

УДК 616.381-007.43-072.1-089.844

Технічні особливості лапароскопічної герніоалопластики в лікуванні защемлених пахових гриж

В.П. КРИШЕНЬ, А.В. КУДРЯВЦЕВ, В.А. МУЩИНІН, Ю.Ю. ШЕПТУН

Дніпропетровська державна медична академія

TECHNICAL FEATURES OF LAPAROSCOPIC HERNIOALLOPLASTY IN TREATMENT OF STRANGULATED INGUINAL HERNIAS

V.P. KRYSHEN, A.V. KUDRYAVTSEV, V.A. MUSCHYNIN, YU.YU. SHEPTUN

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Технічні відмінності лапароскопічної герніоалопластики, виконаної при защемлених пахових грижах, були вивчені та обґрунтовані. На основі отриманих результатів зроблені висновки про застосування модифікованої лапароскопічної герніопластики із задовільними результатами.

Technical features of laparoscopic hernioalloplasty according to TAPP method at strangulated inguinal hernia repair were studied and proved. The conclusion was drawn that modified laparoscopic method can be implemented with the satisfactory treatment results.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Протягом останніх двох років у клініці при лікуванні защемлених пахових гриж впроваджена лапароскопічна герніоалопластика. На сьогодні виконано близько 40 лапароскопічних оперативних втручань при даній патології. При виконанні цих операцій мали місце деякі технічні відмінності від планових герніопластик.

Матеріали і методи. Як показання до лапароскопічної операції використовували такі умови: давність защемлення не більше 8 год, відсутність явно вираженої симптоматики гострої кишкової непрохідності й загальних протипоказань до проведення лапароскопії. Станом на серпень 2009 були прооперовані 36 хворих віком від 26 до 73 років, 32 чоловіки й 4 жінки, які госпіталізовані ургентно в клініку із защемленням однієї пахової грижі. В 13 випадках защемленою була тонка кишка, в 23 – великий сальник.

Методика операції – стандартна TAPP, з обов'язковим виконанням як етапів операції вісцеролізу, розсічення грижових воріт, ревізії кишечника та дренажу черевної порожнини наприкінці операції. Використовувалися як “легкі”, так і “важкі” сітки, середній розмір імплантата був 10x15 см.

Результати досліджень та їх обговорення. З усіх хворих 35 чоловік прооперовані лапароско-

пічно, в одному випадку була проведена конверсія у зв'язку зі значним злуковим процесом, пов'язаним із високою вірогідністю травми кишечника. Операцію завершили алопластиком за Ліхтенштейном. Резекцій кишечника не було. Особливості даних операцій порівняно із плановими лапароскопіями є такі: наявність странгуляційного кільця, що призводить до необхідності розсічення грижових воріт для звільнення ділянки странгуляції та ревізії кишечника. При цьому, на відміну від відкритих операцій, при проведенні лапароскопії спочатку виконували розсічення грижових воріт, а потім ревізію кишечника, можливість дослідження усієї черевної порожнини виключала ризик не помітити, наприклад, ретроградне защемлення. Розсічення воріт, за нашим досвідом, найкраще проводити у зонах, де відсутні великі судини та нерви, на 2-3 та 10-11 годинах умовного циферблату, при цьому натягуючи гачком странгуляційне кільце в черевну порожнину та зовні від защемленого органа. У даних хворих має місце значний набряк тканин черевної стінки в ділянці грижових воріт, що зумовлює їх кровоточивість при дисекції та вісцеролізі, та деякі труднощі при візуалізації тканин, при цьому замість ножниць використовували дисектор або гачок з метою попередження ушкодження роздутих петель кишечника. Ще однією особливістю є неможливість використання традиційних методів визначення й

підтримки життєздатності защемленої кишки, що несло певний ризик при ухваленні рішення про лапароскопічне завершення операції. Оцінка була більш суб'єктивною, зважаючи на неможливість ручної ревізії, неможливе також відігрівання ураженої кишки. Основним критерієм вважали різницю у кольорі, наявність перистальтики, у спірних випадках проводилася інтраопераційна порівняльна термометрія ураженого та віддалених від нього сегментів кишки. Операція закінчувалася обов'язковим розділним дренажуванням черевної порожнини та порожнини між імплантатом і поперечною фасцією. У 2-х випадках при наявності великої кількості мутного ексудату на першу добу післяопераційного періоду виконувалися програмовані релапароскопії для оцінки життєздатності кишки, за результатами яких кишка була визнана життєздатною, обидва випадки розрішилися видужанням хворих. При цьому час операції подовжувався й складав на 35-45 % більше, ніж було потрібно для пла-

нових лапароскопічних грижосічень. У найближчому післяопераційному періоді у двох хворих були ускладнення у вигляді клініки фунікуліту, що потребувало додаткового лікування, і в одного пацієнта з'явилася підшкірна гематома в ділянці грижових воріт, що, очевидно, пов'язано з підвищеною кровоточивістю запалених тканин. Загальна кількість ранніх ускладнень склала 8,3 %.

У такий спосіб маємо прийнятні найближчі результати лапароскопічної герніопластики у хворих із защемленими паховими грижами.

Висновок. Лапароскопічна герніоалопластика як метод хірургічного лікування защемлених гриж є цілком прийнятною у практиці та дає задовільні післяопераційні результати. При цьому треба виділити деякі особливості стану зони операції у цих хворих порівняно з плановими операціями, що призводить до модифікації деяких етапів хірургічного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Митин С.Е., Пешехонов С.И., Чистяков Д.Б. Операция Лихтенштейна или лапароскопическая герниопластика – что проще, безопаснее и надежнее, что лучше? // Актуальные вопросы герниологии: Матер. конф., Москва, 9-10 октября 2002. – М., 2002. – С. 38-40.
2. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Сендерович Е.И. Место эндохирургии в оперативном лечении паховых грыж // Эндоскоп. хир. – 2001. – № 6. – С. 36-39.

3. Андреев А.Л., Лукьянчук Р.М. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с паховой грыжей // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл., Москва, 19-21 мая 2005. – М.: ГЕОС, 2005. – 245 с.
4. Sarli L., Pietra N., Choua O., Costi R., Thenasseril B., Giunta A. Prospective randomized comparative study of laparoscopic hernioplasty and Lichtenstein tension-free hernioplasty // Acta Biomed. Ateneo Parmense. – 1997. – Vol. 68. – № 1-2. – P. 5-10.