



ВЫБОР МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Саметдинов Нархужа Юлдашевич ¹

Собиров Жасур Гайбуллаевич ²

Соибназаров Орзикул Эрназар угли ³

¹ Хирург клиники AKFA Medline University, Ташкент.

² Национальный медицинский центр, Ташкент.

³ Джизакский областной многопрофильный медицинский центр

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21523836>

Аннотация. Рациональный выбор метода лапароскопической герниоаллопластики при вентральных грыжах является одним из ключевых факторов успешного хирургического лечения. Несмотря на значительное развитие малоинвазивных технологий, единый универсальный подход к выбору метода пластики отсутствует. Размер грыжевого дефекта, его локализация, состояние мышечно-апоневротических структур, выраженность спаечного процесса, индекс массы тела и сопутствующая патология оказывают непосредственное влияние на выбор хирургической тактики. Анализ современных литературных данных свидетельствует, что применение клинко-анатомического подхода позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить вероятность рецидива заболевания и улучшить функциональные результаты лечения.

Ключевые слова: вентральная грыжа, лапароскопическая герниоаллопластика, клинко-анатомические особенности, сетчатый имплантат, лапароскопическая хирургия.

Актуальность. Вентральные грыжи занимают одно из ведущих мест среди заболеваний передней брюшной стенки. По данным современной литературы, послеоперационные вентральные грыжи формируются у 10–20 % пациентов после лапаротомии, а при наличии факторов риска этот показатель существенно возрастает. Рецидив заболевания после хирургического лечения остаётся актуальной проблемой, несмотря на использование современных сетчатых эндопротезов.

Одной из причин неудовлетворительных результатов является недостаточный учёт индивидуальных клинко-анатомических особенностей пациента при выборе способа герниопластики. Развитие лапароскопической хирургии значительно расширило возможности лечения вентральных грыж, однако эффективность вмешательства во





многим определяется правильной оценкой характера дефекта и состояния тканей передней брюшной стенки.

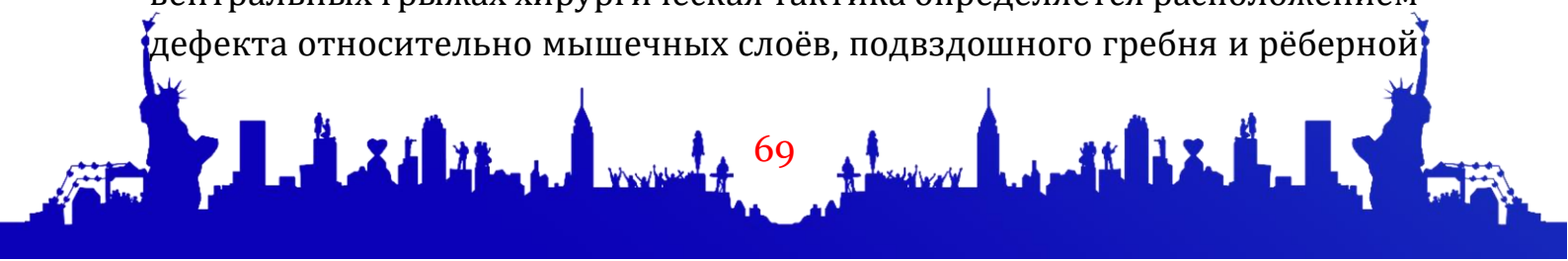
Цель исследования. Проанализировать современные литературные данные о влиянии клинко-анатомических особенностей вентральных грыж на выбор метода лапароскопической герниоаллопластики и определить основные критерии индивидуализации хирургической тактики.

Материалы и методы. Проведён анализ отечественных и зарубежных научных публикаций, посвящённых лапароскопическому лечению вентральных грыж. Изучены рекомендации European Hernia Society (EHS), International Endohernia Society (IEHS), Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), а также результаты систематических обзоров и метаанализов, опубликованных за последние годы. Особое внимание уделено влиянию размеров грыжевого дефекта, локализации, состояния мышечно-апоневротического комплекса и особенностей внутрибрюшной анатомии на выбор метода оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. Современная концепция хирургического лечения вентральных грыж основана на принципе индивидуального выбора метода операции. Предоперационное обследование включает клиническую оценку состояния пациента, лабораторную диагностику и инструментальные методы исследования. Наиболее информативной считается компьютерная томография брюшной стенки, позволяющая определить размеры грыжевых ворот, объём грыжевого содержимого, состояние мышц передней брюшной стенки и выраженность спаечного процесса.

Размер дефекта является одним из определяющих факторов выбора хирургической тактики. При небольших дефектах возможно выполнение лапароскопической герниоаллопластики с минимальной мобилизацией тканей и установкой сетчатого имплантата. При средних и крупных дефектах возникает необходимость восстановления нормальной анатомии передней брюшной стенки с устранением диастаза прямых мышц живота и перераспределением нагрузки на мышечно-апоневротический каркас.

Особое значение имеет локализация грыжи. Срединные дефекты сопровождаются нарушением биомеханики брюшной стенки и требуют максимально полного восстановления белой линии живота. При боковых вентральных грыжах хирургическая тактика определяется расположением дефекта относительно мышечных слоёв, подвздошного гребня и рёберной





дуги. Эти особенности оказывают влияние на способ фиксации сетчатого эндопротеза и выбор оперативного доступа.

