

patients with colorectal cancer after curative surgery. *Science Reports*, 2020, Vol. 10, No. 1, pp. 1074.

12. Schlick C.J. Pre-operative, Intra-operative and Post-operative factors associated with post-discharge venous thromboembolism following colorectal cancer resection. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2020, Vol. 24, No. 1, pp. 144-154.

13. Shalaby M. Outcome of colorectal cancer in elderly population. *Annals of coloproctology*, 2016, Vol. 32, No. 4, pp. 139-143.

ХУЛОСА

Х.Ш. Назаров, Ш.К. Назаров, Н. Ҳасанов

ТАЙЁРИИ САМАРАНОКИ ПЕШ АЗ ҶАРРОҲИИ МУОЛИҶАИ МОНЕЪШАВИИ ШАДИДИ РӯДАҲОИ ГЕНЕЗИСИ ОМОС- МОНАНД

Мақсади омӯзиш. Натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони монетъшавии шадиди рӯдаҳои генезиси омосмонанд ҳангоми амалиёти радикалӣ беҳтар карда шавад.

Усулҳои моддӣ ва тадқиқотӣ. Натиҷаҳои мушоҳида ва таболати 31 нафар беморони гирифтори монетъаи шадиди ғайриқонунии генезиси омосмонанди аз 34 то 72 сола оварда шудаанд. Ҷойгиршавии ректосигмоидаи омосмонанд бештар мушоҳида мешавад. Ба гурӯҳи асосӣ 14 (45,2%) беморон, ба гурӯҳи назоратӣ 17 нафар (54,8%) дохил шуданд.

Бо мақсади ташхис санҷишҳои умумии клиникӣ ва биохимиявии хун, ултрасадо, MRI, КТ, колоноскопия, сигмоидоскопия ва мувофиқи

нишондодҳо, видеолапароскопия, инчунин ташхиси патогистологии намунаҳои биопсия, ки аз макропрепаратҳои омосмонанди хоричшудаи рӯда гирифта шудаанд, гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Муқаррар карда шудааст, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки аз руи усули дар клиника пешниҳодшуда тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ гирифтаанд, ба таври равшантар паст шудани нишондиҳандаҳои процессҳои илтиҳоби ва захролудшавии бадан мушоҳида мешавад, ки инро барвақт ба эътидол овардани қори лабораторӣ ва параметрҳои асбобӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ, ки омодагии пеш аз ҷарроҳӣ гирифтаанд, мувофиқи нақшаҳои анъанавӣ гузаронида мешаванд.

Дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 2 (11,8%) ҳолат мавҷудияти муфлисшавии дарзҳо, дар 3 ҳолат (17,6%) - чиркшавии захми баъди ҷарроҳӣ муайян карда шудааст. Дар 1 (5,9%) ҳолати марговар ба қайд гирифта шудааст, ки сабаби он инфаркти миокард мебошад.

Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ ҳамагӣ дар 1 (7,1%) ҳолат фасодгирии захми баъди ҷарроҳӣ мушоҳида карда шудааст.

Хулоса. Декомпрессияи қисмати болоии ҳалқаи рӯда дар якҷоягӣ бо энтеросорбсия дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ як усули самараноки омода кардани рӯда ба амалиёти радикалӣ буда, барои қотиш додани зухуроти илтиҳоби пас аз ҷарроҳии барвақт мусоидат мекунад.

Қалимаҳои қалидӣ: декомпрессияи эндоскопӣ, монетъшавии шадиди рӯда, энтеросорбсия.

УДК 617.55-007.43:616-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-67-74

Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде, А.Э. Ганиев, Ш. Анваров

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АЛЛОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Назаров Шохин Кувватович – д.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992935882636; E-mail: shohin67@mail.ru

Цель исследования. Оптимизировать хирургическое лечение рецидивных послеоперационных вентральных грыж путем применения синтетических аллопластических материалов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 139 больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. Всем пациентам по показаниям выполнялась абдоминопластика с

использованием сетчатых биологически инертных аллопротезов методом «onlay» и по оригинальной методике с перемещением листков влагалища *т.т. recti abdominis*.

Результаты исследования и их обсуждение. Рецидив вентральных грыж после первого года наблюдения был выявлен у 6 (4,3%) больных. Причинами рецидивов при больших грыжах являются дистрофические процессы в мягких тканях передней брюшной стенки, обусловленные как активацией фибробластов при контакте с полипропиленовой сеткой, так и непосредственно дефектом сетки в результате ее разрыва. При возникновении рецидива выполняли реконструктивные операции в объеме модифицированной методики с компонентной сепарацией для устранения дополнительного натяжения тканей.

