

Эндовидеохирургическая Протезная Герниопластика При Паховых Грыжах

Ашуров Акмал Хусанович

Самаркандский государственный медицинский университет

Резюме: Паховые грыжи являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий, требующих оперативного лечения. Развитие эндовидеохирургической герниопластики позволило снизить частоту рецидивов, послеоперационных осложнений и ускорить реабилитацию. Настоящее исследование направлено на оценку эффективности лапароскопических методов герниопластики (ТАРР и ТЕР) у пациентов с паховыми грыжами.

Ключевые слова: паховая грыжа, эндовидеохирургическая герниопластика, лапароскопическая герниопластика, ТАРР, ТЕР, сетчатый имплантат, рецидив грыжи, минимально инвазивная хирургия, послеоперационные осложнения, фиксация сетки, реабилитация.

Актуальность. Паховые грыжи составляют до 75% всех грыж передней брюшной стенки и являются одной из наиболее частых причин планового хирургического вмешательства. В связи с этим выбор метода хирургического лечения остается актуальной проблемой. Традиционные открытые методы герниопластики, такие как пластика по Лихтенштейну, ассоциируются с умеренной послеоперационной болью, риском рецидивов и длительным восстановительным периодом. В последние годы эндовидеохирургическая протезная герниопластика (лапароскопическая ТАРР и ТЕР) приобрела популярность благодаря малой травматичности, быстрому реабилитационному периоду и низкой частоте осложнений.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных лапароскопическим методам лечения паховых грыж, остается открытым вопрос об их эффективности по сравнению с традиционной герниопластикой. Важным является анализ клинических результатов, включая частоту рецидивов, осложнений и скорость реабилитации. Настоящее исследование направлено на оценку эффективности эндовидеохирургической герниопластики у пациентов с паховыми грыжами в специализированном хирургическом стационаре.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндовидеохирургической протезной герниопластики у пациентов с паховыми грыжами путем анализа клинических исходов, частоты рецидивов, осложнений и сроков реабилитации при использовании методик ТАРР и ТЕР.

Материал и методы. В исследование были включены 64 пациента с паховыми грыжами, которым в специализированном хирургическом отделении выполнена эндовидеохирургическая протезная герниопластика. Возраст пациентов варьировал от 18 до 75 лет (средний возраст $45,6 \pm 11,2$ года), среди них 59 (92%) мужчин и 5 (8%) женщин. В 10 (16%) случаях выявлены двусторонние паховые грыжи. Критерии включения: первичные или рецидивные паховые грыжи, отсутствие противопоказаний к общей анестезии, индекс массы тела (ИМТ) не более 35 кг/м^2 . Исключены пациенты с ущемленными грыжами, спаечной болезнью брюшной полости, тяжелыми соматическими заболеваниями и ранее перенесенными обширными операциями на нижнем этаже живота.

Диагностика осуществлялась на основании клинического осмотра и инструментальных методов. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование паховой области для

определения размеров грыжевого дефекта и оценки содержимого грыжевого мешка. При подозрении на рецидив или сложные анатомические особенности проводилось мультиспиральное КТ (МС КТ) с контрастированием. Для оценки выраженности болевого синдрома до и после операции использовалась визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ).

В зависимости от анатомических особенностей грыжи применялась одна из двух лапароскопических методик: трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАРП) – у 44 (69%) пациентов и тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЕР) – у 20 (31%) пациентов. Операции выполнялись под общей анестезией с использованием трех троакарных доступов. Во всех случаях использовались полипропиленовые сетчатые импланты размером 10×12 см, установленные в предбрюшинное пространство с фиксацией титановыми скобами (ТАРП) или бесфиксационно (ТЕР).

Послеоперационный мониторинг включал анализ длительности операции, частоты ранних и поздних осложнений, уровня болевого синдрома и скорости реабилитации. Оценивались следующие параметры: средняя длительность госпитализации, выраженность боли по ВАШ, сроки возврата к физической активности, частота сером, инфекционных осложнений и рецидивов грыж. Контрольные осмотры проводились на 7-й, 30-й день и через 6 и 12 месяцев после операции.

