

Натиҷаҳо. Нишондиҳандаҳои JOA дар гурӯҳи асосии беморон 6 моҳ пас аз ҷарроҳӣ $14,98 \pm 2,75$ ва дар гурӯҳи назоратӣ $12,16 \pm 2,54$ ($p < 0,05$) буд. Коэффитсиенти такмили индекси JOA дар гурӯҳи асосии беморон пас аз ҷарроҳӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ($p < 0,05$) баландтар буд. Пас аз ҷарроҳӣ нишондиҳандаҳои вазъи саломатӣ, функсияҳои физиологӣ ва ҳолати ҷисмонии нақш дар гурӯҳи асосии беморон мутаносибан $23,18 \pm 1,09$, $22,75 \pm 1,54$ ва $22,64 \pm 1,46$ баллро ташкил доданд, ки нисбат ба гурӯҳи назоратии $20,94 \pm 1,65$, $20,26 \pm 1,78$ ва $19,56 \pm 1,82$ мутаносибан ($p < 0,05$) хеле баландтар буд. Натиҷаҳои таҳлили бисер омилҳо нишон доданд, ки ба пешгӯии натиҷаи беморӣ омилҳои ба монанди: намууди осеби қисми гардани мағзи сар аз рӯи таснифоти ASIA, тасвири МРТ, ҳаҷми осеби

қисми гардани сутунмӯҳра, мавҷудияти диски байни сутунмӯҳра, инчунин вақт аз лаҳзаи гирифтани ҷароҳат то оғози табобат ($p < 0,05$).

Хулоса. Иҷрои ламинэктомияи умумии пеш аз гардан бо декомпрессия, фиксатсияи дохилӣ ва спондилодез бо истифода аз пайванди устухон дар беморони SCIWORA ба барқарорсозии самараноки кори сутунмӯҳраи гарданаки бачадон ва беҳтар кардани пешгӯӣ ва сифати зиндагии беморон мусоидат мекунад. Омилҳои пешгӯии муштарак барои беморон инҳоянд: навъи осеби сутунмӯҳраи гарданаки бачадон тибқи таснифи ASIA, тасвири MRI, ҳаҷми зарари сутунмӯҳраи гарданаки бачадон ва вақт аз лаҳзаи осеб то оғози табобат.

Калимаҳои асосӣ: осеби сутунмӯҳра, спондилодез, томографияи компютерӣ.

УДК 617.55-007.43 (075.8)

doi: 10.52888/0514-2515-2023-359-4-22-29

А.Э. Ганиев¹, Ш.К. Назаров¹, Дж.П. Эрадж²

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРОПЛАСТИКЕ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²ГУ ГЦСМП

Ганиев Алиёр Эшмуродович - докторант Phd кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонов К.М, ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»; Тел.: +992900000839; E-mail: aliyor.ganiev@mail.ru

Цель исследования. Оптимизация непосредственных результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы исследования. Исследование носило проспективный когортный характер, где подвергнуты анализу результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 114 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, госпитализированных в период 2014-2022 гг. в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В зависимости от применяемого способа хирургического лечения все наблюдаемые больные были распределены на две группы. В контрольную группу были включены 59 (51,8%) пациентов, которым герниопластика выполнялась с использованием натяжных способов. В основную группу были включены 55 (48,2%) больных, которым герниопластика выполнялась с использованием ненатяжных способов.

Результаты исследования и их обсуждение. Обе группы наблюдаемых больных отличались между собой не только по методам герниопластики, но и по способам обезболивания как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде.

Среди 59 пациентов контрольной группы общий эндотрахеальный наркоз использовался у 57 (96,6%) больных, а у остальных 2 (3,4%) больных применялись регионарные способы обезболивания. Наличие сопутствующих патологий, влияющих на степень операционного риска, было выявлено у 21 (35,6%) больного. Большие размеры грыжи были установлены у 29 (49,2%) пациентов.

Среди 55 больных основной группы наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на степень операционного риска, было выявлено у 23 (41,8%) больных. Большие размеры грыжи были установлены у 37 (67,3%) пациентов. В 41 (74,5%) случае у больных данной группы применялся эндотрахеальный наркоз, а в остальных 14 (25,5%) случаях применялись регионарные способы обезболивания, использование эндотрахеального наркоза сочетали с применением спинального обезболивания.

