

гуруҳ) ва 87 бемор бо носури рудаи рост (2 гуруҳ) гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Муайян карда шуд, ки дар 23,6% беморони гирифтори SSPK, ки бо PAS мураккаб шудаанд, дараҷаҳои гуногуни NAS инкишоф меёбанд. Омили объективии хавфи пешгӯии рушди PAS дар беморони гирифтори SSPD шаклҳои интиқоли мебошад: (анаэробии клостридиалӣ, ғайриклостридиалӣ ва такроршаванда), локализатсия (девори пушти ректум), на-

муди сироят бо параноктити шадид (анаэробии клостридиалӣ ва ғайриклостридиалӣ).

Хулоса. Меъёрҳои объективии пешгӯии NAS дар беморони гирифтори SSPK, ки бо PAS мураккаб шудаанд, нишондиҳандаи вазнинии AS пектинос ва дараҷаи норасоии ISPK мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: намуди мураккаби носурҳои рудаи рост, пектенози ҳалқаи мушак, пешгӯӣ, натиҷаҳои дарозмуддати табobati ҷарроҳӣ.

УДК 616.833-089

Ш.К. Полвонов¹, Р. Рахматуллоев¹, Н.Х. Шамсов², Н.М. Мирзоев²

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Шамсов Нодир Хизматуллоевич – старший научный сотрудник отделения эндоскопии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе, тел.: +992907775999, E-mail: otarion@list.ru.

Цель исследования. Оценка влияния различных факторов на развитие рецидивирования вентральных грыж

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных с вентральными грыжами. Все больные, для удобства оценки ближайших и отдалённых результатов, были разделены на клинические группы: в I группу вошли 28 больных, которым выполнялись методы с наложением сетчатого трансплантата; во II группу вошли 36 больных, которым выполнялась операция, с укреплением передней стенки местными тканями.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения анамнеза больных, было установлено, что в обеих клинических группах часто отмечалось допущение ошибок к выбору показаний к использованию способа пластики грыжевых ворот. Во II клинической группе (группа пластики грыжевых ворот собственными тканями) по большей части причиной развития рецидивов было недостаточное изучение свойств местных тканей в интраоперационном периоде.

Заключение. Полученные данные показывают важность индивидуализации выбора метода пластики грыжевых ворот при рецидивах, и даже при первичном обращении. Шаблонное использование одной методики, будь то операция с пластикой грыжевых ворот местными тканями или сетчатым имплантатом, влечёт за собой развитие рецидивов, и неблагоприятных явлений у данной группы больных.

Ключевые слова: рецидив, грыжи передней стенки живота, вентральные грыжи.

Sh.K. Polvonov¹, R. Rakhmatulloyev¹, N.H. Shamsov²

EVALUATION OF DIFFERENT FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF RECURRENCE IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA

¹Avicenna Tajik State Medical University

²Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Aim. To conduct an assessment of the influence of various factors on the development of recurrence of ventral hernias.

Material and methods. We have analyzed the results of the treatment of 64 patients with ventral hernias. All patients were divided into two clinical groups: group I included 28 patients who underwent mesh transplant; group II included 36 patients who underwent surgery, with the anterior wall strengthened with local tissues.

Research and discussion. Studying the medical history of patients, it was found that in both clinical groups, the mistakes were often made in the selection of indications for using the hernia gate repair method. In the II clinical group

(the hernia gate repair group with their tissues), the main reason for the development of relapses was an inadequate examination of the local tissue properties in the intraoperative period.

Conclusion The obtained data show the importance of individualizing the choice of hernia gate repair method for the treatment of relapses, and even in the initial treatment. The stereotyped use of one technique, whether it is a hernia gate surgery using local tissues or a mesh implant, entails the development of relapses and adverse events in this group of patients.

Keywords: relapse, hernias of the anterior abdominal wall, ventral hernias.

