

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ОЖИРЕНИЕМ



Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович¹,
Давлатов Салим Сулайманович²

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 – Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ВЕНТРАЛ ЧУРРА ВА СЕМИЗЛИК БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОНИ ТАНЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович¹,
Давлатов Салим Сулайманович²

1 - Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 – Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

CRITERIA FOR CHOOSING SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS AND OBESITY

Abdurakhmanov Diyor Shukurillaevich¹, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich¹, Davlatov Salim Sulaymanovich²

1 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan Bukhara

e-mail: nobel-farm88@mail.ru

Резюме. Мантқиқий асос. Бир вақтнинг ўзида операциялар замонавий герниологиянинг истиқболли йўналиши ҳисобланади. Бу борада қорин олд девори чурраси билан оғриган беморларда қорин бўшлиғи аъзоларига ва қорин деворига бир вақтнинг ўзида аралашувни амалга ошириш учун объектив кўрсатмалар ишлаб чиқиш ўта муҳимдир ва тавсия этилган жарроҳлик усули ва уни бажариш услубига таъсир қилади. Мақсад. Жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш орқали қорин чурраси ва семизлик билан оғриган беморларни бир вақтда жарроҳлик даволаш натижаларини такомиллаштириш. Материаллар. Иш вентрал чурраси бўлган 164 нафар ортиқча вазнга эга беморни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган. Барча операциялар 2009 йилдан 2016 йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт институти Биринчи клиникасининг жарроҳлик бўлимида ўтказилган. Беморлар икки гуруҳга бўлинган: назорат гуруҳи (72-43,9%) ва асосий гуруҳ (92-). 56,1%). Кўрсатмаларга кўра, назорат гуруҳидаги беморларга маҳаллий тўқималар ва протез материаллари билан классик герниоаллопластик операция ўтказилди. Асосий гуруҳда беморларга дерматоліпектомия операцияси билан биргаликда қорин олд девори тикланди. Натижалар. Муҳокама қилинган гуруҳлардаги беморларни даволаш натижаларининг самарадорлигини баҳолаш учун қуйидаги таққослаш параметрлари асосий мезон сифатида ишлатилган: - операциядан кейинги даврнинг қорин асоратлари; - операциядан кейинги дастлабки даврда қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар; - операциядан кейинги дастлабки даврда яранинг асоратлари; - жарроҳлик даволашининг узоқ муддатли натижалари. Хулоса. Рамirezнинг сўзларига кўра, III – IV даражали семириш билан оғриган беморларда герниоаллопластик жарроҳликнинг оптимал тури - бу қорин тўғри мушакларининг сафарбар қилиниши билан тўлдирилган, қорин бўшлиғи операциясининг комбинатсияси. Чурра дарвозаси пластмассасининг ишончлилиги полипропилен протези билан таъминланади ва ректус мушакларининг сафарбарлиги қорин бўшлиғи босимининг дастлабки қийматларида сақланишини таъминлайди. Дерматоліпектомия билан биргаликда протез чуррани тиклаш бу каби беморларнинг ҳаёт сифатини барча параметрларда яхшилайди. Жарроҳликнинг эстетик таркибий қисми тана вазнини камайитириш мотиватсияси пайдо бўлишига ёрдам беради.

Калит сўзлар: вентрал чурралар, семириш, герниоаллопластик жарроҳлик, полипропилен протези, дерматоліпектомия, қорин бўшлиғи жарроҳлиги.

Abstract: Rationale. Simultaneous surgeries are a promising area of modern herniology. In regards to this the development of objective indications and contraindications for performing simultaneous interventions on the organs of the

