

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОТОМНЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ



Сайинаев Фаррух Кароматович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович  
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ЛАПАРОТОМ ВА ЛАПАРОСКОПИК УСУЛЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОСИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

Сайинаев Фаррух Кароматович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович  
Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF LAPAROTOMIC AND LAPAROSCOPIC METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Sayinaev Farrukh Karomatovich, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Rakhmanov Kosim Erdanovich  
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammi.uz](mailto:info@sammi.uz)

**Резюме.** Мақолада 2018-2023-йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиника-си хирургия бўлимида операциядан кейинги қорин олд девори чурраси билан оғриган 115 нафар беморни клиник кўриқдан ўтказиш маълумотлари келтирилган. Даволаш тактикасини танлашга қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ, таққослаш гуруҳи 72 (62,6%) беморлардан иборат бўлиб, улар очиқ усулда герниопластика операциясини ўтказган. Иккинчи гуруҳ, асосий гуруҳ, лапароскопик герниоаллопластикаси режалаштирилган 43 (37,4%) беморлардан иборат эди.

**Калим сўзлар:** қорин олд девори чурраси, аллопластика, эндовидеохирургия.

**Abstract:** The article presents the data of a clinical examination of 115 patients with postoperative ventral hernias, who were operated on in the surgical department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University for the period from 2018 to 2023. Depending on the choice of treatment tactics, the patients were divided into two groups. The first group, the comparison group, consisted of 72 (62.6%) patients who underwent open hernia repair. The second group, the main group, consisted of 43 (37.4%) patients who were initially planned for laparoscopic prosthetic hernioplasty.

**Keywords:** ventral hernia, alloplasty, endovideosurgery.

**Актуальность исследования.** Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) является сложной задачей, учитывая высокий риск рецидива и осложнений. В последние десятилетия активно изучаются различные методы хирургического вмешательства, включая открытую и лапароскопическую герниопластику, с целью определения наиболее эффективного подхода [3, 6, 7, 9].

Открытая герниопластика традиционно считалась золотым стандартом лечения ПОВГ. Она включает в себя выполнение большого разреза для доступа к грыже, её вправление и установку сетки для укрепления дефекта. Преимущества этого метода включают [1, 2, 4, 5]:

- Возможность точного контроля за расположением сетки.

- Прямой доступ к большим и сложным грыжам.

Однако открытая герниопластика сопровождается высоким риском осложнений, таких как инфекция раны и длительный период восстановления.

С развитием минимально инвазивных технологий лапароскопическая герниопластика стала всё более популярной. Этот метод предполагает выполнение

небольших разрезов и использование камеры для визуализации. Преимущества лапароскопии включают:

- Меньшая травматичность и кровопотеря.
- Снижение риска инфекционных осложнений.
- Более быстрое восстановление и короткий срок пребывания в больнице.

Несмотря на эти преимущества, лапароскопия требует высокой квалификации хирурга и может быть сложной для выполнения при больших или сложных грыжах. Многочисленные исследования направлены на сравнение открытой и лапароскопической герниопластики по таким параметрам, как длительность операции, частота рецидивов, уровень боли, период восстановления и частота осложнений. В целом, лапароскопия демонстрирует лучшие результаты в отношении восстановления и сниженного риска осложнений, тогда как открытая хирургия по-прежнему применяется при сложных клинических случаях [8, 10].

Несмотря на многочисленные данные, остаются вопросы, требующие дальнейшего изучения:

- Какой метод лучше подходит для конкретных типов грыж и пациентов?
- Какой материал сетки наиболее оптимален в долгосрочной перспективе?

- Каков реальный риск рецидива при использовании различных методов лечения?

Таким образом, сравнительный анализ хирургического лечения ПОВГ показывает, что каждый метод имеет свои преимущества и ограничения. Выбор подхода должен основываться на индивидуальных особенностях пациента и характеристиках грыжи. Дальнейшие исследования помогут уточнить критерии выбора и улучшить исходы лечения.

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами живота.

**Материал и методы исследования.** Исследование охватывает клиническое обследование 115 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которые были прооперированы в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2018 по 2023 год. Все операции были проведены в плановом порядке. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от выбранной тактики лечения. В группу сравнения вошли 72 пациента (62,6%), которым грыжесечение выполнялось открытым методом. Основная группа включала 43 пациента (37,4%), которым была проведена лапароскопическая протезирующая герниопластика.

