

Способ укрепления задней стенки пахового канала при прямой паховой грыже путём пластики поперечной фасции эндопетлей

С.В. ТАРАСЕНКО, О.В. ЗАЙЦЕВ, А.А. КОПЕЙКИН, Ш.И. АХМЕДОВ, Т.С. РАХМАЕВ
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань, ул. Высоковольтная 9, 390026, Российская Федерация

Большее количество осложнений, таких как гематома и серома, в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической герниопластики по поводу прямых паховых грыж объясняется тем, что не ликвидируется полость, образуемая между сетчатым эндопротезом и поперечной фасцией.

Цель исследования - определить эффективность предложенного нами метода укрепления задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах.

Материалы и методы. Предложен способ укрепления задней стенки и пахового канала при прямой паховой грыже путем пластики поперечной фасции эндопетлей. В период с 2011 по 2013 гг. по поводу прямой паховой грыжи в ГБУ РО ГК БСМП нами было выполнено 17 герниопластик, методами TAPP и TEP. Из них данная методика была выполнена в 8 случаях. В контрольной группе 9 пациентам не выполнялась пластика пролабирующей части задней стенки.

Результаты и их обсуждение. После 8 выполненных герниопластик предложенным нами методом укрепления поперечной фасции эндопетлей, такие осложнения как серома и гематома не наблюдались. В то же время, в контрольной группе у 9 пациентов, в которой не выполнялась ликвидация кармана, образованного пролабирующей частью поперечной фасции, в 100 % случаев встречались такие осложнения как гематома и серома. Соответственно, количество неприятных ощущений в паховой области так же было гораздо выше в контрольной группе.

Заключение. Опыт опубликованный в этом исследовании подтверждает, что предложенный метод может быть использован при лечении прямых паховых грыж.

Ключевые слова: прямая паховая грыжа, эндопетля, герниопластика TAPP и TEP.

Method of Strengthening the Posterior Wall of the Inguinal Canal with Direct Inguinal Hernias, the Transverse Fascia is Superimposed Endo-loop

S.V.TARASSENKO, O.V.ZAYTSEV, A.A. KOPEYKIN, SH.I. AKHMEDOV, T.S. RAKHMAEV
State Education of Ryazan Medical University, Ryazan st. Visokovoltynaya-9, Russian Federation

Purpose of the study is to determine the effectiveness of our proposed method of strengthening the posterior wall of the inguinal canal with direct inguinal hernias. Further complications such as hemostasis and seroma in early postoperative period after laparoscopic hernia repair on direct inguinal hernias due to the fact that nonliquidated cavity is formed between the mesh endoprosthesis, and the transverse fascia. Our proposed method is as follows: while performing a laparoscopic hernia repair on a direct inguinal hernia, after dissection of tissues in the periperitoneal space, elements of the inguinal gap are distinguished. We find stretched prolapses in the transverse fascia of the inguinal gap, in the projection of the medial inguinal fossa. Then, by an endoscopic clamp we grab the bottom of the stretched transverse fascia, pulling it in rotational movements in the periperitoneal space. On the basis of the formed cone elongated in the periperitoneal space, the transverse fascia is superimposed endo-loop and tightened, thereby eliminated prolapsed of the transverse fascia which in turn strengthens the posterior wall of the inguinal canal. The next step is setting up and fixing the mesh prosthesis with its subsequent peritonization.

Conclusion Publication experience in this study confirms that the proposed method can be used in the treatment of direct inguinal hernias.

Keywords: direct inguinal hernia, endo-loop, hernioplastia TAPP and TEP.

Известно, что прямые паховые грыжи относятся к одним из наиболее сложных грыж пахового промежутка, ведущих к значительному разрушению задней стенки пахового канала. Именно поэтому в классификации паховых грыж Leoyd M.Nyhus прямые грыжи относят к III типу паховых грыж вместе с большой косой паховой грыжей с выпрямленным каналом [1].

Большее количество осложнений, таких как гематома и серома, в раннем послеоперационном пери-

оде после лапароскопической герниопластики по поводу прямых паховых грыж объясняется тем, что не ликвидируется полость, образуемая между сетчатым эндопротезом и поперечной фасцией.

В литературе можно найти огромное количество описания методик укрепления задней стенки пахового канала при прямых грыжах, ни одна из которых не даёт 100% гарантии от рецидивов.

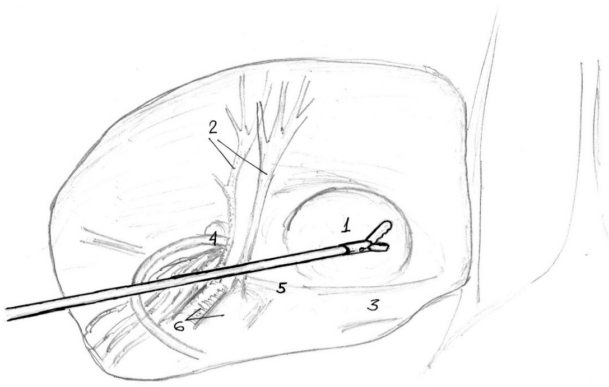


Рис. 1. На рисунке изображено преперитонеальное пространство (задняя стенка пахового канала) после отслоение брюшины. 1 - пролабирующая часть поперечной фасции. 2 - эпигастральные сосуды. 3 - лонная кость. 4 - семенной канатик. 5 - подвздошно-лонный тракт. 6 - подвздошные сосуды. / Fig. 1. The figure shows preperitoneal space (back wall of the inguinal canal) after the detachment of the peritoneum. 1 - polarisusa part of transverse fascia. 2 - epigastric vessels. 3 - pubic bone. 4 - spermatic cord. 5 - ilio-pubic tract. 6 - iliac vessels.

