

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА

¹Корик В.Е., ²Александров С.В., ²Люковец В.В., ²Паруков В.Г.

¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²УЗ «2-я ГКБ», г.Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время все большее распространение получают методики эндовидеохирургических вмешательств в лечении грыж живота. В тоже время имеется ряд проблем и ограничение в применении этих операций.

Цель. Продемонстрировать опыт лечения пациентов, страдающих грыжами живота, с применением видеоэндоскопических методик.

Материал и методы.

Под видеоэндоскопическими методиками мы подразумеваем лапароскопические вмешательства и тотальную экстраперитонеальную пластику.

ТЭП – видеоэндоскопическая малоинвазивная хирургическая методика, при которой предбрюшинно устанавливается полипропиленовый сетчатый протез, закрывающий места выхода кривой, прямой и бедренной грыж, а также грыжи Спигелиевой линии.

Лапароскопическая методика применялась при лечении пупочных, грыж белой линии живота, послеоперационных вентральных грыжах, а также грыж вышеперечисленных локализаций в сочетании с диастазом прямых мышц живота. При этом применялась как пластика местными тканями, так и с применением сетчатого протеза.

Показаниями к тотальной экстраперитонеальной пластике являлись односторонняя паховая грыжа, двухсторонняя паховая грыжа, бедренная грыжа, грыжа спигелиевой линии. Противопоказаниями являлись пахово-мошоночные грыжи больших размеров. Относительным противопоказанием являлось наличие в анамнезе простатэктомии. Показанием к лапароскопической пластике при грыжах другой локализации являлись грыжи с размерами дефеката до 5 см.

Диссекцию тканей выполняли с помощью биполярного зажима, кишечного зажима, ножниц, в некоторых случаях применяли ультразвуковые ножницы. Монополярную коагуляцию при выполнении ТЭП не использовали. В случае наличия длинного и узкого грыжевого мешка при косых паховых грыжах выполняли его перевязку. Избыточную часть грыжевого мешка иссекали. Если размер дефекта передней брюшной стенки превышал 2 см в диаметре при прямых паховых грыжах выполняли смещение поперечной фасции медиально с помощью эндокорпорального шва.

За период с мая 2018 года (год открытия отделения малоинвазивной хирургии) по 2023 год включительно в нашей клинике выполнены следующие операции:

При паховой грыже всего выполнено 1144 операции. Из них видеоэндоскопическим методом оперировано 556 пациентов, что составило 48,6% от всех операций при паховых грыжах. 363 операции выполнены при односторонней паховой грыже, двухсторонняя ТЭП выполнена у 193 пациентов.

4 операции выполнено при грыже Спигелиевой линии живота, из них у 3 пациентов выполнена ТЭП. У 3 пациентов выполнена ТЭП при сочетании грыжи Спигелиевой линии и паховой грыже.

При бедренной грыже всего выполнено 13 операций. Из них 9 операций выполнено видеоэндоскопически (ТЭП), что составляет 69,2%. 1 операция ТЭП выполнена у пациента при сочетании с одной и той же стороны паховой и бедренной грыжи.

При пупочной грыже всего выполнено 245 операции. У 80 пациентов с пупочной грыжей операция выполнена лапароскопическим методом. Из них у 33 пациентов выполнена лапароскопическая пластика местными тканями. У 4 пациентов выполнена лапароскопическая пластика с применением сетчатого протеза без ушивания дефекта, но с фиксацией протеза интракорпоральным швом мононитью с длительным стоком рассасывания. У 43 пациентов выполнена лапароскопическая пластика сетчатым протезом с ушиванием грыжевого дефекта. В последнее время для ушивания грыжевого дефекта так же используется мононить с длительным сроком рассасывания. Всего лапароскопически выполнено 32,7% операций у пациентов с этой патологией.

