

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№1 (Том 2)

2021



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Гарифулина Л. М. ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	4
2. Закирова Б. И., Шавази Н.М., Азимова К. Т., Ибрагимова М. Ф. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ.....	8
3. Исламов Т. Ш., Ахмеджанова Н. И., Ахмеджанов И. А., Жалилов А. Х., Махмудов Х. У. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.....	11
4. Карджавова Г. А., Шавази Н. М., Лим В. И., Лим М. В., Гайбуллаев Ж. Ш. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРНИТИНА У ДЕТЕЙ С КАРДИТОМ НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	15
5. Курбаниязов З. Б., Шербекоев У. А., Сайинаев Ф. К. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.....	18
6. Курбаниязов З. Б., Шербекоев У. А., Мардонов Б. А. ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГРЫЖАХ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	21
7. Матрасулова Д. М., Исмоилов С. Р., Юлдашев Ж. А. ОРТИҚЧА ВАЗЛИИ БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ МЕДИКАМЕНТОЗ КОРРЕКЦИЯСИ.....	28
8. Назиров Ф. Г., Рузибоев С. А., Девятков А. В., Бабаджанов А.Х. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛЬНОГО И ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	33
9. Шавази Н. М., Ибрагимова М. Ф., Закирова Б. И., Лим М.В., Атаева М. С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЛ ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ.....	39
10. Шавази Н. М., Рустамов М. Р., Лим М. В., Атаева М. С., Тугалов К. Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СОЛКОСЕРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ.....	42
11. Юлдашев Б.А., Эргашев А.Х., Аралов М.Ж., Юлдашева Д.А., Давлатова И.Р. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО.....	45
12. Garifulina L. M., Kholmuradova Z. E., Kudratova G. N., Ashurova M. Zh. INDICATORS OF THE ACTIVITY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH EXCESS BODY WEIGHT AND OBESITY.....	50

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

13. Каледа С.П., Мирзакаримова Ф.Р., Бабаджанов А.С. ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.....	53
---	----

patologiyasini tuzatish bo'yicha simul'tan operatsiyalar o'tkazildi. Bemorlarning 20,1 foizida operatsiyaning simul'tan bosqichi alohida minilaparotomik usul yordamida amalga oshirildi. Taranglashgan alloplastika usullari 48,2%, taranglashmagan- 51,8% bemorlarda bajarilgan, bemorlarning 26,4% ida dermatolipidektomiya qilingan. Natijalar. Erta operatsiyadan keyingi davrda ichaklar parezi, siydikni ushlab turish kabi asoratlari asosiy guruhda 5 (4,8%) , taqqoslash guruhda - 4 (4,3%) bemorda qayd etilgan. Qorin bo'shlig'idan tashqari asoratlari - bronxopulmonal va yurak-qon tomir tizimlari asoratlari asosiy guruhdagi 6 (5,7%) va taqqoslash guruhdagi 6 (6,4%) bemorlarda kuzatilgan. Kompartiment sindromining rivojlanishi har bir tadqiqot guruhida bittadan 2 ta holatda sodir bo'ldi. Jarohat asoratlari orasida gematomalar 3 va 1, seromalar 4 va 3, limfa oqishi 1 va 2, teri laxtagi nekrozi esa har bir guruhda bittadan holat qayd etilgan. Xulosa. Ventral churrasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining simul'tan patologiyasi bo'lgan bemorlarda simul'tan bosqichni bajarish jarrohlik davolash natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatmadi.

Kalit so'zlar: ventral churra, simul'tan patologiya, jarrohlik amaliyoti.

Kurbaniyazov Zafar Babazhanovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the Samarkand State Medical Institute.

Sherbekov Ulugbek Akhrarovich

Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of General Surgery of the Samarkand State Medical Institute.

Mardonov Bobosher Amirovich

Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 1 Samarkand State Medical Institute.

TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF SURGERY FOR ABDOMINAL HERNIA AND COMBINED ABDOMINAL PATHOLOGY

ANNOTATION

The results of surgical treatment of 197 patients with ventral hernias were analyzed, while 104 (52.8%) patients underwent simultaneous operations to correct the surgical pathology of the abdominal cavity organs and the anterior abdominal wall. In 20.1% of patients, the simultaneous stage of the operation was performed using a separate minilaparotomic approach. Tension alloplasty methods were performed in 48.2%, non-tension methods - in 51.8%, while 26.4% of patients underwent dermatolipidectomy. The study of the level of stress hormones during simultaneous operations on the abdominal cavity and abdominal wall organs in patients with ventral hernia showed that the degree of surgical aggression in most cases was influenced by the "tension" method of plasty of the anterior abdominal wall and the duration of the operation. Performing the stage of the operation to correct the pathology of the abdominal organs did not significantly affect the level of stress hormones.

Key words: ventral hernia, simultaneous pathology, surgical correction.

Введение. У больных с вентральными грыжами частота сопутствующих хирургических заболеваний брюшной полости колеблется от 11,8 до 46,3%. У больных с грыжами наиболее часто выявляется патология в желчном пузыре, у женщин - в органах малого таза. Подходы к выполнению симультанных вмешательств у больных с грыжами имеют свои особенности, так как расположение органов, в которых имеется патология, может не совпадать с локализацией грыжи. Особые проблемы могут быть обусловлены наличием ожирения, спаечной болезнью, хронической и подострой кишечной непроходимости [5, 7, 8, 10, 11, 12].

В лечении больных с грыжами выбор способа операции, которая не должна повышать внутрибрюшное давление, является ключевым вопросом лечения. Таким требованиям отвечают ненапряжные способы закрытия дефектов в брюшной стенке [1, 3, 6, 9, 13].

Сложной проблемой остается профилактика и лечение абдоминальных и внеабдоминальных осложнений, достигающих 35%, что нередко связано с хирургической агрессией, аспекты которого недостаточно изучены при симультанных операциях [2, 4, 7]. Все это требует детальной проработки тактико-технических аспектов операции как на этапе грыжесечения, так и на внутрибрюшном этапе и на этапе закрытия брюшной полости.

Цель исследования: обоснование тактико-технических аспектов хирургического лечения больных с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости, направленной на снижение частоты и тяжести осложнений после симультанных операций.

Материал и методы исследования. В период 2014-2019 гг. нами прооперировано 197 больных с вентральными грыжами. Из них 104 (52,8%) пациента составили основную группу, которым были выполнены симультанные вмешательства по поводу заболеваний органов брюшной полости, требующей хирургической коррекции. 93 (47,2%) пациентам выполнена только герниопластика, они составили группу сравнения.

Возраст больных на момент выполнения операции был от 16 до 78 лет (средний возраст 49,4±11,8 лет). Преобладали пациенты женского пола: женщины-108 (54,8%), мужчины-89

(45,2%). В основной группе женщин было 59 (54,6%), мужчин-45 (50,6%). В группе сравнения женщины - 49 (45,4%), мужчины-44 (49,4%).

Методы исследования соответствовали клиническим стандартам рекомендованным ВОЗ и МЗ РУз - оценка общего состояния, выявление сопутствующих заболеваний и степень их компенсации; -общеклинические лабораторные исследования; -ультразвуковое исследование, МСКТ, эндоскопические исследования.

Придерживались классификации SWR J.P. Chevrel и A.M. Rath (утвержденная на XXI Международном конгрессе герниологов в 1999 г.).

Грыжи срединной локализации (MWR) составили самую многочисленную группу -184(93,4%), боковые грыжи живота (LWR) - 13(6,6%) больных. У 20 (10,2%) пациентов вентральная грыжа была малых (W₁), у 50(25,4%)-средних (W₂), у 69 (35%) - больших (W₃), у 58 (29,4%)- огромных (W₄) размеров. С послеоперационной вентральной грыжей поступили 174 (88,3%) больных, с впервые обнаруженной - 23 (11,7%). В нашем исследовании подавляющий контингент составили больные - 127 (64,5%) с послеоперационными грыжами срединной локализации больших и огромных размеров.

