

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской
Федерации

**Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М.Дыхно с
курсом ПО**

Заведующий кафедрой: д.м.н. профессор Черданцев Д.М.
Рецензент: д.м.и. профессор Первова О.В.

Реферат на тему:
«ТАРР-пластика в лечении паховых грыж»

Выполнила: ординатор 105 группы
Специальность: Хирургия
Дергачева Кристина Максимовна

Содержание

Общие положения.....	
Преимущества операции.....	
Ход операции и техника выполнения.....	
Осложнения TAPP-пластики.....	
Заключение.....	
Список литературы.....	

Общие положения

Методика TAPP — трансабдоминальная преперитонеальная пластика. TAPP — вид ненатяжной пластики пахового промежутка, с предбрюшинным расположением сетки. При этом доступ к паховому каналу осуществляется через брюшную полость.

При выполнении TAPP возможно использовать сетку с фиксацией и без фиксации. Применение обычной плоской сетки без фиксации при TAPP может быть рассмотрено у больных с небольшими грыжами.

Преимущества операции

Хороший эстетический результат, низкая частота рецидива, отсутствие выраженного послеоперационного болевого синдрома, быстрое выздоровление и реабилитация пациентов, возможность одномоментного выполнения герниопластики с обеих сторон без дополнительных разрезов

Ход операции и техника выполнения

Для выполнения TAPP необходимо иметь в операционной стандартный эндовидеохирургический комплекс, состоящий из видеокамеры с блоком управления, монитора, осветителя, инсуффлятора. В стандарте используется 10 мм лапароскоп с угловой оптикой в 30 градусов, вполне возможной применение 5 мм лапароскопа. Рекомендуется использование спользование угловой оптики, т.к. на различных этапах вмешательства требуются различные углы зрения для оптимального видения места операции, сохранения триангуляции инструментов, предупреждения их конфликта.

Набор троакаров включает в себя два 5 мм троакара и один 10 мм троакар для лапароскопа. Возможно использование двух 10 мм и одного 5 мм троакара. В этом случае упрощается введение сетки, иглы и нити в брюшную полость. В случаях, когда у больного имеются высокие требования к косметическому результату вмешательства, операцию можно проводить, используя набор 3 мм инструментов и троакаров. В этом случае используется 10 мм троакар для лапароскопа и два 3 мм троакара для рабочих инструментов. Для проведения TAPP применяется стандартный минимальный набор лапароскопических инструментов: «жесткий» (клинч) и «мягкий» (граспер) зажимы, ножницы. В качестве электрохирургического инструментария стандартно используются монополярные ножницы. Необходим также лапароскопический иглодержатель, который используется для ушивания дефекта брюшины. Возможно использование ультразвуковых ножниц, однако этот инструмент для лапароскопической герниопластики является опционным

Пневмоперитонеум 12-14 мм рт.ст. накладывается в околопупочной области. Использование для этого иглы Вереша и открытого способа по Хасану одинаково безопасны и являются методиками выбора.

Оптический 10 мм троакар устанавливается по верхней полуокружности пупка. В брюшную полость вводится видеокамера и под ее контролем устанавливаются остальные два троакара. Они располагаются на уровне пупка в промежутке между среднеключичной и передней подмышечными линиями.

После осмотра брюшной полости больному придают положение Тренделенбурга. Производится осмотр паховых промежутков с обеих сторон. Т.е. лапароскопия в рамках TAPP является методом

диагностики контралатеральной паховой грыжи. В случае выявления двухсторонней паховой грыжи операцию на правом и левом паховом промежутке целесообразно проводить симультантно при наличии соответствующего согласия пациента, взятого до начала операции.

Разрез брюшины должен начинаться латерально от уровня передней верхней ости подвздошной кости проходить в медиальном направлении на 3-4 см выше верхнего края грыжевых ворот и доходить до *lig.umbilicalis medialis* не пересекая ее. Мобилизация преперитонеального пространства должна быть широкой и распространяться на 1-2 см за лонное сочленение с медиальной стороны, до верхней передней ости подвздошной кости с латеральной стороны. Вниз предпузырное пространство должно быть мобилизовано до уровня на 2-3 см ниже связки Купера и далее в латеральном направлении на 4-5 см ниже подвздошно-лонного тракта. Необходимо четко представлять, что в этом пространстве должна свободно поместиться и лежать в расправленном состоянии сетка размерами не менее чем 10x15 см.

Выделение грыжевого мешка при косых грыжах может быть весьма трудоемким при больших его размерах, а также при наличии плотных сращений с элементами семенного канатика вследствие длительного анамнеза грыженосительства, предшествующих ущемлений. Полное выделение грыжевого мешка, как правило, возможно, и не повышает частоты развития сером и гематом в раннем послеоперационном периоде.

