

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЯСНИЧНЫХ И БОКОВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА, ВОЗНИКАЮЩИХ ПОСЛЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Искандаров Юсуф Назимович
Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич
Рустамов Тимур Рашидович

Самаркандский государственный медицинский университет

Поясничные и боковые грыжи живота, возникающие после выполнения урологических вмешательств, представляют собой относительно редкое, но клинически значимое осложнение, существенно влияющее на качество жизни пациентов. Данный тип послеоперационных грыж формируется преимущественно после операций, включающих доступ через поясничную область или боковые отделы живота — нефрэктомии, резекции почки, операции на мочеточнике, вмешательства на надпочечнике, а также ретроперитонеоскопические и открытые урологические операции. Несмотря на прогресс малоинвазивных методик, риск формирования дефекта мышечно-апоневротической стенки сохраняется и нередко требует повторного хирургического вмешательства. Причины формирования поясничных и боковых грыж после урологических операций. Основные патогенетические механизмы возникновения данных грыж включают травматизацию мышечно-апоневротических структур и нарушение их иннервации. При выполнении люмботомического или бокового доступа происходит пересечение широчайшей мышцы спины, внутренней и наружной косых мышц, квадратной мышцы поясницы, а также элементов пояснично-реберного треугольника. Отсутствие полноценного восстановления мышечных слоёв приводит к формированию ослабленного участка, через который в дальнейшем может происходить выпячивание забрюшинной клетчатки или органов брюшной полости.

Кроме анатомических причин, значимую роль играют индивидуальные факторы пациента — ожирение, возраст старше 60 лет, хронические заболевания соединительной ткани, длительное повышение внутрибрюшного давления, инфекционные осложнения после первичной операции, а также некорректная техника ушивания раны. Сочетание хирургической травмы и общих факторов риска значительно повышает вероятность формирования послеоперационного дефекта.

Клинические проявления и диагностика. Поясничные и боковые грыжи характеризуются локальной асимметрией, выбуханием в области послеоперационного рубца, дискомфортом или болью, которая усиливается при физической нагрузке. В отдельных случаях наблюдаются невропатические боли вследствие раздражения межрёберных или подвздошно-подчревных нервов.

Диагностика основывается на клиническом осмотре, ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии, которые позволяют оценить размеры дефекта, состояние мышц и локализацию грыжевого мешка. КТ считается «золотым стандартом»

визуализации, позволяя точно определить границы дефекта и спланировать оперативное лечение.

Современные методы хирургического лечения. Хирургическая коррекция является единственным эффективным методом лечения поясничных и боковых послеоперационных грыж. Современная практика опирается на применение синтетических сетчатых имплантов, которые обеспечивают надёжную фиксацию и минимизируют риск рецидива.

Методы открытой пластики включают: onlay-пластику — размещение сетки поверх апоневроза; sublay-пластику — укладка сетки под мышцы, что является наиболее физиологичным и даёт низкий процент рецидивов; ретромускулярную и префасциальную герниопластику — для больших дефектов; комбинированные методики для грыж сложной анатомической локализации.

Лапароскопическая герниопластика активно применяется благодаря снижению болевого синдрома, уменьшению травмы тканей и более быстрому восстановлению пациента. Она особенно эффективна при грыжах среднего размера.

В последние годы внедряются робот-ассистированные операции, позволяющие более точно визуализировать слои брюшной стенки, проводить деликатную диссекцию и надёжную фиксацию сетки, что особенно важно в зоне сложного рельефа поясничной области.

Профилактика поясничных и боковых грыж после урологических операций. Предупреждение формирования послеоперационных грыж является многоэтапной задачей. Основные направления профилактики включают:

Выбор малотравматичных доступов. Широкое применение лапароскопических и ретроперитонеоскопических методов существенно снижает травму мышечных слоёв.

Щадящая техника операции. Минимизация рассечения мышц, сохранение нервных стволов, аккуратная работа в области треугольника Пти позволяют уменьшить риск повреждения опорных структур.

Точное послойное закрытие раны. Необходима полноценная реконструкция повреждённых мышечно-апоневротических слоёв, особенно при открытых операциях. Профилактическая установка сетчатых имплантов у пациентов группы риска — при больших доступах, выраженном ожирении, слабости соединительной ткани. Оптимизация состояния пациента перед вмешательством. Коррекция массы тела, лечение хронических заболеваний, стабилизация уровня глюкозы и отказ от курения улучшают регенерацию тканей. Минимизация послеоперационных осложнений. Предупреждение инфекций раны и сером снижает вероятность расхождения швов и формирования дефекта.

Заключение. Поясничные и боковые послеоперационные грыжи живота после урологических операций представляют собой сложную клиническую проблему, требующую комплексного подхода. Современные методы пластики, применение сетчатых материалов и малоинвазивных технологий существенно повышают эффективность лечения. Однако ключевое значение имеют профилактические мероприятия, основанные на щадящей хирургической технике, адекватном закрытии

раны и коррекции факторов риска. Комбинация профилактики, ранней диагностики и современных методик реконструкции позволяет существенно снизить частоту грыжеобразования и улучшить результаты лечения пациентов.