Всего у 104 больных основной группы выявлено 178 симультанных патологий органов брюшной полости, требовавшей хирургической коррекции (у 28 пациентов - 2 симультанные патологии, у 6-3). Чаще всего у больных с вентральными грыжами выявлены желчнокаменная болезнь - 29 (27,8%), патология органов малого таза у женщин - 31 (30,7%), спаечная болезнь брюшной полости - 67 (64,4%), ожирение III - IV ст. . отвислый живот - 32 (30,7%) и др. (табл. 1).

Симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно - 25,4%.

Сводные данные лечения больных с грыжами показали, что с увеличением размеров грыж, возрастало число пациентов, требующих выполнения симультанных вмешательств. При грыжах малых размеров (W₁) выявлено 16 (15,3%) симультанных

патологий, при W2 – 31 (29,8%), при W3 – 62 (59,6%), а при W4 - 69 (66,3%).

Таблица 1.

Симультанная патология у больных с грыжами живота (n=104).

Симультанная патология	Всего	
	абс.	%
Желчнокаменная болезнь	29	27,8
Кисты печени	6	5,7
Кисты поджелудочной железы	2	1,9
Спаечная болезнь, хроническая, подострая кишечная непроходимость	67	64,4
Киста яичника	9	8,6
Миома матки	22	21,1
Лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки	11	10,5
Ожирение III – IV ст. отвислый живот.	32	30,7
Всего	178	170,7

У 65,4% больных основной группы и 61,3% - группы сравнения имелась сопутствующая соматическая патология требовавшая периоперационной подготовки: - заболевания сердечно – сосудистой системы (40,6%); - органов дыхания (11,8%); - сахарный диабет (4,3%); - ожирение III-IV ст. (28,7%) и др.

При распределении больных по степени операционно-анестезиологического риска (по ASA) I классу соответствовали 52,8%, II классу –36,5%, III классу – 10,7% больных. При оценивании операционно-анестезиологического риска мы учитывали не только наличие соматической патологии, но и её клинико-лабораторные признаки. В связи с чем нами разработана программа балльной оценки прогнозирования развития периоперационных осложнений, на что получено свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №DGU 03724 Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан.

При распределении больных основной группы по модифицированной шкале в сумме более 20 баллов – их относили

к группе высокого риска (8 больных), 11 – 20 баллов - среднего риска (34), 0 – 10 баллов - низкого риска (62). Выполнение симультанной операции считали возможным при наличии в сумме менее 10-15 баллов, больным, набравшим более 15 баллов, проводили предоперационную подготовку до стабильного его снижения. В программу предоперационной подготовки включали искусственную гипертензию брюшной полости с использованием специального пояс-бандажа (полезная модель – пневматический пояс-бандаж IAP 2016 0046).

При выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в областях брюшной полости. В связи с чем, нами разработана схематическая дистопия, т.е. локализация грыжевого дефекта на брюшной стенке и расположение симультанной патологии в брюшной полости. Характер грыжевого выпячивания оценивали по классификации Chervel J.P. и Rath A.M. а расположение симультанной патологии ориентировалось по топографическому разделению брюшной полости на 9 областей (рис. 1).

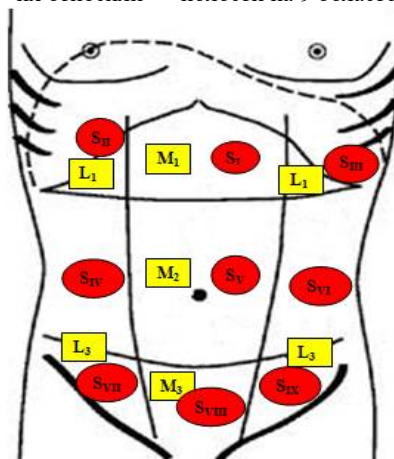


Рис 1. Схематичное расположение грыжи на передней брюшной стенке и симультанной патологии в брюшной полости (L, M – локализация грыжи по Chervel J.P. и Rath A.M., S – локализация симультанной патологии в различных областях брюшной полости).

