

# НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРЕДБРЮШИННОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

*Куделич О.А., Протасевич А.И., Василевич А.П., Карман А.Д., Неверов П.С.,  
Якубовский С.В., Есепкин А.В., Черноморец В.В., Качан Л.Н.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск*

**Актуальность.** Операции по поводу паховых грыж занимают первое место в мире по частоте среди плановых хирургических вмешательств в общей хирургии. К настоящему времени известны более 300 способов пластики пахового канала. Это обстоятельство говорит о неудовлетворенности хирургов используемыми методами лечения. Укрепление задней стенки пахового канала при пластике паховой грыжи уже не вызывает сомнения у хирургов и является обязательным условием в современной герниологии. Многие вопросы, особенно связанные с уменьшением числа рецидивов заболевания, остаются не до конца разрешенными.

**Цель.** Оценить результаты лапароскопической предбрюшинной (ТАРР) аллогерниопластики у пациентов с паховыми грыжами.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 108 пациентов, оперированных по поводу паховых грыж методом ТАРР с января 2017 г. по март 2020г. на базе 10 ГКБ г. Минска. Всего было выполнено 166 операций ТАРР.

Во всех случаях была применена лапароскопическая методика ненатяжной герниопластики с предбрюшинной имплантацией протеза. Операции выполнялись под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. В качестве имплантатов использовали частично рассасывающуюся сетку «Сорбимэш» на основе полипропилена и сополимера гликолида и капролактона производства «ЭРГОН ЭСТ» (Республика Беларусь). Больной на операционном столе располагался в положении Тренделенбурга с поворотом стола в здоровую сторону. Пневмоперитонеум создавали иглой Veress до 10–12 мм рт. ст. через 10-мм доступ по верхнему краю пупочного кольца. Справа от пупочного троакара на уровне пупка устанавливали 5-мм троакар. В левом мезогастрii в брюшную полость вводили еще один 12-мм рабочий троакар, который использовали в последующем для герниостеплера. Разрез брюшины начинался 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. Грыжевой мешок выделяли и отделяли от элементов семенного канатика. Полипропиленовый имплант размером 10 × 15 см через 12-мм троакар вводили в брюшную полость, укрывали грыжевой дефект и фиксировали к паховой связке и мышцам передней брюшной стенки с

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

помощью лапароскопического одностороннего герниостеплера «Multifire Endo Hernia» (Covidien, США). Во всех случаях производили раскрой трансплантата, что в дальнейшем позволило уложить и фиксировать сетку с учетом рельефа паховой области. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным швом или наложением скобок. После окончательной ревизии брюшной полости под контролем зрения извлекали троакары и производили десуффляцию.

Всем пациентам проводили периоперационную антибиотикопрофилактику цефалоспаринами II-III поколения.

Методами контроля являлись: анализ данных историй болезни и телефонный опрос пациентов. По телефону было опрошено 30 (27,8%) пациентов.

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 7.0 «StatSoft Inc.».

**Результаты и обсуждение.** Все пациенты были мужчины, из них 92% - трудоспособного возраста. Средний возраст составил  $48 \pm 10,72$  лет (от 25 до 67). У 58 (53,7%) пациентов была двусторонняя локализация грыжи, у 50 (46,3%) – односторонняя. Среднее время операции при односторонней локализации грыжи составило  $100 \pm 32,68$  мин, при двухсторонней –  $110 \pm 29,02$ . Среднее время операции при прямой грыже было  $55 \pm 20,56$  минут, при косой –  $90 \pm 47,27$ . Средний послеоперационный койко-день для односторонней грыжи составил  $4 \pm 0,99$ , для двухсторонней –  $5 \pm 1,15$ . Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде гематома паховой области выявлены у 3 пациентов, серома – у 2. Повторных оперативных вмешательств не потребовалось. Послеоперационный период характеризовался благоприятным течением и ранней активизацией оперированных, которые через 3-5 часов после операции самостоятельно вставали. Послеоперационный болевой синдром в первые сутки адекватно купировался применением ненаркотических анальгетиков. Рецидив грыжи возник в 6 (3,6%) случаях. У одного пациента с двухсторонней локализацией грыжи через месяц после операции возник рецидив слева вследствие отрыва медиального края сетки во время занятия спортом, у 3 пациентов старшего возраста с пахово-мошоночными грыжами – через 2 месяца после операции. В двух случаях причиной рецидива явилось «подворачивание» нижнего края сетки. В 4 случаях рецидива грыжи было выполнено грыжесечение, пластика пахового канала по Lichtenstein, в одном – повторное лапароскопическое вмешательство с предбрюшинной имплантацией протеза. Один пациент от повторной операции воздержался.

Среди опрошенных пациентов 20 (67%) расценивали свое состояние как отличное и не предъявляют никаких жалоб. Хронический болевой синдром (1-3 балла) выявлен в 7 (23%) случаях, из них 4 пациента отмечали снижение физической активности, 3 – ощущали инородное тело в зоне имплантации сетки, среди них 1 – отмечал снижение кожной чувствительности в верхней трети бедра.

## **Выводы.**

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

1. ТАРР-герниопластика является вариантом малоинвазивного лечения пациентов с различными видами паховой грыжи при соответствующей технической подготовке и мотивации хирургической бригады.
2. Позволяет выполнять одномоментную коррекцию при двухсторонней локализации грыжи.
3. Преимуществами данной операции являются: снижение потребности в анальгетиках в раннем послеоперационном периоде и обеспечение ранней реабилитации пациентов.