abdominal cavity and abdominal wall in patients with ventral hernia is extremely important and affects the approaches of the proposed surgery method and the technique of its execution. Objective. Improving the results of surgical treatment of patients with ventral hernias with concomitant obesity by improving surgical tactics. Materials. The work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 164 obese patients with ventral hernias. All surgeries were performed in the surgical department of the First clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period from 2009 to 2016. The patients were divided into two groups: the control group (72-43.9%) and the main group (92-56.1%). According to indications, patients of the control group underwent classical hernioplastic surgery with local tissues and prosthetic materials. In the main group patients underwent hernia repair using mesh implants with the addition of dermatolipectomy. Results. To assess the effectiveness of the results of treatment of patients in the discussed groups, the following comparison parameters were used as the main criteria: - abdominal complications of the early postoperative period; - extra - abdominal complications of the early postoperative period; - wound complications in the early postoperative period; - long-term results of surgical treatment. Conclusion. According to Ramirez, the optimal type of hernioplastic surgery in patients with III – IV grade obesity is a combination of abdominoplastic surgery, supplemented by the mobilization of the rectus abdominis muscles. The reliability of the hernia gate plastic is ensured by a polypropylene prosthesis, and the mobilization of the rectus muscles ensures the preservation of intra-abdominal pressure at the initial values. Prosthetic hernia repair in combination with dermatolipectomy improves the quality of life of such patients in all parameters. The aesthetic component of the surgery contributes to the appearance of motivation to reduce body weight.

Key words: ventral hernias, obesity, hernioplastic surgery, polypropylene prosthesis, dermatolipidectomy, abdominoplastic surgery.

Обоснование. Частота встречаемости грыжи живота превышает 50 человек на 10000 человек. [3, 12]. Согласно статистическим данным в хирургических отделениях определяют грыж до 25% пациентов [16]. Причинами грыжи живота являются функциональная недостаточность мышечных защитных механизмов брюшной стенки, ее анатомическая и функциональная слабость, ожирение и абдоминальные операции [7]. Возникновение вентральных грыж может быть результатом следующих факторов: нагноение раны, морфологические изменения мышц и апоневроза [5, 8]. Предрасполагает к формированию послеоперационной вентральной грыжи строения пациента, типа разреза, технике ушивания брюшной полости, а также шовного материала [1, 9, 17].

У пациентов с послеоперационными вентральными грыжами одним из наиболее распространенных сопутствующих заболеваний является ожирение [2], и, наоборот, у 48% пациентов с ожирением образуются грыжи различных локализаций. Рецидивы грыжи у них герниопластикой с местными тканями развиваются в 22-56,3% случаев [13, 17]. Такой высокий процент рецидивов обусловлен сохранением при операции кожно-подкожного фартука [14]. Абдоминопластика у пациентов с ожирением снижает нагрузку на апоневроз, улучшает течение послеоперационного периода и уменьшает частоту осложнений [14].

Симультанные вмешательства у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей выполняется в 2,1-39,9% случаев [10], при наличии гигантских грыж - у 53,3%. Наиболее частыми одновременными операциями с герниотомией являются резекция большого сальника (16,9%), рассечение спаек (18,2-24%), удаление подкожно-подкожного жирового фартука (35-61,5%), холецистэктомия (5,5-6,4%), резекция желудка (2,2%), ампутация матки с придатками (3,6-4,4%), резек-

ция тонкой и толстой кишки (2,5-5,2%), паховая грыжи (2,8%) [6, 11, 15].

Таким образом, симультанные операции являются перспективным направлением современной герниологии. В этой связи выработка объективных показаний и противопоказаний к выполнению симультанных вмешательств на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей чрезвычайно важна и влияет на подходы способа предполагаемой операции и техники ее исполнения.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных вентральными грыжами сопутствующим ожирением путем совершенствования хирургической тактики.

Материал. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 164 больных с вентральными грыжами, страдающими ожирением. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1 - клиники Самаркандского государственного медицинского института в сроки с 2009 по 2016 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (72 - 43,9%) и основная группа (92 - 56,1%). Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. В основной группе пациентам выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматоллипидэктомии. Из 164 больных женщин было - 114 (69,5%), мужчин - 50 (30,5%). Больше половины больных были в возрасте 46-59 лет и составили 53,0%.

Сопутствующая патология несколько чаще встречалась у пациентов основной группы (табл. 1). Пациентов по степеням птоза передней брюшной стенки распределяли по классификации А. Matarasso (1989 г.).

Таблица 1. Распределение больных по сопутствующей патологии

Показатели	Группы больных			
	Контрольная группа		Основная группа	
	Кол.	%	Кол.	%
Гипертоническая болезнь	56	60,9	43	59,7
Ишемическая болезнь сердца	24	26,1	17	23,6
Хроническая обструктивная болезнь легких	7	7,6	8	11,1
Сахарный диабет	5	5,4	3	4,2
Варикозная болезнь нижних конечностей	4	4,3	9	12,5

Таблица 2. Распределение пациентов по степени абдоминоптоза и степени ожирения.

