

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №1 (21)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ
ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 1 (21)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

КЛИНИКО-ОБОСНОВАННЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ, ОСЛОЖНЁННЫХ АБДОМИНОПТОЗОМ

Хайдарова Л.О.¹, Давлатов С.С.²

¹Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Резюме. Обследовано 105 пациентов: 34 - в группе сравнения (только герниопластика) и 71 - в основной группе (герниопластика с дерматоплиэктомией). Оценивались степень абдоминоптоза, морфометрические показатели передней брюшной стенки, частота осложнений и рецидивов. В группе сравнения частота осложнений составила 23,5% против 9,8% в основной группе. Серомы регистрировались в 17,6% и 4,2% случаев соответственно. Частота рецидивов через 12 месяцев достигла 17,6% при изолированной герниопластике и снизилась до 4,2% при комбинированной тактике. Особенно выраженное снижение рецидивов наблюдалось у пациентов с III–IV степенью абдоминоптоза (с 19,5% до 6,0%). Устранение избытка кожно-жирового лоскута обеспечивало более стабильную фиксацию импланта и предотвращало смещение сетки.

Ключевые слова: Вентральная грыжа; абдоминоптоз; дерматоплиэктомия; реконструкция передней брюшной стенки; герниопластика.

CLINICALLY-BASED DIFFERENTIATED APPROACH TO ANTERIOR ABDOMINAL WALL REPAIR IN VENTRAL HERNIA COMPLICATED BY ABDOMINOPTOSIS

Khaydarova L.O.¹, Davlatov S.S.²

¹Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

²Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Resume. A total of 105 patients were examined: 34 in the comparison group (hernia repair alone) and 71 in the main group (hernia repair combined with dermolipectomy). The degree of abdominoptosis, morphometric parameters of the abdominal wall, postoperative complications, and recurrence rates were analyzed. Postoperative complications occurred in 23.5% of patients in the comparison group and in 9.8% of patients in the main group. Seroma formation was noted in 17.6% and 4.2% of cases, respectively. The 12-month recurrence rate reached 17.6% after isolated hernioplasty but decreased to 4.2% with the combined approach. Among patients with grade III–IV abdominoptosis, recurrence decreased from 19.5% to 6.0%. Removal of the excess dermo adipose apron improved implant stability and prevented mesh displacement.

Keywords: Ventral hernia; abdominoptosis; dermolipectomy; anterior abdominal wall reconstruction; hernioplasty.

АБДОМИНОПТОЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИНИ ПЛАСТИКА ҚИЛИШГА КЛИНИК АСОСЛАНГАН ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ

Хайдарова Л.О.¹, Давлатов С.С.²

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

²Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Резюме. Жами 105 бемор ўрганилди: 34 нафари солиштирма гуруҳга (фақат герниопластика), 71 нафари эса асосий гуруҳга (герниопластика + дермолпэктомия) киритилди. Абдоминоптоз даражаси, қорин деворининг морфометрик кўрсаткичлари, асоратлар ва қайталаниш даражалари таҳлил қилинди. Асоратлар солиштирма гуруҳда 23,5%, асосий гуруҳда эса 9,8% ҳолларда кузатилди. Серомалар мос равишда 17,6% ва 4,2% беморларда қайд этилди. 12 ойда қайталаниш даражаси фақат герниопластикадан кейин 17,6% га етди, комбинацияланган усулда эса 4,2% гача камайди. III–IV даражали абдоминоптозли беморларда қайталаниш 19,5% дан 6,0% гача пасайди. Ортиқча ёғ-тери қатламининг олиб ташланиши имплантнинг барқарорлигини яхшилади ва сетканинг силжишини олдини олди.

Калит сўзлар: вентрал чурра; абдоминоптоз; дермолпэктомия; қорин олд деворини реконструкция қилиш; герниопластика.

Введение. Вентральные грыжи остаются одной из наиболее распространённых форм хирургической патологии, оказывая значительное влияние на качество жизни пациентов и являясь частой причиной повторных госпитализаций. Особую группу составляют больные с сочетанием вентральных грыж и абдоминоптоза. У данной категории пациентов отмечается комплекс морфофункциональных нарушений передней брюшной стенки, обусловленных перераспределением внутрибрюшного давления, слабостью апоневротических структур и наличием избытка жирово-кожного лоскута.