У пациентов с выраженным ожирением значительно увеличивается внутрибрюшное давление, что сопровождается повышением риска несостоятельности пластики. Поэтому при выборе метода операции необходимо учитывать индекс массы тела, наличие сахарного диабета, хронической дыхательной недостаточности и других факторов, ухудшающих процессы регенерации тканей.

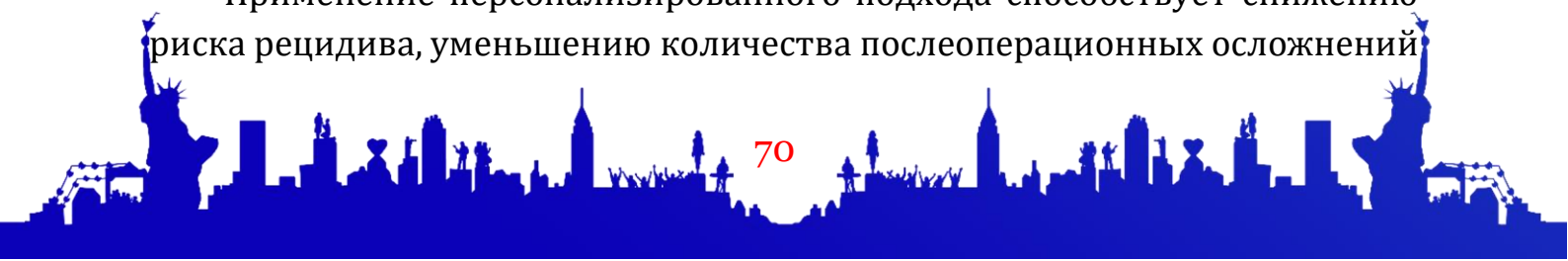
Важным элементом клинико-анатомического анализа является оценка состояния мышечно-апоневротического комплекса. Атрофия прямых мышц живота, выраженный диастаз, наличие множественных рубцов после предыдущих операций и хронический воспалительный процесс существенно осложняют выполнение реконструктивного этапа вмешательства. В подобных ситуациях предпочтение отдаётся методикам, позволяющим максимально восстановить физиологическую анатомию брюшной стенки.

Современные лапароскопические технологии позволяют значительно уменьшить операционную травму, обеспечить хорошую визуализацию анатомических структур и выполнить полноценную реконструкцию передней брюшной стенки. Использование современных композитных и облегчённых сетчатых эндопротезов способствует равномерному распределению нагрузки и снижает вероятность формирования хронического болевого синдрома.

Согласно современным международным рекомендациям, выбор метода лапароскопической герниоаллопластики должен осуществляться не только с учётом размеров дефекта, но и на основании комплексной оценки анатомических особенностей пациента. Такой подход обеспечивает лучшие функциональные результаты, сокращает сроки реабилитации и уменьшает частоту повторных операций.

Заключение. Клинико-анатомическая оценка вентральной грыжи является основой выбора оптимального метода лапароскопической герниоаллопластики. Комплексный анализ размеров и локализации дефекта, состояния мышечно-апоневротического комплекса, сопутствующей патологии и индивидуальных особенностей пациента позволяет значительно повысить эффективность хирургического лечения.

Применение персонализированного подхода способствует снижению риска рецидива, уменьшению количества послеоперационных осложнений





и улучшению функциональных результатов реконструкции передней брюшной стенки. Современные лапароскопические технологии в сочетании с детальным клинико-анатомическим планированием являются перспективным направлением развития герниологии.

Литература:

1. Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F., et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13(4):407–414.
2. Henriksen N.A., Montgomery A., Kaufmann R., et al. European Hernia Society guidelines on management of ventral hernias. *Br J Surg*. 2020;107(3):171–190.
3. Bittner R., Bain K., Bansal V.K., et al. Update of Guidelines for Laparoscopic Treatment of Ventral and Incisional Abdominal Wall Hernias (IEHS). *Surg Endosc*. 2019;33:3069–3139.
4. Novitsky Y.W., Elliott H.L., Orenstein S.B., Rosen M.J. Transversus abdominis muscle release. *Am J Surg*. 2012;204(5):709–716.
5. Petro C.C., Haskins I.N., Pérez A.J., et al. Complex abdominal wall reconstruction. *Surg Clin North Am*. 2021;101(2):233–246.
6. Köckerling F., Simon T. Current concepts of incisional hernia repair. *Visceral Medicine*. 2018;34:145–150.
7. LeBlanc K.A. Laparoscopic incisional and ventral hernia repair. *Hernia*. 2004;8(4):323–331.
8. Deerenberg E.B., Henriksen N.A., Antoniou S.A., et al. Updated guideline for closure of abdominal wall incisions. *World J Surg*. 2022;46:2495–2514.
9. Rosen M.J., Bauer J.J., Harmaty M., et al. Outcomes of ventral hernia repair. *Ann Surg*. 2013;257(6):991–996.
10. Hope W.W., Cobb W.S., Adrales G.L., et al. SAGES Guidelines for Laparoscopic Ventral Hernia Repair. *Surg Endosc*. 2016.