Ожирение	Абдоминоптоз	Группы больных			
		Контр. группа		Основ. группа	
		I-II	III-IV	I-II	III-IV
I-II		12	21	24	30
III-IV		19	20	23	15

Таблица 3. Распределение пациентов по размерам грыжи в сравниваемых группах.

Признак	Основная группа (n=92)		Контрольная группа (n=72)		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	
W ₁	18	19,6	12	16,7	30
W ₂	43	46,7	38	52,8	81
W ₃	19	20,6	14	19,4	33
W ₄	12	13	8	11,1	20
Итого:	92	100%	72	100%	164

Минимальный и средний птоз (I-II степень) отмечено у 36 и 42 больных с ожирением I-II и III-IV степени соответственно. Умеренный и выраженный птоз (III-IV степень) отмечено у 51 и 35 больных ожирением I-II и III-IV степени соответственно (табл. 2).

Важнейшими факторами определяющим хирургическую тактику, является локализация грыжи, размер дефекта. Согласно классификации: Chervel J.P. и Rath A.M. (1999 г.) у 53 (32,3%) больных были большие (W₃) и гигантские (W₄) грыжи. У подавляющего большинства больных (118 – 71,9%) были надпочечные (M₁) и околопочечные (M₂) грыжи. Наименьшее количество больных были вентральными грыжами бокового (L) и сочетанного (M+L) расположения. Схематичное распределение больных по размеру дефекта представлено в таблице 3.

Всем пациентам выполнялись общие анализы крови (определение группы крови и резус-фактора, исследования крови на реакцию Вассермана, на гепатит «В» и «С», ВИЧ-инфекцию) и мочи. Определяли следующие биохимические показатели: общий белок крови (по показаниям - белковые фракции), билирубин, трансаминазы, мочевины, креатинин, электролиты крови. Оценку свертывающей и противосвертывающей систем проводили по количеству тромбоцитов, показателям фибриногена, международного нормализованного отношения, времени свертываемости и длительности кровотечения; по показаниям выполняли коагулограмму. Глюкозу

определяли у всех пациентов, при сахарном диабете дополнительно определяли наличие сахара и ацетона в моче, проводили суточный мониторинг глюкозы крови. Из инструментальных методов исследования проводили электрокардиографическое исследование, рентгенологическое исследование органов грудной клетки выполнялось всем пациентам на амбулаторном этапе обследования. При явлениях «хронической» кишечной непроходимости у пациентов с вентральными грыжами W₃ и W₄ по показаниям проводилось рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (обзорная рентгенография брюшной полости и рентгеноконтрастное исследование). По показаниям выполнялась компьютерная томография. Из эндоскопических методов исследования – выполнялась фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия. В дооперационном периоде в амбулаторных условиях УЗИ было выполнено практически у всех пациентов для выявления другой хирургической патологии органов брюшной полости. В послеоперационном периоде УЗИ применялось по показаниям с целью оценки течения раневого процесса и выявления осложнений. При размерах грыжи W₃ и W₄ интраоперационно проводился мониторинг ВБД непрямым способом путем измерения давления в мочевом пузыре.

Предоперационная подготовка пациентов на догоспитальном этапе включала комплекс мероприятий, направленных на снижение массы тела при ожирении, коррекцию сопутствующей патологии, в

том числе и в условиях терапевтического стационара и диагностику других хирургических заболеваний органов брюшной полости. На госпитальном этапе в дооперационном периоде пациентам проводилась подготовка желудочно-кишечного тракта и санация операционного поля. Всем пациентам проводилась профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (ВТО). Пациентам с размером грыжи W_3 и W_4 проводилась предоперационная подготовка с целью адаптации сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышению внутрибрюшного давления: модифицированный пневмобандаж по способу С.Д. Попова, положение Тренделенбурга при постепенном поднятии ножного конца кровати до угла 45° , бесшлаковая диета.