Актуальность. Несмотря на все достижения последних десятилетий в области герниологии, грыжи передней стенки живота до настоящего времени продолжают оставаться основной причиной обращения за плановой хирургической помощью [1-3]. Долгие годы литературных споров, а также проведения клинических исследований привели к тому, что в современной общей хирургии большинство специалистов отдают предпочтение методам пластики грыжевых ворот с использованием местных тканей [4-6]. Причиной тому является тот факт, что даже сетчатые трансплантаты, выполненные на основе самых современных технологий, не могут гарантировать сто процентной приживляемости, и предотвращения отторжения «сетки» [7-9]. В то же время при больших размерах грыжевых ворот, а также при непригодности местных тканей для формирования прочного остова для удержания содержимого брюшной полости, использовать сетчатые трансплантаты обязательно [10-12].

Однако, несмотря на все споры, относительно того, что лучше для формирования передней брюшной стенки, использование местных тканей или сетчатый трансплантат, рецидивирование встречается как в первом, так и во втором случае [13, 14]. Многочисленные исследования подтверждают данный факт [15]. В связи с этим было бы плодотворно, для снижения частоты рецидивов, изучить факторы, влияющие на развитие повторных обращений, после выполнения оперативного вмешательства.

Цель исследования. Оценка влияния различных факторов на развитие рецидивирования вентральных грыж.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных с вентральными грыжами, обратившихся в отделение общей хирургии Городской клинической больницы скорой помощи, при первично перенесённой операции в других стационарах. Средний возраст больных составлял $52,4 \pm 1,3$ года. По половому признаку отмечалось превалирование лиц женского пола (42 (65,6%)) и 12 (34,4%) лиц мужского пола. Больных с одним рецидивом

в анамнезе было 23, с двумя 19, с тремя и более – 22. Все больные, для удобства оценки ближайших и отдалённых результатов, были разделены на клинические группы: в I группу вошли 28 больных, которым выполнялись методы с наложением сетчатого трансплантата; во II группу вошли 36 больных, которым выполнялась операция, с укреплением передней стенки местными тканями.

Всем больным выполнялись стандартные методы исследования, включавшие клиническое обследование, проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости, при необходимости выполнялись рентгенологические методы исследования.

Статистическая обработка полученного материала проводилась согласно правилам вариационной статистики. Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы статистического анализа Microsoft Excel. Все значения представлены в виде $M \pm m$ (M – среднее значение данных в исследуемой группе; m – ошибка средней). Достоверность различий между группами устанавливалась по t -критерию Стьюдента для малых и неоднородных групп – по U -критерию Манна-Уитни. Для оценки достоверности различий средних показателей использовали t -тест Стьюдента для попарно связанных вариантов с помощью таблиц сопряженности 2×2 . При $p < 0,05$ различия между группами рассматривали как статистически достоверные. При проведении анализа различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Взаимосвязь признаков определяли с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r). Корреляционную связь считали слабовыраженной при $r = < 0,3$, умеренно выраженной при $0,3 < r < 0,5$, значительной при $0,5 < r < 0,7$, сильно выраженной при $0,7 < r < 0,9$, очень сильно выраженной при $r > 0,9$.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения анамнеза больных, было установлено, что в обеих клинических группах часто отмечалось допущение ошибок к выбору показаний к использованию способа пластики грыжевых ворот. Очень часто, даже при неоднократных случаях

отторжения сетчатых трансплантатов, больным, при повторном обращении, снова выполнялись подобные операции, как правило, с использованием сетки той же разновидности. Между тем, при первом отторжении «сетки» уже существуют показания к замене трансплантата хотя бы на другую разновидность, а по возможности вообще отказа от неё.

Во II клинической группе (группа пластики грыжевых ворот собственными тканями) по большей части причиной развития рецидивов было недостаточное изучение свойств местных тканей в интраоперационном периоде. Так довольно часто много рожавшим женщинам (3 и более беременностей), при практическом отсутствии нормальной апоневротической ткани, с высокой степенью диастаза, выполнялись местно-пластические операции по Сапежко и Мейо. Одной из главных причин этого являлись социально-экономические причины, а также предрассудки некоторой части населения относительно использования сетчатого имплантата, и несогласие на его внедрение пациентам. Стоит также отметить, что именно наличие в анамнезе более трёх беременностей, как правило, являлось предиктором обнаружения в интраоперационном периоде дефицита местных тканей для замещения дефекта. Поэтому у таких больных заранее желательно подготовить сетчатый трансплантат до операции, так как надежды на замещение дефекта местными тканями практически всегда крайне малы.