При расположении хирургических заболеваний на широком расстоянии друг от друга каждую патологию оперировали через отдельные доступы (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение больных основной группы по дистопии грыжи и симультанной патологии.

Характер грыжи			Расположение симультанной патологии в областях брюшной полости				Всего
			SII	SV	SVIII	SII- SVIII	
S	M	M1	20*		10	1	31
		M2	9	23	17		49
		M3	5	4	7		16
		M4	1				1

	L	L ₁	2		1	1	4
		L ₃	1			2	3
			44	17	39	4	
W	W ₁		1	2	6	2	11
	W ₂		8	7	6	5	26
	W ₃		15	9	12		36
	W ₄		16	8	7		31
R	R ₀		39	13	38	3	93
	R ₁		4	1	1	1	7
	R ₂			3			3
	R ₃		1				1
*Примечание:				- симультанная операция через один доступ;			
				- симультанная операция через отдельные доступы			

В целом, в основной группе 21 пациенту (20.1%) этап операции по коррекции хирургической патологии органов брюшной полости выполнен из отдельного доступа. При этом всем 21 больным симультанный этап операции выполнен из минилапаротомного доступа (при необходимости с

видеоассистированием). 83 пациентам (79,8%) все этапы операции выполнены из единого герниолапаротомного доступа.

Больным в обеих исследуемых группах выбор герниопластики был дифференцированным (табл. 3).

Таблица 3.

Виды герниопластики в основной группе и группе сравнения.

Вид операции	Основная группа		Группа сравнения		Всего
	абс.	%	абс.	%	
Натяжные способы аллопластики					
Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта(+ДЛЭ)	49 (4)	47,1	46 (3)	49,5	95 (7)
Ненатяжные способы					
Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта (+ДЛЭ)	44 (19)	42,3	38(12)	40,9	82 (31)
Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (+ДЛЭ)	11 (9)	10,6	9(5)	9,7	20 (14)
Всего	104	100	93	100	197 (52)

При различных конституциональных особенностях, с учетом риска натяжения тканей, влияющих на течение послеоперационного периода, 49 больным основной группы и 46 – группы сравнения, мы выполнили комбинированную пластику –

дефект апоневроза ушивали край в край (рис.2С) с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой (рис. 2Д). Это позволяло создать оптимальные условия для формирования прочного послеоперационного рубца.

