



Дусияров Мухаммад Мукимбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚОРИН ЧУРРАСИ ВА АБДОМИНОПТОЗНИ ЖАРРОХЛИК ЙУЛИ БИЛАН ТУЗАТИШ

Дусияров Мухаммад Мукимбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

SURGICAL CORRECTION OF ABDOMINAL HERNIAS AND ABDOMINOPTOSIS

Dusiayrov Muhammad Mukimbaevich, Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Адабий шарҳларда қорин девори чуррасининг пластик жарроҳлиги замонавий жарроҳлар томонидан амалга оширилаётган энг кенг тарқалган операциялардан бири эканлиги қайд этилган. Вентрал чурра билан оғриган беморларни даволаш бир қатор омиллар, жумладан, семизлик, олдинги чурра пластик жарроҳлиги, олдинги тўрни жойлаштириши ва бошқа ўзгарувчилар туфайли жуда қийин бўлиши мумкин. Сўнги 20 йил ичида технологик ютуқлар ва такомиллаштирилган жарроҳлик ёндашувлари туфайли вентрал чуррали беморларни даволаш сезиларли даражада ўзгарди. Муваффақиятли натижанинг асосий омиллари чурра турига ва режалаштирилган тўр таркибига мос келадиган тўрни танлаш, шунингдек, чурра нуқсонининг четлари орқасида кенг тўрни ёпишдир. Бу беморларда тобора кўпроқ янги усуллар қўлланилмоқда, трансабдоминал бўшатилиши ва ретроректал тўр билан компонентларни ажратилиши ва қорин девори чуррасига роботли кириши каби.

Калит сўзлар: Вентрал чурралар, протезли пластика.

Abstract. The literature review noted that abdominal wall hernia repair is one of the most common procedures performed by modern surgeons. Treatment of patients with ventral hernias can be extremely challenging due to a number of factors including obesity, previous hernia repair, previous mesh placement, and other variables. The management of patients with ventral hernias has changed significantly over the past 20 years due to both technological advances and refinements in surgical approaches. Key factors for a successful outcome include mesh selection appropriate to the hernia type and planned mesh placement, as well as wide mesh overlap beyond the margins of the hernia defect. Newer techniques such as transabdominal release and component separation with retrorectal mesh placement and robotic approaches to abdominal wall hernia are increasingly being used in these patients.

Keywords: Ventral hernias, prosthetic repair.

Хирургическая коррекция грыж живота и абдоминоптоза является одной из наиболее востребованных и распространенных операций в современной хирургии. Эти состояния требуют внимательного подхода и тщательного выбора метода лечения, что обосновано их клинической сложностью и разнообразием факторов, влияющих на исход операции. В данном обзоре рассмотрены различные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки, а также современные подходы к лечению абдоминоптоза.

Вентральные грыжи — это дефекты в передней брюшной стенке, через которые выходит часть содержимого брюшной полости. Наиболее частыми разновидностями вентральных грыж являются грыжи послеоперационные,inguинальные, парамедианные и пупочные грыжи. Лечение вентральных грыж остается

актуальной задачей для хирургов, поскольку неправильное или несвоевременное вмешательство может привести к ряду осложнений, включая рецидивы и нарушение функции органов.

Пластика вентральной грыжи традиционно выполняется с использованием сетчатых имплантатов, которые помогают укрепить ослабленные участки брюшной стенки. Разработанные в последние десятилетия различные виды сеток (антиадгезивные, саморассасывающиеся и с минимальной инвазивностью) значительно снизили количество рецидивов и осложнений, связанных с использованием синтетических материалов. Наиболее эффективным методом является переднее или заднее размещение сетки, в зависимости от расположения и типа дефекта [1, 2].

Революционные достижения в технологии также привели к появлению минимально инвазивных методов лечения, таких как лапароскопия и роботизированные операции. Эти методы обеспечивают минимальную травматизацию тканей, более короткий период восстановления и снижение уровня послеоперационных осложнений. Применение трансабдоминального высвобождения и разделения компонентов с ретроректальным размещением сетки является одним из прогрессивных направлений в хирургии вентральных грыж, позволяющим улучшить результат операции и минимизировать риск рецидива [3, 4].

