

ческом лечении паховых грыж.

Цель. Показать опыт выполнения эндоскопической тотальной экстраперитонеальной герниопластики в лечении паховых грыж.

Материалы и методы. За период с 01.10.2013г. по 01.04.2015 г. на базе хирургического отделения центра выполнено 47 оперативных вмешательств по поводу паховой грыжи методом ТЕР. Из них было выполнено: 36-ть оперативных вмешательств при односторонней паховой грыже (19-ть правосторонняя, 17-ть левосторонняя) и 11-ть при двухсторонней паховой грыже. Из выполненных операций в 24-х случаях имели место прямые паховые грыжи, в 23-х – косые. Все оперированные пациенты были мужского пола. В 46-и случаях оперативные вмешательства выполнялись по поводу первичных неосложненных паховых грыж и 1-о оперативное вмешательство по поводу рецидивной паховой грыжи. Возраст пациентов составил (лет) $50,5 \pm 13,3$ (max.81,min.29). Индекс массы тела пациентов составлял $26 \pm 3,3$ (max.39,8,min.21). В 46 случаях операции выполнялись под общей эндотрахеальной анестезией, в 1-ом случае – под спинномозговой анестезией.

Методика выполнения операции: под пупком несколько латеральнее средней линии в предбрюшинное пространство устанавливался порт 10мм, за счет нагнетания CO₂ и манипуляций лапароскопом выполнялось отслаивание брюшины от апоневроза, в созданную полость по средней линии в гипогастрии устанавливались рабочие порты (2) 5мм. За счет рабочих инструментов и инфляции CO₂ выполнялась дальнейшая препаровка брюшины, выделение и опущение грыжевого мешка в брюшную полость. В случае двухсторонней паховой грыжи – данная манипуляция выполнялась с обеих сторон. После этого устанавливался полипропиленовый сетчатый трансплантат с укрытием наружного и внутреннего пахового кольца, а также бедренного кольца. В первых 30-и случаях фиксация сетчатого трансплантата выполнялась при помощи клипатора фирмы Protac (Covidien, США), для фиксации одного сетчатого трансплантата использовалось 2-4 клипсы. Последние 17-ть оперативных вмешательств выполнены без фиксации сетчатого трансплантата. Раскроенный сетчатый трансплантат использовался только в 6-ти случаях (при косой паховой грыже) на начальном этапе внедрения методики в центре, во всех последующих 41-ом случае использовался нераскроенный сетчатый трансплантат, независимо от типа грыжи.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Длительность операции (минуты) $75 \pm 23,3$ (max.132;min.40). При этом, при односторонней герниопластике – $57,5 \pm 21,4$ (max.120,min.40), при двухсторонней – $94,8 \pm 23,2$ (max.132,min.75). Пациент активизировался через 5 часов после окончания операции. Длительность послеоперационной госпитализации (сутки) $2,5 \pm 1,56$ (max.7;min.1). Ограничение физических нагрузок в послеоперационном периоде было рекомендовано в течение первых 8-10 суток. Во всех случаях мы не имели рецидива в раннем послеоперационном периоде. Осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства, также отмечено не было. Один пациент, оперированный по поводу двухсторонней прямой паховой грыжи больших размеров, имел локальное осложнение в виде серомы в области сетчатого трансплантата справа, которая была удалена пункционно чрезкожно. У одного пациента при установке предбрюшинно параумбиликально порта 10мм произошло значимое на-

Слободин Ю.В., Вольский И.И., Родионов М.М., Руденков М.П., Сидоров С.А., Прибушня И.И.

ГУ “Республиканский клинический медицинский центр”

Управления делами Президента Республики Беларусь

г.Минск, Республика Беларусь

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

Введение. Лапароскопические методы лечения паховых грыж стали операциями выбора в лечении данной патологии, что обусловлено: менее выраженной послеоперационной болью; более ранней активизацией пациентов и более коротким периодом реабилитации в послеоперационном периоде; косметическим эффектом; возможностью одномоментной пластики двухсторонней паховой грыжи; низким процентом раневых осложнений и рецидивов. Эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР) паховых грыж, по причине отсутствия контакта с органами брюшной полости, становится предпочтительной методикой в эндовидеохирурги-

рушение целостности брюшины, что не позволило выполнить эндоскопическую тотальную экстраперитонеальную герниопластику, пациенту была выполнена герниопластика по Лихтенштейну. Во всех случаях мы не имели интраоперационных осложнений.

Выводы. Опыт выполнения эндоскопической тотальной экстраперитонеальной герниопластики в лечении паховых грыж показал высокую безопасность данного метода для пациента, возможность выполнения качественной пластики паховой области при выполнении малотравматического доступа, быструю реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде, отсутствие осложнений, возможных при трансабдоминальной эндоскопической герниопластике: повреждение органов брюшной полости, послеоперационный спаечный процесс брюшной полости.