Выводы. Разработанный способ хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж предусматривает рассечение передних стенок влагалища прямых мышц живота по ходу мышц, сшивание апоневротических краев дефекта, соединение прямых мышц по средней линии, с последующей фиксацией сетчатого имплантата к внешним краям рассеченного апоневроза прямых мышц живота, что позволяет предупредить возникновение рубцового перерождения и нарушение функциональной активности, о чём свидетельствуют результаты мониторинга функции прямых мышц живота.

Ключевые слова: грыжа, вентральная, рецидив, герниопластика, методология, исследование.

Sh.K. Nazarov, S.G. Ali-Zade, A.E. Ganiev, Sh. Anvarov

FUNCTIONAL ALLOPLASTY OF RECURRENT POSTOPERATIVE HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Department of Surgical Diseases №1 named after Academician K.M. Kurbonov, Avicenna Tajik State Medical University

Nazarov Shokhin Kuvvatovich - Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical Diseases No. 1. Avicenna Tajik State Medical University; Tel.: +992935882636; E-mail: shohin67@mail.ru

Aim. To optimize the surgical treatment of recurrent postoperative ventral hernias using synthetic alloplastic materials.

Material and methods. The study was conducted among 139 patients with recurrent postoperative ventral hernias. According to the indications, all patients underwent abdominoplasty using mesh biologically inert alloprostheses using the “onlay” method and according to the original method with the displacement of the vaginal leaves *mm. recti abdominis*.

Results and discussion. Recurrence of ventral hernias after the first year of follow-up was detected in 6 (4.3%) patients. The causes of relapses in large hernias are dystrophic processes in the soft tissues of the anterior abdominal wall, caused both by the activation of fibroblasts upon contact with the polypropylene mesh, and directly by the defect of the mesh as a result of its rupture. In the event of a recurrence, reconstructive surgeries were performed in the scope of a modified technique with component separation to eliminate additional tissue tension.

Conclusion. The developed method of surgical treatment of postoperative ventral hernias involves dissection of the anterior walls of the sheath of the rectus abdominis muscles along the the muscles, suturing the aponeurotic edges of the defect, connecting the rectus muscles along the midline, followed by fixing the mesh implant to the outer edges of the dissected aponeurosis of the rectus abdominis muscles, which makes it possible to prevent the occurrence of cicatricial degeneration and defect of functional activity, as demonstrated by monitoring the function of the rectus abdominis muscles.

Keywords: hernia, ventral, recurrence, hernioplasty, methodology, research.

Актуальность. Несмотря на существование в герниологии большого числа хирургических способов грыжесечения, частота рецидивов грыж согласно приводимым в литературе данным, остается высокой и варьирует от 10 до 60% [2-4]. Среди общего числа грыженосителей послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) составляют 22,9%, в том числе послеоперационные троакарные грыжи – 3,9%. К. Крајиновић et al. (2016) указывают, что подобные грыжи развиваются у 9,6% пациентов после мультиотроакарных лапароскопических вме-

шательств и в 5,3% случаев – после однопортовых [13, 14]. По данным литературы [1, 8, 13], в свыше 3% случаев, от общего числа всех лапаротомий, наблюдается формирование грыжи в ближайшем после хирургического вмешательства периоде, а спустя три года после грыжесечения данный показатель возрастает до 5%. Эволюция хирургического лечения ПОВГ связана с широким внедрением современных аллопластических материалов, что значительно улучшило послеоперационные результаты [5, 10]. Однако появились специфические для

аллопластики осложнения. Среди них серома, которая достигает 60%, хроническая послеоперационная боль – 4-6%, мешома, обусловленная миграцией сетки – 1,2% [1, 3]. Основными причинами рецидива грыжи являются: технические ошибки при проведении оперативных вмешательств, большие размеры грыжевых ворот, формирование в операционной ране гематом и сером с присоединением инфекции, развитие стойкого кишечного пареза, развитие осложнения со стороны органов дыхательной системы, недостаточное проведение реабилитационных мероприятий у пациентов в послеоперационном периоде и т.д. Общая частота рецидивов ПОВГ при этом остается на уровне 10-15% [5, 9, 10]. После лапароскопических оперативных вмешательств послеоперационные грыжи возникают значительно реже – в 0,2-1,2% случаев. По данным литературы, частота встречаемости вентральных грыж среди населения составляет 3-7% [6, 11, 12]. По данным американских исследователей риск рецидива послеоперационной грыжи при неотягощенном течении основного заболевания составляет не более 6,7%, тогда как при нагноении раны и наличии дополнительных факторов риска увеличивается до 42,3%, причем две трети рецидивов возникают в течение первого года после оперативного вмешательства [2, 7, 8, 14]. Основу проблемы лечения больших вентральных грыж представляет надежное закрытие дефекта в рубцово-измененной и атрофированной мышечно-апоневротической ткани переднебоковой стенки живота, которое достигается с помощью применения аллопластики. [3, 12, 13]. Однако многими авторами отмечается частое возникновение осложнений в области операционной раны после аллопластики синтетическими полимерными материалами, в виде гематом, сером, воспалительных инфильтратов, что стало причиной скептического отношения к аллопластике некоторых хирургов [6, 12, 13].