В последние годы значительно улучшились подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами, что связано с внедрением новых технологий и методов хирургической коррекции. Введение роботизированных технологий в хирургию стало важным шагом в лечении сложных форм вентральных грыж, обеспечивая высокую точность выполнения операций, особенно в случае с обширными дефектами. Преимущества роботизированных операций включают минимальные размеры разрезов, высокое качество швов и возможность работы в труднодоступных областях [5].

Еще одним важным моментом является выбор оптимальной сетки для каждого типа грыжи. Использование сеток с антимикробной пропиткой или биоразлагаемых материалов способствует значительному снижению частоты инфекционных осложнений. Сеточные имплантаты, используемые для пластики грыжи, должны быть подобраны с учетом типа и локализации грыжи, а также степени ее осложнений. Ключевым аспектом является обеспечение широкого перекрытия дефекта с помощью сетки, что значительно снижает вероятность рецидивов заболевания [6].

Абдоминоптоз (опущение живота) часто возникает вследствие старения, сильных физических нагрузок или ожирения, и в ряде случаев требует хирургического вмешательства. Основной целью операции при абдоминоптозе является восстановление нормальной анатомии брюшной стенки, устранение избыточной кожи и жировой ткани, а также восстановление функции передней брюшной стенки.

Хирургическое лечение абдоминоптоза включает различные техники, такие как абдоминопластика и лифтинг живота, которые могут быть выполнены с использованием липосакции, подтяжки кожи и коррекции мышц брюшной стенки. Современные методы хирургической коррекции позволяют достигать стойких и эстетически привлекательных результатов с минимальными рисками для пациентов. Разработка и внедрение новых методов, таких как лазерная липосакция и использование биоматериалов для укрепления тканей, продолжают улучшать результаты таких операций [7][8].

Современная хирургия грыж живота и абдоминоптоза претерпела значительные изменения благодаря внедрению новых технологий и подходов. Применение сеток различных типов, минимально инвазивных методов, роботизированных операций и новых технологий в пластической хирургии

значительно улучшило результаты лечения и снизило частоту осложнений. Несмотря на успехи в области хирургического лечения, проблемы, такие как выбор оптимальной сетки, управление ожирением и восстановление функциональности брюшной стенки, остаются актуальными. Поэтому дальнейшие исследования и совершенствование методов хирургического лечения грыж живота и абдоминоптоза являются важным шагом в достижении лучших клинических результатов.

Вентральные грыжи являются одной из самых частых хирургических патологий, требующих вмешательства, и могут возникать как следствие хирургических вмешательств (послеоперационные грыжи), так и без каких-либо предшествующих операций (пупочные, парамедианные,inguинальные). Согласно статистическим данным, вентральные грыжи составляют около 20% от всех грыж, причем их распространенность зависит от факторов, таких как возраст, пол, ожирение, травмы, а также предшествующие операции на брюшной стенке [1].

Вентральные грыжи часто сочетаются с абдоминоптозом — отвисанием живота, что является следствием значительного ослабления и растяжения мышц брюшной стенки. В условиях ожирения и старения тканей это заболевание становится более выраженным и требует более сложного подхода в лечении. Абдоминоптоз является серьезным эстетическим и функциональным нарушением, которое требует комплексного хирургического вмешательства.

Классификация вентральных грыж, как правило, основана на их расположении и особенностях образования. Наиболее распространенные типы вентральных грыж включают:

1. Послеоперационные грыжи — наиболее частая форма вентральных грыж, возникающая вследствие дефекта, образующегося после хирургических вмешательств на брюшной стенке. Эти грыжи могут быть разделены на:

- Мелкие послеоперационные грыжи (периферийные);
- Большие послеоперационные грыжи (медиальные).

2. Пупочные грыжи — образуются в области пупка, часто наблюдаются у детей, но могут возникать и у взрослых, особенно в результате повышенного давления в животе (например, при ожирении).