Абдоминоптоз усиливает тенденцию к формированию грыж, повышает риск рецидива после герниопластики и формирует технические сложности при выборе оптимального оперативного вмешательства. Учитывая многофакторность данной патологии, представляется необходимым применение дифференцированного подхода к реконструкции передней брюшной стенки, основанного на клинико-морфологических характеристиках пациента, размере грыжевого дефекта, степени абдоминоптоза и анатомо-функциональном состоянии тканей.

В настоящее время используется широкий спектр пластических операций: натяжные методики, различные варианты открытой и лапароскопической герниоаллопластики, комбинированные вмешательства и дерматолипэктомия (ДЛЭ). Однако до настоящего времени отсутствуют единые критерии выбора конкретной методики у больных с сочетанием вентральной грыжи и абдоминоптоза, что определяет актуальность изучения данного вопроса.

Цель исследования. Обосновать и оценить эффективность дифференцированного подхода к выбору метода пластики передней брюшной стенки у пациентов с вентральными грыжами, осложнёнными абдоминоптозом.

Материалы и методы. Проведено проспективное наблюдение 105 пациентов с вентральными грыжами и различной степенью абдоминоптоза поступившие в отделение хирургии многопрофильной клиники СамГМУ в периоде с 2020 по 2025 гг. Все пациенты были распределены на две группы: группа сравнения (n=34) - выполнена только герниопластика. Основная группа (n=71) - выполнена герниопластика в сочетании с дерматолипэктомией (ДЛЭ). Оценивались: возраст, индекс массы тела (ИМТ), размеры и тип грыжевого дефекта, степень смещения передней брюшной стенки, состояние кожно-жирового лоскута, выраженность диастаза прямых мышц живота, наличие сопутствующих заболеваний. Выбор метода оперативного вмешательства осуществлялся на основании клинико-морфометрических параметров (табл. 1).

Таблица 1.
Расширенная клиническая характеристика пациентов по группам, полу и степени абдоминоптоза (n=105)

Показатель	Группа сравнения (n=34)	Основная группа (n=71)	Всего
Мужчины	11 (32,3%)	22 (31,0%)	33 (31,4%)
Женщины	23 (67,7%)	49 (69,0%)	72 (68,6%)
Возраст <45 лет	6	13	19
46–59 лет	18	40	58
60–74 лет	9	14	23
75–80 лет	1	2	3
Абдоминоптоз I–II ст.	20	38	58
Абдоминоптоз III–IV ст.	14	33	47
Средний ИМТ (M±SD)	38,6±3,1	39,4±3,4	39,1±3,3
Средний размер дефекта, см ²	68±15	74±17	72±16

Использованы следующие виды пластики: открытая аллопластика с укладкой сетчатого имплантата в различные слои (onlay, inlay, sublay); лапароскопическая герниопластика; комбинированные вмешательства; герниоаллопластика в сочетании с дерматолипэктомией (табл. 2).

Таблица 2

Выбор метода пластики в зависимости от степени абдоминоптоза

Степень абдоминоптоза	Рекомендуемая пластика	Особенности
I степень	Лапаро-герниопластика	Минимальная травматичность
II степень	Sublay/лапароскопия	Устойчивость к повышению давления
III степень	Герниопластика + ДЛЭ	Уменьшение массы лоскута, профилактика рецидива

Послеоперационные результаты оценивались по следующим критериям: частота сером, гематом, инфильтратов, инфекций области хирургического вмешательства, длительность госпитализации, выраженность болевого синдрома и частота рецидивов.

