

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

***Куделич О.А., Неверов П.С., Протасевич А.И., Карман А.Д.,  
Качан Л.Н., Нищименко А.О., Высоцкий Э.Ф.***

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**EXPERIENCE OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF PATIENTS  
WITH ANTERIOR ABDOMINAL WALL MIDLINE HERNIAS AND RECTUS  
ABDOMINIS DIASTASIS**

***Kudelich O.A., Neverov P.S., Protasevich A.I., Karman A.D.,  
Kachan L.N., Nishchimenko A.O., Vysotsky E.F.***

*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

**Введение.** В настоящее время хирургия вентральных грыж активно развивается. Частота рецидивов после применения аутопластических способов лечения составляет от 20 до 46%, после протезирующих способов колеблется от 8 до 15,3%. На первое место выходят новые малоинвазивные технологии лечения.

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

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы результаты лечения 166 пациента с первичными, послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, диастазом прямых мышц живота, находившихся на лечении в УЗ «10 ГКБ г. Минска» за период с 2019 по 2024 год. Средний возраст пациентов составил  $53,9 \pm 9,9$  лет ( $M \pm m$ ) (min-max.: 28-90). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа ( $n=68$ ) – пациенты, которым выполнялась пластика местными тканями, 2-ю группу ( $n=98$ ) составили пациенты с ненатяжной пластикой открытым (подгруппа 1) и видеоскопическим (подгруппа 2) способом. Группы были сопоставимы по полу, возрасту ( $p>0,05$ ). У 29 пациентов с первичными вентральными грыжами в сочетании с диастазом прямых мышц живота выполнены малоинвазивные 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 имела место у 25 пациентов (86,2%), эпигастральная (M2) – у 4 пациентов (13,8%), размер грыжевых ворот до 4 см (W1) – у 15 пациентов (51,7%), более 4 см (W2) – у 14 пациентов (48,3%). 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 ( $n=68$ ) пластика грыжевых ворот по Сапежко выполнена у 34 пациентов (50%), полиспасными швами –

у 29 пациентов (42,6%), у 5 (7,4%) 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 больных в стационаре в этой группе составила  $6,4 \pm 3,9$  ( $M \pm m$ ) (min-max.: 1-21 койко-день). Пациенты 2-й группы ( $n=83$ ), которым выполнялась ненатяжная пластика в зависимости от операционного доступа разделены на 2 подгруппы. Открытый метод пластики передней брюшной стенки выполнен у 83,1% ( $n=69$ ) пациентов. Из них пластика с расположением сетчатого протеза в ретромускулярном пространстве (операция Rives-Stopppa) применялась у 31 (44,9%) пациентов, еще в 44,9% случаев сетчатый протез был установлен предбрюшинно (позиция «sublay») из мини-доступа, у 7 пациентов сетчатый протез был установлен на передний листок (позиция «onlay») апоневроза прямых мышц живота. 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 анаггетики. Средняя длительность больных в стационаре составила  $7,7 \pm 4,6$  ( $M \pm m$ ) (min-max.: 2-36 койко-дня).

Во второй подгруппе операции ( $n=29$ ) выполнены с применением эндовидеохирургической техники. В 58,6% ( $n=17$ ) случаев выполнена тотально-экстраперитонеальная герниопластика с расположением сетчатого протеза в ретромускулярном пространстве (eTEP Rives-Stopppa). Операция выполнялась преимущественно мужчинам 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 минут). Средняя длительность стационарного лечения составила  $6,2 \pm 1,9$  ( $M \pm m$ ) (min-max.: 3-10 койко-день). Осложнений не было. В 41,4% ( $n=12$ ) 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 излишка подкожно-жировой клетчатки, и они не требовали абдоминопластики. Операция выполнялась из трёх портов от 5 до 10 мм в зоне ниже линии бикини. В 25 % ( $n=3$ ) случаев выполнена подкожная пликация (сшивание) передних листком апоневроза прямых мышц живота без укрепления сетчатым протезом, еще 3-х случаях в ретромускулярное пространства устанавливали сетчатый протез размером 10\*15 см с последующей пликацией белой линии. У 6 пациентов после ушивания дефекта пупочного кольца, на область диастаза и зоны ушивания устанавливали сетчатый протез (позиция interlay) шириной 2-2,5 см и нужной длины, далее над ним сшивали передние листки апоневроза прямых мышц живота. У 1 пациента (8,3%) послеоперационный период осложнился развитием серомы, потребовавшей однократной пункции под УЗИ контролем

(класс IIIa по Clavien-Dindo). Среднее время операции составило  $196,7 \pm 44,9$  минут ( $M \pm m$ ) (min-max.: 110-265 минут). В послеоперационном периоде болевой синдром был выражен слабо, что позволило не применять наркотические анальгетики. Средняя длительность стационарного лечения составила  $5 \pm 1,5$  ( $M \pm m$ ) (min-max.: 3-7 койко-день).

Рецидива заболевания в обеих группах не было. У 2 (2,89%) пациентов, которым выполнялась открытая операция Rives-Stoppa течение послеоперационного периода осложнилось образованием ретромышечной гематомы (класс IIIa по Clavien-Dindo), у 3 (4,35%) 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 eTER 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.