Лишь при наличии плотных, трудно делимых сращений между грыжевым мешком и элементами семенного канатика можно пересечь грыжевой мешок ниже пахового кольца для профилактики повреждений элементов семенного канатика.

В случае выявления липом семенного канатика преперитонеального пространства, бедренного канала их необходимо удалить, т.к. они могут имитировать рецидив грыжи или проявляться болевым симптомом в послеоперационном периоде.

При прямых паховых грыжах выделение грыжевого мешка выполняется значительно проще путем отделения его от поперечной фасции. При этом в случае грыжи больших размеров необходимо выполнить инверсию поперечной фасции для уменьшения частоты образования сером в послеоперационном периоде.

Стандартный размер сетки, рекомендованный при TAPP – 10x15 см.

Применение сетки меньшего размера является фактором риска рецидива.

При этом фиксация (усиленная фиксация) не компенсирует малый размер сетки.

В случаях обнаружения грыжи с большими грыжевыми воротами (>3-4 см при прямых грыжах и >4-5 см при косых грыжах) необходимо рассмотреть вопрос о применении сетки большего размера, например 12x17 см.

При ненатяжной пластике паховой грыжи (к которой, в том числе, относится TAPP) необходимо использовать синтетические нерассасывающиеся сетки (или составные сетки с нерассасывающимся компонентом).

Считается, что крупные поры способствуют лучшей интеграции сетки в ткани, обуславливают высокий уровень эластичности, а монофиламентная структура нити имеет более высокую устойчивость к инфекции. Применение облегченных крупнопористых сеток способствует более быстрому восстановлению в первые недели после операции, однако не влияет на качество жизни и регресс проявлений дискомфорта в дальнейшем.

Ушивание дефекта брюшины является важным этапом операции. Недостаточно тщательное ушивание этого дефекта увеличивает риск возникновения кишечной непроходимости в послеоперационном периоде.

Дефект брюшины может закрываться с помощью швов, скобок, спиралей. Большинство экспертов считает, что наиболее целесообразно ушивать дефект брюшины непрерывным рассасывающимся швом.

После десуфляции и удаления троакаров троакарные раны более 10 мм должны быть ушиты для предупреждения формирования послеоперационных (троакарных) грыж.

Осложнения TAPP

Интраоперационные осложнения TAPP:

Повреждение кишки. Средняя частота встречаемости повреждений кишки около 0,1% и статистически не отличается от этого показателя при открытой операции.

Повреждение мочевого пузыря. Средняя частота встречаемости повреждений мочевого пузыря также около 0,1% и это статистически больше, чем при открытой операции.

Повреждение крупных сосудов. Средняя частота встречаемости повреждения крупных сосудов оценивается приблизительно в 0,09% и статистически не отличается от этого показателя при открытой операции.

Ранние послеоперационные осложнения TAPP:

Раневая инфекция. Средняя частота встречаемости этого осложнения оценивается около 1 %, что более чем в два раза ниже, чем при открытых операциях.

Гематома. Гематома паховой области в среднем встречается в 8-13% случаев после TAPP, что статистически ниже, чем при открытых вмешательствах.

Серома. Встречается чаще после лапароскопических вмешательств, чем после открытых операций. Средняя частота встречаемости после ТАРР оценивается приблизительно в 7-12%. Необходимо отметить, что серома трактуется как осложнение лишь в части исследований и в ряде работ расценивается как особенность послеоперационного периода.

3.4.10 Отдаленные послеоперационные осложнения ТАРР

Боль, которая продолжается более 3 мес. расценивается как хроническая. Риск развития хронической боли после лапароскопической пластики ниже в сравнении с открытой пластикой с сеткой и без нее.

Заключение

ТАРР-технология обеспечивает хорошую визуализацию анатомических структур, позволяет произвести пластику с минимальной травматичностью и максимальной надежностью, а использование интракорпорального шва для фиксации гернипротеза существенно снижает экономические затраты на проведение вмешательства, не удлиняя оперативное пособие. Значительно менее выраженный болевой синдром по сравнению с открытыми операциями, а в ряде случаев его отсутствие в послеоперационном периоде способствуют ранней активизации пациентов и быстрому восстановлению их трудоспособности.

Список литературы:

1. Российское общество хирургов «паховые грыжи»
2. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Сендерович Е.И., Гололобов Ю.Н., Тимербулатов М.В., Нурждинов М.А. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Хирургия. - 2002.
3. Шеляховский И.А., Чекмазов И.А. Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки // Consilium medium. Гастроэнтерология. — 2002. — № 3
4. Технические особенности и непосредственные результаты лапароскопической трансперитонеальной и тотальной экстраперитонеальной герниопластики 2016 / Сажин Александр Вячеславович, Климиашвили А.Д., Кочияй Э.