

ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ДИАСТАЗОМ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

¹Куделич О.А., ¹Карман А.Д., ¹Неверов П.С., ²Черноморец В.В., ²Машель В.В.,
²Вовна Д.В., ²Городецкий П.Д.

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

²УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время хирургия вентральных грыж активно развивается. Частота рецидивов после пластики местными тканями составляет от 20 до 46%, после использования сетчатых имплантов колеблется от 8 до 15%. На первое место выходят новые малоинвазивные лапароскопические технологии лечения.

Цель. Оценить ближайшие результаты малоинвазивных вмешательств у пациентов с вентральными грыжами.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 257 пациентов с первичными, послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, диастазом прямых мышц живота, находившихся на лечении в УЗ «10 ГКБ» г. Минска за период с 01.01.2019г. по 01.03.2025г. Средний возраст пациентов составил $53,9 \pm 9,9$ лет ($M \pm m$) (min-max: 20-90). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=90) – пациенты, которым выполнялась пластика местными тканями, 2-я группа (n=167) составили пациенты с ненатяжной пластикой открытым (подгруппа 1) и видеоэндоскопическим способом (подгруппа 2). Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). У 41 пациента с первичными вентральными грыжами в сочетании с диастазом прямых мышц живота выполнены малоинвазивные лапароскопические вмешательства. Средний возраст в этой подгруппе составил $39,8 \pm 7,7$ лет ($M \pm m$) (min-max: 28-58). Диагноз в случае применения эндоскопических методик сформулирован по классификации вентральных грыж EHS: параумбиликальная (M3) локализация грыж имела место у 37 пациентов (90,2%), эпигастральная (M2) – у 4 пациентов (9,8%). Размер грыжевых ворот до 4 см (W1) выявлен – у 18 пациентов (43,9%), более 4 см (W2) – у 23 пациентов (56,1%). Также был проведен анализ непосредственных и ближайших результатов лечения, количество рецидивов заболевания в сроки от 3 месяцев до 1 года после оперативного вмешательства. Статистическая обработка данных была выполнена с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе (n=90) пластика грыжевых ворот по Сапежко выполнена у 51 пациентов (56,7%), полиспаственными швами – у 32

пациентов (35,5%), у 7 (7,8%) пациентов с пупочной грыжей применена пластика по Мейо. Среднее время операции составило $72,7 \pm 36,4$ минут ($M \pm m$) (min-max: 20-195 минут). Средняя длительность пребывания больных в стационаре в этой группе составила $6,4 \pm 3,9$ койко-дня ($M \pm m$) (min-max: 1-21). Пациенты 2-й группы ($n=167$), которым выполнялась ненатяжная пластика в зависимости от операционного доступа разделены на 2 подгруппы. Открытый метод пластики передней брюшной стенки выполнен у 75,4% ($n=126$) пациентов. Из них пластика с расположением сетчатого протеза в ретромускулярном пространстве (операция Rives-Stoppa) применялась у 37 (29,4%) пациентов, еще у 79 (62,7%) случаев сетчатый протез был установлен предбрюшинно (позиция «sublay») из мини-доступа, у 10 (7,9%) пациентов сетчатый протез был установлен на передний листок апоневроза прямых мышц живота (позиция «onlay»). Среднее время операции составило $125,9 \pm 37,3$ минут ($M \pm m$) (min-max: 50-205 минут). В первые сутки после операции назначались наркотические анальгетики. Средняя длительность больных в стационаре составила $7,7 \pm 4,6$ койко-дня ($M \pm m$) (min-max: 2-36).

Во 2 подгруппе больных операции ($n=41$) выполнены с применением эндовидеохирургической техники. В 63,4% ($n=26$) случаев выполнена тотальная экстраперитонеальная герниопластика с расположением сетчатого протеза в ретромускулярном пространстве (TEP Rives-Stoppa). Операция выполнялась преимущественно у мужчин с дефектом грыжевых ворот более 4 см в сочетании с диастазом прямых мышц живота и выраженной подкожно-жировой клетчаткой. При этой методике из 3-х портового доступа в ретромускулярное пространство устанавливали сетчатый протез размеров 20*30 см без фиксации. Среднее время операции составило $242,4 \pm 65,2$ минут ($M \pm m$) (min-max: 170-370). Средняя длительность стационарного лечения составила $6,2 \pm 1,9$ койко-дня ($M \pm m$) (min-max: 3-10). Осложнений не было.

В 36,6% ($n=15$) случаев пациентам была выполнена подкожная эндоскопическая наапоневротическая реконструкция белой линии живота (SCOLA, REPA, TESAR, TESLAR). Критерии отбора – женщины с послеродовым диастазом в сочетании с пупочными грыжами, у которых не было избыточной подкожно-жировой клетчатки, и они не требовали абдоминопластики. Операция выполнялась после постановки трёх портов от 5 до 10 мм в зоне ниже линии бикини. В 3 случаях выполнена подкожная пликация (сшивание) передних листком апоневроза прямых мышц живота без укрепления сетчатым протезом, еще в 3-х случаях в ретромускулярное пространство устанавливали сетчатый протез размером 10*15 см с последующей пликацией белой линии. У 9 пациенток после ушивания дефекта пупочного кольца, на область диастаза и зоны ушивания устанавливали сетчатый протез (позиция interlay) шириной 2-2,5 см необходимой длины. Среднее время операции

составило $196,7 \pm 44,9$ минут ($M \pm m$) (min-max: 110-265). В послеоперационном периоде болевой синдром был не выражен, наркотические анальгетики не применялись. Средняя длительность стационарного лечения составила $5 \pm 1,5$ койко-дня ($M \pm m$) (min-max: 3-7).

Рецидива заболевания в обеих группах не было. У 2 (1,6%) пациентов, которым выполнялась открытая операция Rives-Stoppa течение послеоперационного периода осложнилось образованием ретромускулярной гематомы (класс IIIa по Clavien-Dindo), у 3 (2,4%) пациентов после открытой «onlay» пластики развилась серома надапоневротического пространства (класс IIIa по Clavien-Dindo).

Выводы:

1. Малоинвазивные вмешательства при вентральных грыжах показали себя эффективными и безопасными, характеризуются низким количеством осложнений и быстрым восстановлением пациентов.
2. Недостатки технологии ТЕР связаны с техническими ограничениями метода, длительной кривой обучения и связанной с этим высокой продолжительностью операций.
3. Следует отдавать предпочтение протезирующим методикам лечения пациентов с вентральными грыжами в виду меньшей вероятности развития рецидива заболевания.
4. Миниинвазивные методы лечения позволяют уменьшить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде, а также сократить сроки лечения в стационаре.