Все пациенты в исследуемых группах были оперированы. Пациентам с сочетанными хирургическими заболеваниями одновременно проводилась их коррекция. Симультанные операции были выполнены у 8 пациентов в исследуемых группах. По объему симультанные вмешательства были следующими: холецистэктомия - 7, надвлагалищная ампутация матки с придатками - 1.

Далее выделение и иссечение грыжевого мешка выполнялся по стандартной общепринятой методике. Производилось разделение сращений при спаечном процессе в грыжевом мешке и брюшной полости производилось тупым и острым путем с тщательной проверкой гемостаза и целостности органов. Грыжесечение начиналась с мобилизации апоневроза от подкожно-жировой клетчатки не более чем на 5 см от края грыжевых ворот.



Рис. 1. Фиксация эндопротеза над апоневрозом. Окончательный вид эндопротезирования

Этого расстояния достаточно для последующей фиксации сетчатого эндопротеза и не приводит к излишней отслойке подкожно-жировой клетчатки. Пациентам контрольной группы в зависимости от локализации и размера грыжевого дефекта производилась герниопластика местными тканями и протезирующими материалами. При протезирующих пластиках транс-

плантат фиксировали по методике «on lay» (рис. 1).

При необходимости, с целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития абдоминального компартмент-синдрома (АКС), пластика передней брюшной стенки выполнялась ненатяжным способом т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания (табл. 4).

В основной группе выбор оптимальной герниопластики был более дифференцированным. Для этого была разработана количественная оценка факторов риска рецидива послеоперационных грыж. Разработанная программа на основании клинической и ультразвуковой характеристики анатомо-функционального состояния брюшной стенки у обследованных больных, а также с учетом размера грыжевых ворот, возраста, функционального состояния системы дыхания, пищеварительной и мочевыделительной систем, физической нагрузки, ожирения позволяет оптимизировать выбор тактики лечения ПОВГ.

Эти факторы, которые влияют на результаты лечения, были оценены по балльной шкале (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 03724, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан - 2016 год). Больные основной группы по результатам программы были разделены на 4 подгруппы (табл. 5). Больные основной группы были разделены на 4 подгруппы (табл. 6).

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (табл. 6) выполняли аутопластику брюшной стенки местными тканями. Эту группу составили больные молодого возраста (25 - 44 лет), у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания.

Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 10 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, мы выполняли комбинированную пластику - дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой, тем самым исключили необходимость наложения двухрядных швов. Это позволило создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца.

В 3-й подгруппе больные с количеством баллов от 11 до 15 имели высокий риск натяжения тканей. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития САК, пластика передней брюшной стенки выполнялась ненатяжным способом т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания.

Таблица 4. Виды герниопластики в контрольной группе.

Вид операции	Контрольная группа	
	Кол.	%
Натяжные способы пластики		
Пластика по Сапежко	28	38,9
Пластика по Мейо	19	26,4
Имплантация эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта	17	23,6
Ненатяжные способы		
Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта	8	11,1
Всего	72	100

Таблица 5. Балльная система показаний к использованию разных способов пластики.

№	Факторы риска	Количественная характеристика	Баллы
1	Состояние брюшной стенки по данным УЗИ, КТ.	Норма	0
		Слабость легкой степени	1
		Слабость тяжелой степени	2
2	Размеры грыжевых ворот	До 5 см	0
		6-10 см	1
		11-15 см	2
		Более 15 см	3
3	Вес (индекс массы тела)	Норма	0
		Ожирение I-II степени	1
		Ожирение III степени	2
4	Возраст	25-44 лет	0
		45-59 лет	1
		60-74 лет	2
		75-90 лет	3
5	Длительность грыженосительства	До 1 года	0
		От 1 года до 3 лет	1
		Более 3 лет	2
6	Физическая нагрузка	Отсутствует	0
		Умеренная нагрузка	1
		Тяжелая нагрузка	2
7	Функциональное состояние дыхательной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение дыхания	1
		Хроническая дыхательная недостаточность	2
8	Функциональное состояние пищеварительной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое запоры	1
		Постоянные запоры	2
9	Функциональное состояние мочевыделительной системы	Нарушений нет	0
		Периодическое затруднение	1
		Постоянные затруднения мочеотделения	2
10	Выраженность спаечного процесса	Нет спаечного процесса	0
		Спайки между грыжевым мешком	1
		Спайки брюшной полости	2

Таблица 6. Распределение основной группы больных на подгруппы.

