



И. А. Криворучко,
А. В. Сивожелезов,
В. В. Чугай,
О. Ю. Гербали

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Резюме. Решение проблемы эффективного лечения паховых грыж в настоящее время актуально из-за распространенности этой патологии среди лиц трудоспособного возраста и достаточно высокого процента осложнений, рецидивов и летальности. Использование лапароскопической техники позволяет значительно сократить послеоперационные осложнения и потерю трудоспособности. Однако и эта техника не идеальна и имеет ряд специфических для этой методики осложнений. Произведен анализ лечения больных за период с 2002 по 2014 г. у 784 больных с паховыми грыжами (у 204 - рецидивными). Следует отметить достоинства лапароскопической герниопластики перед традиционными методами - это возможность осмотра брюшной полости, одномоментная пластика двусторонних паховых грыж, одновременное закрытие транспланта-том всех слабых мест передней брюшной стенки.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика, паховые грыжи.

Введение

Актуальность проблемы лечения паховых грыж обусловлена широким распространением этой патологии (3-7 % населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и мошоночных грыжах. Устранение паховой грыжи — одна из наиболее распространенных операций. В США в год выполняется более 700 000 вмешательств, в России — 200 000, во Франции — 110 000, в Великобритании — 80 000, в Украине — 50000 [3, 4]. При этом количество экстренных операций по поводу паховых грыж остается высоким, а летальность в этой группе превышает 6 % и не имеет тенденции к уменьшению [2].

Традиционные техники сопровождаются довольно значительной травмой мягких тканей, что приводит к выраженным болевым ощущениям в течение ближайшего послеоперационного периода и потере трудоспособности на срок до 1,5–2 мес. Новые перспективы в хирургии грыж открывает малоинвазивная лапароскопическая техника, которая позволяет избежать многих недостатков традиционной хирургии.

В тоже время к негативным особенностям лапароскопических операций относят необходимость общей анестезии и напряженного карбоперитонеума, вероятность повреждения внутренних органов, технические сложности при наличии скользящих грыж, пахово-мошоночной грыжи и водянки яичка, послеоперационные невралгии и парестезии, развитие гематом и скопление серозной жидкости в паховой области, длительный период освоения методики, дороговизну оборудования

и расходных материалов [5, 8]. Положительными сторонами считают малую травматичность, возможность выполнения двусторонней герниопластики и симультанных вмешательств из одного доступа, меньшую частоту раневой инфекции [1, 2].

Цель исследований

Анализ результатов лапароскопических аллопластик, выполненных в многопрофильной общехирургической клинике, для обоснования оптимальной хирургической тактики, определения показаний и противопоказаний к применению лапароскопических операций у пациентов с паховыми грыжами.

Материалы и методы исследований

За период с 2002 по 2014 г. в клинике хирургии ХНМУ герниоаллопластика выполнена у 1293 больных, в том числе у 784 (60,5 %) с паховыми грыжами (у 204 — рецидивными) и 509 (39,5 %) с вентральными (в т.ч. послеоперационными) грыжами, из которых у 253 они были большими, а у 86 — гигантскими. Возраст больных варьировал от 18 до 84 лет. С 2011 года начато выполнение лапароскопических герниоаллопластик. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом в условиях карбоксиперитонеума.

При паховых грыжах применяли трансбдоминальную преперитонеальную пластику (ТАПП) — 56 пациентов, из них 7 с рецидивными грыжами после пластики по Liechtenstein и 11 с двусторонними. Для имплантации использовали лёгкие сетчатые протезы размером 15×10 см с его фиксацией герниостеплером и восстановлением брюшины эндошвом.



У 3 больных ТАПП произведено одновременно с лапароскопической холецистэктомией.