Герниопластика сетчатым эндопротезом при прямых паховых грыжах, при любой методике без устранения пролабирования поперечной фасции, может привести к неприятным ощущениям в послеоперационном периоде, формированию гематом и сером в образовавшемся, так называемом, кармане (между полипропиленовой сеткой, фиксированной в паховом промежутке и поперечной фасцией), ввиду наличия пролабирования последней, а также к рецидиву [2,3].

С целью устранения выше изложенной ситуации некоторые хирурги при лапароскопических герниопластиках наиболее часто используют методику пластики поперечной фасции путем фиксации пролабирующей её части герниостепплером к куперовой связке клипсами. При данном методе возможно прорезывание поперечной фасции клипсой и недостаточная ее фиксация, а также, по некоторым данным, усиление болевого синдрома в послеоперационном периоде, связанное с травмой надкостницы лонной кости избыточным количеством клипс [3]. Так же, одним из методов уменьшения количества сером и гематом в паховом промежутке после лапароскопической герниопластики по поводу прямой паховой грыжи является формирование окна в поперечной фасции, что устраняет, так называемый, карман образованный, между сетчатым эндопротезом и поперечной фасцией, при этом жидкость (серозная или геморрагическая) распространяется на бедро, где практически не заметна. По нашему мнению иссечение поперечной фасции приводит к дополнительной электротравме, при этом часть сетчатого эндопротеза может плотно контактировать с элементами пахового канала.

Цель исследования – определить эффективность предложенного нами метода укрепления задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах.

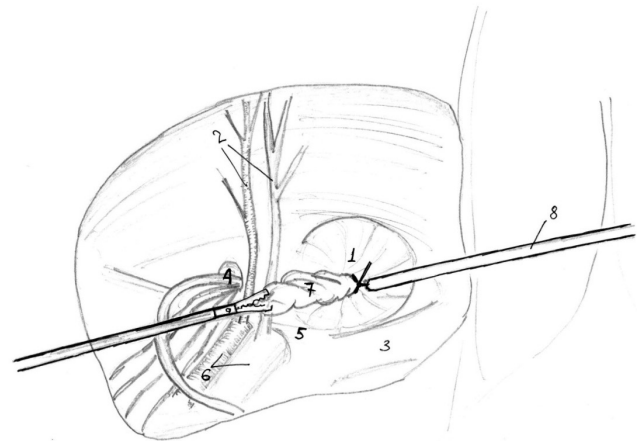


Рис. 2. На рисунке изображено преперитонеальное пространство (задняя стенка пахового канала). После того как в преперитонеальное пространство вытянута пролабирующая часть поперечной фасции (7) на её основание наложена эндометрия (1). / Fig. 2. The figure shows preperitoneal space (back wall of the inguinal canal). After preperitoneal space polarisusa elongate part of the transverse fascia (7) the base of which is the sum of endometria (1).

Материалы и методы

В период с 2011 по 2013 гг. по поводу прямой паховой грыжи в ГБУ РО ГКБСМП нами было выполнено 17 герниопластик методами TAPP и TEP. Из них в 8 случаях выполнена герниопластика предложенным нами способом – основная группа. В контрольной группе 9 пациентам не выполнялась пластика пролабирующей части задней стенки. Средний возраст больных в основной группе составил 30 лет, ИМТ в среднем не превышал 25. В контрольной группе средний возраст 27 лет, ИМТ в среднем 23. Хронических заболеваний у пациентов в обеих группах не было.

Предложенный нами способ заключается в следующем: при выполнении лапароскопической герниопластики по поводу прямой паховой грыжи, после наложения карбоксиперитонеума вскрывается париетальная брюшина выше грыжевого выпячивания на 3 см, производится диссекция тканей в преперитонеальном пространстве, выделяются грыжевой мешок и элементы семенного канатика. Обнаруживаем растянутую пролабирующую в паховый промежуток поперечную фасцию в проекции медиальной паховой ямки. Затем, эндоскопическим зажимом захватываем дно растянутой поперечной фасции и вытягиваем ее ротационными движениями в преперитонеальное пространство (рис. 1). На основание образовавшегося конуса вытянутой в преперитонеальное пространство поперечной фасции накладывается эндометрия и затягивается (рис. 2), тем самым ликвидируется пролапс поперечной фасции и укрепляется задняя стенка пахового канала. Следующим этапом в преперитонеальном пространстве позади поперечной фасции устанавливается и фиксируется сетчатый эндопротез, с последующей его перитонезацией.

