

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Республика Беларусь

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

Введение. Совершенствование лапароскопической техники, внедрение в практику хирургов современного оборудования, в т.ч. и лапароскопической 3D стойки, способствовали снижению времени оперативного вмешательства, расширению показаний к лапароскопическому лечению сложных пахово-мошоночных, рецидивных или двухсторонних паховых грыж, а также выполнению симультанных операций.

Цель. Оценить эффективность лапароскопической герниопластики при грыжах передней брюшной стенки.

Материалы и методы. С августа 2014 по март 2015 года в хирургическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» было оперировано с использованием лапароскопического доступа 35 пациентов с грыжами передней брюшной стенки. Все оперированные пациенты были мужчины в возрасте от 23 до 68 лет. Длительность грыженосительства составила от 1 года до 20 лет.

У 18 пациентов имела место односторонняя прямая или косая канальная паховая грыжа. Двусторонняя прямая паховая грыжа была выявлена у 5 пациентов, двусторонняя косая паховая грыжа - у 4 больных. Сочетание косой и прямой паховой грыжи с контрлатеральной стороны было отмечено у 3 больных. Пахово-мошоночная грыжа была выявлена у 5 пациентов.

Кроме того, у 9 (25,7%) из 35 оперированных наряду с паховой грыжей имелась сочетанная патология, требующая расширения хирургического вмешательства в объеме 2 симультанных операций. Наиболее частой сочетанной нозологией являлась пупочная и околопупочная грыжи, которые были диагностированы у 5 (55,5%) из 9 больных. У 3х (33,3%) пациентов выявлен хронический калькулезный холецистит, у одного (11,1%) – послеоперационная вентральная грыжа.

Результаты и обсуждение. Прямые паховые грыжи и канальные косые оперировались по общепринятой методике с трансабдоминальной предбрюшинной установкой сетчатого трансплантата. При наличии большой пахово-мошоночной грыжи, после лапароскопической установки сетки, выделение и иссечение грыжевого мешка мы производили открытым доступом через небольшой (не более 5 см) разрез в паховой области. Канатик дренировали, оставляя в элементах резиновый выпускник, который выводили через отдельный разрез мошонки. Операцию заканчивали перитонизацией сетки и дренированием предбрюшинного пространства.

У 9 больных наряду с лапароскопической гернио-

пластикой были выполнены различные дополнительные симультанные операции. В 3 случаях была произведена открытая, а в 2 – лапароскопическая герниопластика по поводу пупочных и околопупочных грыж. У 3 пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия, у одного – открытая герниопластика послеоперационной вентральной грыжи.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная противовоспалительная терапия. Длительность послеоперационного периода после билатеральных лапароскопических герниопластик колебалась от 2 до 4 дней, после симультанных операций – 5-6 дней, что соответствовало срокам реабилитации при операциях по поводу сочетанной патологии.

Наиболее частым и характерным осложнением герниопластики были ложные кисты семенного канатика, которые возникли у 7 больных. Клинически это проявлялось появлением в проекции наружного пахового кольца округлого неболезненного образования тугоэластической консистенции, невправимого в брюшную полость.

В 3 случаях потребовалась пункция содержимого кисты и эвакуация экссудата, у остальных же пациентов кисты редуцировались самостоятельно в сроки от 2 до 4 недель.

Выводы. Трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика обеспечивает широкий обзор брюшной полости, в том числе ревизию и возможность проведения одномоментной операции на противоположной паховой области, а также выполнение симультанной операции. Лапароскопическая герниопластика является операцией выбора при односторонних и двусторонних канальных паховых грыжах, а также множественных грыжах передней брюшной стенки. Комбинированная герниопластика с успехом может использоваться в лечении пахово-мошоночных грыж. Эти вмешательства безопасны, малотравматичны, не приводят к увеличению числа осложнений и рецидивов заболевания в сравнении с открытыми аналогичными вмешательствами, сопровождаются короткими сроками лечения и реабилитации больных.