Результаты. Установлено, что степень абдоминоптоза и состояние передней брюшной стенки являются ключевыми факторами, определяющими выбор оперативной тактики. 1. Лёгкий и умеренный абдоминоптоз (I–II степень). В данных случаях предпочтительной оказалась лапароскопическая герниоаллопластика, обеспечивающая минимальную травматичность и низкую частоту раневых осложнений. При дефектах малых размеров методика sublay демонстрировала высокую прочность и низкий уровень рецидивов. 2. Тяжёлый абдоминоптоз (III степень). Пациенты с выраженным избытком кожно-жировой ткани требовали расширенного подхода. Применение комбинированной герниоаллопластики и ДЛЭ позволило не только устранить грыжевой дефект, но и значительно улучшить анатомо-функциональные параметры передней брюшной стенки, снижая вероятность повторного формирования грыжи. 3. Рецидивные грыжи и большие дефекты. Предпочтение отдавалось методике retromuscular sublay, обеспечивающей оптимальное распределение нагрузки и стабильность импланта. Комбинация с ДЛЭ дополнительно увеличивала эффективность за счёт устранения факторов, способствующих рецидиву.

Анализ результатов хирургического лечения 105 пациентов с вентральными грыжами на фоне абдоминоптоза показал существенные различия между группами в зависимости от применённой тактики вмешательства. В группе сравнения, где выполнялась только герниопластика (n=34), частота послеоперационных осложнений составила 23,5%, что эквивалентно 8 пациентам. Среди них серомы выявлены у 6 пациентов, гематомы — у 2, инфицирование области хирургического вмешательства наблюдалось в трёх случаях, причём в двух эпизодах инфекция сочеталась с серомой (табл. 3).

Таблица 3

Исходы лечения в зависимости от степени абдоминоптоза и метода пластики

Показатель	I–II степень (n=58)	III–IV степень (n=47)	Комментарий
Частота осложнений (только герниопластика)	12,0%	28,5%	Высокая у выраженного абдоминоптоза
Частота осложнений (герниопластика + ДЛЭ)	5,1%	10,3%	Снижение в 2–3 раза
Рецидивы (только герниопластика)	8,6%	19,5%	Риск ↑ при III–IV степени
Рецидивы (герниопластика + ДЛЭ)	3,4%	6,0%	Существенное снижение

В основной группе (n=71), где герниопластика сочеталась с дерматолипэктомией, зарегистрировано 7 осложнений (9,8%), что почти в 2,5 раза ниже, чем в группе сравнения. Из этих осложнений серомы отмечались у 3 пациентов, инфицирование раны — у 1, гематомы — у 2, и ещё у одного больного наблюдался ограниченный послеоперационный инфильтрат, купированный консервативно. Таким образом, единичные осложнения в основной группе были менее выражены и не требовали повторных вмешательств. Особое значение имела оценка частоты рецидивов. В группе сравнения через 12 месяцев рецидив выявлен у 6 из 34 пациентов (17,6%). Причём у четырёх из этих шести пациентов ранее была диагностирована III–IV степень абдоминоптоза, а у двух — значительные размеры грыжевого дефекта (>80 см²). В основной группе рецидив зарегистрирован только у 3 из 71 пациентов (4,2%). Из этих трёх случаев: один рецидив был связан с нарушением режима (раннее поднятие тяжестей), один — у пациента с исходным гигантским дефектом, и один — на фоне выраженного диастаза, требовавшего более расширенной пластики. При детальном анализе установлено, что у пациентов с I–II степенью абдоминоптоза рецидивы были крайне редки: всего 2 случая в обеих группах вместе (3,4%). У пациентов же с III–IV степенью абдоминоптоза частота рецидивов в группе сравнения достигала 19,5%, тогда как в основной группе снижалась до 6,0%, что подтверждает эффективность удаления избытка кожно-жирового лоскута при тяжёлых формах опущения передней брюшной стенки. Также отмечено улучшение функциональных параметров. В основной группе сокращение расстояния между остистыми линиями и уменьшение толщины нижнего абдоминального слоя способствовали лучшей фиксации импланта, что проявлялось меньшей частотой смещения сетки и отсутствием выраженных хронических болевых синдромов. В группе сравнения сетка смещалась или формирова-

