

ID: 2018-02-24-T-16311

Тезис

Тихонова М.В., Заикин А.В.

## Трансбдоминальная преперитонеальная пластика (ТАРР). Место в современной герниологии. Ошибки и опасности

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии им. С.Р. Миротворцева

Научный руководитель: к.м.н. Майоров Р.В.

**Актуальность.** Несмотря на множество методов лечения паховой грыжи, эта проблема остается актуальной и привлекает внимание хирургов всего мира. Данная хирургическая патология существенно снижает качество жизни и работоспособность человека; в структуре операций занимает третье место после аппендэктомии и холецистэктомии.

С развитием лапароскопических технологий был разработан метод трансбдоминальной преперитонеальной пластики, который находит всё большее применение в стационарах нашей страны и зарубежья.

**Цель исследования:** изучить структуру осложнений метода ТАРР.

Лапароскопическая трансбдоминальная преперитонеальная пластика уже не является новаторским методом лечения. Сегодня можно оценить накопленный опыт, выделить ошибки и опасности ТАРР. Недооценка сложности анатомического строения паховой области зачастую приводит к тяжёлым осложнениям, таким как кровотечение из наружных подвздошных и нижних эпигастральных сосудов, хронические боли, повреждение семенного канатика и его сосудов, кишечные свищи, а также чувство инородного тела, образование спаек, сером, гематом и др.

Профилактика ятрогенных повреждений сосудов и нервов заключается в выполнении всех манипуляций под четким визуальным контролем с идентификацией анатомических структур и опасных зон, а также в применении способов атравматической фиксации сетки.

За последние пять лет в КБ им. С.Р. Миротворцева было прооперировано методом ТАРР 136 пациентов. Из них 84% мужчин и 16% женщин, средний возраст больных - 37 лет. Наибольшее число пациентов являлись грыженосителями от 6 месяцев до года.

Методику ТАРР выполняли из стандартного доступа. Применяли широкую диссекцию тканей при помощи ультразвуковой коагуляции с учетом стандартных анатомических ориентиров паховой области (треугольник Гессельбаха, треугольник боли, роковой треугольник и др.). Использовали сетчатый имплантат размером 10х15 см без раскроя. Фиксацию сетки осуществляли механическим способом с применением герниостеплера Гера - 5 в стандартных точках фиксации (связка Купера, подвздошно-лонный тяж, прямая мышца живота, свод внутренней косой и поперечной мышц живота). Брюшину ушивали непрерывным швом. Дренирования предбрюшинного пространства не производили.

Структура осложнений в исследуемой группе следующая:

- кровотечение из наружной подвздошной артерии – 0 случаев;
- кровотечение из нижних эпигастральных сосудов – 5 случаев (ликвидировано клипированием);
- хроническая боль – 3 случая;
- миграция сетки – 3 случая, из них 1 эпизод возник в позднем послеоперационном периоде (был заменён имплантат), 2 эпизода в раннем послеоперационном периоде (произведена дополнительная фиксация сетки).

**Выводы.** Лапароскопическая трансбдоминальная преперитонеальная пластика является современным методом лечения паховых грыж и имеет большое преимущество перед открытыми способами пластики пахового канала.

Недооценка технической сложности метода, а также недостаточное знание хирургом эндоскопической анатомии паховой области влекут за собой ряд специфических осложнений, приводящих к тяжелым и труднопреодолимым последствиям.

Разработка новых технических приемов и усовершенствование ТАРР является важным направлением профилактики осложнений данного метода.

**Ключевые слова:** грыжи, ТАРР, герниология