

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Шербек У.А., Раджабов Ж.П.

Самаркандский государственный медицинский университет. Кафедра общей хирургии.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7620720>

Аннотация. В основу исследования включены результаты лечения 331 больного с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости. Симультанная патология органов брюшной полости, требующая хирургической коррекции при вентральных грыжах, составила 52,8%, чаще всего выявлены желчнокаменная болезнь (30,1%), патология органов малого таза у женщин (30,8%), спаечная болезнь брюшной полости и хроническая кишечная непроходимость (46,7%), а также ожирение III – IV ст. и абдоминоптоз (29,7%). При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта (M1S8 или M3S2) приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы. Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%, сократить продолжительность операции с $72,5 \pm 3,4$ мин. до $58,5 \pm 4,1$ мин. и сократить сроки стационарного лечения с $10,2 \pm 0,4$ до $8,3 \pm 0,6$ койко дней.

Ключевые слова: грыжи живота, симультантные операции.

OPTIMIZATION OF SURGICAL CORRECTION OF COMBINED ABDOMINAL PATHOLOGY IN VENTAL HERNIAS

Sherbekov U.A., Rajabov J.P.

Samarkand State Medical University. Department of General Surgery.

Abstract. The study included the results of treatment of 331 patients with ventral hernia and concomitant pathology of the abdominal organs. Simultaneous pathology of the abdominal organs, requiring surgical correction for ventral hernias, was 52.8%, most often cholelithiasis (30.1%), pathology of the pelvic organs in women (30.8%), adhesive disease of the abdominal cavity and chronic intestinal obstruction (46.7%), as well as obesity III - IV st. and abdominoptosis (29.7%). When concomitant abdominal pathology is located at a remote distance from the hernial defect (M1S8 or M3S2), the priority is to perform a simultaneous stage using laparoscopic technique, which was successfully performed in 37.5% of patients, i.e. more than 1/3 of patients of the main group. Optimization of the tactical and technical aspects of the one-time surgical correction of ventral hernias and combined abdominal pathology with the priority use of endovideosurgical technologies and tension-free alloplasty methods allowed to reduce the incidence of postoperative complications from 8.6% to 5.3%, reduce the duration of the operation from 72.5 ± 3.4 min. up to 58.5 ± 4.1 min. and reduce the duration of inpatient treatment from 10.2 ± 0.4 to 8.3 ± 0.6 bed days.

Key words: abdominal hernia, simultaneous operations.

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения «грыжи передней брюшной стенки в сочетании симультантными заболеваниями органов брюшной полости являются

одним из самых распространенных хирургических заболеваний и встречается у 3-7% населения, с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста». По данным литературы 15-20 % больных, перенесших грыжесечение, в ближайшие годы после операции подвергаются повторным оперативным вмешательствам по поводу других хирургических заболеваний (Белоконев В.И. и соавт., 2018; Doble J.A. et al., 2019). Это определяет актуальность проблемы симультанных операций. Следует обратить внимание на нерациональность выполнения только грыжесечения при вентральной грыже (ВГ), если у больного имеется сочетанное заболевание органов брюшной полости. В случае выполнения только грыжесечения, повторная операция по поводу абдоминальной патологии часто сводит на нет результаты герниопластики.

Симультанные операции на брюшной стенке и на органах брюшной полости увеличивают сложность вмешательства, однако при этом сокращаются сроки лечения, снижается риск развития возможных после грыжесечения осложнений в виде сопутствующих заболеваний из-за дополнительного наркоза и эмоциональных переживаний, связанных с необходимостью повторного вмешательства (Ahonen-Siirtola M. et al., 2017; Насиров М.Я. и соавт., 2015). У больных с грыжами наиболее часто выявляется желчнокаменная болезнь, у женщин - патология органов малого таза, в брюшной полости - спаечная болезнь, хроническая и подострая кишечная непроходимость, абдоминоптоз и др.. 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 спаечной болезни, спаечной кишечной непроходимости и свищей, расположенных на разных уровнях желудочно-кишечного тракта (Хакимов М.Ш. и соавт., 2020; Gillion J. F. et al., 2018). Все это требует детальной проработки техники операции на этапе грыжесечения, на внутрибрюшном этапе и на этапе закрытия брюшной полости.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами и сопутствующей абдоминальной патологией путем оптимизации тактико-технических аспектов единовременного выполнения симультанных операций с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов пластики.

