

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОЯСНИЧНЫХ И ПЕРЕДНЕБОКОВЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА



Искандаров Юсуф Назимович, Абдурахманов Диёр Шукурилаевич, Якубов Гафур Шарофович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚОРИН БҮШЛИГИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ БЕЛ ВА ОЛД-ЯНОҚ ЧУРРАЛАРИДА ОПТИМАЛ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ ТАНЛОВИ

Искандаров Юсуф Назимович, Абдурахманов Диёр Шукурилаевич, Якубов Гафур Шарофович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

SELECTION OF OPTIMAL SURGICAL STRATEGY FOR POSTOPERATIVE LUMBAR AND ANTEROLATERAL ABDOMINAL HERNIAS

Iskandarov Yusuf Nazimovich, Abdurakhmanov Diyor Shukurillaevich, Yakubov Gafur Sharofovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Уибү тадқиқот 102 нафар операциядан кейинги бел ва олд-яноқ қорин чурраси билан оғриган беморларнинг комплекс текшируви ва жарроҳлик даволаши натижалари таҳлилига асосланган. Қорин ён деворининг анатомо-функционал етишимочилигини интраоперацион ултрапотови диагностикаси ёрдамида аниқлаш ва профилактик эндопротезлашнинг тақомиллаштирилган усуллари операциядан кейинги чурралар ва уларнинг қайталаниши частотасини камайтишишга имкон берди. Операциядан кейинги бел ва ён чурраларда ҳерниопластика усулини танлаш аниқ ишлаб чиқилган обектив мезонларга асосланган бўлиши лозим. Тарсилмас (тенсион-фре) сепаратсион ҳерниоаллопластика қўлланилиши натижасида операциядан кейинги асоратлар частотаси 27,7% дан 8,9% гача, қайталаниши ҳоллари эса 16,6% дан 2,1% гача камайди.

Калим сўзлар: операциядан кейинги бел ва ёнбоши қорин чурралари, эндопротезлаш, сепаратив пластика.

Abstract: This study is based on the analysis of comprehensive examination and surgical treatment of 102 patients with postoperative lumbar and anterolateral abdominal hernias. The developed and improved methods of intraoperative ultrasound diagnostics of the anatomical and functional insufficiency of the lateral abdominal wall combined with preventive endoprostheses implantation reduce the incidence of postoperative hernia formation and recurrence. The choice of surgical approach and type of hernioplasty for postoperative lateral and lumbar hernias should be guided by well-defined objective criteria. The use of tension-free separation hernioallograft reduced the rate of postoperative complications from 27.7% to 8.9%, and the recurrence rate from 16.6% to 2.1%.

Keywords: postoperative lumbar and anterolateral abdominal hernias, endoprostheses, separation hernioplasty.

Актуальность проблемы. Поясничные и боковые грыжи живота остаются относительно редкой, но крайне клинически значимой патологией, особенно в контексте их возникновения после урологических вмешательств, таких как нефрэктомия, уретеролитотомия, цистэктомия и реконструктивные вмешательства. Несмотря на малую распространённость, их лечение вызывает значительные сложности из-за анатомической локализации дефекта, нарушенного мышечно-апоневротического каркаса и высокой вероятности рецидива.

Современные подходы к хирургическому лечению поясничных и боковых грыж включают как традиционные (onlay, sublay), так и лапароскопические и робот-ассистированные техники с применением сетчатых имплантатов. Однако, несмотря на достижения в герниопластике, частота рецидивов остаётся высокой — до 20–35%, особенно при значительных дефектах и наличии сопутствующих факторов риска, таких как ожирение, хронический кашель, выраженная мышечная атрофия и инфицирование послеоперационной раны.

Анализ международной литературы показывает, что вопросы профилактики подобных грыж находятся на стыке урологической и герниологической хирургии. Профилактические мероприятия, включая рациональный выбор хирургического доступа, минимизацию интраоперационной травмы мышечно-апоневротических структур, а также раннюю физическую реабилитацию и плановую реконструкцию задней брюшной стенки, только начинают разрабатываться. В последние годы отдельные исследователи [5, 9, 13] акцентируют внимание на внедрении превентивной сетчатой пластики при высоком риске грыжеобразования.

В литературе проблема представлена ограниченно. Наблюдаются единичные клинические наблюдения и серии случаев, преимущественно описывающие осложнённые формы после нефрэктомий с боковым доступом. Отсутствует единая классификация подобных грыж, что затрудняет стандартизацию подходов к их лечению и профилактике. Кроме того, до сих пор не сформулированы чёткие алгоритмы выбора способа пластики в зависимости от размера дефекта, мышечной дисфункции и анатомического типа грыжи [2, 7, 10, 14].

