

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ РАСШИРЕННЫМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ ТОТАЛЬНЫМ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ

Кухарчик М.С., Садовский Д.Н., Слободин Ю.В.

Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск

Актуальность. Герниология это одно из самых быстро развивающихся направлений хирургии. С внедрением эндовидеохирургии стали появляться и развиваться малоинвазивные методы герниопластик как при лечении паховых грыж, так и при лечении вентральных грыж. С внедрением модификации метода экстраперитонеальной эндовидеохирургической герниопластики (ТЕР - totally extraperitoneal hernia repair) появился метод расширенной полностью экстраперитонеальной эндовидеохирургической герниопластики (еТЕР - extended totally extraperitoneal hernia repair), который позволяет выполнять операции при различных видах грыж передней брюшной стенки - паховых, белой линии живота, поясничной области, а также при диастазе прямых мышц живота.

Цель. Представить непосредственные результаты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки эндовидеохирургическим расширенным тотальным экстраперитонеальным доступом.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения ГУ «РКМЦ» УДПРБ в период с апреля 2023 год по апрель 2024 года проведено 50 оперативных вмешательств при вентральных грыжах. Все пациенты проходили стандартизированное предоперационное обследование. Расположение и размер дефекта вентральной грыжи классифицированы по критериям EHS (Европейская ассоциация герниологов).

Средние величины представлены в виде медианы с 25% и 75% квартильным интервалом – Me [25; 75], среднее значение со стандартным отклонением $M \pm \sigma$.

Результаты. Из 50 выполненных герниопластик, методом еТЕР было выполнено 12 (24%) операций. Из них 8 (66,6%) мужчин и 4 (33,4%) женщины, средний возраст пациентов составил $54 \pm 14,7$ года. 4 (33,3%) пациента имели первичные вентральные грыжи (M2-3W1R0), 6 (50%) пациентов – послеоперационные вентральные грыжи (M2-4W1-2R0-1) и 2 (16,7%) пациента – рецидивные вентральные грыжи (M2,3W1,2R0-1). Индекс массы тела пациентов составил 30 [28,4; 36,5] кг/м². Доступ в ретромускулярное пространство выполнялся в мезогастрии слева. В ходе операции переход в контралатеральное ретромускулярное пространство был выполнен в 8 (66,6%) случаях с помощью приёма верхней «кроссовер» и в 4 (33,3%) случаях - нижней «кроссовер». Продолжительность оперативного вмешательства составила 150 [77,5; 225] минут. Устанавливались адгезивные сетчатые протезы 15x17см и 20x30см. Фиксация сетчатых протезов не выполнялась. Апоневроз мышц

ушивался с помощью шовного материала с насечками. В одном случае дополнительно был применён шов апоневроза прямых мышц живота с помощью иглы Берси. В одном случае было выполнено дренирование ретромускулярного пространства. Все пациенты в послеоперационном периоде находились в палате хирургического отделения. Болевой синдром в послеоперационном периоде составил 3 - 6 по ВАШ. В послеоперационном периоде проводилось обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами без применения наркотических анальгетиков. Активизация пациентов выполнялась в течении первых часов после оперативного вмешательства с бандажом, согласно протоколам ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Продолжительность послеоперационной госпитализации составила 3,5 [3; 4] дня.

Выводы. На этапе внедрения метод технически сложен и длителен по времени. Данный метод хирургии вентральных грыж является на сегодняшний день наиболее функциональным. Он способствует физиологическому восстановлению и укреплению передней брюшной стенки. При этом, в сравнении с «открытыми» методами хирургии отмечается сокращение послеоперационного койко-дня, уменьшение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде и потребности в анальгетиках, снижение случаев послеоперационных осложнений, ранняя активизация пациентов.