При повторном вмешательстве нами учитывались все вышеуказанные факторы. Стоит отметить, что во всех 64 случаях отмечалось обильное разрастание спаечных образований, что значительно затрудняло проведение повторных операций и достижение благоприятного результата. Если во второй группе, где в основном использовался сетчатый имплантат, оперативное вмешательство проходило более благоприятно, то в первой дела обстояли иначе. Отторжение «сетки», а также прошлые воспалительные процессы, в том числе и нагноение, затрудняли использование местных тканей, потерявших эластичность и практичность. В то же время, так как ввиду непереносимости сетчатого замена его на другой вид не всегда была приемлема, в некоторых случаях приходилось использовать именно способы местной пластики, даже вопреки их непригодности.

Именно поэтому все три рецидива, отмечавшиеся после проведения нами оперативного вме-

шательства, развивались лишь в I группе, в то время как во II группе рецидивов отмечено не было. Лишь в одном случае при применении сетки во II группе отмечалось скопление жидкости, которое было устранено путём использования адекватного дренирования, а также консервативных способов лечения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что показания к пластике грыжевых ворот сетчатым трансплантатом должны выставляться с осторожностью, с тщательной проверкой чувствительности организма больного к материалу. Это поможет предотвратить случаи отторжения «сетки» и развития рецидивов. При первичном обращении в стационар для проведения хирургического вмешательства по поводу вентральной грыжи, рекомендуется использовать местные ткани, так как это намного реже вызывает развитие гнойного процесса. В то же время у больных с многочисленными беременностями в анамнезе (более трёх) рекомендуется размещение сетчатого трансплантата на первичном этапе, так как ткани собственной передней стенки (апоневроз) недостаточно надёжны для формирования препятствия содержимому брюшной полости.

Закключение. Полученные данные показывают важность индивидуализации выбора метода пластики грыжевых ворот при рецидивах, и даже при первичном обращении. Шаблонное использование одной методики, будь то операция с пластикой грыжевых ворот местными тканями или сетчатым имплантатом, влечёт за собой развитие рецидивов, и неблагоприятных явлений у данной группы больных. Каждая последующая операция снижает уровень доверия больного к врачу, а также вызывает у него всё большую боязнь по отношению к следующему обращению. Корректная оценка всех сопутствующих факторов, а также данных анамнеза больных до операции помогает выбрать лучший метод проведения оперативного вмешательства, на основе описанных выше критериев.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-15 см. в REFERENCES)

1. Ануров М. В. Классификация протезов для пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки (аналитический обзор литературы) / М. В. Ануров, С. М. Титкова, А. П. Эттингер // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2015. – №. 1. – С.5 – 10;
2. Курбонов К.Р. Профилактика послеоперацион-

ных грыж живота / К.Р. Курбонов и др // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - №3. - С.19-23;

3. Лаврешин П.М. Дифференцированный подход к лечению послеоперационных вентральных грыж / П.М. Лаврешин и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 7, №. 3. - С. 246-251.

4. Ждановский В.В. Протезирующая герниопластика пупочных грыж: амбулаторный опыт / В.В. Ждановский // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 3, №. 3. - С. 250-255.

5. Мохов Е.М. Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки / Е.М. Мохов, Н.Г. Евтушенко, А.Н. Сергеев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 5, №. 4. - С. 648-654.

6. Муродов А.И. Применение программы «Fast track surgery» при симультанных лапароскопических операциях / А.И. Муродов, З.О. Алиев, Н.А. Ермаков // Здравоохранения Таджикистана. - 2017. - №. 3. - С. 51-55;

7. Паршиков В.В. Техника разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами (обзор) / В.В. Паршиков, В.И. Логинов // Соврем.технол. мед. - 2016. - №1. - С.183-194.