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных поясничных и боковых грыж живота.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе комплексного обследования и хирургического лечения 102 пациентов с ППГ и ППБГ грыжами, находивших-

ся на лечении в хирургическом и урологическом отделениях Многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета с 2019 по 2024 г. при этом у 68 (66,6%) пациентов имело место ППГ, у 34 (33,3%)

Больных женского пола страдающих ППГ и ППБГ грыжами составили 62 (60,8%), мужчин 40 (39,2%). В 83 (81,4%) наблюдении больные находились в наиболее зрелом трудовом возрасте (от 18 до 60 лет). Пациентов с ППГ и ППБГ грыжами распределили согласно классификации J.P.Chevrel и A.M.Rat (табл. 1).

Так, размеры грыжевых ворот у пациентов с ППГ были следующими: W1 (до 5 см) у 12 (17,6%), W2-(5-10 см) - у 27 (39,7%), W3- (10-15 см) - у 20 (29,4%) и W4-(более 15 см) - 9 (13,2%). При этом число рецидивов этого контингента больных было следующим: рецидивов заболевания не было у 46 (67,6%) больных, R1 - у 10 (14,7%), R2- у 8 (11,7%) и R3- у 4 (5,9%).

У пациентов с ППБГ грыжами размеры грыжевого дефекта W1-было у 10 (29,4%), W2- у 16 (47,1%), W3- у 4 (11,7%) и W4- 4(11,7%). Количество рецидивов заболевания отсутствовало у 21(61,7%), R1-было 5(14,7%), R2- у 4 (11,7%) и R3- ещё у 4 (11,7%). В целом по обеим группам больных с ППГ (LL4) и ППБГ (L3) размеры грыжевых ворот были следующими: W1 - (до 5 см) у 22 (21,5%), W2- (5-10 см) - у 43 (42,1%), W3- (10-15 см) - у 24 (23,5%) и W4 - более 15 см) у 13 (12,7%) больных. По числу перенесенных рецидивов: не было рецидивов R0- у 67 (65,7%), R1- у 15 (14,7%), R2- у 12(11,7%) и R4- у 8 (7,8%).

Таблица 1. Распределение больных согласно классификации J.P.Chevrel и A.M.Rat

По локализации (L)	Величина грыжевого дефекта (W)				Число рецидивов (R)				Итого
	W ₁ (<5 см)	W ₂ (5-10 см)	W ₃ (10-15 см)	W ₄ Более 15 см)	R ₀	R ₁	R ₂	R ₃	
ППГ (L ₄)	12	27	20	9	46	10	8	4	68
ППБГ (L ₃)	10	16	4	4	21	5	4	4	34
Всего	22	43	24	13	67	15	12	8	102

Таблица 2. Характер перенесенных ранее раневых осложнений у пациентов ППГ и ППБГ (n=102)

Характер раневых осложнений	Количество	%
Нагноение люмботомной раны	40	39,2
Наличие мочевых свищей и затеков релапаротомных ран	23	22,5
Гематома и серома послеоперационных ран	20	19,6
Причину установить не удалось	19	18,6
Всего	102	100

Таблица 3. Характер оперативных вмешательств при ППГ и ППБ грыжах (n=102)

Название операции	Количество		Осложнения	
	абс	%	абс	%
Натяжные способы герниопластики	18	17,6	5	27,7
Ненатяжная герниоаллопластика	28	27,4	4	14,3
Сепарационные способы герниоаллопластики	56	54,9	5	8,9



Рис. 1. Сепарация наружной и внутренней косых мышц, а также поперечной мышцы и фасции

Все пациенты с ППГ и ППБ грыжами были оперированы ранее по поводу хирургических заболеваний почек и мочеточника.

В 75 (73,5%) наблюдений оперативные вмешательства были приведены при наличии конкрементов в различных отделах почек и мочеточника, в 27 (26,5%), оперативные вмешательства были проведены по поводу гнойно-септических заболеваний.

Практически во всех случаях больным проводили тяжелые травматичные вмешательства с пересечением не только мышц, но и нервных стволов и сосудов. Кроме этого, во всех (100%) практических случаях оперативные вмешательства завершились через раневым дренированием.

Согласно данным истории болезни и выписки из стационаров в послеоперационном периоде у этого контингента больных наблюдались различные раневые гнойно-воспалительные осложнения (табл. 2).