Цель исследования. Оптимизировать хирургическое лечение рецидивных послеоперационных вентральных грыж путем применения синтетических аллопластических материалов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 139 больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами, которые были госпитализированы с целью проведения хирургического вмешательства в хирургические отделения ГУ «Городской центр неотложной медицинской помощи» г. Душанбе, являющегося клинической базой кафедры хирурги-

ческих болезней №1 им акад. Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с 2015 по 2021 гг. Мужчин было 81, а женщин 58. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 14,1$ лет. Всем 139 пациентам по показаниям выполнялась абдоминальная пластика с использованием сетчатых биологически инертных аллопротезов методом «onlay» и по оригинальной методике с перемещением листков владалища *mm. recti abdominis*. У всех исследуемых пациентов ранее проводились хирургические вмешательства на органах брюшной полости по поводу острых хирургических патологий живота.

Анализ анамнеза по типу и объему перенесенных оперативных вмешательств показал, что наиболее часто пациентам выполнялись операции на желудке, на желчном пузыре и желчных протоках. У женщин основной причиной возникновения ПОВГ были гинекологические операции – 26 (18,7%) случаев. При изучении частоты сопутствующей патологии у пациентов с большими ПОВГ установлено, что чаще встречались такие патологии, как ИБС, ГБ, ХОБЛ. При этом у 10,1% имело место наличие полиорганной патологии. Значительная часть пациентов имела избыточную массу тела, в 74,6% случаев в виде манифестного ожирения. Средний уровень ИМТ в общей выборке пациентов составил $32,1 \pm 0,7$ кг/м², что значительно выше оптимальных значений.

В отличие от данных других исследователей частота патологии ЖКТ у пациентов была невысокой и не превышала 5,3%. У всех 139 пациентов объем предоперационной подготовки предполагал детальное обследование с выяснением жалоб, клинико-анамнестических особенностей заболевания, уровня компенсации основных физиологических функций. В рамках общеклинического исследования оценивали соматический статус пациента, состояние грыжевого выпячивания в области брюшной стенки, наличие болезненности, дискомфорта, их связи с диспептическими и дизурическими проявлениями. Уточняли характер предшествующих операций, применяемый при этом метод герниопластики, характер течения послеоперационного периода и развитие осложнений после проведения операции. Оценивали состояние гемодинамики, ЧСС, АД, температуру тела. При исследовании грыжевого выпячивания измеряли его горизонтальный и вертикальные размеры, изменение размеров при натуживании, наличие трофических изменений в локальных тканях и наличие лигатурных свищей. Во время проведения пальпаторного исследования оценивалась консистенция грыжевого содержи-

мого, степень вправляемости грыжи в абдоминальную полость. Изучались размеры грыжевых ворот, их форма, проверяли наличие грыжевых выпячиваний в других областях. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, были обследованы смежными специалистами – терапевтом, урологом, женщины – гинекологом. При необходимости пациентам выполнялись дополнительные диагностические тесты: рентгенологическое исследование органов дыхания, исследование состояния функции внешнего дыхания, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ФЭГДС, спирометрия по стандартным методикам. Данные, полученные при ультразвуковом исследовании, учитывались при планировании методики герниопластики и определении объема оперативного вмешательства.

Интраоперационно проводили мониторинг ВБД по модифицированной методике Krohn. Всем пациентам выполнялись рутинные лабораторные исследования. Дополнительно определяли параметры коагулограммы, выполняли печеночные пробы, оценивали содержание креатинина, мочевины

с помощью стандартных методик. Длительность предоперационной подготовки в среднем составила $7 \pm 0,8$ суток. Выбор оперативного доступа определялся локализацией и размерами грыжевого дефекта, степенью развития подкожно-жировой клетчатки, состоянием кожного покрова. В настоящем исследовании в качестве синтетического аллопротеза использовалась полипропиленовая сетка (Prolen (Ethicon, США)). Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с использованием статистической программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Количественные величины представлены в виде среднего значения (М) и стандартной ошибки (m), качественные в виде абсолютного значения и долей (%).