Пол	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Мужской	7	24	2	5	38
Женский	10	33	3	8	54
Итого	17	57	5	13	92



Рис. 2. Реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц по Ramirez [4].

В 4-й подгруппе больных с ожирением III степени и количеством баллов от 16 до 22 также имелся высокий риск натяжения тканей и повышения ВБД, при этом существенным фактором, удерживающим от выполнения только ненапряжной аллопластики, было чрезмерное натяжение тканей при ушивании и высокая вероятность прорезывания швов в послеоперационном периоде. В таких случаях мы применили ненапряжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (рис. 2).

Преимущества предложенной методики является то, что пластика проводится однорядным швом (в меньшей степени уменьшает объем брюшной полости), мобилизация влагалища пря-

мых мышц живота позволяет равномерно распределить и значительно уменьшить давление на ткани при наложении швов. Применение аллотрансплантата способствует укреплению линии швов и создает оптимальные условия для формирования полноценного рубца. Поэтому в 4-й подгруппе мы отдавали предпочтение имплантации эндопротеза по «on lay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (табл. 7).

Больные 3- и 4-й подгруппы имели сопутствующую патологию ожирение III-IV степени. Этим больным в основной группе после завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматолипидэктомию, по линии предварительно нанесенную на переднюю брюшную стенку до операции (рис. 3), которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 4 до 12 кг. После завершения герниопластики больным в исследуемых группах по показаниям в зависимости от объема операции над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку по Редону, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже.

Таблица 7. Виды герниопластики в основной группе

Подгруппы	Вид операции	Количество	%
Натяжные способы пластики			
1-я подгруппа	Пластика дубликатурными швами	17	18,5
2-я подгруппа	Имплантация эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта	57	61,9
Ненатяжные способы			
3-я подгруппа	Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта + ДЛЭ	5	5,4
4-я подгруппа	Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez + ДЛЭ	13	14,1
Всего		92	100

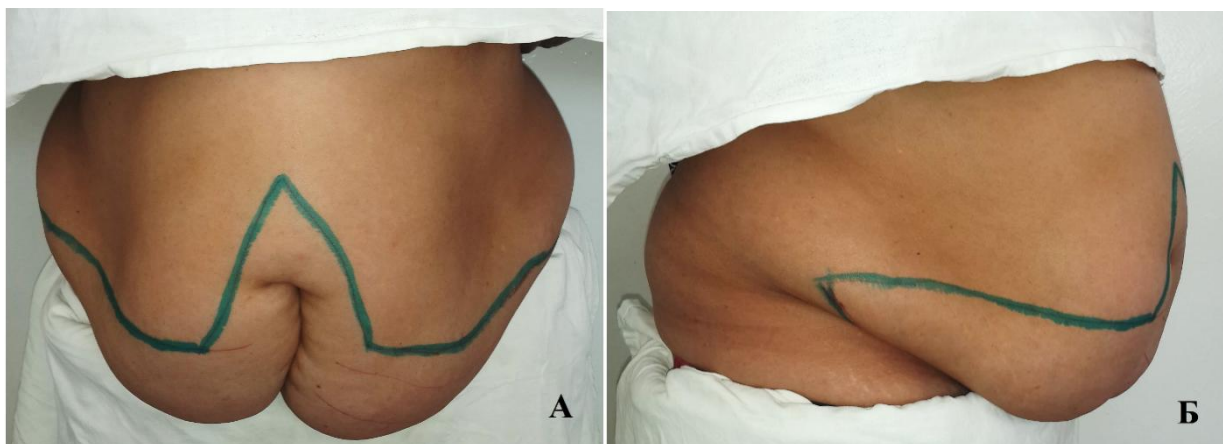


Рис. 3. Рисунок типа "якоря" (разрез по Castanares). А – вид спереди, Б – вид сбоку.