Среди послеоперационных раневых осложнений в 40 (39,2%) наблюдениях после урологических вмешательств отмечалось нагноение люмботомных доступов, в 23 (22,5%) отмечались мочевые раневые свищи и затеки, в 20 (19,6%) гематомы и серомы ран и в 19 (18,6%) причину развития ППГ и ППБ грыж по представленным медицинским документациям установить не удалось.

Результаты и их обсуждение. Для выбора способа и объема операции при ППГ и ППБ грыжах живота придерживались дифференцированной хирургической тактике, которая была основана на объективных данных и результатов инструментальных методов исследований.

Согласно приведенным объективным критериям при ППГ и ППБ грыжах выполняли различные по объему и характеру оперативные вмешательства (табл. 3).

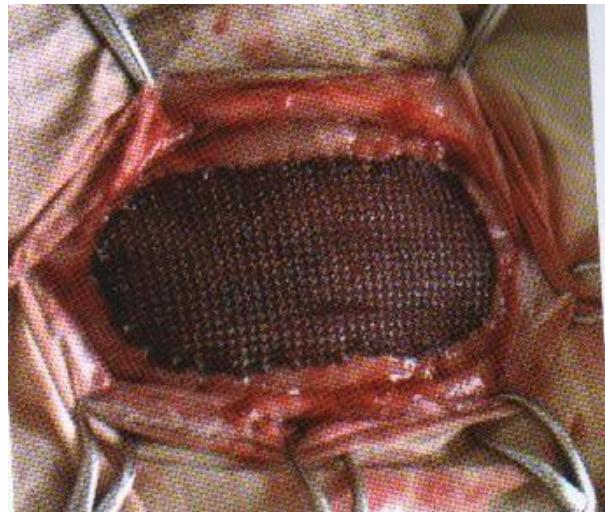


Рис. 2. Фиксация эндопротеза

Как видно из представленной таблицы наиболее часто в 56 (54,9%) наблюдениях выполняли сепарационную методику герниопластики, в 28 (27,4%) ненатяжные способы и в 18(17,6%) натяжные методы герниопластики. В послеоперационном периоде после натяжных способов герниопластики осложнения имело место в 27,7% (n=5) случаях, тогда как после «ненатяжных» и комбинированных способов герниопластики составило 14,3% (n=4) и 8.9% (n=5).

По предложенной сепарационной методике герниопластики производится восстановление целостности мышечно-апоневротического слоя боковой стенки живота, ликвидацию деформации и асимметрии живота за счет применения эндопротезов “Vipro Ethocon” и “Эсфил” Линтекс. Полипропиленовые сетчатый эндопротез укладывали и фиксировали в единое сформированное ретромускулярное пространство между наружной и внутренней косыми мышцами – от спигелевой линии до поясничных мышц и от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости по принципу “tension-free”, недостаточное пространство обязательно дренировали.

После иссечения старого послеоперационного рубца окаймляющими разрезами послойно отсепарировали наружную и внутреннюю косые мышцы, а также поперечную мышцу и фасцию (рис. 1, 2).

Необходимо отсепаровать и выделить межфациональные структуры боковой стенки живота в пределах всей анатомической области, от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости и от спигелевой линии (парарактальной) линии до продольных мышц спины и поясничных мышц. Данный этап выполняли бережно, не допуская излишнего повреждения агрофильных и дряблых мышц

боковой стенки живота. После этого грыжевой мешок погружали, а поперечную фасцию и мышцу, а также внутреннюю косую мышцу над грыжевым мешком ушивали.

Эти анатомические образования ушивали на всем протяжении без натяжения. Формировали ровную площадку так, чтобы добиться ликвидации имеющейся деформации и асимметрии живота путем адекватного сопоставления межфасциальных слоев боковой области между собой, а также равномерной инвагинации, аппликации либо смещения и сопоставления между собой мышечных пучков при необходимости. Далее укладывали и фиксировали поверх внутренней косой мышцы живота полипропиленовый эндопротез: от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости и от спигелевой линии до продольных мышц спины и поясничных мышц.

Фиксацию протеза выполняли полипропиленовой нитью непрерывно, либо узловыми швами, отступя от каждого из его краев 4-5 см. надсеччатое пространство дренировали с силиконовой перфорированной трубкой в сроки до 5 суток. После чего ушивали наружную косую мышцу.