Распределение пациентов по методам операции (n=64)

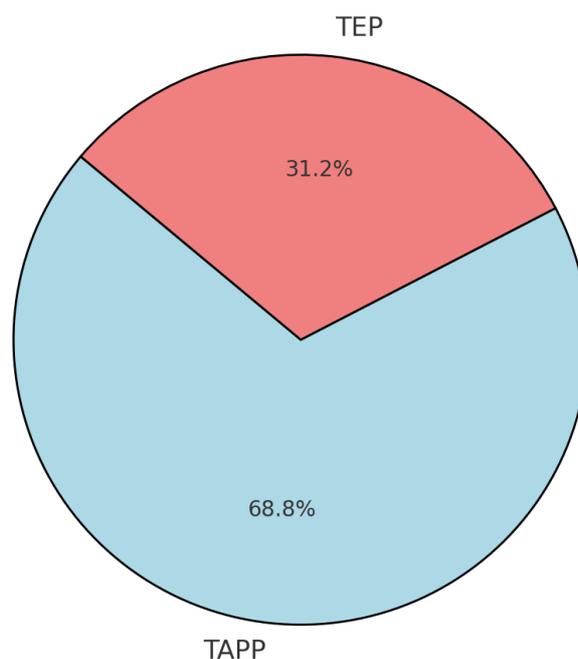


Рис. 1. Распределение пациентов по методам операции

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программы SPSS 26.0. Для анализа количественных переменных применялся t-критерий Стьюдента, для сравнения частотных характеристик – χ^2 -критерий Пирсона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность лапароскопической герниопластики составила 68 ± 12 минут при односторонней грыже и 95 ± 15 минут при двусторонней. У 8 пациентов (12,5%) отмечались

умеренно выраженные послеоперационные боли, купировавшиеся НПВП в течение первых 48 часов.

Частота ранних послеоперационных осложнений составила 9,4% (6 случаев), среди которых наиболее частыми были серомы (4 случая, 6,3%) и острая задержка мочи (2 случая, 3,1%). В группе с ТЕР отмечено меньше сером, что объясняется отсутствием вскрытия брюшины. Инфекционных осложнений и глубоких гематом не зарегистрировано.

При контрольном осмотре через 12 месяцев 1 пациент (1,6%) имел рецидив грыжи, что потребовало повторной операции. Данный случай связан с недостаточной фиксацией сетки в медиальном крае. В группе с открытой пластикой по Лихтенштейну, проведенной параллельно (ретроспективный анализ), частота рецидивов составила 3,4%.

Сравнительный анализ показал, что лапароскопическая герниопластика обеспечила более быстрое восстановление. Средняя продолжительность госпитализации составила 2,3 дня, в то время как в группе с открытой пластикой – 3,8 дня. Возвращение к физической активности в группе эндовидеохирургической герниопластики произошло в среднем через 10 дней, что почти в два раза быстрее, чем после открытой операции.

Таким образом, эндовидеохирургическая герниопластика демонстрирует высокую эффективность и низкую частоту осложнений, особенно при рецидивных и двусторонних грыжах. Учитывая минимальную травматичность и быструю реабилитацию, методика может быть рекомендована как предпочтительный вариант хирургического лечения паховых грыж.

Выводы

1. Эндовидеохирургическая герниопластика является эффективным методом лечения паховых грыж, обеспечивая низкую частоту рецидивов (1,6%) и минимальный уровень послеоперационных осложнений (9,4%).
2. Средняя продолжительность операции при лапароскопическом методе составляет 68–95 минут, что сопоставимо с традиционной открытой пластикой. Восстановительный период после лапароскопической герниопластики значительно короче, чем при открытой операции: пациенты возвращаются к обычной активности в среднем через 10 дней Литература
3. Rutkow I. M. Surgical operations in the United States: Then (1983) and now (1994) // Arch Surg. – 1997. – Т. 132, № 9. – С. 983–990.
4. Bittner R., Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques // Langenbeck's Arch Surg. – 2012. – Т. 397, № 2. – С. 271–282.
5. Fitzgibbons R. J., Giobbie-Hurder A., Gibbs J. O., Dunlop D. D. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial // JAMA. – 2006. – Т. 295, № 3. – С. 285–292.
6. Miserez M., Peeters E., Aufenacker T., et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients // Hernia. – 2014. – Т. 18, № 2. – С. 151–163.
7. Belyansky I., Tsirlina V., Klima D. A., et al. Prospective, Comparative Study of Postoperative Pain and Quality of Life after Open, Laparoscopic, and Robotic Ventral Hernia Repair // Ann Surg. – 2018. – Т. 267, № 5. – С. 910–918.