Заключение. Выбор наиболее оптимального способа анестезии, метода герниопластики с использованием качественного синтетического материала и локальным применением препарата дипроспан, а также широкое

применение ультразвукового метода исследования с целью мониторинга течения послеоперационного периода у больных с ПВГ позволяет улучшить результаты их хирургического лечения.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, ультразвуковой мониторинг, лечение.

A.E. Ganiev¹, Sh.K. Nazarov¹, J.P. Eraj²

ULTRASONIC MONITORING OF THE ABDOMINAL WALL IN VENTROPLASTY

¹State Educational Institution Avicenna Tajik State Medical University, Tajikistan

²GU GTSMP Dushanbe

Ganiev Aliyor Eshmurodovich - PhD student of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after. Academician Kurbonov K.M., SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel.: +992900000839. E-mail: aliyor.ganiev@mail.ru

Aim: To optimize the immediate outcomes of surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias.

Material and Methods. This prospective cohort study analyzed the results of comprehensive diagnostics and surgical treatment of 114 patients with postoperative ventral hernias, admitted to the Dushanbe City Emergency Medical Center between 2014 and 2022. Patients were divided into two groups based on the surgical treatment method used. The control group included 59 (51.8%) patients who underwent hernioplasty using tension techniques. The main group consisted of 55 (48.2%) patients who underwent hernioplasty using non-tension techniques.

Results and Discussion. The two groups differed not only in hernioplasty methods but also in pain management techniques, both intraoperatively and postoperatively. Among the 59 patients in the control group, general endotracheal anesthesia was used in 57 (96.6%) patients, while regional pain relief methods were employed in the remaining 2 (3.4%). Coexisting pathologies affecting the degree of surgical risk were identified in 21 (35.6%) patients. Large hernia sizes were observed in 29 (49.2%) patients.

Among 55 patients of the main group, the presence of concomitant diseases affecting the degree of operational risk was detected in 23 (41.8%). Large hernias were found in 37 (67.3%) patients. In 41 (74.5%) cases, endotracheal anesthesia was used in patients of this group, and in the remaining 14 (25.5%) cases, regional methods of anesthesia were used, the use of endotracheal anesthesia was combined with the use of spinal anesthesia.

Conclusion. Selecting the most optimal anesthesia method, hernioplasty technique using high-quality synthetic material, local application of the drug Diprosan, and extensive use of ultrasonic methods for postoperative monitoring in patients with postoperative ventral hernias (PVH) can improve the outcomes of their surgical treatment.

Keywords: postoperative ventral hernias, ultrasonic monitoring, treatment.

Актуальность. Частота распространения вентральных грыж в структуре всех хирургических заболеваний является очень высокой и обнаруживаются в среднем у 40 человек из 10000 населения. При этом на долю послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) приходится 20-22% случаев [1]. Патология этих грыж тесно связана с хирургическим заболеванием, чем и обусловлен многообразный характер клинического течения послеоперационной вентральной грыжи.

Тактические планы лечения вентральных грыж широко обсуждались и пересматривались на крупных международных конгрессах и съездах. В итоге наиболее эффективным было признано выполнение герниопластики без натяжения тканей [2].

Совершенствование технических подходов лечения ПВГ в герниологии позволило значительно снизить частоту развития осложнений, летального исхода и рецидивов заболевания в отдаленном послеоперационном периоде. Однако, у больных изменения тканей передней брюшной стенки могут развиваться как по общим закономерностям, так

и под влиянием сопутствующих патологий, которые, с одной стороны, способствуют ухудшению тяжести состояния больного, а с другой стороны – вызывают необходимость проведения наряду с герниопластикой и хирургического лечения [3].

Эффективность проводимого лечения пациентов с вентральными грыжами во многом зависит от вероятности возникновения патологических изменений в организме, приводящих к развитию грозных осложнений. Послойное ультрасонографическое исследование позволяет с большей точностью обнаружить данные изменения. Данный метод исследования является безопасным, высокоинформативным и общедоступным [1, 4, 5].

В последние годы были проведены исследования по изучению результатов проведения эхографических методов исследования у пациентов с грыжами. В данных работах авторы исследовали характер патологических изменений, происходящих в органах и тканях абдоминальной полости, а также в самом грыжевом образовании. Однако, в литературе встречаются только единичные со-

общения об исследованиях состояния внутренних органов у пациентов с грыжами и особенностей гемодинамики крупных сосудов абдоминальной полости.

