

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ (ТАРР)

Аль-Алеви Марья Махмудовна

студент, лечебный факультет, ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России, РФ, г. Пермь

Некрасова Людмила Владимировна

научный руководитель, к.м.н., доцент ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Аннотация. Пластика паховой грыжи является распространенной процедурой, выполняемой общими хирургами. Основной техникой для паховой пластики является открытая операция с использованием сетчатых имплантатов. Внедрение полностью экстраперитонеальной пластики грыжи (ТЕР) и трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРР) в начале 1990-х годов открыло новую главу в хирургии паховой грыжи. Было обнаружено, что лапароскопия является ответом на минимизацию воздействия преперитонеальных открытых методик. Минимально инвазивные методики против открытых операций стали актуальной темой обсуждений среди хирургов. Со временем количество процедур и показаний увеличилось и продолжает расти.

Ключевые слова: особенности, трансабдоминальная пластика, преперитонеальная пластика.

Цель. Оценить особенности трансабдоминальной преперитонеальной пластики у жителей Пермского края.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное одноцентровое нерандомизированное исследование. Изучалась медицинская документация пациентов прооперированных по поводу паховых и бедренных грыж, поступивших планово для лечения в хирургическое отделение Городской клинической больницы № 4 г. Перми за период с января 2024 года до февраля 2025г. Всем пациентам была выполнена трансабдоминальная преперитонеальная пластика грыжевых дефектов. Грыжи классифицировались интраоперационно исходя из лапароскопической картины с использованием классификации паховых грыж Европейской ассоциации герниологов (EHS – European Hernia Society).

Результаты. Всего в итоговую группу вошли 29 пациентов, 10,3% (3 человек) – женского пола, 90,7% (26 человек) – мужского. Средний возраст составил $57,2 \pm 10,1$ лет (от 36 до 76 лет), медиана – 56 лет. Средний срок госпитализации составил $5,27 \pm 1,29$ койко-дней.

Первичные паховые грыжи (P) наблюдались у 24 пациентов (82,8%), рецидивные (R) у 5 (17,8%). Латеральная/косая грыжа (L) встречалась у 6 пациентов (20,7%), медиальная/прямая грыжа (M) – у 22 пациентов (75,9%) и бедренная грыжа (F) – у 1 пациентки (3,4%). Размер грыжевых ворот у 21 пациента (72,4%) был $\leq 1,5$ см (1 по классификации EHS), у 7 пациентов (24,1%) от 1,5 см до 3 см (2 по классификации EHS) и 1 пациента (3,4%) более 3 см (3 по классификации EHS). У 23 пациентов (79,3%) была односторонняя грыжа. Двухсторонняя

грыжа наблюдалась у 6 пациентов (20,7%).

Симультанная операция выполнена у 8 пациентов (27,6%). У 4 пациентов выполнена трансабдоминальная преперитонеальная пластика и герниопластика пупочной грыжи: сетчатым имплантом (2 пациента) и по методике Мейо (2 пациента). У трех пациентов выполнена трансабдоминальная преперитонеальная пластика с обеих сторон. У двух пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия первым этапом и трансабдоминальная преперитонеальная пластика вторым.

Выводы.

Паховая грыжа является широко распространенной хирургической патологией с пожизненной частотой 27% у мужчин и 3% у женщин. Хирургическое вмешательство признано наиболее эффективным методом лечения. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов герниопластик, что делает их одними из наиболее частых операций. Современные подходы включают открытые и лапароскопические техники. У молодых пациентов с паховой грыжей предпочтение отдается эндоскопическим методам. [1]

При TAPP возможно выполнение симультанной операции через тот же оперативный доступ. Сочетание двух процедур безопасно и не увеличивает вероятность послеоперационных инфекций, особенно при профилактическом применении антибиотиков для снижения вероятности инфекции области хирургического вмешательства. [2] Так, например в нашем исследовании у 3 пациентов с двухсторонней паховой грыжей выполнена герниопластика с обеих сторон через один доступ, у двух пациентов – лапароскопическая холецистэктомия первым этапом с последующей трансабдоминальной преперитонеальной пластикой паховой грыжи. Слегка расширив инфраумбиликальный доступ возможно выполнение грыжесечения пупочной грыжи. В нашем исследовании после TAPP у 4 пациентов выполнено грыжесечение пупочной грыжи: у двух по методике Мейо и у оставшихся двух с использованием сетчатых имплантов.

При рецидивных грыжах, при которых уже нарушена нормальная анатомия паховой области, а также при спорных случаях, когда не удается достоверно выяснить наличие паховой или бедренной грыжи, TAPP является операцией выбора. При изучении медицинской документации пациентки О., 48 лет, выявлено, что пациентка ранее была прооперирована по поводу паховой грыжи слева в 2022г (операция Лихтенштейна). Повторно грыжевое выпячивание отметила самостоятельно в 2023 г. При физикальном и УЗИ исследовании паховых областей грыжевое выпячивание не определялось, но при лапароскопии выявлена канальная бедренная грыжа небольших размеров слева, выполнена TAPP по стандартной методике. В послеоперационном периоде пациентка более не отмечала грыжевых выпячиваний. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Минимально инвазивная TAPP связана со значительным уменьшением ранней послеоперационной боли, хронической боли, гематомы, раневой инфекции, что способствует раннему возвращению к привычной деятельности и работе по сравнению с открытой пластикой паховой грыжи. Рецидив грыжи, серома и продолжительность пребывания в больнице схожи при сравнении этих методов лечения. [2]

Список литературы:

1. Кириенко А.И., Шевцов Ю.Н., Никишков А.С., Селиверстов Е.И., Андрияшкин А.В., Татаринцев А.М., Золотухин И.А. Распространенность грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016;(8):61-66.
2. Arafat S, Alsabek MB. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and transabdominal preperitoneal hernioplasty: two case reports evaluate the safety and surgical complications. Clin Case Rep. 2017 Nov 9;5(12):2093-2096. doi: 10.1002/ccr3.1141. PMID: 29225864; PMCID: PMC5715574.

3. Aiolfi A, Cavalli M, Ferraro SD, Manfredini L, Bonitta G, Bruni PG, Bona D, Campanelli G. Treatment of Inguinal Hernia: Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg*. 2021 Dec 1;274(6):954-961. doi: 10.1097/SLA.0000000000004735. PMID: 33427757.