

оперативных вмешательств не потребовалось. Послеоперационный период после лапароскопической герниопластики характеризовался ранней активизацией оперированных, которые через 3-5 часов после операции самостоятельно вставали, принимали жидкую пищу и не нуждались в постороннем уходе. Послеоперационный болевой синдром был минимальным и в первые сутки адекватно купировался применением ненаркотических анальгетиков. Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 4,5 койко-дня. Летальных исходов не было. Рецидив грыжи возник у 4 пациентов, у одного из них через месяц после операции вследствие падения во время занятия спортом, у 3 пациентов старшего возраста с пахово-мошоночными грыжами – через 2 месяца после операции. Все эти пациенты были оперированы в начале освоения методики операции. В 3 случаях рецидива грыжи было выполнено грыжесечение, пластика пахового канала по Lichtenstein, в одном – повторное лапароскопическое вмешательство с предбрюшинной имплантацией протеза.

Выводы. Таким образом, анализ первого опыта TAPP-герниопластики позволяет применять этот вариант малоинвазивного лечения пациентов с различными видами паховой грыжи при соответствующей технической подготовке и мотивации хирургической бригады. Преимуществами операции являются малая травматичность, ранняя реабилитация пациентов, сокращение сроков пребывания в клинике, косметичность.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАДНЕЙ СЕПАРАЦИОННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Леоненко В. И., Давидович И. Ю., Маслянский В. Б.

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Проблема лечения послеоперационных вентральных грыж остаётся актуальной и в данное время, так как наряду с развитием малоинвазивной хирургии растёт и численность сложных, травматичных вмешательств. В настоящее

время в практическую герниологию активно внедряются методы пластики передней брюшной стенки, основанные на технике разделения анатомических компонентов. В литературе описаны способы Ramirez, PUPS, Rives-Stoppa-Wantz, Maas, Ennis, Lindsey, Sukkar, Levine-Karp, Carbonell, Novitsky. Различают переднюю (Anterior Components Separation Technique) и заднюю (Posterior Components Separation Technique) сепарацию при послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ).

Основным недостатком передней сепарационной герниопластики остается необходимость создания обширных кожно-жировых лоскутов, что способствует повышению риска развития инфекции области хирургического вмешательства, частота которой, по данным литературы, достигает 26-63% случаев. Одним из вариантов задней сепарационной герниопластики является метод Rives-Stoppa-Wantz, при котором для расположения сетчатого имплантата выполняется сепарация пространства между прямой мышцей живота и ее задним листком влагалища на протяжении 6-8 см. Учитывая превосходные результаты, в 2004 г. Американское общество герниологов признало этот метод «золотым стандартом» открытой хирургии вентральных грыж. Однако методика запрещает диссекцию тканей за пределы латеральной границы заднего листка влагалища прямой мышцы живота, что делает ее неприменимой в хирургии больших грыжевых дефектов. Техника задней сепарации в сочетании с ретромускулярной пластикой предложена А. М. Carbonell et al. в 2008 г. Вертикально рассекается задний листок влагалища прямой мышцы живота, затем препарируются ткани в латеральном направлении между поперечной и внутренней косой мышцами живота. Указанную плоскость разделения тканей в дальнейшем используют для размещения большого синтетического имплантата, который будет находиться в медиальном сегменте брюшной стенки дорсальнее прямых мышц живота, а в латеральном – внутренних косых. Края сетки фиксируют к тканям с помощью трансабдоминальных швов.

Наиболее частый метод задней сепарационной герниопластики – TAR (Transversus Abdominis Muscle Release),

предложенный в 2012 г. Y. W. Novitsky et al., который имеет доказанные преимущества как перед передней сепарацией, так и перед другими методами задней сепарации:

- метод позволяет выполнять диссекцию тканей в бессосудистом пространстве под поперечной мышцей живота;
- по данным литературы, частота рецидивов при использовании этого метода ниже на 10%, в сравнении с другими методами.

Цель работы: сравнить результаты применения метода задней сепарационной герниопластики с другими методами хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов клинического обследования и хирургического лечения 52 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных на базе хирургического отделения № 2 УЗ «ГОКБ». Из них 26 женщин (50%), 26 (50%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $57,4 \pm 12,8$ года.

Преобладали срединные грыжи – 45 пациентов, 2 боковые грыжи после нефрэктомии и аппендэктомии. Размеры грыжевых дефектов от 5 до 16 см в диаметре. У 10 пациентов грыжевые дефекты были множественными. У 7 пациентов грыжи были рецидивные, из них 2 пациентам ранее применялось протезирование грыжевого дефекта сетчатым протезом по методике «on lay».

Из 52 пациентов 15 оперированы методом передней сепарационной герниопластики, 13 – с пластикой сетчатым протезом «sub lay».

24 пациентам выполнена задняя сепарационная герниопластика по методу Rives-Stoppa-Wantz, используя бесшовную методику фиксации протеза, из них 3 пациентам выполнена симультанная холецистэктомия, одному пациенту – резекция тонкой кишки по поводу спаечной болезни (16%). Всем пациентам в послеоперационном периоде применялось вакуумное дренирование ретромускулярного пространства и подкожной клетчатки по Редону, профилактика ТЭО

фракционированными гепаринами в течение 5-7 дней, ранней активизацией, использованием компрессионного трикотажа. Инфекционные осложнения предупреждались использованием предоперационной антибиотикотерапии. Все пациенты получали физиолечение.

Удаление дренажей производилось на 5-7 сутки, после чего выполнялся УЗИ-контроль.

По результатам лечения у 52 пациентов не отмечалось инфекционных осложнений. В группе пациентов, у которых была применена передняя сепарационная герниопластика, у 4-х пациентов вакуумное дренирование, ввиду значительного количества серозного экссудата. В группе пациентов, оперированных с использованием методики задней сепарационной герниопластики, послеоперационный период протекал без особенностей, а также отмечалось сокращение времени оперативного вмешательства в среднем на 34 ± 5 минут в сравнении с группой оперированных по методике «sub lay», и сокращения среднего срока койко-дня в среднем на 3 дня ± 1 и составил послеоперационный период 10.1 ± 1.2 дня.

Выводы. В выборе вида герниопластики определяющим критерием является размер грыжевого дефекта. Применяя методику протезирования грыжевого дефекта, предпочтение следует отдавать задней сепарационной герниопластике, дающей меньшее число осложнений со стороны раны, сокращающей время оперативного вмешательства, а также сокращающей количество койко-дней.