Цель исследования. Оптимизация непосредственных результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы исследования. Исследование носило проспективный когортный характер, где подвергнуты анализу результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 114 пациентов с ПВГ, госпитализированных в период 2014-2022 гг. в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В зависимости от применяемого способа хирургического лечения все наблюдаемые больные были распределены на две группы. В контрольную группу были включены 59 (51,8%) пациентов, которым герниопластика выполнялась с использованием натяжных способов, в основную группу были включены 55 (48,2%) больных, которым герниопластика выполнялась с использованием ненатяжных способов. Обе группы наблюдаемых больных были сопоставимыми между собой по поло-возрастной характеристике, длительности заболевания, а также по степени операционного риска. Среди больных из группы контроля мужчин было 23 (39,0%) человека, женщин – 36 (61,0%) человек. Количество мужчин и женщин в основной группе больных составило 21 (38,2%) и 34 (61,8%) человека соответственно. Возраст наблюдаемых больных варьировал в широких пределах - от 27 лет до 81 года, при этом

средний возраст больных в группе контроля составил $53,34 \pm 1,1$ лет, а в основной группе больных средний возраст составил $51,69 \pm 0,6$ лет (рис. 1).

Длительность грыженосительства у больных из группы контроля составила в среднем $5,61 \pm 0,6$ лет, а у больных из основной группы – $4,74 \pm 0,4$ лет.

Наличие сопутствующих патологий у больных контрольной группы было установлено в 21 (21/59, 36,6%) случае, а у пациентов основной группы - в 23 (23/55, 41,8%) случаях. Многие пациенты имели более двух патологий и находились на диспансерном учёте у поликлинических специалистов по месту жительства.

Наиболее часто диагностируемой патологией в исследуемых группах являлись сердечно-сосудистые патологии - у 17 (17/59, 28,8%) больных контрольной группы и у 19 (19/55, 34,5%) больных основной группы; сахарный диабет - у 9 (15,3%) больных контрольной группы и 11 (11,9%) больных основной группы; и заболевания ЖКТ - у 7 (6,1%) больных контрольной группы и у 8 (14,5%) больных основной группы. Наличие патологий со стороны органов дыхания было установлено у 13 (22,0%) пациентов из контрольной группы и у 11 (20,0%) пациентов из основной группы, наличие сопутствующих заболеваний со стороны органов мочеполовой системы у больных контрольной и основной имелись у 6 (10,2%) и у 5 (9,1%) пациентов соответственно, заболевания вен имелись у 5 (8,5%) и у 4 (7,3%) пациентов обеих групп, соответственно.

