

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕПАРАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

<sup>1</sup>Махмудов А.М., <sup>1</sup>Александров С.В., <sup>1</sup>Лешкевич А.И., <sup>2</sup>Клюйко Д.А.,  
<sup>2</sup>Корик В.Е., <sup>1</sup>Люковец В.В., <sup>1</sup>Кодь Р.Т.

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»  
г. Минска, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) занимают 15-20% от всех грыж передней брюшной стенки. Большая доля пациентов (68%) предъявляют жалобы связанные с наличие грыжи (в т.ч. связанные с косметическим дефектом), а некоторые (84%) имеют связанные с грыжей симптомы [4]. Риск возникновения вентральной грыжи после лапаротомии варьируется от 2% до 20%, в среднем составляет 12,8% [1]. Предложено много методов лечения, основанных на ушивании грыжевого дефекта, однако уровень осложнений, связанных с натяжением брюшной стенки и увеличением внутрибрюшного давления, а также частота рецидивов остаются высокими.

Применение сетчатых трансплантатов улучшило результаты, в первую очередь за счет снижения риска рецидива после операции с 63% до 32% [2]. Современные пластики особенно больших грыж, кроме применения сетки, должны быть ориентированы на функциональную и морфологическую реконструкцию брюшной стенки с минимально возможной травмой. Необходимо исключить контакт протеза с органами брюшной полости и подкожной жировой клетчаткой [3].

В полной мере этим принципам соответствуют сепарационные техники пластики брюшной стенки и внедрение лапароэндоскопических методов.

**Цель.** Оценить эффективность сепарационных пластик брюшной стенки.

**Материалы и методы.** На базе 2-ГКБ г. Минска с 2018 г. из сепарационных методик применяются задние сепарационные пластики: пластика Rives-Stoppa и TAR пластика (по Novitsky). С 2020 года операция Rives-Stoppa выполняется и в эндоскопическом варианте.

За период с 2015 по 2020гг. по поводу плановых вентральных грыж выполнено 387 операций, при этом в 4,3% случаев операция проводилась по поводу рецидивной грыжи. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – оперированные по методике Rives- Stoppa и по технологии TAR,

2 – натяжные пластики. В первую группу вошли 47 (12,1%) пациентов в возрасте от 34 до 78 лет (M = 62 года), во вторую 340 (87,9%) в возрасте от 17 до 90 лет (M = 52,7 лет). TAR выполнена 4 пациентам с грыжами W3 (EHS), причем у одного с морбидным ожирением. В эндоскопическом (комбинированным лапароскопическим и предбрюшинным) доступом выполнено 3 операции. Все операции проводились в плановом порядке, под общей анестезией. Антибиотикопрофилактику проводили всем пациентам стандартно. Дренажи с активной аспирацией устанавливались практически всем пациентам с установленным сетчатым протезом, которые удаляли при снижении отделяемого до 30 мл за сутки. С 2020 года после пластики по Rives-Stoppa дренажи применяются избирательно в зависимости от деликатности гемостаза и от общих факторов.

**Результаты.** Средняя длительность пребывания пациента в стационаре в первой группе составила 9,5 дня, во второй 14,7 дней. Летальных исходов в наблюдаемых группах не выявлено. За исследованный период в группе пациентов, пролеченных методом натяжной пластики частота рецидива грыжи составила 3,5%. На момент окончания периода наблюдения рецидивов у пациентов из группы Rives-Stoppa не выявлено. Частота раневых осложнений во второй группе составила 4,3%, в первой группе - 2,2%.

**Выводы.** Применение задней сепарационной пластики снижает вероятность раневых осложнений со стороны подкожно-жировой клетчатки. Отсутствие послеоперационного компартмент синдрома позволяет пациентам относительно быстро реабилитироваться даже после W3 грыж. Эндоскопическое выполнение сепарационной пластики значительно снижает п/о травму, воспалительные осложнения со стороны раны и ускоряет реабилитацию.

### Литература

1. Bosanquet D, Aboelrahman T, Ansell J, Cornish J, Davies L, Frewer K, Frewer N, Glasbey J, Harries R, Stimpson A, Russell D, Russell I, Torkington J (2014) Systematic review and meta regression of factors affecting midline incisional hernia rates: an analysis of 14,618 patients. *Hernia* 18(suppl 2): S12–S15
2. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WCJ et al. Long term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* 2004; 240: 578–585.
3. Stoppa, R. E. (1989). The treatment of complicated groin and incisional hernias. *World Journal of Surgery*, 13(5), 545–554
4. van Ramshorst GH, Eker HH, Hop WC, Jeekel J, Lange JF (2012) Impact of incisional hernia on health-related quality of life and body image: a prospective cohort study. *Am J Surg* 204:144–150