Пациенты были разделены по полу и возрасту. Ключевыми факторами, влияющими на выбор хирургической тактики, стали локализация грыжи, размер дефекта и наличие рецидивов в анамнезе. Согласно классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999), у 82 (71,3%) пациентов были малые (W1) и средние (W2) грыжи, тогда как у 33 (28,7%) пациентов наблюдались грыжи крупных размеров (W3-W4).

У подавляющего большинства пациентов, а именно у 82 (71,3%), были надпупочные (M1) и околопупочные (M2) грыжи. Самое меньшее количество пациентов, 12 (10,4%), имели боковые (L) вентральные грыжи. Из 115 пациентов у 48 (41,7%) был первый рецидив, у 56 (48,7%) — второй, и у 11 (9,6%) имелся третий рецидив вентральной грыжи.



Рис. 1. Этап наложения пневмоперитонеума иглой Вереша

Лапароскопическая герниопластика ПОВГ включала следующие этапы:

На первом этапе создавали пневмоперитонеум, для чего обычно использовали иглу Вереша, вводя её в классические точки Калька. Однако, если грыжа располагалась в области этих точек, пневмоперитонеум создавали под контролем интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). Иглу Вереша вводили в месте, где отсутствовали петли кишечника, которые могли быть спаяны с передней брюшной стенкой (рис. 1).

На втором этапе, для обеспечения лучшего обзора и удобства манипуляций, лапароскоп и рабочие троакары вводились на достаточном расстоянии от апоневротического края грыжевых ворот, так как эндопротез необходимо располагать на расстоянии 4-5 см от края грыжевых ворот (рис. 2). После установки троакаров на третьем этапе выполнялась визуализация брюшной полости и оценка состояния органов. Производилось рассечение спаек в брюшной полости, а также осмотр мест, предназначенных для фиксации и размещения эндопротеза. На четвертом этапе протез подготавливался к установке, прикладывая его к передней брюшной стенке, и одновременно осуществлялся осмотр внутренней поверхности брюшной стенки через лапароскоп. Протез отмеривался так, чтобы он выступал за края грыжевых ворот на 4-5 см.

На пятом этапе протез фиксировался сквозными швами к апоневрозу с помощью заранее наложенных на эндопротез П-образных швов, используя специально модифицированную иглу Endo Close.

Для предотвращения ранней спаечной кишечной непроходимости и инфильтрации брюшной полости эндопротез изолировался от брюшной полости париетальной брюшиной (рис. 3).

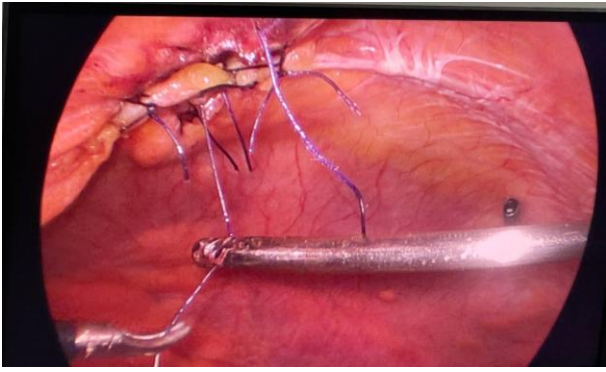
**Результаты исследования** показали, что у пациентов основной группы, которым была проведена лапароскопическая протезирующая герниопластика, наблюдались более благоприятные показатели в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами группы сравнения.



Рис. 2. Размещение троакаров на оптимальном расстоянии от апоневротического края грыжевых ворот

Таблица 1. Результаты хирургического лечения больных с ПОВГ

Показатели	Группа сравнения (n=72)	Основная группа (n=43)
Длительность операции (мин)	105±20	75±15
Время пребывания в стационаре (сут)	7,4±2,1	3,5±1,2
Серома (%)	8,3	4,6
Нагноение раны (%)	6,9	-
Рецидив грыжи (%)	5,5	-



**Рис. 3.** Изолирование эндопротеза от брюшной полости с помощью париетальной брюшины

Средняя продолжительность операции в основной группе составила  $75 \pm 15$  минут, в то время как в группе сравнения —  $105 \pm 20$  минут. Эти различия объясняются меньшей травматичностью лапароскопического метода и его большей точностью.

