

## ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

<sup>2</sup>Тризно Г.Н., <sup>1</sup>Гайн Ю.М., <sup>3</sup>Литвинов С.В., <sup>1</sup>Бойба Д.С., <sup>1</sup>Данильчик А.В.,  
<sup>2</sup>Копать А.А., <sup>2</sup>Соломевич С.И., <sup>2</sup>Заславский С.Е., <sup>2</sup>Петров А.В.

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

<sup>2</sup> Учреждение здравоохранения «4 клиническая больница им. Н. Е. Савченко», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>ООО «ЛОДЭ», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Частота возникновения наружных грыж живота в настоящее время составляет 4-7% (до 50 случаев на 1000 населения) и, в целом, имеет тенденцию к увеличению. В мире каждый год выполняется более 20 млн. хирургических вмешательств по поводу наружных грыж живота (от 10 до 21% всех оперативных вмешательств), 75% из них проводится по поводу паховых грыж. Существующие многочисленные варианты реконструкции передней или задней стенок пахового канала с использованием местных тканей недостаточно эффективны – при первичных паховых грыжах рецидивы встречаются с частотой 10-30%, при сложных формах паховых грыж (скользящих, комбинированных, гигантских, рецидивных и многократно рецидивирующих) число рецидивов достигает 40-45%. Ненатяжные методы паховой герниопластики с использованием сетчатых имплантатов способствуют снижению частоты рецидивов до 1-5%, однако само агрессивное вмешательство, вероятность развития хронического болевого синдрома и продолжительные сроки физической и психологической реабилитации способствовали разработке малоинвазивных методов операций (в т.ч. видеоассистированных), получивших в настоящее время приоритетное развитие.

**Цель.** В сравнительном аспекте оценить клиническую эффективность применения технологии расширенной полностью экстраперитонеальной видеолапароскопически-ассистированной герниопластики (eTER) в хирургическом лечении паховых грыж.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты хирургического лечения 1386 пациентов с паховыми грыжами в Минском городском центре герниологии и бариатрии на базе отделения общей хирургии УЗ «4-я клиническая больница г. Минска» в 2022-2024 гг. При этом оценены результаты использования у 117 пациентов с паховыми грыжами метода расширенной полностью экстраперитонеальной видеолапароскопически-ассистированной герниопластики (eTER). В группу сравнения вошли 1269

больных, которым выполнена традиционная герниотомия с применением натяжных и ненатяжных методов герниопластики. При этом пластика по Лихтенштейну применена 634 (49,9%) пациентам, по Жирару-Спасокукоцкому – 156 (12,3%), по Постемпски – 443 (34,9%), по Бассини – 36 (2,9%) пациентам. По возрастным, половым признакам, стадии заболевания, тяжести фоновой патологии группы сравнения не различались между собой ( $p>0,05$ ). В основной группе у 33 (28,2%) пациентов герниопластика еТЕР выполнена по поводу односторонней паховой грыжи, у 84 (71,8%) пациентов – двухсторонней паховой грыжи. При односторонней локализации для закрытия грыжевых ворот наиболее часто (60,6%) для герниопластики использовали полипропиленовую сетку размерами 6×11 см, при двухсторонней локализации в 72,6% применены имплантаты размерами 8×15 мм (22,6%) и размерами 15×15 мм (50%). Уточнены характер инволюции болевого и воспалительного синдрома, частота послеоперационных осложнений в соответствии с классификацией Clavien-Dindo, показатели качества жизни пациентов, длительность стационарного лечения и реабилитации.