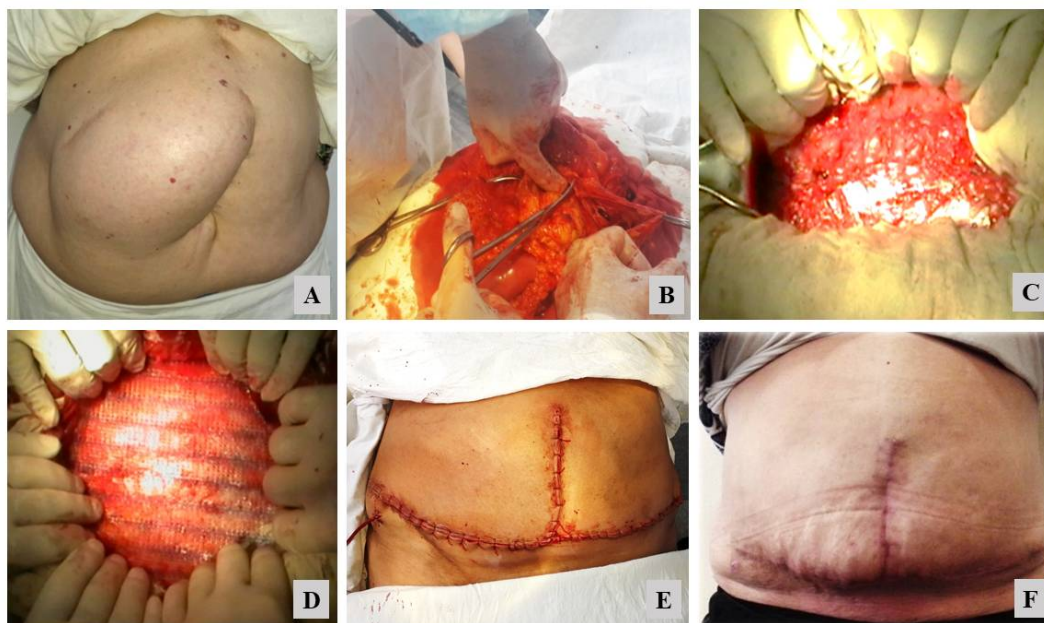


Рис.2. Этапы комбинированной герниоаллопластики при послеоперационной боковой грыже живота (А) с висцеролизом (В), ушиванием краев дефекта апоневроза (С), с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой (D), передняя брюшная стенка после операции (Е), через год (F).

Больным с высоким риском натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления с целью увеличения объема брюшной полости и предупреждения развития компартмент синдрома (44 больным основной гр. и 38- гр. сравнения) пластика

передней брюшной стенки выполнялась ненатяжным способом, т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания.

У 19 (9,6%) больных с ожирением III степени, когда имелся высокий риск чрезмерного натяжения тканей при

ушивании и высокая вероятность прорезывания швов, мы применили ненапряжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (рис. 3.)

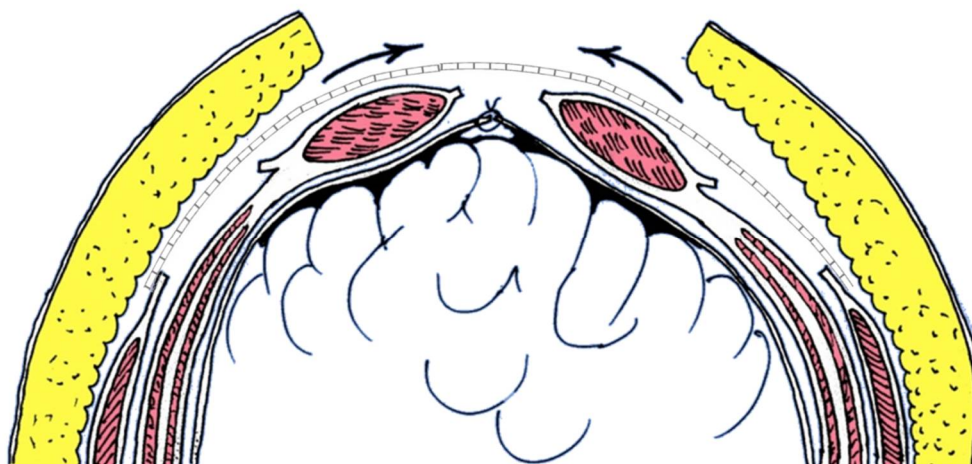


Рис 3. Реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц по Ramirez.

Преимуществами этой методики является то, что мобилизация влагалища прямых 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.

52 больным, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III степени после завершения пластики передней брюшной стенки, также выполняли дерматолипидктомию (ДЛЭ), по линии предварительно нанесенной на переднюю брюшную стенку до операции,

окаймляющую грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку по Castanares (рис. 4А). Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 4 до 12 кг. После завершения герниоаллопластики - имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта (рис. 4В) 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 (рис. 4С).