Пациенты в раннем послеоперационном периоде находились в отделении реанимации и интенсивной терапии по показаниям. Это в основном больные с сопутствующей сердечно-сосудистой и респираторной патологией, а также больные, перенесшие операцию по поводу больших грыж с размером W_3 и W_4 . В комплекс интенсивной терапии после протезирующей пластики включалось: - адекватное обезболивание; - профилактика ВТО; - инфузионная терапия; - антибиотикопрофилактика, по показаниям антибиотикотерапия; - продленная ИВЛ по индивидуальным показаниям; - препараты, стимулирующие перистальтику кишечника (прозерин, церукал, убретид).

В раннем послеоперационном периоде пациентам проводилась адекватная гидратация. Объем инфузионной терапии с целью гемодилюции определялся с учетом индивидуальных особенностей пациента. Также проводилась медикаментозная коррекция сопутствующих заболеваний. Течение раневого процесса оценивалось по клиническим данным, лабораторным показателям и данным УЗИ. Клиническая оценка течения раневого процесса проводилась на основании осмотра операционной раны. Определялось наличие или отсутствие отека, гиперемии, инфильтрации тканей в области краев раны, а также выраженность болевого синдрома. При наличии дренажей или промокания повязок оценивался объем и характер экссудата. Всем пациентам проводилось измерение температуры тела 2 раза в сутки (утром и вечером). Степень воспалительных изменений оценивалась по уровню лейкоцитов и формуле в общем анализе крови. В процессе УЗИ операционной раны после грыжесечений оценивалась толщина передней брюшной стенки, эхоструктура и экзогенность тканей в зоне операции, наличие дополнительных образований и включений. Для удаления жидкостных скоплений использовались либо одномоментные эвакуации через рану или пункции под УЗ-наведением. Небольшие скопления жидкости подвергались динамическому наблюдению. В ряде случаев при отсутствии эффекта от пункций и эвакуаций через рану и признаках инфицирования применялось частичное разведение раны (снятие 1-2 швов с кожи) и открытое ведение раны с установкой марлевых турунд и салфеток с антисептиками.

Результаты. Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения: - абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - раневые осложнения в раннем послеоперационном перио-

де; - отдаленные результаты хирургического лечения.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой. Выполнение ненапряжной герниоаллопластики и комбинированной методики с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, примененной 13 пациентам основной группы, которой достигается увеличение объема брюшной полости, позволило избежать повышения внутрибрюшного давления. У большинства пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 2 больных в контрольной и у 1 больной в основной группе перенесших герниопластику по поводу гигантской вентральной грыжи отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно. У 3 больных в контрольной группе и у 1 больного в основной группе наблюдали задержку мочи.

В контрольной группе бронхолегочные осложнения наблюдались у 3 больных и ещё у 3 больных были явления сердечной недостаточности, последние проявлялись низкими показателями артериального давления, учащением пульса, одышкой. В основной группе внебрюшинные осложнения наблюдали у 3 больных. Бронхолегочные осложнения наблюдались у 2, сердечная недостаточность у 1 больного в возрасте 59 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом. Раневые осложнения в послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдались у 8 больных. В основной группе осложнения были у 9 пациентов.

Таким образом, наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество сердечно-легочные после операции отмечено в основной группе больных. Местные (раневые) осложнения отмечено в одинаковом соотношении.

В отдаленные сроки после оперативного вмешательства из 72 больных контрольной группы наблюдали 49 (68,0%), а из 92 больных основной группы наблюдали 76 (82,6%) в сроки с 1 года до 7 лет. Рецидив грыжи наблюдали у 2 (4,1%) больных контрольной группы после пластики грыжевого дефекта аутоканьями. В основной группе рецидив грыжевого выпячивания в передней брюшной стенке не наблюдали.

При динамическом наблюдении больных контрольной группы показатели массы тела существенных изменений не претерпели.

Таблица 8. Распределение больных по сопутствующей патологии в отдаленном послеоперационном периоде.

Показатели	Группы больных					
	Контрольная группа			Основная группа		
	Кол.	%		Кол.	%	
до опер.		в отд. периоде	до опер.		в отд. периоде	
Гипертоническая болезнь	38	59,7	77,5	23	60,9	30,3
Ишемическая болезнь сердца	16	23,6	32,6	11	26,1	14,5
Хроническая обструктивная болезнь легких	8	11,1	16,3	2	7,6	2,6
Сахарный диабет	3	4,2	6,1	1	5,4	1,3
Варикозная болезнь нижних конечностей	7	12,5	14,3	1	4,3	1,3

У пациентов основной группы показатели абдоминального ожирения понесли глобальные изменения.