Результаты исследования и их обсуждение.

Из 139 пациентов у 69,3% пациентов с рецидивом отмечалось абдоминальное ожирение, а в общей структуре сопутствующей патологии преобладали сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет в общем – до 71,2% от общего числа наблюдений (рис. 1).

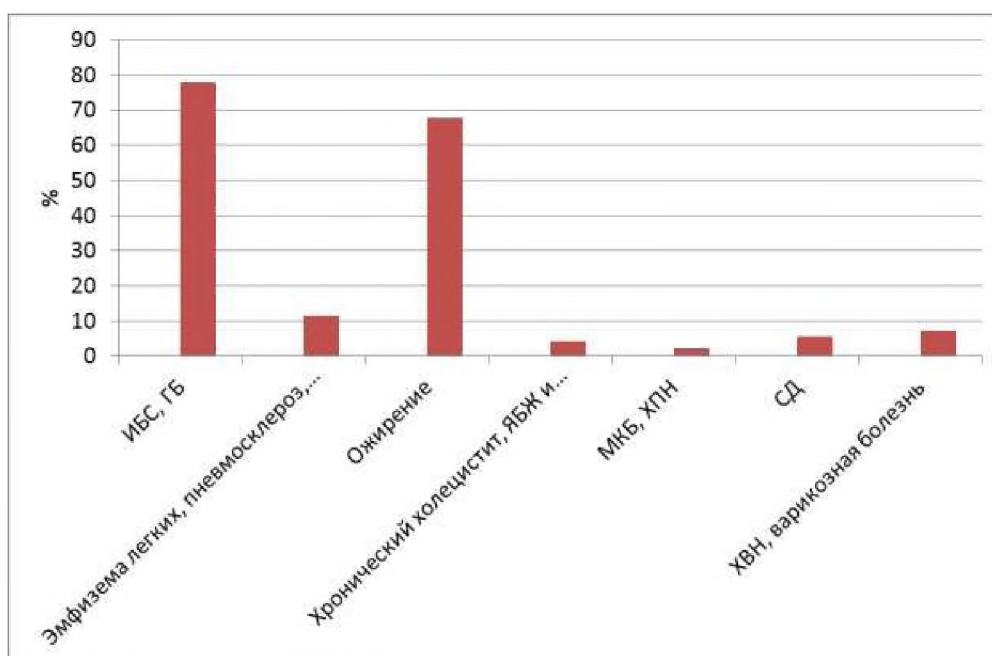


Рисунок 1. Структура сопутствующей патологии у пациентов с рецидивными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки

Продолжительность грыже ношения составила от 2-х до 9 лет, при этом средняя длительность заболевания до момента госпитализации составила $3,9 \pm 0,2$ года. Хирургическое вмешательство выполняли по следующей методике. После иссечения кожного рубца и подготовки грыжевого мешка путем широкой обработки краев фасции вскрывали грыжевой мешок. Проводили осмотр

брюшной полости для определения спаек с кишечником и дополнительных фасциальных разрывов, отделяли прилегающие ткани от петель кишечника. Затем закрывали грыжевой дефект фасцией с помощью не рассасывающегося шовного материала (непрерывный шов, узловый шов, 8-образный шов). На завершающем этапе проводилась *onlay* имплантация подготовленного и уже выкроенно-

го аллопротеза. В процессе овладения методикой эмпирическим путем нами выбрано рекомендованное расстояние от линии шва на 4–5 см во всех направлениях. Аллопластический материал фиксировали к апоневрозу с натяжением с помощью не рассасывающегося шовного материала, чаще всего использовали викрил. Применялась техника циркулярного шва после фиксирования четырех краев аллопластической сетки. В завершение оперативного вмешательства устанавливали один или несколько дренажей и закрывали рану. При мобилизации в 4 (2,8%) случаях травмировались сосуды передней брюшной стенки, что снижало кровоснабжение передней брюшной стенки и увеличивало объем кровопотери, составивший в среднем $449,1 \pm 7,3$ мл. У 14 (10,1%) пациентов в послеоперационном периоде отмечалась гипестезия передней стенки живота, что можно связать с травматизацией нервов при отсепаровке кожного лоскута. В трёх случаях отмечалась травматизация кишки при прошивании апоневроза «вслепую». Одним из недостатков традиционной методики «onlay», как уже отмечалось выше, является отсутствие полного контроля за иглой. У одного из этих пациентов в последующем образовался свищ, закрывшийся самостоятельно. Кроме того, у 6 (4,3%) пациентов даже широкая диссекция не позволяла четко обнажить апоневроз, что приводило к невозможности надежно фиксировать сетчатый протез к апоневрозу. В послеоперационном периоде пациенты отмечали умеренную болезненность. Краевой некроз кожи отмечался у 7 (5,1%) больных. У 13 (9,3%) пациентов отмечалась раневая инфекция, сопровождавшаяся повышением температуры, покраснением и отеком краев раны. В дальнейшем происходило заживление вторичным натяжением.