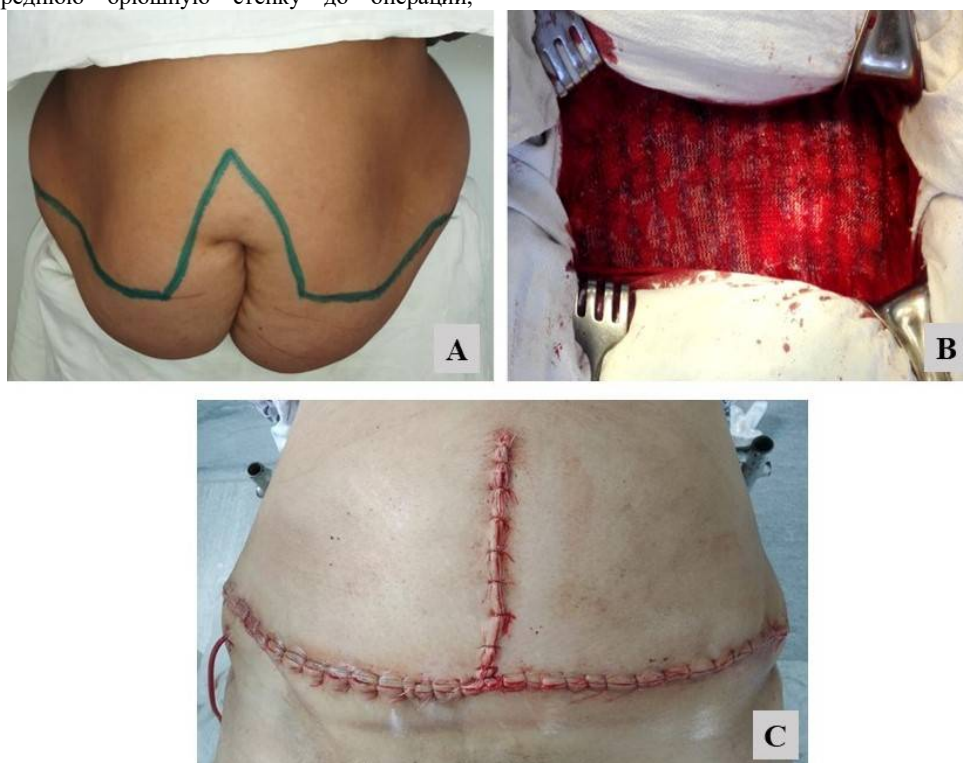


Рис. 4. Этапы герниоаллопластики: - разрез по линии, предварительно нанесенной на переднюю брюшную стенку до операции, которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку по Castanares (А), имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта (В), передняя брюшная стенка после абдоминопластики (С).

Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев исследовали следующие параметры: -абдоминальные осложнения

раннего послеоперационного периода; -внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; - раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Абдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде как парез кишечника, задержка мочи отмечены в основной гр. у 5 (4,8%) больных, в гр. сравнения – 4 (4,3%). Внеабдоминальные осложнения - бронхолегочные и сердечно сосудистой системы развились у 6 (5,7%) больных основной гр. и также у 6 (6,4%) – гр. сравнения. Развитие

компаратмент синдрома произошло в 2 наблюдениях по одной в каждой исследуемой группе. Среди раневых осложнений гематомы отмечены в 3 и 1, серомы у 4 и 3, лимфорей у 1 и 2 и некроз края кожного лоскута по одному случаю в каждой группе (рис. 5).