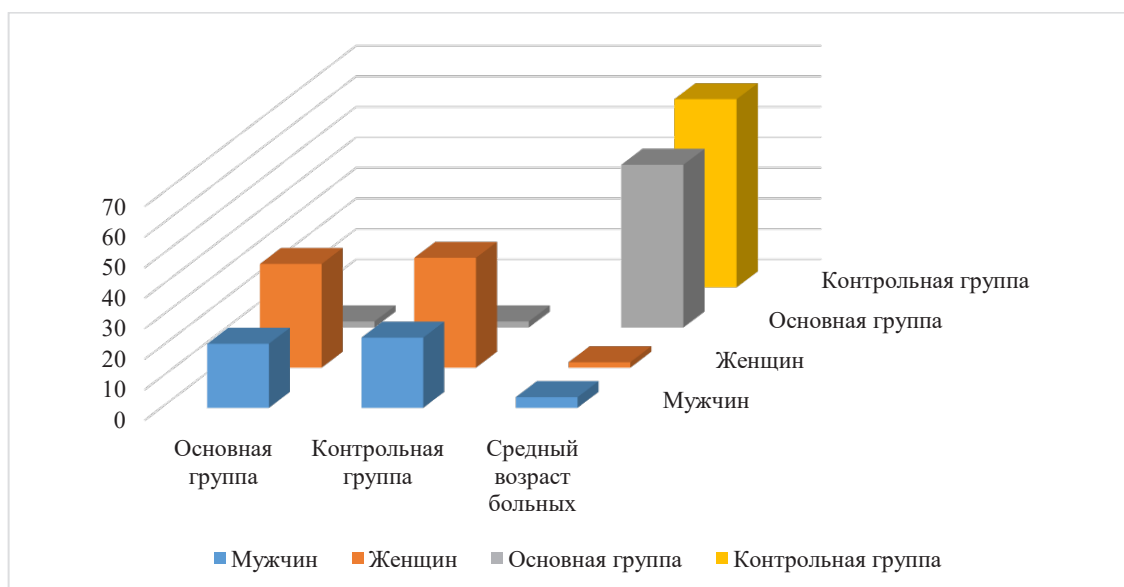


Рисунок 1. Структура исследуемых больных

Все 114 исследуемых пациентов с ПВГ были распределены в соответствии с классификацией J. Chevrel и R.M. Rath (SWR-classification, 1999). Грыжевые ворота размерами не более 5 см (W1) отмечены в 9 (7,9%) случаях, размеры 5-10 см (W2) отмечены в 26 (22,8%) случаях, размеры 10-15 см (W3) отмечены в 58 (50,9%) случаях, а размеры свыше 15 см (W4) были установлены у 21 (18,4%) пациента (рис. 2).

В 76 (66,7%) случаях послеоперационная грыжа являлась первичной, а в 38 (33,3%) случаях она была рецидивной. Рецидивная грыжа R1 отмечена у 13 (11,4%) пациентов, R2 – у 9 (7,9%) пациентов, R3 отмечена у 6 (5,3%) пациентов, R4 отмечена у 5 (4,4%) пациентов и ещё у 5 (4,4%) пациентов отмечена R5 (рис. 3).

При анализе характера хирургических вмешательств, имеющих в анамнезе всех 114 больных с

ПВГ, было установлено, что у 39 (34,2%) больных ранее выполнялись грыжесечения, у 18 (15,8%) больных – оперативные вмешательства на органах гепатобилиарной системы, у 11 (9,6%) пациентов – хирургические вмешательства на кишечнике, в 7 (6,1%) случаях выполнялись хирургические вмешательства на органах мочеполовой системы, ещё в 7 (6,1%) случаях проводились операции по поводу травм абдоминальной стенки, у 5 (4,4%) больных – операции на желудке. Операции на поджелудочной железе были выполнены у 13 (11,4%) пациентов, у 9 (7,9%) пациентов выполнялись хирургические вмешательства на селезенке. Также отмечались случаи с перитонитом – у 7 (6,1%) пациентов, с абсцессами абдоминальной полости – у 2 (1,8%) пациентов, у 3 (2,6%) пациентов – закрытая травма живота.

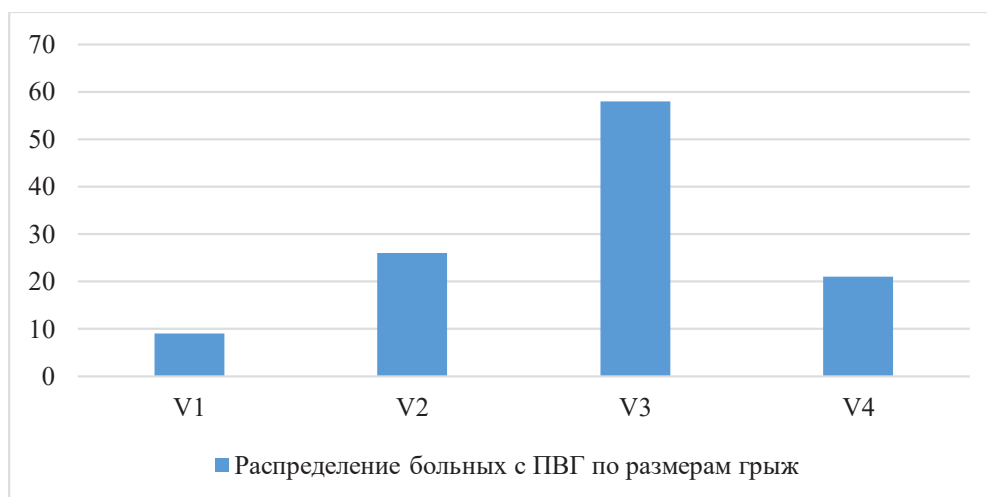


Рисунок 2. Распределение больных с ПВГ по размерам грыж



Рисунок 3. Распределение больных с ПВГ по числу рецидивов

Всем пациентам с ПВГ была проведена комплексная диагностика, включающая расспрос и сбор анамнеза заболевания, а также физикальное и лабораторно-инструментальное обследования. С целью оценки состояния брюшной стенки, области грыжевого выпячивания, состояния кровотока передней абдоминальной стенки, органов абдоминальной полости, малого таза, а также для оценки состояния вен нижних конечностей проводилось УЗ-исследование.