Материалы и методы.

В основу исследования включены результаты лечения 331 больного с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости, поступивших в хирургические отделения клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2012 по 2021 гг.. Пациенты условно разделены на две группы: 104 (31,4%) больных с грыжей передней брюшной стенки и симультанной патологией органов брюшной полости, оперированные в период 2012-2016 гг., составили группу сравнения. Основную группу составили 227 (68,6%) больных оперированные в период 2017-2021 гг., которым в хирургической коррекции вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости приоритетно использованы эндовидеохирургические технологии и ненатяжные методы пластики.

Среди обследованных у 225 (67,9%) пациентов в анамнезе имелись различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, с впервые выявленной грыжей обратились 106 (42,1%) пациентов. Согласно классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999) у 212 (64,1%) больных были большие (W_3) и гигантские (W_4) грыжи. У подавляющего

большинства больных 265 (80,1%) были грыжи по средней линии живота. Из 331 больных у 132 (39,9%) грыжи были рецидивные (R_n).

У всех больных основным хирургическим заболеванием было вентральная грыжа. Следует отметить, что из 429 больных с вентральными грыжами оперированными в период 2017-2021 гг. у 227 герниоаллопластика дополнена хирургической коррекцией сочетанной патологии органов брюшной полости. По нашим данным частота симультанной патологии при вентральных грыжах составило 52,8%. Симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно – 25,4%.

Всего сопутствующих хирургических патологий выявлено 178 в группе сравнения, 334 в основной группе и при этом у некоторых по два и более. Среди них превалировала спаечная болезнь брюшной полости 67 (37,6%) и 106 (46,7%), ожирение III и IV ст. с отвислым животом имелось у 32 (17,9%) и 67 (29,5%) больных, желчнокаменная болезнь - у 29 (16,3%) и 69 (30,1%) пациентов, кисты печени и поджелудочной железы у 8 (4,5%) и 13 (5,7%) больных, у 11 (6,2%) и 19 (8,4%) больных была хирургическая патология передней брюшной стенки (лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки), патология органов малого таза у женщин 33 (18,6%) и 70 (30,8%) соответственно в группах сравнения и основной группе больных (табл. 1).

Необходимо отметить, что у больных с увеличением размеров грыжи пропорционально увеличивалось и частота сопутствующей хирургической патологии передней брюшной стенки и органов брюшной полости – при W_3 59,6%, W_4 –66,3%.

Из числа обследованных у 208 (62,8%) больных отмечены различные сопутствующие соматические заболевания жизненно важных органов. Из них у 139 (41,9%) больных были два и более сопутствующих соматических заболевания. С учетом классификации ASA ко II классу отнесены 178 (53,7%) больных, к III классу 30 (9%) больных.

Таблица 1

Структура сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости у больных основной группы

Симультанная патология	Группа сравнения		Основная группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЖКБ	29	16,3	69	30,1	98	18,8
Кисты печени	6	3,4	11	4,8	17	3,2
Кисты поджелудочной железы	2	1,1	2	0,9	4	0,7
Спаечная болезнь. Хроническая подострая кишечная непроходимость	67	37,6	106	46,7	173	33,1
Киста яичника	9	5,1	23	10,1	32	6,1
Миома матки	22	12,4	47	20,7	69	13,2
Лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки	11	6,2	19	8,4	30	5,7
Ожирение III – IV ст. отвислый живот	32	17,9	67	29,5	99	18,9
Всего	178	100	344	100	522	100

Компьютерная томография и компьютерно-томографическая герниоабдоминометрия (КТГА) проводилась с целью определения размеров грыжевых ворот, объема содержимого грыжевого мешка, выявления дополнительных дефектов апоневроза, выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости, толщины и равномерности подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, а также для предварительного определения метода герниоалло- и абдоминопластики. Этот метод был выполнен 58 (25,9%) пациентам основной группы (рис. 1).



