

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ



Камалов Нодир Аловадинович, Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ТРАНСАБДОМИНАЛ ЛАПАРОСКОПИК ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКАНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Камалов Нодир Аловадинович, Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

FEATURES OF TRANSABDOMINAL LAPAROSCOPIC HERNIOALLOPLASTY FOR INGUINAL HERNIA

Kamalov Nodir Alovadinovich, Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот учун ҳар хил турдаги чов чурраси бўлган 268 нафар эркак бемор танланган. Даволаш тактикасини танлашга қараб, беморлар уч гуруҳга бўлинган: - таққослаш гуруҳи анъанавий усуллар ёрдамида чурра аутопластикадан ўтказилган чов чурраси бўлган 96 (35,8%) беморлар, шунингдек 138 (51,5%) нафар беморларга Лихтенштейн усули бўйича герниоаллопластика бажарилган. Асосий гуруҳда 34 (12,6%) ҳолатда трансабдоминал лапароскопик чурра аллопластикаси амалга оширилди. Лихтенштейн операцияси ва трансабдоминал лапароскопик чурра аллопластикасининг таранглашмаган усулларида устувор фойдаланиш операциядан кейинги эрта даврда ўзига хос асоратларнинг частотасини мос равишда 13,5% дан 7,9% ва 5,9% гача камайтиришга имкон берди. Таққослаш ва асосий гуруҳлардаги беморларда чурра қайталаниши 8,5% дан 2,7% гача камайди.

Калит сўзлар: чов чурра, жарроҳлик даволаш, лапароскопик чурра аллопластикаси.

Abstract. 268 male patients with inguinal hernias of various types were selected for the study. Depending on the choice of treatment tactics, patients were divided into three groups: - the comparison group consisted of 96 (35.8%) patients with inguinal hernias, who underwent hernia autoplasty using traditional methods, as well as 138 (51.5%) patients who underwent “non-tension” inguinal hernia hernialloplasty according to the Lichtenstein method. In the main group, in 34 (12.6%) cases, transabdominal laparoscopic hernia alloplasty was performed. The priority use of non-tension methods of hernia alloplasty - the Lichtenstein operation and transabdominal laparoscopic hernia alloplasty made it possible to reduce the frequency of specific complications in the early postoperative period from 13.5% to 7.9% and 5.9%, respectively, as well as the frequency of hernia recurrence from 8.5% in the group compared to 2.7% in the main group.

Key words: Inguinal hernia, surgical treatment, laparoscopic hernia alloplasty.

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 ТАПП и ТЕР [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 ТАПП и 38,1% с ТЕР. 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 «Physiomesh» 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%).

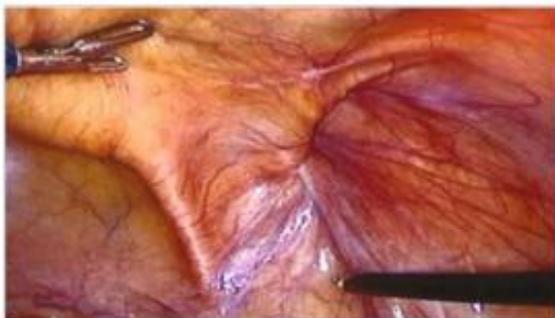


Рис. 1. Пациент Б., 46 лет. Лапароскопическая ревизия пахового канала

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 (p_{χ²} > 0,05).

Результаты и их обсуждение. Трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика проводилась 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).

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).



Рис. 2. Разрез брюшины коагуляцией на 2 см выше пахового промежутка

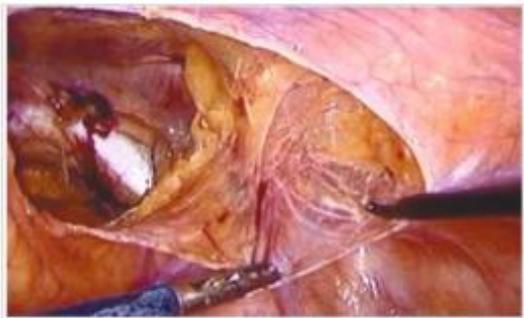


Рис. 3. Диссекция пахового промежутка. 1 – внутреннее паховое кольцо; 2 – медиальная складка

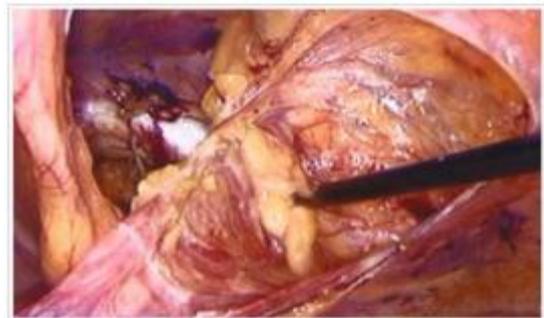


Рис. 4. Этапы выделения ГМ и элементов семенного канатика



Рис. 5. Введение сетчатого эндопротеза в брюшную полость



Рис. 6. Сетчатый эндопротез расположен в преперитонеальном пространстве



Рис. 7. Фиксация сетчатого эндопротеза



Рис. 8. Завершающий этап. Перитонизация эндопротеза

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).

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).

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 лапа-

роскопической 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 ненапряжных 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 «Ак-

туальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 53-54.

3. Юрасов, А.В. Способ оперативного лечения пупочных грыж, сочетающихся с диастазом прямой мышцы 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.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Камалов Н.А., Бабажанов А.С.

Резюме. 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 “ненапряжная” паховая герниоаллопластика по способу Lichtenstein. В основной группе в 34 (12,6%) случаях, проводилась трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика. Приоритетное использование ненапряжных 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.