С целью оценки интенсивности воспалительной реакции проводилась микроскопия отделяемого из раны. В среднем у больных с раневой инфекцией уже на первые сутки послеоперационного периода количество лейкоцитов в отделяемом составляло 9–11 и более в поле зрения, при этом объем раневого отделяемого превышал 60–70 мл/сутки. У остальных пациентов средний объем отделяемого по дренажам в послеоперационном периоде составлял $29,3 \pm 2,7$ мл/сутки.

Большинство больных выписывались на 6–7 день после операции. При наличии осложнений сроки пребывания в стационаре увеличивались до 12–15 суток (в среднем $12,7 \pm 0,4$ суток). Через 10–16 дней при УЗИ выявляли гиподенсив-

ные участки в области аллопротеза. У 7 (5,0%) больных отмечались серомы со средним объемом содержимого $261 \pm 9,3$ мл. Нагноение сером отмечалось у 5 (3,5%) пациентов, краевые некрозы у 5 (3,5%) пациентов, гематомы и инфекционные осложнения у 10 (7,1%) пациентов.

В динамике после первого года наблюдения рецидив вентральных грыж был выявлен у 6 (4,3%) больных. Случаи рецидива регистрировались преимущественно через год и более после проведенного оперативного вмешательства. В ходе проведенного исследования установлено, что причинами рецидивов при больших грыжах, по нашему мнению, являются дистрофические процессы в мягких тканях передней брюшной стенки, обусловленные как активацией фибробластов при контакте с полипропиленовой сеткой, так и непосредственно дефектом сетки в результате ее разрыва.

В 3,4% случаев отмечалось развитие мешком, обусловленное миграцией сетки. Следует отметить, что неадекватная фиксация сетки к апоневрозу, собственно, и была наиболее частой причиной клинических неудач – рецидивов и осложнений. Данная проблема стоит наиболее остро у тучных пациентов, с избыточным развитием подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки.

Такие осложнения, как формирование кишечных свищей в результате аррозивного поражения протезом, формирование свищей между кожей и протезом, миграция сетки в просвет полого органа, образование кисты в окружающих трансплантат тканях, а также развитие спаечной кишечной непроходимости на катамнестическом этапе мы не наблюдали. Не было и случаев развития инфекционного процесса в перипротезных тканях, риск которого остается высоким в связи с контактом мягких тканей со старыми лигатурами, воспалительными инфильтратами, лигатурными абсцессами и с другими потенциальными источниками инфицирования, в том числе просветом полых органов при проведении висцеролиза.

С другой стороны, рецидивы чаще возникали у пациентов с высоким индексом массы тела. Кроме того, при обследовании больных с рецидивами выявлено, что рецидив грыжеобразования имеет определенные пространственные особенности по отношению к расположению сетчатого аллопротеза. Во всех случаях он наблюдался в участке послеоперационного рубца, не покрытого протезом. При проведении пластики у пациентов с большими ПОВГ края сетчатого имплантата должны

выступать за пределы краев грыжевого дефекта таким образом, чтобы он полностью покрывал сам дефект и поверхность рубца, а также в сетке поры должны большими. Размеры используемого сетчатого имплантата необходимо определять с учетом предотвращения его «сморщивания» в отдаленном после хирургического вмешательства периоде и возникновения так называемых «мешом» – воспалительных кистообразных опухолей вокруг сетчатого имплантата. Следует отметить, что описанные изменения возникали несмотря на то, что мы при подготовке сетки выкраивали лоскут, превышающий по основным геометрическим размерам грыжевого дефекта на 5 см. Исследование показало, что значение имеет не только отступ, но и геометрическая конфигурация лоскута. По нашему мнению, оптимальным с точки зрения биомеханики является квадратный лоскут либо прямоугольный параллелограмм с отношением сторон не более 2/3 при минимальном отступе по ширине и высоте 5 см. При возникновении рецидива выполняли реконструктивные операции в объеме модифицированной методики с компонентной сепарацией для устранения дополнительного натяжения тканей.