Рис. 1. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдоинометрия больной С., 62 лет с послеоперационной вентральной грыжей (M₂W₃R₀) и спаечной болезнью с хронической кишечной непроходимостью

Метод также позволял верифицировать наличие симультанной патологии органов брюшной полости. КТГА позволяло идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки и выбрать оптимальный способ пластики. При относительном объеме грыжевого выпячивания менее 5% от объема брюшной полости, грыжи считали малыми. Если относительный объем грыжевого выпячивания составлял от 5,1% до 14,0% от объема брюшной полости их считали средними грыжами и предпочтение отдавали натяжным способам герниоаллопластики – имплантация эндопротеза «on lay» с ушиванием дефекта.

При относительном объеме грыжевого выпячивания в пределах 14,1%-18%, грыжа считалась большой, при этом методом выбора были ненатяжные протезирующие пластики, «коррекция» или «реконструкция» передней брюшной стенки. Окончательный выбор метода операции происходил интраопераци-онно, решающую роль играют результаты теста «на сведение». При 18% и более относительного объема грыжевого выпячивания от объема брюшной полости грыжа считалась гигантской, выбор операции происходил только в пользу ненатяжной пластики - имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта, имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта и имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez.

Результаты и их обсуждение.

Больным в группе сравнения (n=104) герниоаллопластика у 62 (59,6%) пациентов выполнена натяжными и у 42 (40,4%) ненатяжными способами, т.е. предпочтительно выполнены натяжные способы пластики.

В основной группе (n=181) выбор герниоаллопластики был дифференцированным и основывался на разработанных нами критериях, по которым больные разделены на 4 подгруппы (табл. 2).

Пациентам 1-й подгруппы при объеме грыжевого выпячивания до 14% от объема брюшной полости по данным КТГА выполняли имплантацию эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта. Эту группу составили 78 (43,1%) пациентов.

Во 2-й подгруппе (n=38) по данным КТГА с объемом грыжевого выпячивания более 14,1% от объема брюшной полости мы выполняли ненатяжную пластику. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития компартмент синдрома, после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, пластика передней брюшной стенки выполнялась наложением сетки на апоневроз без его ушивания. Фиксацию эндопротеза осуществляли П-образными швами. Эти швы до закрытия брюшной полости лоскутом грыжевого мешка были заранее наложены с захватом всех слоёв мышечно-апоневротической стенки до брюшины.

Таблица 2

Виды герниопластики в основной группе

Подгруппы	Вид операции	Количество	%
Натяжные способы пластики			
1-я подгруппа	Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта	78	43,1
Ненатяжные способы			
2-я подгруппа	Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта	38	20,9
3-я подгруппа	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта	32	17,7
4-я подгруппа	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez	33	18,3
	Всего	181	100

У 32 (17,7%) больных в 3-й подгруппе с размерами грыжевого дефекта более 10 см и объемом грыжевого выпячивания более 18% от объема брюшной полости по данным КТГА была выполнена комбинированная ненатяжная герниопластика «onlay + sublay», т.е. один имплантат размещали позади мышечно – апоневротического слоя после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, второй имплантат размещали над апоневрозом. После отграничения брюшной полости брюшиной выкраивали имплантат, размер которого по периметру на 3 см больше размеров грыжевого дефекта, далее заранее прошивали края сетчатого имплантата П-образными швами, предварительное прошивание импланта значительно упрощало технику его фиксации. Далее эндопротез размещали по типу «sublay», ранее наложенные П-образные швы проводили через все слои над апоневрозом и к этим швам фиксировали второй эндопротез размещенной «onlay» Также накладывали узловые швы между эндопротезами создавая искусственную «белую линию» живота. Особое значение этого метода является анатомическая и физиологическая реконструкция передней брюшной стенки, а также белой линии живота. Использование этого метода в клинике дало хороший функциональный результат (рис. 2).