Результаты исследований и их обсуждение

Из интраоперационных осложнений чаще всего встретились кровотечения (4). Наибольшие технические сложности возникали при повреждении нижних эпигастральных сосудов. Отмечено 1 кровотечение из троакарной раны, в 3 случаях — при рассечении париетальной брюшины и работе степлером. Средняя кровопотеря составила 147,3 мл. Гемостаз во всех случаях достигнут лапароскопически — прошиванием или коагуляцией. Повреждение нижних эпигастральных сосудов во всех случаях произошло у пациентов с ожирением I–III степени. Выраженный предбрюшинный липоидоз делал менее заметными складки брюшной стенки, которые являются важными анатомическими ориентирами. В настоящее время сразу после вскрытия брюшины мы производим ее тракцию, что вызывает развитие локальной предбрюшинной эмфиземы. Этот прием позволяет отслоить брюшину от подлежащих тканей, в том числе и от эпигастральных сосудов. Кроме этого считаем обязательным проведение тщательного гемостаза даже при незначительном по интенсивности и продолжительности кровотечении. Это необходимо, в связи с тем, что после проведения десуфляции в конце операции мелкие поврежденные сосуды могут некоторое время кровоточить вновь, являясь причиной развития послеоперационной гематомы.

Из осложнений, связанных с использованием карбоперитонеума, отметим развитие подкожной эмфиземы у 2 пациентов.

В послеоперационном периоде наиболее часто встречались гематомы паховой области (4), невралгии (2) и парестезии (5), плечелопаточный болевой синдром (4).

При первых ТАПП дренирование ложа протеза не производилось. У всех этих больных отмечены преперитонеальные гематомы, которые были диагностированы при УЗИ и ликвидированы консервативно пункциями. Количество пункций варьировало от 1 до 5. Повторное вмешательство (релапароскопия) потребовалось одному пациенту после билатеральной ТАПП, когда при УЗИ заподозрен рецидив. В последующем операцию заканчивали дренированием преперитонеального пространства на 12–24 часа.

Плечелопаточный болевой синдром возник на вторые сутки и носил преходящий характер. Данное осложнение не нашло отражение в работах других авторов, но, по нашему мнению, должно учитываться в послеоперационном периоде.

Нарушение чувствительности, парестезии чаще развивались на передней и латеральной поверхности бедра, невралгии — в области паха и мошонки. Данные беспокойства были временными и не ограничивали активность пациентов. Болевой синдром (невралгии) и парестезии в большинстве случаев бывают следствием повреждения или компрессии ветвей нервов проходящих в зоне операции при фиксации сетки такерами. По данным литературы частота таких ощущений встречается в 3–5,12 % случаев (3, 7, 11, 21). Снаружи от семенных сосудов и непосредственно под волокнами подвздошно-лобкового тракта находятся половая и бедренная ветви бедренно-полового нерва, бедренный нерв и латеральный кожный нерв бедра. Наложение такеров позади и ниже подвздошно-лобкового тракта могут привести к повреждению выше описанных стволов и ветвей нервов, что сопровождается невралгиями и парестезиями соответствующих зон в послеоперационном периоде. Таким образом, в нашем исследовании болевые ощущения в паховой области и мошонки имевшие место у 5 больных могли быть следствием повреждения ветвей бедренно-полового нерва, которые иннервируют эту зону. Длительная парестезия по внутренней поверхности бедра, возникшая у одного больного была связана, по всей видимости, с повреждением бедренного нерва. По данным R. Annibali (1995) в норме бедренный нерв находится достаточно глубоко между поясничной и подвздошной мышцами, но в ряде случаев проходит более поверхностно, и становится уязвимым при наложении скрепок в срединной области и ближе к илеопектиальной арке вблизи глубокого пахового кольца. Учитывая особенности анатомии мы стали фиксировать сетчатый трансплантат латеральнее сосудов семенного канатика накладывая такеры только выше подвздошно-лобкового тракта и параллельно ему, что практически исключает опасность повреждения, как нервов, так и подвздошных сосудов и их ветвей.

Рецидив заболевания является основным критерием эффективности операции. По литературным данным число рецидивов после лапароскопических герниопластик колеблется от 0,6 до 3 %. (13, 16, 18, 24). Рецидив заболевания в сроки до 3 лет нами не отмечен.

Каких-либо гнойно-воспалительных или ишемических осложнений, а также переходов к лапаротомии мы не отметили.