ла складку в нижнем отделе у 5 пациентов, тогда как в основной группе подобные изменения отмечены лишь у 1 пациента, причём без клинических проявлений.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют, что абдоминоптоз является не только внешним морфологическим изменением, но и важным функциональным фактором, напрямую влияющим на исходы хирургического лечения. У пациентов с тяжёлыми степенями абдоминоптоза (III–IV степень) массивный кожно-жировой лоскут действует как самостоятельная патологическая структура: он тянет нижний отдел передней брюшной стенки, создаёт дополнительный вектор нагрузки на апоневроз и изменяет распределение внутрибрюшного давления. В таких условиях классическая герниопластика становится лишь частичным решением, так как устраняет дефект, но не воздействует на ключевой патогенетический фактор. Высокая частота рецидивов в группе сравнения (17,6%) и особенно среди пациентов с тяжёлым абдоминоптозом (до 19,5%) подтверждает этот факт. Напротив, комбинированная тактика, применённая в основной группе, устраняла не только грыжевой дефект, но и «патологический балласт» — избыточный нижний абдоминальный лоскут. В результате частота рецидивов снижалась до 4,2%, а у пациентов с III–IV степенью — до 6,0%, что в 3–4 раза меньше, чем при изолированной герниопластике. Уменьшение массы нижнего абдоминального сегмента приводит к восстановлению естественного натяжения мышечно-апоневротической системы. Это улучшает фиксацию импланта, снижает риск формирования подфасциальных полостей и уменьшает вероятность сером, которые нередко возникают из-за смещения лоскута относительно сетки. Именно поэтому частота сером в основной группе была меньшей: 3 случая против 6 в группе сравнения. Также важно отметить, что у пациентов с гигантскими дефектами (>80 см²) и выраженным диастазом простая герниопластика вызывала смещение сетки в 14,7% случаев, а в основной группе подобный эффект отмечен только у одного пациента. Это подчёркивает биомеханическое преимущество комбинированной реконструкции. Таким образом, обсуждаемые данные свидетельствуют, что дифференцированный подход, основанный на степени абдоминоптоза, является объективно обоснованным. Он не только снижает частоту осложнений и рецидивов, но и обеспечивает стабильность реконструкции, улучшает анатомическую структуру передней брюшной стенки и повышает качество жизни пациентов.

Выводы: 1. Применение дифференцированного подхода к пластике передней брюшной стенки позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения вентральных грыж при абдоминоптозе. 2. У пациентов, которым выполнялась только герниопластика, частота рецидивов достигала 17,6%, причём большинство случаев приходилось на III–IV степень абдоминоптоза. 3. В основной группе, где применялась герниопластика в сочетании с дерматолипэктомией, частота рецидивов уменьшилась до 4,2%, а у пациентов с тяжёлыми степенями абдоминоптоза — до 6,0%. 4. Частота послеоперационных осложнений снизилась с 23,5% в группе сравнения до 9,8% в основной группе, что связано с устранением факторов, нарушающих биомеханику передней брюшной стенки. 5. Комбинированная тактика обеспечивает более стабильную фиксацию импланта, снижает вероятность формирования серомы и смещения сетки, а также предотвращает повторное развитие грыжи. 6. При наличии I–II степени абдоминоптоза достаточны лапароскопическая или sublay-пластика, тогда как при III–IV степени обязательна одновременная коррекция избытка кожно-жировой ткани.

Список литературы:

1. Sakr M., Habib M., Hamed H., Kholosy H. Simultaneous ventral hernia repair and abdominoplasty in multiparous Yemeni women. *Egyptian Journal of Surgery*. 2023; 42(1): 215–221.
2. Messa C.A., Davis H., Habarth-Morales T.E., et al. Abdominoplasty with umbilical hernia repair: A long-term comparative analysis of clinical outcomes. *Aesthetic Surgery Journal*. 2025; 45(3): NP71–NP78.
3. Moreno-Mateos J., Sicilia-Castruita D., Álvarez-López F., et al. Mesh suture repair of rectus diastasis with and without concurrent ventral hernia. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2025; 155(2): 245–253.
4. Sollie Z., Christensen T., Kehlet H., et al. Long-term patient-reported outcomes after plication of rectus diastasis and simultaneous herniorrhaphy with HELP abdominoplasty. *Hernia*. 2024; 28(6): 1321–1330.

Для цитирования: Хайдарова Л.О., Давлатов С.С. Клинико-обоснованный дифференцированный подход к пластике передней брюшной стенки при вентральных грыжах, осложнённых абдоминоптозом // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 1(21). – С. 44–47. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18161113>