При проведении данного исследования применялись УЗ сканеры марки Sonoace X6, Aloka SSD 256, Toshiba SDL, Accuson 128-XP и Combison 530. Датчики с частотой от 3,5 до 10 МГц были применены для сканирования в В-режиме, в 3D-режиме, при дуплексном сканировании, импульсной доплерографии и при цветовом доплеровском картировании.

Сонографическое исследование выполнялось с целью изучения состояния тканей передней брюшной стенки, особенностей её строения с определением толщины кожного слоя, подкожно-жирового слоя и фасций, с вычислением толщины и ширины mm rectus et obliquus, а также изучали состояние тканей в зонах грыжевого образования. Исследование показало, что у пациентов с ПВГ наблюдаются изменения в передней брюшной стенке, выраженность которых зависит от размеров грыжевого образования и его локализации.

В области грыжевых ворот наблюдается тенденция к снижению размеров толщины кожи и подкожного слоя передней абдоминальной стенки с наличием фиброзных изменений в области грыжевого мешка. У больных с большими грыжами, особенно при наличии сахарного диабета, данные изменения имеют более выраженный характер. В других участках передней брюшной стенки наблюдается увеличение ширины прямых мышц живота, утончение косых мышц живота, и утолщение поперечных мышц. Данные особенности учитывались нами при выборе тактики лечения.

Ткани, расположенные вокруг грыжевого мешка, характеризуются редким расположением мышечных волокон, обусловленным ростом соединительной ткани между ними (рис. 4). Данные изменения были более выраженными в тех участках, в сторону которых отмечалось смещение грыжевого мешка, что также зависело от размеров ПВГ.

Перед операцией всем больным проводилась предварительная подготовка с учётом наличия сопутствующих заболеваний. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений больным проводили эластическую компрессию и раннюю активизацию. В послеоперационном периоде, по показаниям, больным, на протяжении 5-7 суток, с целью профилактики назначался низкомолекулярный гепарин. Также с целью предупреждения развития осложнений со стороны операционной раны больным за полчаса до начала операции либо во время самой операции вводили антибиотики цефалоспоринового ряда. Всем больным в течение 2-5 суток после операции выполнялось дренирование раны. С целью мониторинга течения раневого процесса, на 3 и 10 сутки после операции проводили УЗИ.

При хирургическом лечении больных с ПВГ применялись натяжные и ненапряжные методы герниопластики. При использовании натяжного метода герниопластики чаще использовались общеизвестные способы по Мейо, Сапежко, Мартынова, Напалкова, Крымова либо их модификации.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием статистической программы SPSS. Полученные различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Обе группы наблюдаемых больных отличались между собой не только по методам герниопластики, но и по способам обезболивания как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде.

Среди 59 пациентов контрольной группы общий эндотрахеальный наркоз использовался у 57 (96,6%) больных, а у остальных 2 (3,4%) больных



Рисунок 4. Сонография передней брюшной стенки. Варианты выпячивания грыж до оперативного вмешательства

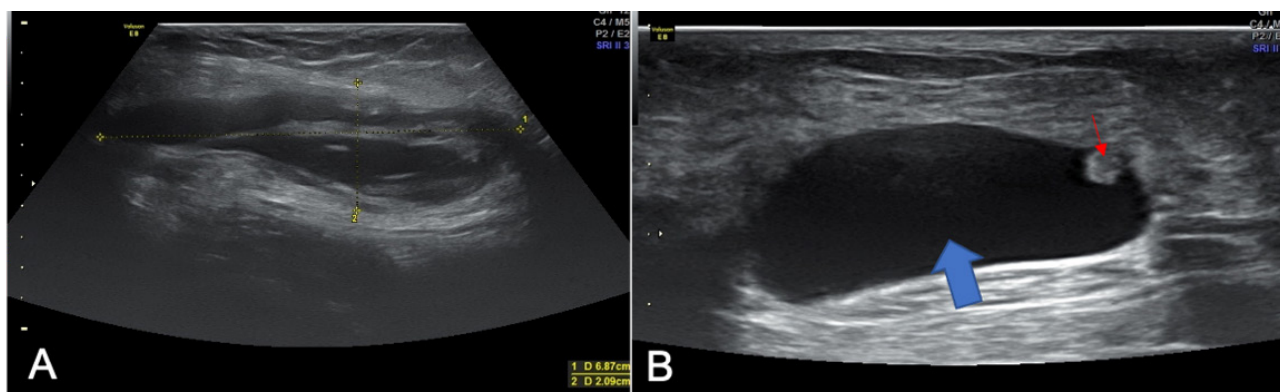


Рисунок 5. Сонография передней брюшной стенки. Варианты скопления сером над и под аллопластическим материалом. 4-6 сутки после оперативного вмешательства (контрольная группа)

применялись регионарные способы обезболивания. Наличие сопутствующих патологий, влияющих на степень операционного риска, было выявлено у 21 (35,6%) пациента. Большие размеры грыжи были установлены у 29 (49,2%) пациентов. В виду того, что больным данной группы планировалось применение натяжных способов герниопластики, в 39 (66,1%) случаях пришлось отказаться от проведения данного хирургического вмешательства по причине высокого операционно-анестезиологического риска.

