

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРЕДБЮШИННОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

¹Куделич О.А., ¹Карман А.Д., ¹Неверов П. С., ² Качан Л.Н.,
²Нищенко А.О., ²Иванов С.В., ²Джорбенадзе И.И.,
²Поланцевич Д.В., ²Рыжикова М.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
²УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Операции по поводу неосложненных паховых грыж занимают одно из первых мест по частоте среди всех плановых хирургических вмешательств. На сегодняшний день «золотым стандартом» оперативного лечения паховой грыжи является открытая или эндоскопическая ненатяжная аллопластика пахового промежутка, однако не теряют актуальность и натяжные методики. Количество рецидивов после выполнения открытых методов герниопластики составляет 3-5%, в то же время после лапароскопической –

1-3%. Не менее важным аспектом является качество жизни пациентов после выполненных операций. Поэтому нам представляется актуальным изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения с оценкой качества жизни больных, перенесших лапароскопическую предбрюшинную аллогерниопластику (ТАРР).

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопической предбрюшинной аллогерниопластики у пациентов с паховой грыжей.

Материал и методы. За период с 2014г. по 2023г. на базе УЗ «10 ГКБ г. Минска» выполнено 1908 грыжесечений по поводу паховой грыжи, из них по способу Shouldice – 915 (48%), Lichtenstein – 576 (30,2%), ТАРР – 226 (11,8%), по Жирапу – 191 (10%) Следует отметить, что плановые вмешательства не выполнялись в период пандемии CoViD-19 (2020-2021гг). Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 226 пациентов, оперированных по методике ТАРР. Мужчин было 221 (97,8%), из них трудоспособного возраста – 81,9% (185 человек). Средний возраст составил $52,81 \pm 1,4$ лет ($M \pm m$) (min 23, max 76). Методами контроля являлись: анализ данных истории болезни и телефонный опрос пациентов.

Во всех случаях операции выполнялись под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. В качестве имплантатов использовали **частично рассасывающиеся импланты на основе полипропилена, сополимера гликолида и капролактона отечественных производителей.** Больной на операционном столе располагался в положении Тренделенбурга с поворотом стола в здоровую сторону. Справа от пупочного троакара на уровне пупка устанавливали 5-мм троакар. В левом мезогастрii в брюшную полость вводили один 12-мм рабочий троакар и использовали в последующем для герниостеплера. Разрез брюшины начинался латерально от уровня передней верхней ости подвздошной кости, продлевался в медиальном направлении на 3-4 см выше верхнего края грыжевых ворот до *lig.umbilicalis medialis*. Грыжевой мешок выделяли и отделяли от элементов семенного канатика. Полипропиленовый трансплантат размером 10×15см через 12-мм троакар вводили в брюшную полость, укрывали грыжевой дефект и фиксировали к паховой связке и мышцам передней брюшной стенки с помощью лапароскопического герниостеплера. Считаем принципиальным моментом позиционирование импланта на 2 см ниже верхней ветви лонной кости, в противном

случае увеличивается вероятность формирования рецидива грыжи путем «проскальзывания» под нижний край протеза. Во всех случаях производили раскрой трансплантата, что в дальнейшем позволило уложить и фиксировать сетку с учетом рельефа паховой области. Целостность брюшины восстанавливали наложением скобок.

Всем больным проводили периоперационную антибиотико-профилактику и по показаниям – послеоперационную анальгезию ненаркотическими средствами.

Оценка отдаленных результатов проводилась по следующим параметрам: наличие рецидива (+/-), наличие чувства инородного тела в области операции (+/-), наличие снижения кожной чувствительности (+/-), ограничение физической активности по субъективной оценке (+/-), наличие хронического болевого синдрома. Интенсивность болевого синдрома определялась с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS): 0 баллов – боль отсутствует; <3 – незначительная боль; 3-7 – умеренная боль; >7 баллов – интенсивная боль. Статистическая обработка проведена с помощью программ Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и обсуждение. Среднее время оперативного вмешательства равнялось $62,74 \pm 25,6$ минут ($M \pm \sigma$). Послеоперационный койко-день после ТАРР составил $3,3 \pm 1,09$ суток, а длительность нетрудоспособности $9,4 \pm 3,17$ дня. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период характеризовался благоприятным течением и ранней активизацией, через 6 часов пациенты самостоятельно вставали. Послеоперационный болевой синдром в первые сутки в области вмешательства адекватно купировался применением ненаркотических анальгетиков.

Течение послеоперационного периода после ТАРР осложнилось развитием гематомы мошонки – 2, серомы мошонки – 1, нагноением троакарной раны – 1 (всего – 4; 1,77%).

Рецидив грыжи после ТАРР возник в 4-х случаях из 226 операций (1,77%). У одного пациента с двухсторонней локализацией грыжи через месяц после операции возник рецидив слева вследствие отрыва медиального края сетки во время занятия спортом, у одного причиной рецидива явилась гематома пахового промежутка в раннем послеоперационном периоде. У двух пациентов рецидив развился через 6 лет после операции, причину рецидива точно установить не удалось.

По телефону были опрошены 44 пациента (19.5%). Хронический болевой синдром у пациентов после выполнения TAPP выявлен в 4 (9,1%) случаях, из них у двух – 2 балла по VAS, у двух – 4 балла. Снижение кожной чувствительности в верхней трети бедра выявлено в 6 (13,6%) случаях. В 10 (22,7%) случаях пациентами отмечено ощущение инородного тела в зоне имплантации сетки, ограничение физической активности отметили 6 (13,6%) пациентов.

Выводы:

1. TAPP эффективна и надежна при хирургическом лечении паховых грыж, характеризуется минимальным количеством рецидивов, быстрым и достаточным восстановлением качества жизни после вмешательства.

2. После TAPP возможна ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде, однако применение этой методики сопряжено с большими экономическими затратами и рисками эндо-трахеальной анестезии.

3. Методика TAPP характеризуется редким развитием хронической боли и нарушением кожной чувствительности, небольшой частотой развития чувства инородного тела в зоне пластики.