Таким образом, проведенный нами массив исследований позволяет выделить некоторые положения, имеющие существенное значение для решения задачи улучшения функциональных результатов оперативных вмешательств у пациентов с ПОВГ путем изучения причин послеоперационных осложнений, разработки и внедрения нового способа аллогерниопластики, и улучшения качества жизни прооперированных больных. Следовательно, хирургическое лечение ПОВГ с использованием традиционной методики onlay сопровождается развитием ряда осложнений. К ним относятся образование сером, нагноение раны, миграция сетки с образованием мешом. Развитие сером и нагноений обусловлено широкой мобилизацией подкожной клетчатки от апоневроза и большой площадью контакта клетчатки с сетчатым имплантатом, нарушение функции прямых мышц за счет грубого сшивания и их рубцового перерождения.

Разработанный способ хирургического лечения ПОВГ предусматривает рассечение передних стенок влагалища прямых мышц живота по ходу мышц, сшивание апоневротических краев дефекта, соединение прямых мышц по средней линии, с последующей фиксацией сетчатого имплантата к внешним краям рассеченного апоневроза прямых мышц живота, что позволяет предупредить

возникновение рубцового перерождения и нарушение функциональной активности, о чём свидетельствуют результаты мониторинга функции прямых мышц живота. В целом, наблюдение за прооперированными пациентами в отдаленном периоде показало, что примененные подходы обеспечивают снижение частоты рецидивов и других поздних осложнений и приводят к нормализации качества жизни больных.

Выводы. Функциональное состояние прямых мышц живота у больных с рецидивными ПОВГ при использовании способа «onlay» сопровождается снижением сократительной функции мышц. Разработанный способ оперативного лечения ПОВГ, при котором производится рассечение передних стенок влагалища прямых мышц живота по ходу мышц, сшивание апоневротических краев дефекта, соединяющее прямые мышцы по средней линии, с последующей фиксацией сетчатого имплантата к внешним краям рассеченного апоневроза прямых мышц живота, не приводит к их рубцовому перерождению и не затрагивает их функциональную активность.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-14 см. в REFERENCES)

1. Бурдаков В.А. Эндоскопический экстраперитонеальный подход в лечении пациентов с первичными и послеоперационными вентральными грыжами / В.А. Бурдаков, А.А. Зверев, С.А. Макаров, А.С. Куприянова, Н.Л. Матвеев // Эндоскопическая хирургия. – 2019. - №25 (4). – С. 34-40.
2. Варикаш Д.В. Профилактика образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением / Д.В. Варикаш, В.Г. Богдан // Военная медицина. – 2019. - №3 (52). – С. 41-46.
3. Максяткина Л.В. Применение биоматериалов, при пластике дефектов передней брюшной стенки (обзор литературы) / Л.В. Максяткина, Н.Т. Абагов, Л.Л. Ахматдинова, Р.М. Бадыров, В.В. Трошин // Вестник казахского национального медицинского университета. – 2019. - №1. – С. 307-312.
4. Рахматуллоев Р.Р. Особенности протезирования грыжевого дефекта при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж / Р.Р. Рахматуллоев, Ш.Б. Полвонов, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Вестник Авиценны. - 2020. - Т. 22, №1. - С. 134-140.
5. Кулиев С.А. Хирургическая тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в сочетании с loss of domain” (обзор литературы) / С.А. Кулиев, И.В. Евсюкова // Московский хирургический журнал. – 2019. - №4 (68). – С. 35-37.
6. Кузнецова М.В. Экспериментальное обоснование использования противоспаечного барьера на основе

коллагена в комбинации с биоцидами в условиях абдоминальной хирургической инфекции / М.В. Кузнецова, М.П. Кузнецова, Е.В. Афанасьевская, В.А. Самарцев // *Современные технологии в медицине*. – 2018. – Т.10, №2. – С. 66-75.

7. Факиров Х.З. Профилактика послеоперационных грыж живота/ Х.З.Факиров, К.М.Курбонов/ *Здравоохранения Таджикистана*. – 2019. – №3. – С.19-23.

8. Федосеев А.В. Превентивное эндопротезирование при срединных лапаротомиях как способ профилактики послеоперационных вентральных грыж / А.В. Федосеев, А.С. Инютин, С.Н. Лебедев, С.Ю. Муравьев // *Вестник неотложной и восстановительной хирургии*. – 2018. – Т.3, №4. – С. 384-390.