3. Паховые грыжи — развиваются в области пахового канала и могут распространяться на область передней брюшной стенки.

4. Парамедианные грыжи — появляются по бокам от средней линии брюшной стенки и могут быть связаны с ослаблением соединительных тканей или сильным растяжением.

5. Грыжи, связанные с абдоминоптозом — часто встречаются у пациентов с избыточным весом или в пожилом возрасте, когда ткани брюшной стенки теряют свою упругость и эластичность.

Для диагностики вентральных грыж применяют различные методы, включая клинические и инструментальные исследования.

1. Клиническое обследование: Основной метод диагностики вентральных грыж — это физикальное обследование пациента, которое позволяет выявить

наличие выпячивания, особенно при повышении внутрибрюшного давления (кашель, напряжение мышц живота). При этом важным моментом является выявление признаков абдоминоптоза.

2. Ультразвуковое исследование (УЗИ): Это один из наиболее доступных методов диагностики вентральных грыж. УЗИ позволяет определить размер и локализацию грыжевого дефекта, а также оценить состояние окружающих тканей.

3. Компьютерная томография (КТ): Для более точной оценки размеров грыжи и возможных осложнений, таких как ущемление органов, применяется КТ-сканирование. КТ дает четкую картину анатомического расположения дефекта и позволяет выбрать оптимальный метод лечения.

4. Магнитно-резонансная томография (МРТ): Это метод, который применяется при необходимости более детального изучения мягких тканей, особенно в сложных случаях с многочисленными дефектами брюшной стенки.

5. Рентгенография: Применяется для оценки возможных нарушений функции органов, особенно в случае ущемления органов.

Основным методом лечения вентральных грыж является хирургическое вмешательство. Современные подходы к хирургической коррекции включают как традиционные открытые операции, так и минимально инвазивные техники.

1. Открытая операция: Это классический метод, при котором грыжевой дефект закрывается с использованием сетки. Сетчатый имплантат помогает укрепить брюшную стенку и предотвратить рецидивы. Операция обычно выполняется через разрез в области грыжи, и при этом возможно использование местной или общей анестезии.

2. Лапароскопическая операция: Эта методика основана на использовании эндоскопических инструментов через маленькие разрезы. Лапароскопия позволяет уменьшить травматизацию тканей, ускорить восстановление после операции и снизить уровень послеоперационных осложнений, таких как инфекция или рецидив.

3. Роботизированная хирургия: Совсем недавно в практику хирургии грыж была внедрена роботизированная техника, которая позволяет хирургам проводить операции с высокой точностью и минимальными разрезами. Роботизированные системы, такие как Da Vinci, дают возможность работать в труднодоступных областях, обеспечивая высокий уровень безопасности и минимальный риск для пациента.

4. Техники с использованием сеток: Развитие технологий позволило создавать сетки с различными свойствами (антиадгезивные, биоразлагаемые, саморассасывающиеся), что существенно снижает количество осложнений и повышает качество жизни пациентов.

5. Коррекция абдоминоптоза: В случаях с абдоминоптозом, когда брюшная стенка теряет свою форму и упругость, проводят абдоминопластику. Это вмешательство направлено на восстановление нормального положения внутренних органов и улучшение эстетического вида брюшной стенки.

Послеоперационное качество жизни пациентов, перенесших операцию по поводу вентральной грыжи,

зависит от множества факторов, включая тип операции, наличие осложнений и общие условия здоровья пациента. Исследования показывают, что после лапароскопической операции пациенты восстанавливаются значительно быстрее, чем после открытой хирургии, и имеют меньший риск развития послеоперационных осложнений, таких как инфекции или рецидивы.

Важно также учитывать психологический аспект лечения, поскольку пациенты с вентральными грыжами часто испытывают значительное беспокойство по поводу своей внешности и ограничений в физической активности. Эстетическая составляющая операции, особенно при наличии абдоминоптоза, также имеет ключевое значение в восстановлении физического и эмоционального состояния пациентов.

