

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Саметдинов Нархуджа 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.21523788>

Аннотация. Вентральные грыжи остаются одной из наиболее распространённых проблем современной абдоминальной хирургии. Несмотря на широкое внедрение современных методов герниопластики, выбор оптимального способа лапароскопического лечения зависит от анатомических особенностей грыжевого дефекта, размеров грыжевых ворот, состояния передней брюшной стенки и наличия сопутствующих заболеваний. Индивидуальный клинко-анатомический подход к выбору метода лапароскопической герниоаллопластики позволяет снизить частоту рецидивов, уменьшить количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов. В работе представлен анализ современных данных литературы, посвящённых обоснованию выбора лапароскопических методов герниоаллопластики при вентральных грыжах.

Ключевые слова: вентральная грыжа, лапароскопическая герниоаллопластика, IPOM, eTER, TAR, герниология, сетчатый имплантат.

Актуальность. Вентральные грыжи составляют до 20–25 % всех наружных грыж брюшной стенки и являются одной из наиболее частых причин плановых хирургических вмешательств. Послеоперационные вентральные грыжи встречаются у 10–20 % пациентов после лапаротомий, а при наличии факторов риска их частота достигает 30 %.

Несмотря на широкое внедрение современных сетчатых эндопротезов, проблема рецидивов и послеоперационных осложнений остаётся актуальной. Основной причиной неудовлетворительных результатов является отсутствие дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики без учёта клинко-анатомических особенностей конкретного пациента.

В последние годы широкое распространение получили лапароскопические технологии, обеспечивающие минимальную



хирургическую травму, снижение выраженности болевого синдрома и более быстрое восстановление пациентов.

Цель исследования. Провести анализ современных литературных данных по клинко-анатомическому обоснованию выбора метода лапароскопической герниоаллопластики при вентральных грыжах и определить основные критерии выбора оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы. Выполнен обзор современных отечественных и зарубежных научных публикаций, международных клинических рекомендаций Европейского общества герниологов (EHS), Международного общества эндоскопической герниологии (IEHS), Общества американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (SAGES), а также систематических обзоров и метаанализов, опубликованных за последние годы.

Проведён сравнительный анализ наиболее распространённых методов лапароскопической герниоаллопластики: IPOM, IPOM Plus, eTEP, TAPP, TAR и других современных малоинвазивных технологий.

Результаты и обсуждение. Выбор метода лапароскопической герниоаллопластики определяется рядом клинко-анатомических факторов. Наиболее значимыми являются размеры грыжевых ворот, локализация дефекта, состояние мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки, наличие диастаза прямых мышц живота, количество ранее перенесённых операций и выраженность спаечного процесса.

При небольших первичных вентральных грыжах диаметром до 4–5 см хорошие результаты демонстрирует лапароскопическая герниоаллопластика по методике IPOM Plus, предусматривающая ушивание грыжевого дефекта с последующей фиксацией сетчатого эндопротеза. Данный подход обеспечивает лучшее восстановление анатомии брюшной стенки и снижает риск формирования сером и рецидивов.

При средних и крупных послеоперационных вентральных грыжах всё большее распространение получают методики eTEP (Enhanced View Totally Extraperitoneal Repair) и TAR (Transversus Abdominis Release), позволяющие разместить сетчатый имплантат в ретромускулярном пространстве без непосредственного контакта с органами брюшной полости. Эти технологии обеспечивают более физиологичное восстановление передней брюшной



стенки и значительно уменьшают вероятность развития спаечной болезни, хронического болевого синдрома и кишечных свищей.

Особое внимание уделяется выбору типа сетчатого эндопротеза. Современные лёгкие полипропиленовые и композитные сетки обладают высокой биосовместимостью, способствуют равномерному распределению нагрузки на ткани и уменьшают выраженность воспалительной реакции. При интраперитонеальном расположении сетки предпочтение отдаётся композитным имплантатам с антиадгезивным покрытием.

Современные исследования показывают, что лапароскопическая герниоаллопластика сопровождается меньшей кровопотерей, снижением риска инфекционных осложнений области хирургического вмешательства, уменьшением интенсивности послеоперационной боли и сокращением сроков госпитализации по сравнению с открытыми методиками.

В последние годы активно развивается концепция функциональной реконструкции передней брюшной стенки, направленная не только на закрытие грыжевого дефекта, но и на восстановление нормальной биомеханики мышечно-апоневротического комплекса. Такой подход особенно актуален у пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами.

Большинство международных рекомендаций подчёркивают необходимость индивидуального выбора метода герниоаллопластики с учётом анатомических особенностей пациента, размеров дефекта согласно классификации European Hernia Society (EHS), индекса массы тела, сопутствующей патологии и опыта хирурга.

Комплексный предоперационный анализ с использованием ультразвукового исследования и компьютерной томографии позволяет точно определить размеры дефекта, состояние мышц передней брюшной стенки и выбрать наиболее рациональный метод хирургического лечения.

Заключение. Клинико-анатомический подход к выбору метода лапароскопической герниоаллопластики является важнейшим фактором успешного хирургического лечения вентральных грыж.

Современные лапароскопические технологии IPOM Plus, eTER и TAR позволяют значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов, обеспечить полноценное восстановление анатомии передней брюшной стенки и улучшить функциональные результаты лечения.

Индивидуализация хирургической тактики с учётом анатомических особенностей грыжевого дефекта, современных международных



рекомендаций и опыта хирурга способствует повышению эффективности хирургического лечения пациентов с вентральными грыжами.

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. Bittner R., Bain K., Bansal V.K., et al. Update of Guidelines for Laparoscopic Treatment of Ventral and Incisional Abdominal Wall Hernias (IEHS). *Surgical Endoscopy*. 2019;33:3069–3139.
3. Henriksen N.A., Montgomery A., Kaufmann R., et al. European Hernia Society Guidelines on Management of Ventral Hernias. *British Journal of Surgery*. 2020;107(3):171–190.
4. Petro C.C., Haskins I.N., Pérez A.J., et al. Transversus Abdominis Release for Complex Ventral Hernia Repair. *Surgical Clinics of North America*. 2021;101(2):233–246.
5. Novitsky Y.W., Elliott H.L., Orenstein S.B., Rosen M.J. Transversus Abdominis Muscle Release: A Novel Approach to Posterior Component Separation During Complex Abdominal Wall Reconstruction. *American Journal of Surgery*. 2012;204(5):709–716.
6. Rosen M.J., Bauer J.J., Harmaty M., et al. Multicenter Prospective Longitudinal Study of the Recurrence, Surgical Site Infection, and Quality of Life After Ventral Hernia Repair. *Annals of Surgery*. 2013;257(6):991–996.
7. LeBlanc K.A. Laparoscopic Incisional and Ventral Hernia Repair: Complications — How to Avoid and Handle. *Hernia*. 2004;8(4):323–331.
8. Köckerling F., Simon T., Hukauf M., et al. The Importance of Registries in Hernia Surgery. *Hernia*. 2018;22(3):357–364.
9. Deerenberg E.B., Henriksen N.A., Antoniou S.A., et al. Updated Guideline for Closure of Abdominal Wall Incisions. *World Journal of Surgery*. 2022;46:2495–2514.
10. Hope W.W., Cobb W.S., Adrales G.L., et al. SAGES Guidelines for Laparoscopic Ventral Hernia Repair. *Surgical Endoscopy*. 2016.