Среди 55 больных основной группы наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на степень операционного риска, было выявлено у 23 (41,8%) пациентов. Большие размеры грыжи были установлены у 37 (67,3%) пациентов. В 41 (74,5%) случае у больных данной группы применялся эндотрахеальный наркоз, а в остальных 14 (25,5%) случаях применялись регионарные способы обезболивания, использование эндотрахеального наркоза сочетали с применением спинального обезболивания. Применение регионарных способов анестезии позволило существенно уменьшить операционный риск, и, тем самым, расширить показания к проведению хирургического вмешательства. Кроме того, анализ проведенных симультанных хирургических вмешательств показал, что их объем и сложность оказались значительно выше в основной группе больных с более лучшими результатами. Всем пациентам основной группы исследования (n=55) с послеоперационной вентральной грыжей, где размеры грыжевых ворот превышали 10 см в диаметре, по разработанной нами методике, перед установлением алопластического материала, под апоневроз на глубине до 2-3 см был однократно введен раствор дипроспан. Данная процедура выполнялась с целью предотвращения сером и положительного восприятия, снятия эффекта раз-

дражительности и привыкания к синтетическому материалу местных тканей.

В послеоперационном периоде всем оперированным пациентам проводились контрольные УЗ-исследования с целью своевременного выявления признаков осложнений. В контрольной группе пациентов развитие осложнений общего характера наблюдалось в 11 (18,6%) случаях, а в основных группе пациентов - в 5 (9,1%) случаях. Развитие местных осложнений в послеоперационном периоде наблюдалось в 3,6% случаев среди больных основной группы, где преобладали грыжи больших и огромных размеров. Среди пациентов контрольной группы данные осложнения наблюдались в 6,8% случаев (рис. 5).

На основании полученных данных о наличии у исследуемых пациентов ранних местных послеоперационных осложнений произведен анализ параметров диагностической эффективности УЗИ (табл. 1).

Таблица 1.

Анализ эффективности применения УЗИ в послеоперационном периоде

	Результаты УЗИ		
	D+	D-	Σ
-			
T+	2	2	-
T-	3	3	-
Σ	5	5	-
Sn	69,4%	-	69,4%
Sp	97,9%	-	67,9%
OA	95,1%	-	95,1%

Примечание: Sn – чувствительность метода исследования, Sp – специфичность метода исследования, OA – общая точность метода исследования, T+ – результат УЗИ положительный, T- – результат УЗИ отрицательный, D+ – есть осложнение присутствует, D- – нет осложнения

Согласно результатам оценки эффективности УЗИ в выявлении локальных осложнений у больных в раннем послеоперационном периоде, чувствительность данного метода составила 62,5%, специфичность составила 97,9%, а его диагностическая точность достигает 96,1%.

На основе результатов УЗИ был разработан алгоритм проведения данного исследования в послеоперационном периоде, у пациентов с ПВГ, с учетом степени риска возникновения осложнений со стороны операционной раны, грудной и абдоминальной полостей, а также сосудов нижних конечностей. Данный алгоритм УЗ-мониторинга в послеоперационном периоде позволил своевременно обнаружить признаки осложнений как общего характера (плеврит, кишечный парез, острая кишечная непроходимость, тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз флебит), так и локального характера (образование серомы, гематомы, развитие абсцесса передней абдоминальной стенки, некротические изменения кожи и подкожной клетчатки, рецидив грыжи), что, в свою очередь, позволяет своевременно их устранить. Информативность ультразвукового метода исследования в выявлении послеоперационных осложнений общего характера составила 69,4%, а в выявлении послеоперационных осложнений местного характера – 96,1%. Своевременное обнаружение признаков развития послеоперационных осложнений и их устранение позволило существенно улучшить результаты проводимого лечения. Так, использование малоинвазивных методов при лечении сером способствовало сокращению сроков пребывания больного с этим осложнением в стационаре на 19,12%. Анализ результатов лечения в отдаленном послеоперационном периоде показал, что рецидив грыжи был отмечен в 7 (11,9%) случаях среди больных из группы контроля и в 2 (3,6%) случаях среди больных основной группы.