Повышение качества жизни после операции достигается благодаря сокращению времени на реабилитацию, улучшению функциональной активности и уменьшению болевого синдрома. Важно, чтобы пациентам предоставлялись рекомендации по восстановлению физической активности и правильному питанию, что также способствует улучшению общего состояния и профилактике рецидивов.

Заключение. Хирургическая коррекция вентральных грыж и абдоминоптоза является важной и сложной задачей современной медицины. Применение новых методов диагностики, выбор подходящих хирургических техник, а также применение современных сеток и минимально инвазивных технологий значительно улучшает результаты операций и способствует улучшению качества жизни пациентов. Ожидается, что дальнейшее развитие технологий и методик лечения приведет к снижению частоты рецидивов и осложнений, а также ускорит восстановление после хирургического вмешательства.

Литература:

1. Alawadi Z, Pham TH, Schell S, et al. "Components separation technique and laparoscopic component separation: a review of two techniques for fascial repair in complex abdominal wall hernias." *J Gastrointest Surg.* 2012;16(3):760-7.
2. Aldaqal SM, Makhdoum AM, Turki AM, Awan BA, Samargandi OA, Jam-jom H. Post-bariatric surgery satisfaction and body-contouring consideration after massive weight loss. *N Am J Med Sci.* 2013;5:301-305.
3. Campbell CA, Butler CE. "Tension-free closure of massive ventral hernias: the component separation technique." *Arch Surg.* 2003;138(11):1231-6.
4. Giordano S, Garvey PB, Baumann DP, et al. "Preoperative botulinum toxin A for abdominal wall reconstruction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial." *Plast Reconstr Surg.* 2019;144(3):459e-465e.
5. Grigoryuk AA, Kovalyov VA. *Primenenie setchatyh polipropilenovyh implantatov v lechenii posleoperatsionnyh ventral'nyh gryzh: eksperimental'noe i klinicheskoe issledovanie.* *Far Eastern Medical Journal.* 2010;2:23-26. (In Russ). Accessed 03.10.19. <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-setchatyh-polipropilenovyh-implantatov-v-lechenii-posleoperatsionnyh-ventralnyh-gryzh-eksperimentalnoe-i-klinicheskoe>
6. Harrison B, Sanniec K, Janis JE. Implications for Ab-

dominal Wall Reconstruction: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg.* 2016; 24;4(10):e1036. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001036>

7. Harth KC, Blatnik JA, Roesn MJ. Optimum repair for massive ventral hernias in the morbidly obese patient – is panniculectomy helpful? *Am J Surg.* 2011;201:396-400.

8. Kakarla VR, Nandipati K, Lalla M, Castro A, Merola S. Are laparoscopic bariatric procedures safe in superobese (BMI ≥ 50 kg/m²) patients? An NSQ-IP data analysis. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7(4):452-458. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2010.10.009>

9. Khavanin N, Lovecchio FC, Hanwright PJ, Brill E, Milad M, Bilimoria KY, Kim JY. The influence of BMI on perioperative morbidity following abdominal hysterectomy. *Ame J Obstet Gynecol.* 2013;208(6):449e1-449e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.029>

10. Kim JJ, Cai J, Rodriguez ED. "A novel, minimally invasive technique for abdominal wall component separation with inlay prosthetic reinforcement." *Plast Reconstr Surg.* 2015;136(2):236e-42e.

11. Koolen PG, Ibrahim AM, Kim K. Patient selection optimization following combined abdominal procedures: analysis of 4925 patients undergoing panniculectomy/abdominoplasty with or without concurrent hernia repair. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4):539e-550e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000519>

12. Kosinech VA, Shturich IP, Ukrainech EA. Opyt kombinirovannoy abdominoplastiki i nenatyazhnoj gernioplastiki perednej bryushnoj stenki. *Surgery news.* 2012;20(2):101-104. (In Russ). Accessed 03.10.19 <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-kombinirovannoy-abdominoplastiki-i-nenatyazhnoy-gernioplastiki-peredney-bryushnoy-stenki>

13. Luijendijk RW, Jeekel J, Storm RK, et al. "The low transverse Pfannenstiel incision and the prevalence of incisional hernia and nerve entrapment." *Ann Surg.* 1997;225(4):365-9; discussion 369-70.