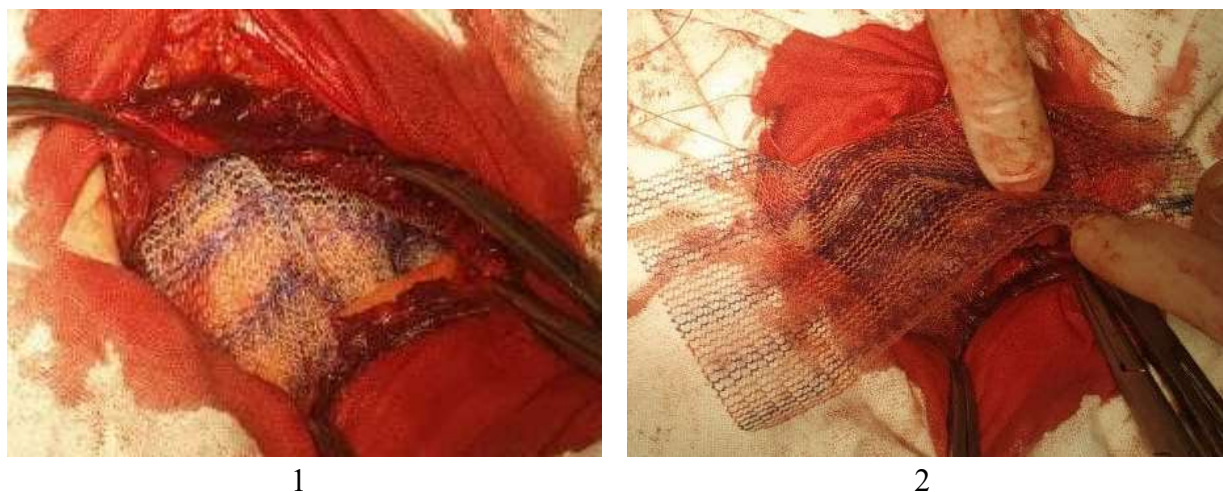


Рис. 2. Этапы фиксации эндопротеза «sublay» (1) и «onlay» (2) заранее наложенными П-образными швами

В 4-й подгруппе у 13 больных, где имелся высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, мы применили ненатяжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (1990 г.).

Таким образом в основной группе больных, где герниоаллопластика выполнено из герниолапаротомного доступа, в 56,9% случаев выполнена ненатяжная пластика.

Лапароскопическая протезирующая герниопластика при вентральных грыжах применялась нами 46 больным основной группы (20,3%), при наличии малых и средних грыж, с соответствующими размерами дефекта апоневроза - до 5 см и от 5 до 10 см с использованием полипропиленовых имплантов по способу «ipom» (Laparoscopic Intra Peritoneal Onlay Mesh). Места введения троакаров были стандартизированы и выбирались там, где это было более удобно и безопасно после проведения симультанного этапа операции на органе брюшной полости.

34 (73,3%) из 46 больных выполнили лапароскопическую протезирующую герниопластику с использованием стандартных сетчатых полипропиленовых имплантатов, у 12 (26,7%) были использованы композитные сетчатые имплантаты «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon).

При использовании стандартных имплантов в брюшной полости выполнялось вскрытие брюшины, выделялся грыжевой мешок и в предбрюшинном пространстве создавался «карман», отступом по периметру от грыжевых ворот 5-6 см. Далее в брюшную полость вводился через троакар свернутый в тубус сетчатый имплант, разворачивался и помещался в созданный предбрюшинный «карман». Прижатие его к передней брюшной стенке осуществлялось с помощью лигатур, завязанных по краям импланта. Подшивание нитью импланта к передней брюшной стенке производили с помощью модифицированной нами иглы Endo Close (рис. 3). Применение модифицированной иглы Endo Close был удобным для хирурга и безопасным для пациента нежели прошиванием брюшины интракорпорально.



Рис. 3. Разворачивание свернутого прошитого импланта (1), выведение шовной нити модифицированной иглой Endo Close (2), выведение шовных нитей со стороны брюшной стенки (3)

Применение композитных сетчатых имплантатов «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon) 12 (26,7%) больным, позволило избежать необходимости выполнения создания предбрюшинного «кармана» перед фиксацией протеза к передней брюшной стенке.

Следует отметить, что у всех 48 пациентов лапароскопическая герниоаллопластика выполнена «ненатяжным» способом и в итоге в основной группе исследования ненатяжная герниоаллопластика выполнена у 149 (65,6%) больных, т.е. в 2/3 клинических наблюдений.

