

*М. Ю. Гаин¹, С. В. Шахрай¹, С. А. Коленченко², В. В. Груша²,
Д. А. Заломский², Ю. М. Гаин¹*

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ
ПРЕДБРЮШИННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА: 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ
ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА С КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ
ПАЦИЕНТОВ**

¹ *Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск;*

² *11-я городская клиническая больница, г. Минск, Беларусь*

Ключевые слова: лапароскопия, герниология, паховая грыжа, герниопластика.

*M. Yu. Gain¹, S. V. Shakhrai¹, S. A. Kolenchenko², V. V. Grusha,
D. A. Zalomsky², Yu. M. Gain¹*

**LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL INGUINAL
REPAIR: 15-YEAR EXPERIENCE OF USE IN THE TREATMENT
OF INGUINAL HERNIAS IN A HOSPITAL OF SHORT-TERM STAY**

¹ *Belarusian State Medical University, Minsk;*

² *11th City Clinical Hospital, Minsk, Belarus*

Keywords: laparoscopy, herniology, inguinal hernia, hernioplasty.

Актуальность. В связи с широким распространением и развитием эндоскопической хирургии появился ещё один безопасный метод ликвидации паховой грыжи с использованием сетчатого трансплантата. Малоинвазивный метод лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной пластики (ТАРР) может быть показан пациентам в любом возрасте и широко применяется в самых продвинутых клиниках Европы и всего мира. Преимуществами данного лапароскопического метода, согласно данным из литературных источников, является уменьшение травмы во время операции и послеоперационного периода, возможность выполнения симультанных вмешательств на органах брюшной полости (холецистэктомия) и герниопластики с двух сторон, раннем возвращении пациентов к активной деятельности, хорошем косметическом эффекте.

Цель: продемонстрировать 15-летний опыт применения лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики в условиях стационара с краткосрочным пребыванием пациентов.

Материалы и методы. Лапароскопическая ТАРР — это малоинвазивный оперативный метод лечения паховых грыж, суть которого сводится к закрытию грыжевых ворот доступом со стороны брюшной полости при помощи лапароскопических инструментов. После наложения карбоперитонеума в брюшную полость вводился лапароскоп, производилась мобилизация и обработка дефектов брюшной стенки в области латеральной или ме-

диальной паховых ямок, отсепарированной брюшины и выделенного семенного канатика или круглой связки матки. Предбрюшинно производилась фиксация полипропиленового сетчатого импланта размером 10×15 см над канатиком в типичных точках. Производился тщательный гемостаз и ушивание брюшины над сетчатым имплантом. Для диссекции тканей нами применялся ультразвуковой хирургический блок «Auto Sonix System», высокочастотный электрохирургический аппарат «ERBE VIO 300D», для фиксации сетчатого импланта — сшивающий аппарат с 5-миллиметровым герниостеплером или шовный материал. Кровопотеря при лапароскопической герниопластике была минимальной (в среднем — 2–5 мл) и не требовала дренирования брюшной полости.

Показаниями к лапароскопической герниопластике были паховые грыжи, в особенности двухсторонние, средних и небольших размеров, а также рецидивные паховые грыжи. Противопоказаниями — крупные паховые и пахово-мошоночные грыжи, перенесенные ранее операции в нижних отделах брюшной полости, сопровождающиеся спаечным процессом, онкологические заболевания органов малого таза, беременность, истощение, признаки внутрибрюшной инфекции. При сопутствующих заболеваниях органов сердечно-сосудистой, дыхательной систем и свёртывающей системы крови решение вопроса об операции проводится в индивидуальном порядке.

С января 2010 г. по январь 2025 г. в Минском городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии на базе УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска таким способом было прооперировано 77 пациентов. Из них 28 (36,4 %) вмешательство было выполнено по поводу косой паховой грыжи, 49 (63,6 %) — по поводу прямой паховой грыжи, 6 (7,8 %) — рецидивной, 8 (10,4 %) — двухсторонней паховой грыжи.

Предоперационное обследование зависело от возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний и включало исследования крови и мочи, коагулограмму, рентгенографию (флюорографию) органов грудной клетки, электрокардиографию, маркёры гепатитов и вируса иммунодефицита человека, исследование на сифилис, определение группы крови и резус-фактора. Для подготовки кишечника использовались слабительные препараты на основе макрогола по стандартной схеме накануне операции.

Плановые операции производились в день поступления в стационар краткосрочного пребывания. Критерием готовности пациента к выписке из стационара была полная его активация, отсутствие выраженного болевого синдрома и осложнений раннего послеоперационного периода.

Результаты. Основными преимуществами лапароскопической герниопластики стали отсутствие длинного кожного разреза в паховой области и высокий косметический эффект за счет выполнения всего 3 проколов на передней брюшной стенке. Как следствие отсутствия раны и открытой хирургической диссекции анатомических структур пахового канала отмеча-

лась низкая интенсивность боли в послеоперационном периоде у всех 77 пациентов. После TAPP 52 (67,5 %) пациентов ощущали умеренный дискомфорт в течение первых 24 часов после операции. Ранняя активация пациентов в день после операции, а также полное отсутствие болевого синдрома на 2-е сутки после операции у 66 (85,7 %) пациентов позволило получить медианное значение койко-дня — 3 (квартильный интервал 25–75 % — 1–3), что свидетельствует о возможности более широкого применения данной операции в стационаре с краткосрочным пребыванием пациентов.

У всех 77 пациентов отмечалось отсутствие осложнений раннего послеоперационного периода.

Контрольные осмотры в сроки от 6 месяцев до 1 года не выявили случаев рецидива и отдалённых осложнений вмешательства.

Выводы. Сплошной характер исследования по оценке результатов применения лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики у пациентов с прямыми и косыми паховыми грыжами, отсутствие значимых осложнений вмешательства в раннем и отдалённом послеоперационном периодах, низкий уровень послеоперационного болевого синдрома и ранние сроки активации пациентов — всё это свидетельствует об эффективности данного малоинвазивного метода в условиях стационара с краткосрочным пребыванием пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Результаты* различных методик фиксации сетчатого протеза при лапароскопической герниопластике (TAPP) / Э. А. Галлямов, М. А. Агапов, Ю. Б. Бусырев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2021. – № 1. – С. 34–41.
2. *Сажин, А. В.* Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная и тотальная экстраперитонеальная паховая герниопластика, преимущества и недостатки / А. В. Сажин, А. Д. Климиашвили, Э. Кочияй // Российский медицинский журнал. – 2015. – Т. 21. – № 6. – С. 46–49.
3. *Стрижелецкий, В. В.* Опыт эндовидеохирургических технологий в лечении больных с паховыми грыжами / В. В. Стрижелецкий, С. А. Макаров, А. Б. Ломя // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2017. – Т. 176. – № 3. – С. 74–76.
4. *Comparison of postoperative short-term complications after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein tension free inguinal hernia repair: a randomized trial study* / S. Kargar, S. M. Shiryazdi, M. Zare [et al.] // Minerva Chir. – 2015. – Vol. 70 (2). – P. 83–89.
5. *Is laparoscopic TAPP the preferred approach for the treatment of inguinal hernia? Technique, indications and future perspectives* / S. Morales-Conde, A. Balla, L. Navarro-Morales [et al.] // Cir. Esp. (engl. ed). – 2023. – Vol. 101. – Suppl. 1. – S11–S18.