**Результаты.** Выявлены достоверные различия ряда показателей в группах сравнения в первые 5 суток после вмешательства. Медианный уровень выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде по визуально-аналоговой числовой шкале (ВАШ), в 1-е сутки в основной группе составил 3 (2–5) баллов, в контрольной он был статистически более выраженным – 6 (5–7) баллов [Ме (Q<sub>25</sub>–Q<sub>75</sub>), Mann-Whitney U Test Z=–7,67,  $p=0,00001$ ], на 3-е сутки показатели боли по ВАШ составили 2 (0–3) и 4 (3–6), соответственно (Mann-Whitney U Test Z=–3,21,  $p=0,0018$ ). Лишь к 5-м суткам после операции в группах сравнения этот показатель статистически не отличался между собой, не превышая уровень 2 (1–2) баллов (Mann-Whitney U Test Z= –1,08,  $p=0,28$ ). Незначительный уровень болевого и воспалительного синдромов в раннем послеоперационном периоде во многом способствовал более ранней физической активности пациентов группы еТЕР с быстрым восстановлением естественного уровня самообслуживания и питания. Газы в основной группе начали отходить на 2 (2–3) сутки после операции и на 3 (2–3) сутки – в контрольной группе (Mann-Whitney U Test Z=–4,28,  $p=0,00003$ ). Появление стула у пациентов основной группы отмечалось статистически значимо быстрее, чем в контрольной серии (Mann-Whitney U Test Z=–2,3,  $p=0,026$ ).

В основной группе пациентов в соответствии с классификацией Clavien-Dindo в послеоперационном периоде зарегистрировано 12 осложнений (10,3%): класса 1 – 8 (66,7%), класса 3а – 3 (25%), класса 3в – 1 (8,3%). К классу 1 были отнесены осложнения, сопровождающиеся умеренным болевым синдромом в зоне имплантации синтетической сетки. При выполнении УЗИ зоны вмешательства в области искусственной интрапариетальной полости были

выявлены плоскостные жидкостные скопления от 1 до 3 мм толщиной (пункция их установила незначительное, до 0,5-1 мл, геморрагическое содержимое). Все осложнения 1 класса быстро разрешились под действием консервативной терапии. Осложнения 3а класса, обусловленные серомами в области хирургических доступов, были ликвидированы путём раннего дренирования и санации. В одном наблюдении осложнение 3б класса потребовало повторной операции в объеме эндоскопической ревизии зоны операции и конверсии (нижнесрединный предбрюшинный доступ), с открытым гемостазом (кровотечение из околопростатического венозного сплетения) и сохранением трансплантата.

В соответствии с классификацией Clavien-Dindo в группе сравнения после операций зарегистрировано 185 осложнений (14,6%). При этом преобладали осложнения 1 класса (143 или 77,3%) в виде инфильтрации раны, отёка семенного канатика или яичка, выраженного болевого синдрома в зоне операции. Все они разрешились при консервативном лечении. Осложнений 3а класса зарегистрировано 42 (22,7%), они потребовали вмешательств под местным обезболиванием (серомы, гематомы, нагноение). Среди поздних осложнений после «открытых» операций зарегистрировано 6 рецидивов паховой грыжи и 63 свища в зоне послеоперационного рубца (преобладали лигатурные свищи). Медианная продолжительность послеоперационного периода с пребыванием в стационаре в основной группе составила 2,4 (2–4) дней, что было достоверно меньше, чем в контрольной серии – 4,3 (4–6) дней [Ме (Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub>), Mann-Whitney U Test Z=-2,32, p=0,02].

**Заключение.** Использование метода расширенной полностью экстраперitoneальной видеолапароскопически-ассистированной герниопластики (eТЕР) в хирургическом лечении паховых грыж выявило ряд несомненных преимуществ перед традиционными вмешательствами, способствуя значимому уменьшению в послеоперационном периоде интенсивности болевого синдрома, снижению частоты послеоперационных осложнений, повышению ряда показателей качества жизни пациентов, сокращению средней продолжительности их стационарного пребывания и сроков реабилитации.

Объективная оценка зоны эндоскопической имплантации сетчатого протеза и установленные изменения в брюшной стенке диктуют необходимость проведения дополнительных исследований, направленных на разработку новых методов местного гемостаза с повышением эффективности остановки кровотечения при формировании искусственных тканевых полостей под контролем видеолапароскопической техники.