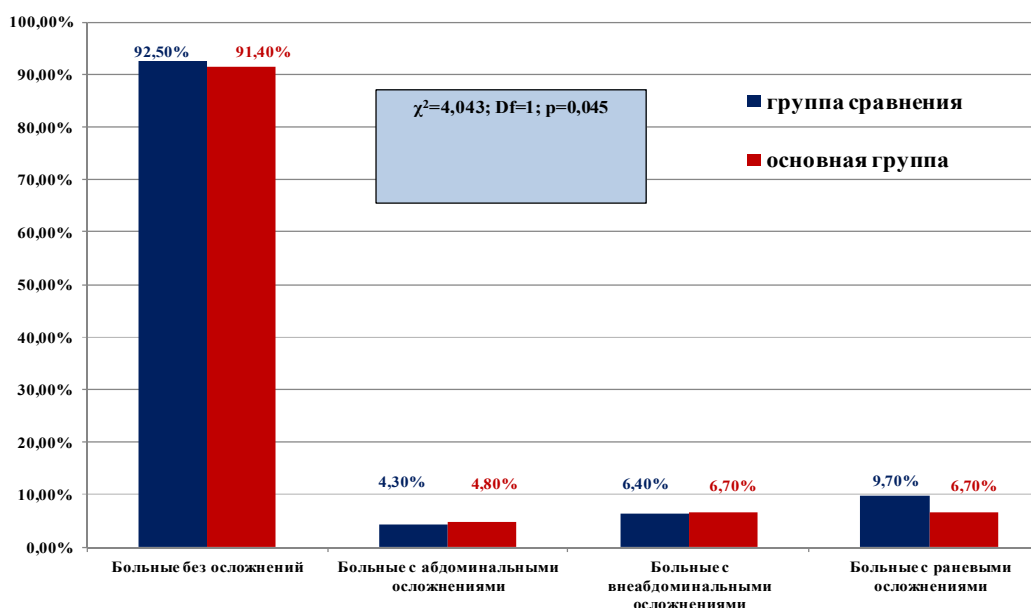


Рис. 5. Частота осложнений в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде.

При рассмотрении временных характеристик отмечено, что в отделении реанимации и интенсивной терапии пациенты основной гр. в среднем находились 1,3±0,1 суток (1,1±0,1 гр. сравнения), после операции 6,7±0,3 суток (6,3±0,5 гр. сравнения); всего в стационаре – 10,2±0,4 суток (9,4±0,6 гр. сравнения). В свою очередь средняя длительность операции в основной гр. больных составила 72,5±3,4 мин. (61,5±4,1 гр. сравнения (табл. 6).

В ближайшем послеоперационном периоде умерло 2 больных, 1 (0,9%) в основной, также 1 (1,1%) – группе сравнения.

Летальный исход у обеих больных возник вследствие острой сердечно - сосудистой недостаточности, причиной которой явилась тромбоэмболия легочной артерии.

В отдаленном периоде в сроки от 1 года до 5 лет прослежены результаты операции у 74 (67,3%) больных основной группы и 65 (62,5%) – группы сравнения. Из 139 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив вентральной грыжи отмечен у 5 (2,5%) больных, в основной группе – 3 (2,8%), в контрольной – 2 (2,1%).

Таблица 6.

Временные характеристики лечения в сравниваемых группах.

Показатели	Группа сравнения	Основная группа	T-критерий, P
До операции (сутки)	4,0±0,6	4,2±0,2	0,32; P>0,05
ОРИТ (сутки)	1,1±0,1	1,3±0,1	2,83; P<0,01
После операции (сутки)	6,3±0,5	6,7±0,3	8,57; P<0,001
Всего (сутки)	9,4±0,6	10,2±0,4	7,63; P<0,001
Длительность операции (мин.)	61,5±4,1	72,5±3,4	2,57; P<0,05
Сроки удаления дренажа по Редону (сутки)	3,5±0,3	3,5±0,3	4,80; P<0,001
Сроки удаления страховочного дренажа из брюшной полости (сутки)	1,3±0,4	3,5±0,3	0,43; P<0,001

Выводы:

1. По данным нашего исследования симультанная патология органов брюшной полости, требующая хирургической коррекции при вентральных грыжах, составила 52,8%, чаще всего выявлены желчнокаменная болезнь (27,8%), патология органов малого таза у женщин (30,7%), спаечная болезнь брюшной полости (64,4%), ожирение III – IV ст. отвислый живот (30,7%). При этом симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно – 25,4%. С увеличением размеров грыж, возрастает число пациентов, требующих выполнения симультанных вмешательств, так при W₃ - 59,6%, а при W₄ - 66,3%.

2. При оценивании операционно-анестезиологического риска необходимо учитывать не только наличие соматической патологии, но и её клиничко-лабораторные признаки по программе

балльной оценки прогнозирования периоперационных осложнений. Выполнение симультанной операции возможно при наличии в сумме менее 10-15 баллов, при сумме более 15 баллов необходимо предоперационная подготовка до стабильного его снижения.

