдаленные сроки после операции рецидив грыжи был отмечен только в одном случае. То есть лапароскопическая техника производства паховых герниопластик имеет целый ряд преимуществ по сравнению с традиционными открытыми способами операции.

Анализируя наш опыт эндовидеохирургической герниопластики при паховых грыжах, в купе с данными других исследователей можно заключить, что наряду с неоспоримыми положительными сторонами лапароскопической герниопластики перед открытой методикой имеются и определенные ее недостатки. В частности, следует отметить высокую стоимость расходных материалов, необходимость ее выполнения только под общей анестезией. Кроме того, лапароскопия является полостной операцией, тогда как при открытом варианте грыжесечения брюшная полость может не вскрываться, длительность операции при эндовидеохирургической технике на 15-30 минут дольше.

В то же время, лапароскопическая герниопластика имеет целый ряд существенных преимуществ, по сравнению с традиционными вмешательствами. Так, возможна ранняя активация пациента вскоре после завершения операции и пробуждения от наркоза. Нет необходимости соблюдать постельный режим. Пациент может быть выписан в день операции или на следующие сутки. Болевые ощущения после операции минимальны и устраняются обычными обезболивающими средствами. Отсутствие внешних швов дает возможность принимать водные процедуры уже со следующего дня после операции, заслуживает внимания и отсутствие послеоперационного рубца. Минимальны ограничения и в пищевом режиме пациента, а многие пациенты могут управлять транспортным средством, практически, через 2-3 дня после операции. Образ жизни пациента практически не меняется, он может вернуться к обычной работе уже через 2-3 дня после операции.

Заключение. Таким образом, несмотря на определенные ограничения, скорее связанные с материальными издержками, лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах имеет целый ряд неоспоримых преимуществ и позволяет уже в ранние сроки после операции значительно улучшить качество жизни пациентов, по сравнению с традиционными вмешательствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Борисов А.Е., Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П., Рутенбург Г.М., Гуслев А.Б., Акимов В.П., Жемчужина Т.Ю., Румянцев И.П., Чуйко И.В. Опыт видеоэндохирургии в диагностике и лечении больных с экстренной патологией // Тезисы докладов 4-го Международного симпозиума "Вопросы оказания неотложной хирургической помощи в городских стационарах". – СПб-6: 1996.
- 2 Кулик Я.П., Седов В.М., Гуслев А.Б., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. Лапароскопическая внебрюшинная герниопластика в лечении больных паховой грыжей // Вестник хирургии. - 1995.- Т.154.- № 3.- С.106-109.
- 3 Седов В.М., Стрижелецкий В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика // Санкт-Петербургское медицинское издательство. - СПб.: 2002. – 179 с.
- 4 Cuschieri A. et al. Laparoscopic antireflux surgery and repair of hiatal herina // World J. Surg. - 1993. -v.17. - P.40-45.
- 5 Salky B. Diagnostic laparoscopy // Surg. Laparosc. Endosc. -1993. -Apr.- v.3(2). - P.132 -134.

**О.К.ДӘРМЕНОВ, Н.И.ОРАЗБЕКОВ, Р.Ж.ІЗБАСАРОВ, Е.О.ДӘРМЕНОВ, С.С.МАМЫТХАНОВ,
Н.Н.МАЛГЕЛЬДИЕВ**

**ШАП ЖАРЫҒЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІНДЕГІ
АЗИНВАЗИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

Түйін: Шап жарығы диагнозымен емделіп жатқан 186 науқастарға эндовидеохирургиялық аралаулардың тиімділігін зерттеу болды. Барлық жағдайларда эндовидеохирургиялық технологияларды қолдану диагнозды нақтылауға, жарықтардың пішінін, түрін, орналасуын және адекватты түрде азинвазивті оперативті түрде мүмкіншіліктерін көрсете алды. Осының арқасында бірталай асқынулар жиілігі мен отадан кейінгі төсек сандары анағұрлым азайды.

Түйінді сөздер: эндовидеохирургиялық технология, шап жарығы, азинвазивті оперативті араласулар.

**O.K.DARMENOV, N.I.ORAZBEKOV, R.ZH.IZBASSAROV, E.O.DARMENOV
S.S. MAMYTHANOV, N.N.MALGELDIEV**

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

Resume: The purpose of this study was to examine the effectiveness of Computer Assisted Surgical Intervention on 186 patients who were treated with the diagnosis of inguinal hernias. The use of Computer Assisted Surgery technology allowed in all cases to refine diagnosis, refine the shape and location of hernias, to assess the possibility of an adequate set of minimally invasive surgery. This greatly reduced the frequency of complications, and postoperative hospital stay.

Keywords: the Computer Assisted Surgery technology, an inguinal hernias, minimally invasive surgery.