9. Федосеев А.В. Профилактика послеоперационных грыж при срединных лапаротомиях / А.В. Федосеев, В.В. Рыбачков, А.С. Инютин, С.Н. Лебедев, С.Ю. Муравьев // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2019. – №14 (11). – С. 16-18.

REFERENCES

1. Burdakov V.A. Endoskopicheskiy ekstraperitonealnyy podkhod v lechenii patsientov s pervichnymi i posleoperatsionnymi ventralnymi gryzhami [Endoscopic extraperitoneal approach in the treatment of patients with primary and postoperative ventral hernias]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2019, No. 25 (4), pp. 34-40.

2. Varikash D.V. Profilaktika obrazovaniya posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh u patsientov s morbidnym ozhireniem [Prevention of the formation of postoperative ventral hernias in patients with morbid obesity]. *Voennaya meditsina - Military medicine*, 2019, No. 3 (52), pp. 41-46.

3. Maksyatkina L.V. Primenenie biomaterialov, pri plastike defektov peredney bryushnoy stenki (obzor literatury) [The use of biomaterials in plastic surgery of anterior abdominal wall defects (literature review)]. *Vestnik Kazakhskogo natsionalnogo meditsinskogo universiteta - Bulletin of the Kazakh national medical university*, 2019, No. 1, pp. 307-312.

4. Rakhmatulloev R.R. Osobennosti protezirovaniya gryzhevogo defekta pri khirurgicheskom lechenii posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Features of hernial defect prosthetics in the surgical treatment of postoperative ventral hernias]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2020, Vol. 22, No. 1, pp. 134-140.

5. Kuliev S.A. Khirurgicheskaya taktika lecheniya posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh v sochetanii s loss of domain" (obzor literatury) [Surgical tactics for the treatment of postoperative ventral hernias in combination with loss of domain" (literature review)]. *Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal - Moscow surgical journal*, 2019, No. 4 (68), pp. 35-37.

6. Kuznetsova M.V. Eksperimentalnoe obosnovanie ispolzovaniya protivospaschnogo barera na osnove kollagena v kombinatsii s biotsidami v usloviyakh abdominalnoy

khirurgicheskoy infektsii [Experimental substantiation of the use of an antiadhesion barrier based on collagen in combination with biocides in conditions of abdominal surgical infection]. *Sovremennye tekhnologii v meditsine - Modern technologies in medicine*, 2018, Vol. 10, No. 2, pp. 66-75.

7. Fakirov Kh.Z. Profilaktika posleoperatsionnykh gryzh zhivota [Prevention of postoperative abdominal hernias]. *Zdravookhraneniya Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 3, pp. 19-23.

8. Fedoseev A.V. Preventivnoe endoprotezirovanie pri sredinnykh laparotomiyakh kak sposob profilaktiki posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Preventive arthroplasty in median laparotomies as a way to prevent postoperative ventral hernias]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii - Bulletin of emergency and reconstructive surgery*, 2018, Vol. 3, No. 4, pp. 384-390.

9. Fedoseev A.V. Profilaktika posleoperatsionnykh gryzh pri sredinnykh laparotomiyakh [Prevention of postoperative hernias in median laparotomies]. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza - Medical bulletin of the North Caucasus*, 2019, No. 14 (1.1), pp. 16-18.

10. Baig S.J. Extended totally extraperitoneal repair (eTEP) for ventral hernias: short-term results from a single centre. *Journal of Minimal Access Surgery*, 2019, No. 15 (3), pp. 198-203.

11. Belyansky I. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. *Surgical Endoscopy*, 2018, No. 32 (4), pp. 1525-1532.

12. Lu R. Comparative review of outcomes: laparoscopic and robotic enhanced – view totally extraperitoneal (eTEP) access retrorectus repair. *Surgical Endoscopy*, 2019, No. 11.

13. Penchev D. Endoscopic enhanced-view totally extraperitoneal retromuscular approach for ventral hernia repair. *Surgical Endoscopy*, 2019, No. 33 (11), pp. 3749-3756.

14. Radu V.G. The endoscopic retromuscular repair of ventral hernia: the eTEP technique and early results. *Hernia*, 2019, No. 23 (5), pp. 945-955.