Выбор наиболее оптимального способа герниопластики, регионарных способов анестезии, а также использование препарата дипроспан у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами способствовали улучшению непосредственных результатов хирургического лечения на 34,15% и сократили число случаев рецидива заболевания с 11,9% до 3,6%. Согласно результатам проведенного сравнительного анализа между контрольной и основной группами пациентов было отмечено уменьшение относительного риска, составившего 93,1%, уменьшение абсолютного риска, составившего 44,9%, увеличение относительной

пользы – 57,1%, а также увеличение абсолютной пользы – 44,7%.

Закключение. Выбор наиболее оптимального способа анестезии, метода герниопластики с использованием качественного синтетического материала и локальным применением препарата дипроспан, а также широкое применение ультразвукового метода исследования с целью мониторинга течения послеоперационного периода у больных с ПВГ позволяет улучшить результаты их хирургического лечения.

УЗ картина передней стенки живота у больных с ПВГ срединной локализации имеет определённые отличия, выраженность которых зависит от размеров грыжевого выпячивания, его локализации и длительности заболевания. Было установлено наличие тенденции к утончению кожи и подкожной клетчатки в области грыжевых ворот с появлением фиброзных изменений в области грыжевого мешка. На других участках передней стенки живота отмечались увеличение ширины прямых мышц живота с признаками дистрофических изменений, утолщение поперечных мышц живота, при этом наблюдалось утончение наружных и внутренних косых мышц живота. Таким образом, с целью определения тактики хирургического вмешательства, выбора наиболее подходящего сетчатого материала с профилактикой его смещения, что является одной из основных причин развития рецидива заболевания, а также с целью мониторинга течения послеоперационного периода и своевременного обнаружения сопутствующего заболевания у больных данной категории рекомендуется проводить УЗИ в до и послеоперационном периодах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллозода. Дж.А. Тактика хирургического вмешательства при вентральных грыжах в зависимости от объёма брюшной полости / Дж.А. Абдуллозода, Ш.Н. Шамсуллозода // Здравоохранение Таджикистана. -2021. -№3. -С.7-14.
2. Абдуллозода Дж.А. Послеоперационные вентральные грыжи: особенности проведения исследования результатов профилактики и хирургического лечения / Дж.А. Абдуллозода, Ш.Н. Шамсуллозода // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - №3. - С. 5-11.
3. Махмадов Ф.И. Пути улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж у пациентов пожилого и старческого возраста, применением видеолaparоскопии / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов //Московский хирургический журнал. - 2021. - №2. - С. 79-81
4. Рахматуллаев Р. Особенности протезирования грыжевого дефекта при хирургическом лечении по-

слеоперационных вентральных грыж / Р. Рахматуллаев, Ш.Б. Полвонов, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Вестник Авиценны. - 2020. - №1. - С. 134-139

5. Кулиев С.А. Факторы риска, влияющие на развитие осложнений у пациентов с гигантскими послеоперационными грыжами / С.А. Кулиев, А.В. Протасов, М.А. Косович // Журнал имени академика Б.В. Петровского. - 2020. - Т. 8, №1. - С. 7-11.

REFERENCES

1. Abdullozoda. Dzh.A., Shamsullozoda Sh.N. Taktika khirurgicheskogo vmeshatelstva pri ventralnykh gryzhakh v zavisimosti ot obyoma bryushnoy polosti [Tactics of surgical intervention for ventral hernias depending on the volume of the abdominal cavity]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2021, No. 3, pp. 7-14.

2. Abdullozoda Dzh.A., Shamsullozoda Sh.N. Posleoperatsionnye ventralnye gryzhi: osobennosti provedeniya issledovaniya rezultatov profilaktiki i khirurgicheskogo lecheniya [Postoperative ventral hernias: features of the Prevention and Surgical Treatment Outcomes Study]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2022, No. 3, pp. 5-11.

3. Makhmadv F.I., Sultonov R.B. Puti uluchsheniya rezultatov khirurgicheskogo lecheniya pakhovykh gryzh u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta, primeneniem videolaparoskopii [Ways to improve the results of surgical treatment of inguinal hernias in elderly and elderly patients using videolaparoscopy]. *Moskovskiy khirurgicheskii zhurnal - Moscow surgical journal*, 2021, No. 2, pp. 79-81.