У пациентов после сепарационных методик из операционных ран выделялись в течение первых 5-6 суток серозно-геморрагическая, а затем в течение 7-10 суток серозная жидкость. В группе больных, которым выполняли ненатяжные методики герниопластики объем выделяемой жидкости из раны колебался от $26,5 \pm 1,2$ мл в первые сутки до $5,2 \pm 1,3$ мл на десятые сутки, а в группе больных оперированных комбинированным способом соответственно от $25,3 \pm 2,1$ мл до $3,6 \pm 1,2$ мл. Пиковое значение экссудативной реакции приходилось на третий сутки послеоперационного периода, когда у пациентов с «ненатяжной» герниопластикой количество выделенной жидкости составило $56,7 \pm 4,3$ мл, а в группе больных комбинированной герниопластикой $-45,5 \pm 4,2$ мл. Проведенное изучение течения воспалительной реакции в ответ на имплантацию протезов не выявило существенных различий.

Таблица 4. Показатели отдаленных результатов хирургического лечения послеоперационных поясничных и боковых грыж (n=73)

Результаты лечения	Натяжные способы (n=11)	Ненатяжные способы (n=25)	Сепарационные способы (n=37)
Отлично	-	6	14
Хорошо	3	10	11
Удовлетворительно	5	6	11
Неудовлетворительно	3	3	1

В ближайшем послеоперационном периоде после выполнения натяжных способов герниопластики в 5 (27,7%) наблюдениях отмечали послеоперационные осложнения. В 4 случаях отмечали раневые осложнения в виде: нагноения (n=2), серомы (n=1) и гематомы (n=1). Лишь в одном наблюдении диагностировали послеоперационную пневмонию. Комплексная консервативная терапия с применением антибактериальных средств позволило пролечить этого пациента. При наличии послеоперационных раневых осложнений проводили местное лечение при помощи 2-3-4 пункций под УЗ-контролем.

В группе пациентов, которым выполнялось ненатяжные методики герниопластики (4; 14,3%) наличие серомы диагностировали в 2 наблюдения при помощи УЗИ. Наличие инфильтрата у 1 и у 1 нагноение раны.

После выполнении сепарационной методики герниоаллопластики послеоперационные раневые осложнения диагностированы у 5 (8,9%) больных. В 5 наблюдениях наличие гематомы (n=2) и серомы (n=2) и инфильтратов диагностировали УЗ методом (n=1).

Отдалённые результаты в сроки от 1 до 6 лет изучены у 73 пациентов из 102. При этом 11 (15,1%) больных ранее перенесли натяжные способы герниопластики, 25 (34,2%) ненатяжные и (37 50,7%) сепарационные методики (табл. 4).

При оценке отдаленных результатов важное значение придавали результатам УЗИ, касающейся анатомо-функциональному состоянию мышц боковой стенки (табл. 5).

В отдаленные сроки после натяжных и ненатяжных методик отмечено отрицательная динамика ультразвуковых показателей боковой стенки живота. Увеличилось количество соединительнотканых прослоек в подкожной жировой клетчатке, ширина и толщина наружной косой мышцы составили $11,3 \pm 0,3$ см и $0,9 \pm 0,2$ см соответственно, а толщина мышечного слоя составила $0,92 \pm 0,3$ см. Дефекты в мышечно-апоневротическом слое отмечены у 7 пациентов на фоне резкого снижения сократительной способности боковой стенки живота ($11,3 \pm 1,1$ %).

Таблица 5. Ультразвуковая характеристика анатомо-функционального состояния боковой стенки живота до- и после оперативного вмешательства ($M\pm m$)

Ультразвуковые параметры	Здоровые лица (n=25)	Больные до операции (n=25)	Больные после операции	
			Ненатяжные способы (n=12)	Сепарационные способы (n=24)
Толщина наружной косой мышцы живота, см	1,6±0,3	0,86±0,03	0,8±0,03 $p_1>0,05$	1,3±0,07 $p_1<0,01$ $p_2<0,05$
Ширина наружной косой мышцы живота, см	7,4±0,63	12,2±0,6	11,3±0,4 $p_1>0,05$	9,4±0,5 $p_1<0,01$ $p_2<0,05$
Ширина спигелевой линии, см	0,4±0,3	0,8±0,02	0,8±0,02 $p_1<0,001$	0,7±0,03 $p_1<0,001$ $p_2<0,01$
Толщина мышечно-апоневротического слоя боковой стенки, см	1,68±0,2	0,84±0,2	0,8±0,4 $p_1>0,05$	1,5±0,3 $p_1<0,05$ $p_2>0,05$
Сократимость мышц боковой стенки живота от исходной величины, (%)	29,8±1,2	10,2±1,7	10,4±1,2 $p_1>0,05$	10,8±2,3 $p_1>0,05$ $p_2>0,05$

Примечание: p_1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми до операции (по Т-критерию Уилкоксона); p_2 – статистическая значимость различий показателей между способами операций (по U-критерию Манна-Уитни)

У пациентов, оперированных сепарационным способом наблюдалась ощутимая положительная динамика. Так, ширина спигелевой линии с $0,04\pm0,03$ см достигла $0,7\pm0,02$ см, ширина наружной косой мышцы живота составила $9,4\pm0,4$ см, а толщина $1,5\pm0,2$ см. дефектов в мышечно-апоневротическом слое не обнаружено.