ХУЛОСА

Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде, А.Э. Ганиев,
Ш. Анваров

АЛЛОПЛАСТИКАИ ФУНКЦИОНАЛИИ ЧУРРАҲОИ ТАҚРОРШАВАНДАИ БАЪДИЧАРРОҲИИ ДЕВОРИ ПЕШИ ШИ-КАМ

Мақсади омӯзиш. Муқкамал гардони таъбаи чарроҳии чуҷраҳои тақроршавандаи баъди-чарроҳии вентралӣ бо истифода аз маводҳои синтетикӣ аллопластикӣ.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар байни 139 беморони гирифтори чурраи такроршавандаи пас аз ҷарроҳии вентралӣ гузаронида шуд. Тибқи нишондодҳо, ҳамаи беморон абдоминопластикаро бо истифодаи аллопротезҳои аз ҷиҳати биологӣ инертии торӣ бо усули «онлайн» ва аз рӯи усули аслӣ бо ҷобачогузори лабҳои баргмонанди маҳбали мушакҳои рости шикам гузаронида шуд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Дар 6 (4,3%) беморон такроршавандаи чурраи вентралӣ пас аз якум соли назорат мушоҳида гардид. Сабабҳои такрорёбӣ хангоми чурраҳои калонҳаҷм ин равандҳои дистрофӣ дар бофтаҳои нарми девори пеши шикам мебошанд. Дар натиҷаи фаъолияти фибробластҳои хангоми алоқа бо тӯри полипропиленӣ ва бевосита дар натиҷаи нуқсони тӯр ва канда шудани он ба вучуд меоянд. Дар сурати пайдо гардидани такроршавӣ, амалиёти

барқарорсозӣ дар доираи техникаи тағирёфта бо ҷудокунӣ ҷузъҳо (сепаратсия) барои бартараф кардани шиддатнокии иловагии бофтаҳо анҷом дода шуд.

Хулосаҳо. Усули таҳияшудаи табобати ҷарроҳии ЧБЧВ аз буридани деворҳои пеши маҳбали мушакҳои рости шикам бо равиши мушакҳо, дӯхтани кунҷҳои апоневротикӣ нуқсон, пайвасти кардани мушакҳои рости шикам дар хати миёна ва баъдан мустақкам кардани имплантатсияи тӯрӣ ба кунҷҳои берунии апоневрозҳои буридашудаи мушакҳои рости шикам, ки ин имконияти медиҳад, ки пайдоиши пайҳо ва вайрон шудани фаъолияти функционалӣ, аз натиҷаҳои мониторинги мушакҳои рости шикам шаҳодат диҳад.

Калимаҳои калидӣ: чурра, вентралӣ, такроршаванда, герниопластика, методология, тадқиқот.

УДК 618.11-007.61

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-74-79

Ф.Т. Носирова¹, С.Г. Умарзода¹, М.М. Ходжиева²

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКА

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Носирова Фируза Тамирлановна - докторант Phd 3 года обучения кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992902040707, Email: fruzka.nosirova.t@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность неoadьювантной полихимиотерапии в комбинированном лечении распространенного рака яичников.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились клинические данные 238 пациенток, находившихся на обследовании и лечении в Государственном Учреждении «Онкологический научный центр» с морфологически доказанным диагнозом рак яичника. Средний возраст больных раком яичника составил 45,74±0,92 лет. Неoadьювантная полихимиотерапия в плане комбинированного лечения проведена 64 (27,9%) больным: 61 пациентке с III и 3 больным с IV стадией заболевания. Оценка общего состояния больных проводилась (performance status) по шкале Карновского и EGOG (ВОЗ). Непосредственная эффективность оценивалась по клиническим данным (шкала Registry - для оценки эффективности терапии солидных опухолей по 4 категориям, рекомендованной EORTC&NCL 2000 г.). Статистические методы исследования проведены с помощью программного пакета SPSS 16.0

Результаты исследования и их обсуждение. В результате неoadьювантной полихимиотерапии у 16 (25%) пациенток отмечена полная регрессия опухоли, у 20 (31,2 %) больных отмечена частичная регрессия опухоли, у 18 (28,1%) больных стабилизация. У 10 (15,6%) больных на фоне лечения наблюдалось прогрессирование процесса. Общая объективная эффективность неoadьювантной химиотерапии во всей группе была равна 84,4%.

Заключение. Общая эффективность неoadьювантной полихимиотерапии при распространенном раке яичников составила 84,4% и позволила выполнить оптимальную операцию у 43,7% больных. Нарушение ритма химиотерапевтического лечения способствуют снижению частоты оптимальных циторедуктивных операций и отражаются на исходе заболевания.

Ключевые слова: распространенный рак яичника, неoadьювантная химиотерапия