Так как у всех больных основной патологией была вентральная грыжа, а симультанной патологией хирургическое заболевание органа брюшной полости, при выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в брюшной полости.

Нами разработана схематическая дистопия, т.е. локализация грыжевого дефекта на брюшной стенке и расположение симультанной патологии в брюшной полости. Локализацию грыжевого выпячивания оценивали по классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999), а расположение симультанной патологии ориентировались на топографическом разделении брюшной полости на 9 областей.

При выполнении симультанных операций в группе сравнения пользовались исключительно традиционными широкими доступами, т.е. герниолапаротомию расширяли до эпигастральной или гипогастальной области, которое позволяло хирургу выполнение симультанного этапа операции. При этом ликвидация грыжевого дефекта занимало немало времени, продолжительность операции значительно возрастало. Кроме того, имело ряд серьезных недостатков – высокая травматичность операции, повышенный риск послеоперационных раневых и общих осложнений, неудовлетворительные косметические результаты, длительный период ранней реабилитации и др. А при расположении хирургических заболеваний на широком расстоянии друг от друга каждую патологию оперировали через отдельные доступы. В целом, в группе сравнения больных 83 (79,8%) - симультанная операция была выполнена через единый герниолапаротомный доступ, 21 (20,2%) больному симультанная операция была выполнена через отдельные доступы.

В основной группе исследования 46 (20,3%) больным с вентральными грыжами и симультанной патологией брюшной полости оба этапа операции выполняли из лапароскопических доступов с применением ЭВХ. Этим пациентам 1-этапом в 19 случаях произведено ЛХЭ, 11 пациенткам проведена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки по поводу миомы, у 7- кистэктомия из яичников, 2 больным фенестрация кист из печени и у 27 адгезиолизис по поводу спаечной болезни брюшной полости и хронической

кишечной непроходимости. 2-этапом операция завершена лапароскопической герниопластикой.

У 39 (17,6%) больных основной группы 1-этапом симультанная патология корригирована лапароскопически, основной этап операции – герниоаллопластика выполнено из герниолапаротомного доступа. При этом ЛХЭ проведено 23 пациентам, надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки – 1, кистэктомия из яичников – 4, в 1 наблюдении удалена киста из печени, 14 пациентов подвергнуты адгезиолизису.

Таким образом из 227 больных основной группы лапароскопическая коррекция как основной так и симультанной патологии произведено 46 (20,3%), эндовидеохирургическая коррекция симультанной патологии проведено 39 (17,6%).

Вместе с тем, у 142 (62,6%) больных основной группы оба этапа операции выполнены из герниолапаротомного доступа. Поводом для этого послужило близкое расположение патологии органов брюшной полости к грыжевому дефекту. 67 (29,5%) больным основной группы, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III ст. после завершения пластики передней брюшной стенки выполнена дерматилипидэктомия.

В основной группе при расположении симультанной патологии на широком расстоянии от грыжевого дефекта приоритетно выполнены симультанные этапы операции с применением лапароскопической техники 85 (37,5%) пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы.

Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев использовали следующие параметры:- абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде. В группе сравнения у 2 (1,9%) наблюдали компартмент синдром (рис.4). По сравнительному признаку по количеству осложнений получено равномерные показатели в обеих группах больных (Критерий $\chi^2=4,043$; Df=1; p=0,045).