Отличные и хорошие результаты после сепарационной герниопластики отмечены у 25 (67,5%) из 37 обследованных пациентов, после ненатяжных – у 16 (64%) и после натяжных – у 3 (27,3%) пациентов. Удовлетворительные результаты зафиксированы у 11 пациентов после сепарационной герниопластики, у 6 после ненатяжной герниопластики и у 5 после натяжных методик. Неудовлетворительные отдаленные результаты обнаружены у 7 пациентов после натяжных (n=3) и ненатяжных (n=3) способов и в 1 наблюдении после сепарационной герниопластики.

Таким образом, анализ результатов хирургического лечения ППГ и ППБГ показал, что после выполнение сепарационной методики герниоаллопластики непосредственные и отдаленные результаты значительно лучше по сравнению с ненатяжным и натяжными методами герниопластики.

Выводы:

1. Причинами возникновения и развития послеоперационных поясничных и боковых грыж живота после урологических вмешательств являются выполнение протяженных и

травматичных доступов с пересечением мышц и сосудисто – нервных образований, местные гнойно – воспалительные осложнения, а также недостаточность боковой стенки живота и сопутствующие обменные заболевания.

2. Разработанные и усовершенствованные методы интраоперационной ультразвуковой диагностики анатомо-функциональной недостаточности боковой стенки живота с превентивным эндопротезированием позволяют снизить частоту образования послеоперационных грыж и ее рецидивов.

3. Выбор способа и метода герниопластики при послеоперационных боковых и поясничных грыжах должно проводиться на основе разработанных объективных критериев. Применение ненатяжной сепарационной герниоаллопластики позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 27,7% до 8,9%, частоту рецидива с 16,6% до 2,1%.

Литература:

1. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукаидиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
2. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-CoV-2 //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.

3. Ризаев Ж. А., Бекжанова О. Е., Ризаев Э. А. Оценка эндогенной интоксикации у детей с герпетическим стоматитом по спектральному составу веществ низкой и средней молекулярной массы //Клиническая стоматология. – 2017. – №. 4. – С. 15-17.

4. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) //Tadqiqotlar. – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.

5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

7. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности //scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.

8. Ярмухamedова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение Краткосрочной Адаптации К Физическим Нагрузкам У Спортсменов Со Вторичными Иммунодефицитами //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.

9. Szczesny W., Kaska Ł., et al. "Surgical treatment of incisional hernias: Techniques and outcomes." *Hernia Journal*. 2021; 25(3): 345–354.

10. Deerenberg E. B., Timmermans L., et al. "Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): A double-blind, multicentre, randomised controlled trial." *Lancet*. 2015; 386(10000): 1254–1260.

11. Gurusamy K. S., Vaughan J., et al. "Mesh versus suture repair for incisional hernias." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022; (3): CD007781.

12. Sauerland S., Walgenbach M., et al. "Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; (10): CD007781.

13. Palladino E., Turra F., et al. "Postoperative complications after mesh-based abdominal wall hernia repair." *Annals of Surgery*. 2020; 271(5): 862–869.

14. Carbonell A. M., Warren J. A., et al. "Trends in incisional hernia repair: Emerging techniques and patient outcomes." *Surgical Clinics of North America*. 2022; 102(5): 901–915.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОЯСНИЧНЫХ И ПЕРЕДНЕБОКОВЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

Искандаров Ю.Н., Абдурахманов Д.Ш., Якубов Г.Ш.

Резюме. Настоящее исследование основано на анализе комплексного обследования и хирургического лечения 102 пациентов с послеоперационными поясничными и переднебоковыми грыжами живота. Разработанные и усовершенствованные методы интраоперационной ультразвуковой диагностики анатомо-функциональной недостаточности боковой стенки живота с превентивным эндопротезированием позволяют снизить частоту образования послеоперационных грыж и их рецидивов. Выбор способа и метода герниопластики при послеоперационных боковых и поясничных грыжах должен осуществляться на основе объективных критерии. Применение ненатяжной сепарационной герниоаллопластики позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 27,7% до 8,9%, а частоту рецидивов — с 16,6% до 2,1%.

Ключевые слова: послеоперационные поясничные и переднебоковые грыжи живота, эндопротезирование, сепарационная пластика.