

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

*Стебунов С.С.*

*Медицинский центр «ЛОДЭ, г.Минск, РБ*

**Введение.** В общехирургических стационарах около 10-12 % операций производится по поводу паховых грыж. Эндоскопические технологии в лечении паховых грыж используются в клинической практике уже много десятилетий. Опыт использования показал несомненные преимущества данных методик, несмотря на более высокую стоимость и необходимость общего обезболивания.

Целью работы было изучение результатов применения трансабдоминальной лапароскопической герниопластики у пациентов с паховыми грыжами на основании своего опыта.

**Материалы и методы.** На данный момент мы имеем опыт выполнения 286 лапароскопических герниопластик. Подавляющее большинство (около 95%) пациентов – мужчины в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст -  $56 \pm 13$ ). 196 пациентов (68.5 %) имели косую паховую грыжу, 90 - имели прямые паховые грыжи (31.5%). Все вмешательства были проведены по стандартной методике с тремя троакарными проколами. В 80% случаев использовалось два троакара 10 мм и один троакар 5 мм с фиксацией полипропиленовой сетки герниостеплером, в 20 % - один троакар 10 мм и два троакара 5 мм, для фиксации сетки – аппарат ProTask.

Симультанно с грыжесечением было проведено 93 вмешательства (32 % всех пациентов). У 21 пациента грыжесечение было проведено в сочетании с холецистэктомией, у 12 – с операциями на органах малого таза, у 5 – биопсией печени и фенестрацией кист печени, в 34 случае – с грыжесечением с другой стороны, у 21 – с пластикой пупочного кольца. У 5% пациентов производился сопутствующий адгезиолизис, что не считали симультанным вмешательством.

**Результаты и обсуждение.** Средняя длительность стационарного лечения составила  $2.3 \pm 1.1$  дня. В условиях частного медицинского центра в течение последних 4 лет длительность госпитализации составила 1 к.д. При наблюдении больных в течение 10 лет известные нам случаи рецидива грыжи произошли у 5 пациентов (1.7%). Во всех случаях при повторной операции выявлено, что причинами рецидива стали чрезмерные физические нагрузки и смещение сетки из-за недостаточной фиксации. Последние 5 лет рецидивов мы не наблюдали.

Средняя длительность операции при одностороннем грыжесечении составила  $53 \pm 12.3$  мин., за первые 5 лет и  $35 \pm 6.5$  мин за последующие годы.

Из интраоперационных осложнений у одного пациента мы наблюдали кровотечение из нижней надчревной артерии, в трех случаях имело место повреждение яичниковой артерии при выделении грыжевого мешка.

Послеоперационные осложнения различной тяжести наблюдались у 4.9 % пациентов: гематома мошонки – 5, водянка оставленной части грыжевого мешка при пахово-мошоночных грыжах – 3, кровотечение из параумбиликального прокола – 1, переходящая невралгия кожного нерва бедра на стороне операции – 5.

При сравнении результатов традиционной и лапароскопической герниопластики выявлены несомненные преимущества последней. Это выразалось в более легком течении послеоперационного периода, быстрой реабилитации и отличных отдаленных результатах лечения.

Одним из существенных преимуществ лапароскопической трансабдоминальной герниопластики является возможность диагностики других заболеваний брюшной полости и выполнение симультанных вмешательств, в том числе и герниопластики с другой стороны, фактически без дополнительной травмы. При анализе этой группы пациентов интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также увеличения сроков госпитализации в связи с симультанным вмешательством мы не наблюдали. Все это увеличивает экономическую и социальную целесообразность коррекции сочетанной патологии.

**Выводы.** Лапароскопическая герниопластика в настоящее время может рассматриваться как операция выбора при паховых грыжах.