У пациентов основной группы уровень боли в первые сутки после операции был значительно ниже по сравнению с пациентами группы сравнения, что подтверждается использованием меньших доз анальгетиков. Время пребывания в стационаре после операции в основной группе составило в среднем  $3,5 \pm 1,2$  дня, в то время как в группе сравнения этот показатель был  $7,4 \pm 2,1$  дня. Более быстрое восстановление позволило пациентам основной группы вернуться к обычной активности раньше.

В основной группе было зарегистрировано меньшее количество послеоперационных осложнений. В частности, у 2 (4,6%) пациентов основной группы были выявлены незначительные серомы, которые успешно устранялись консервативными методами. В группе сравнения осложнения, такие как инфекция раны и рецидив грыжи, наблюдались у 11 (15,3%) пациентов (табл. 1).

**Заключение.** Исследование подтвердило высокую эффективность лапароскопической протезирующей герниопластики для лечения послеоперационных вентральных грыж. Пациенты, которым была проведена лапароскопическая операция, демонстрировали более благоприятные клинические исходы, включая более короткий период реабилитации, меньшую интенсивность боли и сниженный риск послеоперационных осложнений. Эти результаты подчеркивают необходимость дальнейшего внедрения лапароскопической герниопластики в клиническую практику и её активного применения для повышения качества лечения пациентов с вентральными грыжами.

#### Литература:

1. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Статистический анализ информированности кардиологических и кардиохирургических пациентов о высокотехнологичной медицинской помощи в Самаркандской области // Вестник науки. – 2023. – Т. 1. – №. 11 (68). – С. 992-1006.
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., Нарзиева Д. Б., Фуркатов Ш. Ф. Регионарная лимфотропная терапия при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области // Том-1. – 2022. – С. 386.
4. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Growth and development of general medical practice in the republic of uzbekistan to improve dental care // Журнал стоматологии и краниофациальных иссл. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
5. Froylich D. et al. Laparoscopic versus open ventral hernia repair in obese patients: a long-term follow-up // Surgical endoscopy. – 2016. – Т. 30. – С. 670-675.
6. Pereira C., Rai R. Open versus laparoscopic ventral hernia repair: a randomized clinical trial // Cureus. – 2021. – Т. 13. – №. 12.
7. Schlosser K. A. et al. Deciding on optimal approach for ventral hernia repair: laparoscopic or open // Journal of the American College of Surgeons. – 2019. – Т. 228. – №. 1. – С. 54-65.
8. Salgaonkar H., Wijerathne S., Lomanto D. Managing complications in laparoscopic ventral hernia // Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery. – 2019. – Т. 4.
9. Fields A. C. et al. Laparoscopic-assisted transversus abdominis plane block for postoperative pain control in laparoscopic ventral hernia repair: a randomized controlled trial // Journal of the American College of Surgeons. – 2015. – Т. 221. – №. 2. – С. 462-469.
10. Sayinayev F. K. et al. Laparoscopic treatment of incisional ventral hernias // – 2021. – Т. 48. – №. 7. – С. 143.
11. Misiakos E. P. et al. Current trends in laparoscopic ventral hernia repair // JLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. – 2015. – Т. 19. – №. 3.
12. Mercoli H. et al. Postoperative complications as an independent risk factor for recurrence after laparoscopic ventral hernia repair: a prospective study of 417 patients with long-term follow-up // Surgical Endoscopy. – 2017. – Т. 31. – С. 1469-1477.
13. Tobler Jr W. D., Itani K. M. F. Current status and challenges of laparoscopy in ventral hernia repair // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. – 2016. – Т. 26. – №. 4. – С. 281-289.
14. Vorst A. L. et al. Evolution and advances in laparoscopic ventral and incisional hernia repair // World journal of gastroint. surgery. – 2015. – Т. 7. – №. 11. – С. 293.

#### **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОТОМНЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

**Резюме.** В статье приведены данные клинического обследования 115 больных с послеоперационными вентральными грыжами, которые были оперированы в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2018 по 2023 год. В зависимости от выбора тактики лечения больные были разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 72 (62,6%) больных, которым грыжесечение была выполнена открытым методом. Вторую группу, основную группу составили 43 (37,4%) больных, которым изначально планировалась лапароскопическая протезирующая герниопластика.

**Ключевые слова:** вентральная грыжа, аллопластика, эндовидеохирургия.