4. Rakhmatullaev R., Polvonov Sh.B., Nazarov Sh.K., Ali-Zade S.G. Osobennosti protezirovaniya gryzhevogo defekta pri khirurgicheskom lechenii posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Peculiarities of hernia defect prosthetics in surgical treatment of postoperative ventral hernias]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna's herald*, 2020, No. 1, pp. 134-139.

5. Kuliev S.A., Protasov A.V., Kosovich M.A. Faktory riska vliyayushchie na razvitiye oslozhneniy u patsientov s gigantскими послеоперационными грыжами [Risk factors influencing the development of complications in patients with giant postoperative hernias]. *Zhurnal imeni akademika B.V. Petrovskogo - Journal named after academician B.V. Petrovskiy*, 2020, Vol. 8, No. 1, pp. 7-11.

ХУЛОСА

А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, Ч.П. Эрач

НАЗОРАТИ УЛТРАСАДОИИ ДЕВОРИ ПЕШИ ШИКАМ ҲАНГОМИ ВЕНТРОПЛАСТИКА

Мақсади таҳқиқот. Оптимизатсияи натиҷаҳои фаврии ҷарроҳӣ дар табобати беморони гирифтори ҷурраи пас аз ҷарроҳии вентриалӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқот хусусияти перспективии гуруҳи дошт, ки дар он натиҷаҳои таҳлили комплексӣ ва табобати ҷарроҳии 114 беморони гирифтори ЧБЧ барои табобати ҷарроҳӣ дар давраи солҳои 2014-2022 таҳлил карда шуданд. Дар муассисаи давлатии «Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии шаҳри Душанбе», ки кафедраи клиникӣ бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи Академик Курбонов К.М., муассисаи давлатии таълимӣ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ҷойгир аст. Вобаста аз усули табобати ҷарроҳии истифодашуда, ҳамаи беморони мушоҳидашуда ба ду гуруҳ тақсим карда шуданд. Ба гуруҳи назоратӣ 59 (51,8%) беморон, ки дар онҳо герниопластика бо усулҳои кашишдихи анҷом дода шудааст, ба гуруҳи асосӣ 55 (48,2%) беморон, ки дар онҳо герниопластика бо усулҳои бекашиш анҷом дода шудааст, шомил буданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Ҳарду гуруҳи беморони мушоҳидашуда аз ҳамдигар на танҳо бо усулҳои герниопластика, балки аз рӯи усулҳои беҳискуни ҳам дар давраи ҷарроҳӣ ва ҳам дар давраи пас аз ҷарроҳӣ фарқ мекарданд.

Дар байни 59 беморони гуруҳи назоратӣ дар 57 (96,6%) беморон анестезияи умумии эндотрахеалӣ ва дар 2 беморони боқимонда (3,4%) усулҳои минтақавии наркоз истифода шудааст. Дар 21 нафар (35,6%) мавҷудияти патологияҳои ҳамзамон, ки ба дараҷаи хавфи амалиётӣ таъсир мерасонанд, ошкор шудааст. Дар 29 нафар (49,2%) беморон ҷурраи калон муайян карда шудааст.

Дар байни 55 нафар беморони гуруҳи асосӣ дар 23 нафар (41,8%) мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳикунанда, ки ба дараҷаи хавфи амалиётӣ таъсир мерасонанд, ошкор карда шуданд. Дар 37 нафар (67,3%) беморон ҷурраи калон муайян карда шудааст. Дар 41 (74,5%) ҳолат дар беморони ин гуруҳ аз анестезияи эндотрахеалӣ ва дар 14 ҳолати боқимонда (25,5%) усулҳои регионалии беҳискуни истифода шуда, истифодаи анестезияи эндотрахеалӣ бо истифодаи анестезияи сутунмӯҳра якҷоя карда шудааст.

Хулоса. Интиҳоби усули оптималии анестезия, усули герниопластика бо истифода аз маводи синтетикӣ баландсифат ва истифодаи маҳаллии дипропан, инчунин истифодаи васеи ултрасадо барои назорати ҷараёни пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори ЧБЧ натиҷаи муолиҷаи ҷарроҳии онҳо метавонад беҳтар шавад.

Калимаҳои калидӣ: ҷурраҳои пас аз ҷарроҳии вентриалӣ, мониторинги ултрасадо, табобат.