8. Полинский А. А. Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов рецидивными паховыми грыжами / А. А. Полинский, А. В. Козловская, А. С. Кречко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2016. - Т. 52, №. 4. - С. 30-32.

9. Рагимов В.А. Сравнительный анализ результатов аллопластических методов в хирургическом лечении вентральных грыж / В.А. Рагимов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 5, №. 3. - С. 574-577.

REFERENCES

1. Anurov M. V. Klassifikatsiya protezov dlya plastiki gryzhevykh defektov peredney bryushnoy stenki (analiticheskiy obzor literatury) [Classification of prostheses for plastic hernial defects of the anterior abdominal wall (analytical literature review)]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Herald of the Russian State Medical University*, 2015, No. 1, pp. 5-10;

2. Kurbonov K. R. Profilaktika posleoperatsionnykh gryzh zhivota [Prevention of postoperative abdominal hernias]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 3, pp. 19-23;

3. Lavreshin P. M. Differentsirovannyu podkhod k lecheniyu posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Differentiated approach to the treatment of postoperative ventral hernias]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*,

2016, Vol. 7, No. 3, pp. 246-251.

4. Zhdanovskiy V. V. Proteziruyushchaya gernioplastika pupochnykh gryzh: ambulatornyy opyt [Umbilical hernia repair: an outpatient experience]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2016, Vol. 3, No. 3, pp. 250-255.

5. Mokhov E. M. Primenenie biologicheskii aktivnogo (antimikrobnogo) shovnogo materiala pri khirurgicheskom lechenii gryzh peredney bryushnoy stenki [The use of biologically active (antimicrobial) suture material in the surgical treatment of hernias of the anterior abdominal wall]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2016, Vol. 5, No. 4, pp. 648-654.

6. Murodov A. I. Primenenie programmy «Fast track surgery» pri simultannykh laparoskopicheskikh operatsiyakh [Application of the program “Fast track surgery” in simultaneous laparoscopic operations]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 51-55;

7. Parshikov V. V. Tekhnika razdeleniya komponentov bryushnoy stenki v lechenii patsientov s ventralnymi i posleoperatsionnymi gryzhami (obzor) [Technique of separation of abdominal wall components in the treatment of patients with ventral and postoperative hernias (review)]. *Sovremennye tekhnologii meditsiny - Modern technologies of medicine*, 2016, No. 1, pp. 183-194.

8. Polynskiy A. A. Kachestvo zhizni i otdalennyye rezultaty khirurgicheskogo lecheniya patsientov retsidivnymi pakhovymi gryzhami [Quality of life and long-term results of surgical treatment of patients with recurrent inguinal hernias]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Journal of Grodno State Medical University*, 2016, Vol. 52, No. 4, pp. 30-32.

9. Ragimov V. A. Sravnitelnyy analiz rezultatov alloplasticheskikh metodov v khirurgicheskom lechenii ventralnykh gryzh [Comparative analysis of the results of alloplastic methods in the surgical treatment of ventral hernias]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2016, Vol. 5, No. 3, pp. 574-577.

10. Chung L. Pain and its effects on physical activity and quality of life before operation in patients undergoing elective inguinal and ventral hernia repair. *The American Journal of Surgery*, 2014, Vol. 208, No. 3, pp. 406-411.

11. Pawlak M. Comparison of two different concepts of mesh and fixation technique in laparoscopic ventral hernia repair: a randomized controlled trial. *Surgical endoscopy*, 2016, Vol. 30, No. 3, pp. 1188-1197.

12. Bernal E. Computer vision distance measurement from endoscopic sequences: prospective evaluation in laparoscopic ventral hernia repair. *Surgical endoscopy*, 2014, Vol. 28, No. 12, pp. 3506-3512.

13. Christoudias G. A simplified laparoscopic approach to ventral hernia repair: a new “finned” mesh configuration with defect closure. *Surgical endoscopy*, 2016, No. 3, pp. 1-9;

14. Jensen K. K. Enhanced recovery after giant ventral hernia repair. *Hernia*, 2016, Vol. 20, No. 2, pp. 249-256;

15. Darehzereshki A. Biologic versus nonbiologic mesh in ventral hernia repair: a systematic review and meta-analysis. *World journal of surgery*, 2014, Vol. 38, No. 1, pp. 40-50.