3. При расположении хирургических заболеваний на широком расстоянии друг от друга симультанную патологию возможно оперировать через отдельные доступы. В основной группе 20,1% больным этап операции по коррекции хирургической патологии органов брюшной полости выполнен из отдельного минилапаротомного доступа (при необходимости с видеоассистированием), 79,8% пациентам - все этапы операции выполнены из единого герниолапаротомного доступа.

4. Выбор герниопластики должен быть дифференцированным. Натяжные способы аллопластики: -

имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта произведена 47,1% основной гр. и 49,5% - контрольной гр. больных. Ненатяжные способы: -имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта 42,3% и 40,9%; - имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez 10,6% и 9,7% больных основной гр. и гр. сравнения соответственно. 26,4% больным, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III степени и отвислый живот после завершения пластики передней брюшной стенки выполнена дерматоплиподэктомия.

5. Осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были сопоставимы: - абдоминальные осложнения у 4,8% и 4,3%; -внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 5,7% и 6,4%; - развитие компартмент синдрома 0,9% и 1,1%; -раневые

осложнения у 9,7% и 6,7%; - летальность 0,9% и 1,1% в основной и группе сравнения соответственно.

6. При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. – 10,2±0,4 суток (9,4±0,6 гр. сравнения), средняя длительность операции в основной гр. больных - 72,5±3,4 мин. (61,5±4,1 гр. сравнения).

7. Выполнение симультанного этапа операции в целом не повлияло отрицательно на результаты хирургического лечения больных вентральной грыжей и симультанной патологией органов брюшной полости. При этом, избавление больного от нескольких заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость выполнения симультанных операций.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Алишев О. Т., Шаймарданов Р. Ш. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж //Практическая медицина. – 2013. – №. 2 (67).
2. Белоконов В. И., Грачев Д. Б., Ковалева З. В. Обоснование объема операции и способа закрытия грыжевых ворот у пациентов, страдающих ожирением //Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22. – №. 1.
3. Винник Ю. С. и др. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения грыж передней брюшной стенки //Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №. 1. – С. 24-24.
4. Кыжыров Ж. Н. и др. Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения—диагностика и хирургическое лечение //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №. 1.
5. Кукош М. В., Федоров В. Э., Логвина О. А. Симультанные операции, их значимость и целесообразность выполнения //Московский хирургический журнал. – 2019. – №. 3. – С. 81-89.
6. Курбаниязов З.Б., Марданов Б.А., Рахманов К.Э. Прогнозирование результатов симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей// Проблемы биологии и медицины. - 2020. №1. Том. 116. - С. 58-61.
7. Мардонов Б. А., Шербек У. А., Вохидов Ж. Ж. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – №. 17, - № 3. – С. 118-125.
8. Мелентьева О. Н., Вострецов Ю. А., Белоконов В. И. Возможности ультразвукового скринингового обследования в выявлении хирургической патологии у взрослого населения //Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2016. – №. 3 (23).
9. Паршиков В. В. Протезирующая пластика брюшной стенки в лечении вентральных и послеоперационных грыж: классификация, терминология и технические аспекты (обзор) //Современные технологии в медицине. – 2015. – Т. 7. – №. 2.
10. Пушкин С. Ю., Белоконов В. И. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2010. – №. 6. – С. 43-45.
11. Самарцев В. А. Гаврилов, В. А., Паршаков, А. А., Кузнецова, М. В. Профилактика раневых инфекционных осложнений после герниопластики сетчатыми протезами: экспериментально-клиническое исследование //Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2020. – Т. 8. – №. 1.
12. De Simone B. et al. Emergency repair of complicated abdominal wall hernias: WSES guidelines //Hernia. – 2019. – С. 1-10.
13. Nazirov F. G. et al. Age-related structural changes in aponeuroses of the rectus abdominal muscles in patients with postoperative ventral hernias //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – №. 17, № 3. – С. 74-79.
14. Шербек У. А., Алиева С. З. К., Вохидов Ж. Ж. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией //Academy. – 2018. – Т. 2. – №. 6 (33).

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**

ТОМ 2, НОМЕР 1

**JOURNAL OF
HEPATO-GASTROENTEROLOGY
RESEARCH**

VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000