Таблица 1

Table 1

Количество осложнений после предложенного метода
Number of complications after the proposed method

Метод/ method	Обычный метод / the usual method		Модифицированный метод / the modified method		P
	Осложнения	9	100%	8	
Серомы и гематомы / complications	9	100%	0	0	> 0.05

На данный способ укрепления задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах получен патент на изобретение № 2498778.

Статистическая обработка материалов выполнялась с помощью программы Microsoft Excel 2003 в соответствии с рекомендациями О.Ю. Ребровой.

Результаты и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде, помимо сером и гематом, разница в остальных осложнениях статистически значимо не отличалась.

Как видно из таблицы №1, после 8 выполненных герниопластик предложенным нами методом укрепления поперечной фасции эндопетлей, такие осложнения как серома и гематома не наблюдались. В то же время, в контрольной группе у 9 пациентов, в которой не выполнялась ликвидация кармана, образованного пролабирующей частью поперечной фасции, в 100 % случаев встречались такие осложнения как гематома и серома. Соответственно, количество неприятных ощущений в паховой области так же было гораздо выше в контрольной группе.

Клиническое наблюдение

Больная С., 46 лет, поступила в 3-е хирургическое отделение ГБУ РО ГК БСМП 24.08.11г. на плановое оперативное лечение с диагнозом прямая паховая грыжа справа. Из анамнеза: грыженосительство в

течении 7 лет. За последний год грыжа увеличилась в размере. При осмотре в правой паховой области определяется грыжевое выпячивание в проекции медиальной ямки, размером 6х5 см, легко вправимое в брюшную полость. 25.08.2011 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопическая TAPP герниопластика сетчатым эндопротезом. Пролабирующий участок поперечной фасции в проекции грыжи вытянут в преперитонеальное пространство и на его основание наложена эндопетля как это показано на рис. 1 и рис 2. Послеоперационный период протекал без осложнений. 26.08.2011 г. УЗИ мягких тканей паховой области справа патологии не выявило. Выписана на пятые сутки. Контрольный осмотр через месяц - область оперативного вмешательства без особенностей.

Заключение

По нашему мнению, укрепление задней стенки пахового канала эндопетлей позволяет решить следующие задачи: а) укрепить заднюю стенку пахового канала; б) уменьшить количество сером и гематом в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, предложенный способ укрепления задней стенки пахового канала при лечении прямых паховых грыж может быть использован в хирургии в качестве альтернативы предыдущим методам.

Список литературы

1. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндосургия паховых и бедренных грыж.-С-Пб.: Фолиант 2000; 176
2. Славин Л.Е., Федоров И.В., Сигал Е.И. Осложнения хирургии грыж живота. М:Профиль 2005;175.
3. Ferrarese A., Marola S., Surace A., Borello A., Bindi M., Cumbo J., Solej M, Enrico S., Nano M., Martino V. Fibrin glue versus stapler fixation in laparoscopic transabdominal inguinal hernia repair: a single center 5-year experience and analysis of the results in the elderly. Int J Surg. 2014;12Suppl 2:S94-8. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.08.371. Epub 2014 Aug 23

References

1. Emelyanov SI Protasov AV, Rutenburg GM, Endosurgery inguinal and femoral hernia. Saint-Petersburg.: Tome, 2000; 176.
2. Slavin LE, Fedorov IV, EI Sigal Complications of surgery abdominal hernias. M: Profile 2005; 175.
3. Ferrarese A., Marola S., Surace A., Borello A., Bindi M., Cumbo J., Solej M, Enrico S., Nano M., Martino V. Fibrin glue versus stapler fixation in laparoscopic transabdominal inguinal hernia repair: a single center 5-year experience and analysis of the results in the elderly. Int J Surg. 2014;12Suppl 2:S94-8. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.08.371. Epub 2014 Aug 23

Информация об авторах

1. Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета; e-mail: omen@mail.ryazan.ru.
2. Зайцев Олег Владимирович – д.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
3. Копейкин Александр Анатольевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной Рязанского государственного медицинского университета
4. Ахмедов Шамиль Исмаилович – заочный аспирант кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета; e-mail: Shamil.akhmedov.1983@mail.ru
5. Рахмаев Тимур Саидович- ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета

Information about the Authors

1. Tarasenko Sergey - Ph.D., Professor, Head. Department of Hospital Surgery Medical University RyazGMU; e-mail: omen@mail.ryazan.ru
2. Zaitsev Oleg - Ph.D., Associate Professor, Department of Hospital Surgery Medical University RyazGMU; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
3. Kopeikin Alexander - MD, PhD, Department of Hospital Surgery Medical University RyazGMU
4. Shamil Akhmedov - post-graduate student of the Department of Hospital Surgery Medical University RyazGMU; e-mail: Shamil.akhmedov.1983@mail.ru
5. Rahman Timur - Assistant of the Department of Hospital Surgery Medical University RyazGMU