

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ПРЕДБРЮШИННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

*Петрукович А.А., Хлебус Г.Г., Ракович М.А., Колб В.А., Макалович Я.И.  
УЗ «Лунинецкая центральная районная больница», г. Лунинец, Брестская  
область, Республика Беларусь*

**Введение.** Операции по поводу паховых грыж являются одним из основных плановых оперативных вмешательств обще хирургических отделений районных больниц. Качественное и безопасное внедрение и применение современных мало инвазивных технологий при хирургии этой патологии позволит сделать их более доступными для населения районных центров, повысит профессиональный уровень врачей-хирургов районных больниц.

**Цель.** Показать возможность качественного и безопасного освоения и внедрения малоинвазивной хирургии паховых грыж в районной больнице. Показать количество осложнений на этапе внедрения и освоения методики.

**Материалы и методы.** В представленном материале показано собственное клиническое наблюдение внедрения хирургического лечения паховых грыж эндовидеохирургическим методом в хирургическом отделении УЗ «Лунинецкая центральная районная больница» Брестской области. В операционной отделения хирургии используется видеоскопическая система компании «Nora» 2019 года выпуска. Выполнение герниопластики при паховой грыже эндовидеохирургическим методом требует минимального количества лапароскопических инструментов, тот же набор, который необходим для лапароскопической хирургии при холецистэктомии. Операции выполняются с использованием синтетического не рассасывающегося полипропиленового облегченного сетчатого импланта (поверхностной плотности 0,3-0,35 г/м<sup>3</sup>) размерами 10\*15 см. Диссекция предбрюшинного пространства выполнялась под контролем зрения тубусом эндоскопа после вскрытия переднего листка апоневроза прямой мышцы живота и проникновения в ретромышечное пространство ниже пупка с противоположной стороны. После визуализации связки Куппера по срединной линии дополнительно вводились два рабочих 5,5 мм троакара с инструментами (зажим и диссектор). Далее продолжали медиолатеральную мобилизацию предбрюшинного предпузырного пространства на 2 см ниже связки Куппера в медиальной части, подвздошных сосудов снизу и дугообразной линии со стороны грыжи. Вход в пространство Богро осуществляли в пределах между местом отхождения нижних эпигастральных сосудов и дугообразной линии, и мобилизовали его до передней верхней ости подвздошной кости. После такой мобилизации выполняли этап выделения грыжевого мешка от элементов семенного канатика(или круглой связки матки) путем тупой диссекции. Брюшину мобилизовали в нижней части до пересечения семяносящим протоком (или круглой связкой матки)

подвздошной вены. Выполнили контроль внутреннего пахового кольца на предмет предбрюшинной липомы, и после этого укладывали сетчатый имплант с последующей десуфляцией под контролем эндоскопа.

**Результаты и обсуждения.** До начала внедрения малоинвазивной хирургии паховых грыж объем выполняемых эндовидеохирургических операций в отделении заключался в выполнении диагностических лапароскопий, лапароскопической холецистэктомии (при хроническом и остром калькулезном холецистите) и аппендэктомии (при остром аппендиците). С целью расширения перечня эндовидеохирургических вмешательств в отделении и повышения доступности современной малоинвазивной хирургии для жителей района было решено внедрить в работу отделения эндовидеохирургическое лечение паховых грыж. Для освоения этого метода врачи-хирурги отделения прошли обучение в образовательном симуляционном центре ГУ “Республиканский клинический медицинский центр” Управления делами Президента Республики Беларусь. Этап внедрения и становления этого метода в больнице также происходил при поддержке специалистов данного Центра. За 2021- 4 месяца 2023гг. эндовидеохирургическая герниопластика при паховой грыже выполнена у 122 пациента. У семи пациентов одномоментно была выполнена пластика пупочного кольца по причине наличия пупочной грыжи. 105 оперированных пациентов были мужчины с первичными паховыми грыжами, и 10 пациентов мужчин с рецидивной паховой грыжей после пластики местными тканями (четырем пациентам выполнена ТЕР герниопластика, шести – ТАРР). Двум пациентам выполнена симультанная операция: ТАРР и лапароскопическая холецистэктомия – послеоперационный койко-день составил 4 дня. ТАРР герниопластика выполнялась пациентам с первичными и рецидивной паховыми грыжами размерами L1 и L2 по классификации Европейского общества герниологов. Согласно их рекомендациям при косых грыжах таких размеров фиксация сетчатого импланта не обязательна. Средний возраст пациентов составил 52,25 года (мин.20, макс.79). Средний индекс массы тела пациентов составил 27,01 (мин.19,1; макс.38,4). Тотальная эндоскопическая экстраабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТЕР) выполнена у 96 пациентов, трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРР) – у 26 пациентов. Все операции окончены эндовидеохирургически, без конверсии на “открытый” метод. У 33 пациентов из 122 оперированных имела место двухсторонняя паховая грыжа. 31 пациенту с двухсторонней грыжей выполнена двухсторонняя ТЕР герниопластика, двум – ТАРР. Средний послеоперационный койко-день составил 2,4 дня (мин.1; макс.4). 4 койко-дня после операции находились пациенты, которые были оперированы накануне выходных/праздничных дней, а также после грыжесечения с холецистэктомией. Из интра- и послеоперационных осложнений общемедицинских (нехирургических) не было. Из хирургических интраоперационных осложнений имело место 10 осложнений – перфорация брюшины на этапе выделения грыжевого мешка при ТЕР герниопластике.

Данное осложнение не повлияло на дальнейший ход операции и не потребовало конверсии. Дефект брюшины был устранен клипированием в четырех случаях, в остальных случаях дефект брюшины менее 1,0 см, не потребовал устранения. По данным медицинской литературы количество рецидивов грыжи у пациентов после эндоскопической герниопластики до 1,5%, также после оперативного лечения менее 1% сером и инфицирования. В послеоперационном периоде у оперированных нами пациентов у одного имела место ненапряженная гематома семенного канатика с оперированной стороны. Данная гематома не потребовала повторного вмешательства, была проведена консервативно, пациент был выписан на 3 послеоперационные сутки, наблюдался и получал лечение амбулаторно. У всех оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде (до 14 дней находились под наблюдением хирурга поликлиники) рецидива грыжи нет. Обращений прооперированных пациентов по поводу рецидива грыжи не зарегистрировано в стационаре и в районной поликлинике.

#### **Выводы.**

1. Эндовидеохирургическая герниопластика(TEP/TAPP) может быть безопасно введена в перечень оперативных вмешательств общехирургических отделений районных больниц после соответствующей подготовки хирургов;
2. Внедрение современных малоинвазивных технологий при выполнении рутинных хирургических вмешательствах в районных больницах повысит доступность квалифицированной помощи для населения;
3. Внедрение и этапное расширение спектра малоинвазивных технологий в перечень операций районных больниц, при условии наличия специфических образовательных программ и поддержки преподавателей, позволит повысить профессиональный уровень врачей-хирургов районных больниц.