При пупочной грыже в сочетании с грыжей белой линии живота лапароскопическим методом операции выполнены у 5 пациентов. Лапароскопическая предбрюшинная пластика сеткой без ушивания дефектов у 3 пациентов и у 2 – лапароскопическая предбрюшинная пластика сеткой с ушиванием дефектов. Всего лапароскопически выполнено 83,3% операций у пациентов с этой патологией.

При параумбиликальной грыже всего выполнено 6 операций. У 5 пациентов - лапароскопически. Лапароскопическая пластика сеткой без ушивания дефекта – у 3 пациентов, лапароскопическая пластика местными тканями – у 2 пациентов. Всего лапароскопически выполнено 83,3% операций у пациентов с этой патологией.

Лапароскопические операции при пупочной грыже в сочетании с диастазом прямых мышц живота выполнены у 17 пациентов. Лапароскопическая пластика местными тканями с устранение диастаза – у 9 пациентов. Лапароскопическая предбрюшинная пластика сеткой без ушивания диастаза – у 1 пациента. Лапароскопическая операция Рива-Стоппа – у 4 пациентов. Лапароскопическая пластика местными тканями (ушивание диастаза) +

предбрюшинная пластика сеткой – у 3 пациентов. Всего лапароскопически выполнено 56,7% операций у пациентов с этой патологией.

При грыже белой линии живота выполнено 54 операции. Лапароскопическим методом – 16. Из них лапароскопическая пластика местными тканями – 5; лапароскопическая предбрюшинная пластика сеткой с ушиванием дефекта 13; лапароскопическая пластика сеткой без ушивания дефекта – 7; лапароскопическая операция Рива-Стоппа – 1. Всего лапароскопически выполнено 29,6% операций у пациентов с этой патологией.

При грыже белой линии живота в сочетании с диастазом прямых мышц всего выполнено 9 операций. Лапароскопическим методом – 6. Из них: лапароскопическое ушивание грыжевого дефекта и диастаза – 4; лапароскопическое ушивание диастаза + предбрюшинная пластика сеткой – 1; лапароскопическая операция Рива-Стоппа – 1. Всего лапароскопически выполнено 66,7% операций у пациентов с этой патологией.

При послеоперационной вентральной грыже всего выполнено 193 операции. Лапароскопическим методом – 6. Из них: лапароскопическая пластика местными тканями – 4; лапароскопическая операция Рива-Стоппа – 4. Всего лапароскопически выполнено 3,1% операций у пациентов с этой патологией.

При параколомической грыже всего выполнено 2 операции. Лапароскопическим методом – 2. Из них: лапароскопическая операция Шугебейкера – 1; лапароскопическая пластика местными тканями – 1. Всего лапароскопически выполнено 100% операций у пациентов с этой патологией.

Результаты и обсуждение.

Основными преимуществами ТЭП перед открытыми видами пластик является малая травматичность, минимальный болевой синдром а в ряде наблюдений его полное отсутствие, хороший косметический эффект, ранняя активация пациентов после операции, сокращение сроков пребывания в стационаре после операции. Летальных исходов, рецидивов грыж после лапароскопических вмешательств у пациентов с грыжами белой линии живота, пупочными, параумбиликальными, послеоперационными грыжами не было. Нагноения ран у этой категории пациентов так же не отмечено.

После выполнения ТЭП имело место 2 рецидива у пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами. Рецидив наступил через 1 год после вмешательства. Оба пациента оперированы в начале освоения методики. По нашему мнению рецидивы наступили в результате неправильно отобранных на операцию пациентов (чрезмерное расширение показаний к данному методу).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов с паховыми грыжами отмечены у 4 пациентов в виде отека мошонки (яичка), у одного из них впоследствии развилась водянка оболочек яичка. Осложнений со стороны послеоперационных ран не было.

Выводы. Низкий уровень болевого синдрома после операции, ранняя активация, короткие сроки пребывания в стационаре, минимальный процент рецидивов и минимальное количество осложнений свидетельствует в высокой эффективности видеоэндоскопических методик при грыжах передней брюшной стенки. Для бедренных грыж мы считаем ТЭП операцией выбора.