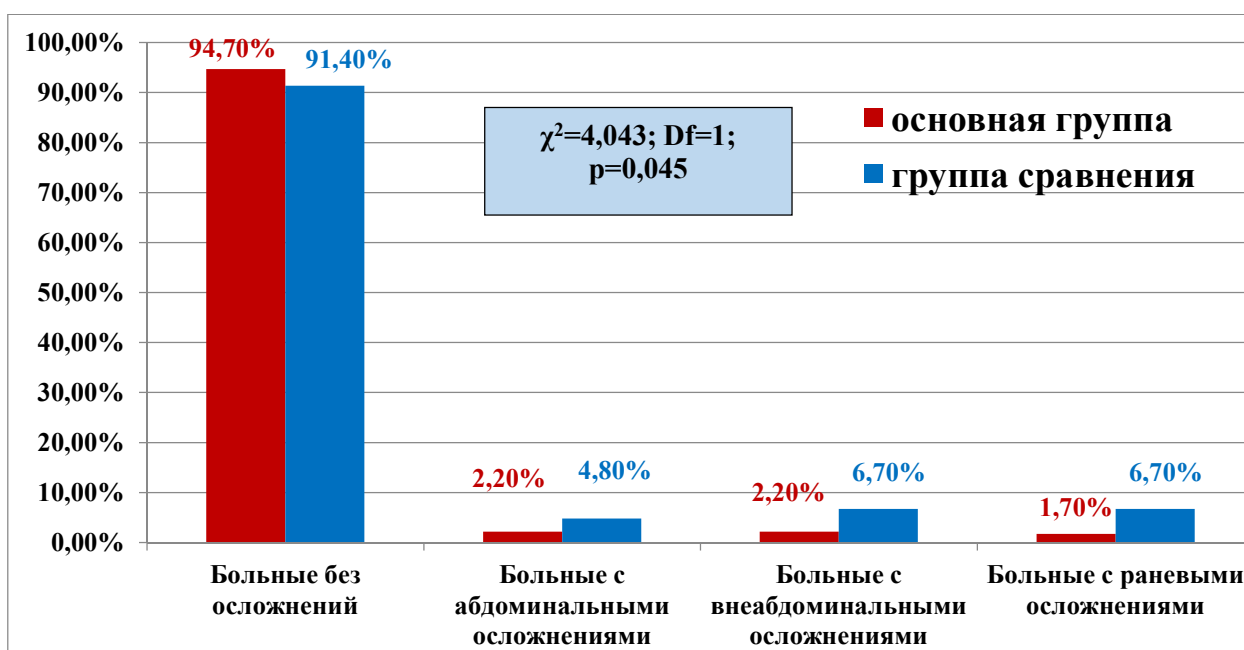


Рис. 4. Распределение больных по частоте осложнений после операции

При рассмотрении временных периодов отмечено, что совершенствование тактико-технических аспектов обеспечило сокращение всех основных периоперационных периодов).

Проанализированы отдаленные результаты у 260 (78,5%) больных из 331 оперированных. Рецидив вентральной грыжи отмечен у 6 (1,8%), при этом в группе сравнения этот показатель составил 2,9% (3 больных), а в основной группе – 1,1% (3 пациента). В группе сравнения в отдаленном послеоперационном периоде у 1 (0,9%) наблюдалось осложнение после симультанного этапа операции – наружный желчный свищ после эхинококкэктомии из печени.

Таким образом, по результатам исследования, осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были следующие: - абдоминальные осложнения у 4,8% и 2,2%; -внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 6,7% и 2,2%; -развитие компартмент синдрома 1,9% (только в группе сравнения); -раневые осложнения у 6,7% и 1,7%; - летальность 0,9% (только в группе сравнения) в основной и группе сравнения соответственно. При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. – $8,3 \pm 0,6$ суток ($10,2 \pm 0,4$ гр. сравнения), средняя длительность операции в основной гр. больных – $58,5 \pm 4,1$ мин. ($72,5 \pm 3,4$ гр. сравнения). Анализ качества жизни пациентов показал, что оптимизация тактико-технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральной грыжи и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненапряжных методов аллопластики позволило увеличить долю положительных результатов лечения до 98,7%.

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 (30,1%), патология органов малого таза у женщин (30,8%), спаечная болезнь брюшной полости и хроническая кишечная непроходимость (46,7%), а также ожирение III – IV ст. и абдоминоптоз (29,7%). С увеличением размеров грыж, возрастает число пациентов, требующих выполнения симультанных вмешательств, так при W3 - 59,6%, а при W4 - 66,3%.

2. При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта (M1S8 или M3S2) приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы.