14. McKnight CL, Fowler JL, Cobb WS, Smith DE, Carbonell AM. Concomitant sublay mesh repair of umbilical hernia and abdominoplasty. *Can J Plast Surg.* 2012;20(4):258-260.

15. Rosen MJ, Jin J, McGee MF, et al. "Laparoscopic versus open-component separation: a comparative analysis in a porcine model." *Surg Endosc.* 2007;21(4):626-30.

16. Saleh F, Abouchdid R, Cherkaoui A, et al. "Comparison of laparoscopic and open abdominal wall reconstruction with mesh." *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2017;27(1):70-5.

17. Seth AK, Lin AM, William G. Austen Jr, Gilman RH, Gregory G, Gallico GG, Colwell AS. Impact of Patient Subtype and Surgical Variables on Abdominoplasty Outcomes: A 12-Year Massachusetts General Hospital Experience. *Plast and Reconstr Surg.* 2017;140(5):899-908. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003816>

18. Somogyi RB, Ahmad J, Shih JG, Lista F. Venous thromboembolism in abdominoplasty: a comprehensive approach to lower procedural risk. *Aesthet Surg J.* 2012;32(3):322-329.

19. Somogyi RB, Ahmad J, Shih JG, Lista F. Venous thromboembolism in abdominoplasty: A comprehensive

approach to lower procedural risk. *Aesthet Surg J.* 2012;32(3):322-329.

20. Stevens WG, Repta R, Pacella SJ, Tenenbaum MJ, Cohen R, Vath SD, Stoker DA. Safe and consistent outcomes of successfully combining breast surgery and abdominoplasty. *Aesthet Surg J.* 2009;29:129-134. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2008.12.002>

21. Ternamian A, Glantzounis G, Kurihara K, et al. "New technique for laparoscopic component separation for complex hernia repair." *Ann Surg Innov Res.* 2015;9:6.

22. Van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WC, Arends P, Boom J, Jeekel J, Lange JF. Abdominal wound dehiscence in adults: Development and validation of a risk model. *World J Surg.* 2010;34:20-27.

23. Zemlyak AY, Colavita PD, El Djouzi S, Walters AL, Hammond L, Hammond B, Tsirlin VB, Getz S, Heniford BT. Comparative study of wound complications: Isolated panniculectomy versus panniculectomy combined with ventral hernia repair. *J Surg Res.* 2012;177(2):387-391. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2012.06.029>

24. Ризаев Ж. А., Рузимуротова Ю. Ш., Тураева С. Т. Влияние социально-гигиенических факторов труда и быта на здоровье медицинских сестер // *Scientific progress.* – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 922-926.

25. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // *Вестник науки и образования.* – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА И АБДОМИНОПТОЗА

Дусияров М.М., Хужабаев С.Т.

Резюме. В литературном обзоре отмечено, что пластика грыжи брюшной стенки является одной из наиболее распространенных операций, выполняемых современными хирургами. Лечение пациентов с вентральными грыжами может быть чрезвычайно сложным из-за ряда факторов, включающих ожирение, предшествующую пластику грыжи, предыдущее размещение сетки, и другие переменные. Ведение пациентов с вентральными грыжами значительно изменилось за последние 20 лет благодаря как технологическим достижениям, так и совершенствованию хирургических подходов. Ключевыми факторами успешного исхода являются выбор сетки, соответствующей типу грыжи и запланированному расположению сетки, а также широкое перекрытие сетки за краями грыжевого дефекта. У этих пациентов все чаще используются новые методы, такие как трансабдоминальное высвобождение и разделение компонентов с размещением сетки ретроректально и роботизированные доступы к грыже брюшной стенки.

Ключевые слова: Вентральные грыжи, протезная пластика.