Это положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения. В обеих группах исходно у 99 человек (60,4%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных контрольной группы отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии (табл. 8).

Таким образом, при выполнении герниопластики частота послеоперационных осложнений значительно выше, чем при использовании дерматолипидэктомии. Данный факт имеет принципиальное значение, так как при сравнимых характеристиках пациентов в группах применение липоабдоминопластики имеет существенные преимущества, как по объективным, так и по субъективным показателям для пациента.

Заключение. Оптимальным видом герниопластики у пациентов с ожирением III – IV степени является сочетание ее с абдоминопластикой, дополненной мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а мобилизация прямых мышц обеспечивается сохранение внутрибрюшного давления на исходных значениях.

В результате применения абдоминопластики удалось снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном

периоде. Раневые осложнения снизились с 11,1% до 9,7%. Со стороны органов ССС - с 54 (72,6%) до 34 (44%). Рецидивов заболевания и летальных исходов не было. Протезирующая герниопластика в сочетании с дерматолипидэктомией повышает качество жизни таких пациентов по всем параметрам. Эстетический компонент операции способствует появлению мотивации к снижению массы тела.

Литература:

1. Azamat S., Salim D. Factors influencing the choice of hernia repair method in patients with incisional hernias //European science review. – 2017. – №. 1-2.
2. Salim D., Sarvinoz A. Hernioabdominoplastics of postoperative ventral hernia in patients with obesity //International scientific review. – 2016. – №. 11 (21).
3. Salim D., Sarvinoz A. Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity //European research. – 2016. – №. 7 (18).
4. Amirovich M. B., Zafarovich S. J. Modern problems and perspective of treatment of patients with ventral hernia with simultaneous pathologies // Научные исследования. – 2018. – №. 4 (23).
5. Давлатов С. С., Абдусаттарова С. К. Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity Davlatov S., Abdusattarova S. 2 (Republic of Uzbekistan) Критерии выбора метода хирургического лечения больных с вентральной грыжей с сопутствующим ожирением // European research: innovation in science, education and technology. – С. 84.
6. Мардонов Б. А. и др. Клинико-инструментальная характеристика послеоперационных вентральных грыж в выборе оптимального способа пластики //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55).

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ОЖИРЕНИЕМ

Абдурахманов Д.Ш., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С.

Резюме. *Обоснование.* Одномоментные операции являются перспективным направлением современной герниологии. В связи с этим разработка объективных показаний и противопоказаний для выполнения одновременных вмешательств на органах брюшной полости и брюшной стенки у пациентов с вентральными грыжами чрезвычайно важна и влияет на подходы предлагаемого способа операции и технику ее выполнения. *Цель.* Улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами с сопутствующим ожирением путем совершенствования хирургической тактики. *Материалы.* Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 164 больных ожирением с вентральными грыжами. Все операции были проведены в хирургическом отделении Первой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2009 по 2016 год. Пациенты были разделены на две группы: контрольная группа (72-43,9%) и основная группа (92-56, 1%). По показаниям пациентам контрольной группы была выполнена классическая герниопластика местными

тканями и протезными материалами. В основной группе пациентам была выполнена грыжесечение с использованием сетчатых имплантатов с добавлением дерматолипэктомии. *Результаты.* Для оценки эффективности результатов лечения пациентов в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения: - абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - экстраабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде; - отдаленные результаты хирургического лечения. *Вывод.* По словам Рамиреса, оптимальным типом герниопластической операции у пациентов с ожирением III – IV степени является сочетание абдоминопластических операций, дополненных мобилизацией прямых мышц живота. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается полипропиленовым протезом, а мобилизация прямых мышц обеспечивает сохранение внутрибрюшного давления на начальных значениях. Протезирование грыж в сочетании с дерматолипэктомией улучшает качество жизни таких пациентов по всем параметрам. Эстетическая составляющая операции способствует появлению мотивации к снижению массы тела.

Ключевые слова: вентральные грыжи, ожирение, герниопластическая хирургия.