3. Эндовидеохирургическая герниоаллопластика методологически обоснована и эффективна в хирургическом лечении вентральных грыж малых (W1) и средних (W2) размеров, что применено 20,3% наблюдений в основной группе больных. Совершенствование аспектов лапароскопической герниоаллопластики с применением композитных сетчатых имплантов, а также использование на этапе фиксации протеза модифицированной иглы Endo Close с экстракорпоральным завязыванием узлов значительно упрощает технику операции.

4. КТ герниоабдонометрия позволяет идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки и выбрать оптимальный способ пластики. При объеме грыжевого выпячивания по данным КТГА до 14% от объема брюшной полости возможно

имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием грыжевого дефекта, при более 14,1% рекомендуются ненатяжная пластика.

5. Усовершенствование технических аспектов выполнения ненатяжных методов герниоаллопластики с имплантацией эндопротеза комбинированным способом «onlay+sublay» при грыжах W3, W4 позволило избежать развития компартмент синдрома и нивелировать рецидив грыжи.

6. Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%, сократить продолжительность операции с $72,5 \pm 3,4$ мин. до $58,5 \pm 4,1$ мин. и сократить сроки стационарного лечения с $10,2 \pm 0,4$ до $8,3 \pm 0,6$ койко дней. При этом излечение пациента от нескольких хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость симультанных операций.

Литература.

1. Белоконев В. И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – №. 5. – С. 45-50.
2. Doble J. A., Pauli E. M. Ventral Hernia Repair // Clinical Algorithms in General Surgery. – Springer, Cham, 2019. – С. 801-803.
3. Ahonen-Siirtola M. et al. Laparoscopic versus Hybrid Approach for Treatment of Incisional Ventral Hernia // Digestive Surgery. – 2017.
4. Насиров М. Я. и др. Анализ отдаленных результатов симультанной герниоалло- и абдоминопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – №. 2. – С. 70-74.
5. Хакимов М. Ш. и др. Преимущества миниинвазивных технологий в хирургическом лечении пупочных грыж // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Т. 23. – №. 4. – С. 29-32.
6. Gillion J. F., Dabrowski A., Jurczak F., Dugue T., Bonan A., Chollet J.M.. Patient-reported outcome measures 2 years after treatment of small ventral hernias using a monofilament polypropylene patch covered with an absorbable hydrogel barrier on its visceral side // International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery. – 2018. – Т. 1. – №. 3. – С. 99.
7. Курбаниязов З.Б., Шербек У.А., Мардонов Б.А. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // Re-Health Journal. – 2021. - Выпуск 2 (10). – С. 247-255.
8. 14. Sherbekov U.A., Kurbaniyazov Z. B. Correcting concomitant abdominal pathology with ventral hernias // World Bulletin of Public Health (WBPH). – 2022. - Vol. 13. - P. 210-217.
9. 10. Sherbekov U.A., Kurbaniyazov Z.B., Mardonov B.A., Rajabov J.P. Post-operative complications in patients with ventral hernia: A retrospective cohort study // International Journal of Health Sciences. – 2022. - Vol 6(10). – P. 108-114. (Scopus)
10. Rustamov M.I., Rustamov I.M. A rare case of Keratoakontoma // Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
11. Dusiyarov M.M., Eshonxodjaev J.D., Xujabaev S.T., Sherkulov K.U., & Rustamov I.M. (2021). Estimation of the efficiency of antisense coating on the model of lung wound in

