

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

¹Клюйко Д.А., ¹Корик В.Е., ²Александров С.В., ¹Рамков А.Г.

¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Грыжи передней брюшной стенки представляют собой распространённую патологию, требующую хирургического вмешательства и последующей реабилитации. Чаще всего затрагивает пациентов пожилого возраста и тех, кто имеет предрасполагающие факторы, такие как ХОБЛ, ДППЖ, беременность, курение и наличие предыдущих операций на органах брюшной полости. Хирургическое лечение грыж в данной области остаётся важной темой в медицинской практике, а эффективность различных подходов продолжает вызывать интерес и обсуждение в научных кругах.

Современные методы лечения включают различные техники ненатяжной герниопластики. В частности, метод тотальной экстраперитонеальной пластики (ТЕР) стал особенно распространённым для устранения паховых и бедренных грыж. Эта хирургическая процедура, осуществляемая с использованием эндовидеохирургического оборудования, направлена на закрытие грыжевого дефекта в передней брюшной стенке с помощью сетчатого импланта и выполняется в пределах предбрюшинного пространства.

Эндовидеохирургические подходы к лечению грыж передней брюшной стенки отличаются низкой инвазивностью и обладают рядом явных преимуществ. К числу этих преимуществ можно отнести уменьшение послеоперационной боли, ускорение процесса восстановления пациентов и снижение вероятности возникновения осложнений.

Цель. Показать эффективность метода тотальной экстраперитонеальной пластики при лечении грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Коллективом отделения малоинвазивной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница» г. Минска совместно с сотрудниками Кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета военно-медицинского института в УО «Белорусский государственный медицинский университет» с 2017 года по 2023 выполнено 633 эндоскопических тотальных экстраперитонеальных пластик.

Результаты. За период наблюдения методикой эндоскопической тотальной экстраперитонеальной герниопластики прооперировано 624 пациента, из них 579 (92,7%) мужчин и 45 (7,3%) женщин. Выполнено 633 операции, что

составило 37% (633 из 1708 операций за 2017-2023 гг.) случаев. Средний возраст пациентов на момент операции – $50 \pm 14,4$ лет.

Послеоперационный диагноз односторонней грыжи был установлен у 396 (63,46%) пациентов. Из них 258 (41,35%) – косая паховая грыжа, среди которых 10 (1,60%) случаев составила врожденная грыжа. Прямая грыжа была диагностирована у 95 пациентов (15,22%), а комбинированная – у 11 (1,76%).

Рецидивы после предыдущих герниопластик: рецидивная косая паховая грыжа – 9 пациентов (1,44%), рецидивная прямая грыжа – 8 пациентов (1,28%), рецидивная комбинированная грыжа – 3 пациента (0,48%).

Также встречались другие варианты сочетаний грыж: сочетание косой и бедренной грыжи – 2 случая (0,32%), косой и послеоперационной вентральной грыжи – 2 случая (0,32%), косой и спигелиевой линии – 1 случай (0,16%), косой и запирающего канала – 1 случай (0,16%), прямой грыжи с бедренной, запирающего канала и спигелиевой линии – по 1 случаю (0,16%), комбинированная паховая грыжа с грыжей запирающего канала и спигелиевой линии – 1 случай (0,16%), рецидивная бедренная грыжа – 1 случай (0,16%).

У 216 (34,62%) пациентов была диагностирована двухсторонняя грыжа. В этой группе наблюдались следующие типы: косые грыжи – 92 пациента (14,74%), среди которых 1 случай (0,16%) двусторонней врожденной паховой грыжи, и прямые грыжи – 87 пациентов (13,94%).

Сочетания грыж включали: 9 пациентов (1,44%) с косой грыжей с одной стороны и прямой с другой; 8 пациентов (1,28%) с комбинированными грыжами; 6 пациентов (0,96%) с комбинированной грыжей с одной стороны и прямой с другой; 4 пациента (0,64%) с рецидивной косой грыжей с одной стороны и комбинированной с другой. По 1 пациенту (0,16%): с косой грыжей с одной стороны и запирающей с другой; косой грыжей с одной стороны и прямой с другой в сочетании с двусторонними грыжами запирающего канала; односторонней косой грыжей в сочетании с двусторонней грыжей запирающего канала.

Случаи рецидивных грыж после предыдущих пластик: по 1 случаю (0,16%) рецидивных прямых грыж; двухсторонняя прямая грыжа с рецидивом с одной стороны; рецидивная комбинированная грыжа с одной стороны и косая с другой; рецидивная косая грыжа с одной стороны и первичная косая с другой. Наконец, у 2 пациентов (0,32%) была диагностирована двусторонняя прямая грыжа и спигелиевой линии.

На начальном этапе применения методики ТЭП у 2 пациентов (0,32%) с крупными пахово-мошоночными грыжами наблюдались рецидивы в течение года после операции.

В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 4 пациентов (0,64%), среди которых зафиксированы отёки мошонки, а у одного из них (0,16%) впоследствии развилась водянка оболочек яичка. Летальные исходы

среди прооперированных не зарегистрированы. Средняя продолжительность госпитализации для пациентов, оперированных с использованием метода ТЭП, составила $3,7 \pm 2,1$ дня.

Выводы. Метод ТЭП демонстрирует низкий уровень осложнений и рецидивов (4 (0,64%) и 2 (0,32%) случая).

Метод обладает минимальной травматичностью и как следствие болевым синдромом, хорошим косметическим эффектом, быстрым возвращением пациентов к активной жизни после операции и сокращенным периодом пребывания в стационаре ($3,7 \pm 2,1$ койко-дня).

При лечении паховых, бедренных грыж, грыж спигелиевой линии и их сочетаний ТЭП является высокоэффективной операцией выбора.