Выводы

Оперативные вмешательства с использованием лапароскопической техники эффективны, патогенетически обоснованы, обеспечивают комфортность послеоперационного пе-



риода и возможность ранней реабилитации. Наряду с общеизвестными преимуществами, считаем важным отметить специфические достоинства лапароскопической герниопластики перед традиционными методами — это возможность осмотра брюшной полости, одно-

моментная пластика двусторонних паховых грыж, одновременное закрытие трансплантатом всех слабых мест передней брюшной стенки. Необходимо помнить, что лапароскопические операции показаны при грыжах небольших и средних размеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллопластика паховых грыж с использованием полипропиленового имплантата / Пучков К. В., Филимонов В. Б., Осипов В. В. [и др.] // Герниология. — 2004. — № 1. — С. 36-40.
2. Андреев А. Л. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больших паховых грыж / А. Л. Андреев, Р. М. Лукьянчук // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов. Тез. докл. Москва, 19-21 мая 2005. — М.: ГЕОС, 2005. — 245 с.
3. Белов И. Н. Раневые осложнения после грыжесечений с применением аллотрансплантата и без него / И. Н. Белов, Р. В. Лебедев // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. — Первый конгресс московских хирургов. Тез. докл. Москва, 19-21 мая 2005. — М.: ГЕОС, 2005. — С. 246-247.
4. Егиев В. Н. Натяжная герниопластика / В. Н. Егиев. — М.: Медпрактика, 2002.
5. Пришвин А. П. Оптимизация методики лапароскопической герниопластики / А. П. Пришвин, Н. А. Майстренко, С. Б. Сингаевский // Вест. Хир. — 2003. — Том. 162, № 6. — С. 71-75.
6. Ошибки, опасности и осложнения оперативного лечения паховых грыж / Ю. Л. Шевченко, К. В. Лядов, Ю. М. Стойко [и др.] // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. — Первый конгресс московских хирургов. Тез. докл. Москва, 19-21 мая 2005. — М.: ГЕОС, 2005. — С. 273.
7. Рутенбург Г. М. Эндовидеохирургия в лечении паховых и бедренных грыж: в кн. Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под ред. акад. В. Д. Федорова. — СПб.: ООО «Фирма «КОСТА», 2004. — 216 с.
8. Современные методы лечения брюшных грыж / В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев - К.: Здоровье. — 2001. — 280 с.
9. Outcome of repair of bilateral groin hernias: a prospective evaluation of 1,487 patients / A. Kald, S. Fridsten, P. Nordin, E. Nilsson // Eur. J. Surg. — 2002. — Vol. 168, № 3. — P. 150-153.

УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ПАХОВИХ КИЛ

*I. А. Криворучко,
А. В. Сивожелезов,
В. В. Чугай, О. Ю. Гербали*

Резюме. Вирішення проблеми ефективного лікування пахових кил актуальне через високу розповсюдженість цієї патології серед працездатного населення та високого рівня рецидивів, ускладнень та летальних випадків. За допомогою використання лапароскопічної техніки ми досягли скорочення післяопераційних ускладнень та терміну непрацездатності. Однак ця техніка має свої специфічні ускладнення. Проаналізовані результати лікування 784 хворих з паховими килами за період з 2002 по 2014 рр. Важливо відмітити переваги лапароскопічної техніки над традиційною — це можливість огляду черевної порожнини, одномоментна пластика двобічних кил, одномоментне закриття усіх слабких місць черевної стінки.

Ключові слова: *лапароскопічна герніопластика, пахові кили.*

COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA PLASTICS

*I. A. Krivoruchko,
A. V. Sivozhelezov,
V. V. Chugai, O. Yu. Gerbali*

Summary. We analyzed the results of surgical treatment of inguinal hernias using mesh prostheses, both open and laparoscopic techniques. Laparoscopic hernioplasty has its own specific positive and negative sides. 784 patients aged 19-84 years with inguinal hernias were treated. Our findings suggest that using alloplasty in the surgical treatment of inguinal hernias is an effective alternative to open operations. With help of laparoscopic techniques it is possible to perform revision of abdominal content, alloplasty of bilateral inguinal hernia and plasty of all weak places of abdominal wall.

Key words: *laparoscopic hernioplasty, inguinal hernias.*