- experiment. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 1(4), 1-6.
<https://doi.org/10.47494/cajmns.v1i4.57>.
12. Rustamov M.I., Rustamov I.M., Shodmonov A.A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 02. – С. 36-42.
 13. Saydullayev Z.Y., Kurbaniyazov Z.B., Khujabayev S.T., Davlatov S.S. (2014). Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis. In The First European Conference on Biology and Medical Sciences (pp. 101-107).
 14. Собиров Б.У., Курбаниязов З.Б., Солиев А.М., Хужабаев С.Т. Совершенствование тактики хирургического лечения острого холецистита //Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9. – №. 2. – С. 151-152.
 15. Исмоилов С. И., Шаюсупов А. Р., Хужабаев С.Т., Дусияров М.М. К вопросу взаимодействия эндопротезов с биотканями при аллогерниопластике (литературный обзор) //журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 2.
 16. Муртазаев З. И., Рустамов М. И., Шербеков У. А., Хужабаев С. Т., Байсариев Ш.У. Оптимальная Хирургическая тактика при эхинококкозе легких //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 11 (52). – С. 61-66.
 17. СИ Исмаилов, РА Садыков, СТ Хужабаев, ММ Дусияров. New alloplasty method for large incisional ventral hernias// Узбекский медицинский журнал – 2022. - №. 4 (3). – С. 50-54.
 18. Wagner F.W. A classification and program for diabetic, neuropatic and dysvascular foot problems. In the American Academy of orthopedic surgeon instructional course lectures. St.Louis: Mosby Vear Book. 1997: 143-165.
 19. Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Рустамов М.И., Дусияров М.М., Юнусов О.Т. Катта ва гигант корин олд девори операциядан кейинги чурраларда таъхислаш ва хирургик даво усуллари танлаш учун дастур. // Агентство по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан № DGU 16071. 12.04.2022.
 20. Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Шаюсупов А.Р. Ретенционные осложнения после протезной герниопластики. // Материалы всероссийской конференции молодых ученых «Современные тренды в хирургии» очный формат с on-line участием. Смоленск. 26 марта 2022 г. Стр. 27-29.
 21. Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Шаюсупов А.Р. Частота развития раневых осложнений после протезной герниопластики в зависимости от метода воздействия лазерным облучением. // Материалы XXVI республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2022» «Возможности и перспективы внедрения высокотехнологичной хирургии в регионах» №2 (94) 2022. Стр. 62.
 22. Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т. Ближайшие результаты протезной герниопластики обширных и гигантских вентральных грыж с использованием субстанции хемобен. // Материалы XXVI республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2022» «Возможности и перспективы внедрения высокотехнологичной хирургии в регионах» №2 (94) 2022. Стр. 63.
 23. Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Садыков Р.А., Бабаджанов А.Х., Дусияров М.М., Карабаев Ж.А. Сравнительная оценка раневых осложнений аллогерниопластики. // Models and methods for increasing the efficiency of innovative research: a collection scientific works of the International scientific conference (13 June, 2022) - Berlin:2022.ISSUE12-335 p. 216-219.

24. Ismailov S.I., Khuzhabaev S.T., Sadykov R.A., Nabizhonov O.G., Abdikarimov A.D., Dusiyarov M.M. Analysis of the influence of the immediate postoperative period on the development of long-term complications after hernioplasty. // Models and methods for increasing the efficiency of innovative research: a collection scientific works of the International scientific conference (13 June, 2022) - Berlin:2022.ISSUE12-335 p. 220-223.
25. Ismailov S.I., Khuzhabaev S.T., Nabizhonov O.G., Abdikarimov A.D., Dusiyarov M.M., KarabaevZh. A. Analysis of the results of variousfrom the manual of hernia gate closure and methods of prosthesis installationfor postoperative ventral hernias. // Pedagogical sciences and teaching methods. Volume 1, Issue 14. June 2022. Collection of Scientific Works Copenhagen "Science Edition" 16 June 2022. 119-121.
26. Ismailov S.I., Khuzhabaev S.T., Sadykov R.A., BabadzhanovA.Kh., Dusiyarov M.M., KarabaevZh. A. Comparative assessment of wound complications of allogernioplasty. // Pedagogical sciences and teaching methods. Volume 1, Issue 14. June 2022. Collection of Scientific Works Copenhagen "Science Edition" 16 June 2022. 122-124.
27. Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Набижонов О.Г., Абдикаримов А.Д., Дусяяров М.М., Карабаев Ж.А. Анализ результатов различных способов закрытия грыжевых ворот и методов установки протеза при послеоперационных вентральных грыжах. // Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences: a collection scientific works of the International scientific conference (14 June, 2022). -Italia:2022. ISSUE 10 – 394 p.: 148-151.
28. Садыков Р.А., Бабаджанов А.Х., Хужабаев С.Т., Дусяяров М.М., Карабаев Ж.А. Отдаленные результаты пластики обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences: a collection scientific works of the International scientific conference (14 June, 2022). -Italia:2022. ISSUE 10 – 394 p.: 152-155.