ХУЛОСА

**Ш.К. Полвонов, Р. Рахматуллоев,
Н.Х. Шамсов**

БАҲОДИҲИИ ОМИЛҲОИ ГУНОГУНИ ФАРҚКУНАНДАИ ПАЙДОШУДАИ ЧУРРАХОИ ТАКРОРИ ДАР БЕМОРИХОЕ, КИ ЧУРРАХОЕ ВЕНТРАЛИ ДОРАНД

Мақсад таҳқиқот. Арзёбии таъсири омилҳои гуногун ба инкишофи такрории hernial ventral

Усулҳои моддӣ ва таҳқиқот. Мо натиҷаи муолиҷаи 64 беморро, ки дар онҳавартаи варида буд, ва дар ҷарроҳии аввалия дар дигар беморхонаҳо ба шӯъбаи ҷарроҳии умумии Беморхонаи клиникаи шаҳрӣ муроҷиат кардем, таҳлил кардем. Ҳама беморон барои роҳати баҳогузори натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддат ба гурӯҳҳои клиникӣ тақсим карда шуданд: ба гурӯҳи I 28 нафар беморон дохил карда шуданд, ки усулҳои трансплантатсияро гузарониданд; гурӯҳи II аз 36 нафар бемороне иборат буд, ки ҷарроҳӣ карда шуданд ва девори пеши онҳо бо бофтаҳои маҳаллӣ мустаҳкам карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Дар ҷараёни омӯзиши таърихи тиббии беморон муайян карда шуд, ки дар ҳарду гурӯҳи клиникӣ ҳамаҳо дар интиҳоби нишондодҳо барои усули таъмири дарвоза ба вучуд меоянд. Бисёрвақт, ҳатто ҳангоми ҳодисаҳои такрории рад кардани трансплантатсия, беморон ҳангоми муолиҷаи такрорӣ бори дигарчунин амалиётро, боистифода аз як фикрию ҳамонҳамон, анҷом медиҳанд. Дар айнаи ҳангоми радшавии аввали «тор», нишонаҳои оид ба ивазнамудани трансплантатсия ҳадди аққал нави дигар мавҷуданд ва агар имкон бошад, онро комилан рад мекунам.

Дар гурӯҳи II клиникӣ (гурӯҳи таъмири дарвозаи герни бо бофтаҳои худ), сабаби асосии инкишофи такроршавӣ омӯзиши нокифояи хусусиятҳои бофтаҳои маҳаллӣ дар давраи дохили башарӣ буд. Мавҷудияти таърихи зиёда аз се ҳомиладорӣ, ҷунҷоида, як пешгуи муайянкунии давраи нарасидани бофтаҳои бофтаи маҳаллӣ барои ивазкардани нуқсон буд.

Хулоса. Маълумоти бадастомада аҳамияти ин фироӣ интиҳоби усули таъмири дарвоза барои пайдоиши дубора ва ҳатто дар табобати авалияро нишон медиҳанд. Истифодаи тасаввуроти як усул, ҳоҳ он амалиёт бо таъмири герни бо истифода аз бофтаҳои маҳаллӣ ё як ҷарроҳии фикрию, боиси инкишофи такрорӣ ва ҳодисаҳои номусоид дар ин гурӯҳи беморон мегардад.

Калимаҳои асосӣ: рефлекс, hernias девори пеш аз шикам, hernias ventral.

УДК 616.147-008.64-036.12-072.1

Д.Р. Раджабов¹, Ч.А. Раҳмонов^{1,2}, Д.Д. Султанов^{1,2}, Ф.Ш. Рашидов^{1,2}, С.А. Мирзоев²,
А.Ш. Шохсаворбеков¹

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Раджабов Дориюш Раджабович - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: doriyush.rachabov.91@gmail.com

Цель исследования. Изучить эффективность методики SEPS в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. С 2003 года по настоящее время в «Республиканском научном центре