

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА



Хамдамов Илхом Бахтиёрович

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

### ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ОЛДИНГИ ҚОРИН ДЕВОРИ ЧУРРАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН ЁНДОШУВ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Хамдамов Илхом Бахтиёрович

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

### EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF AN IMPROVED APPROACH IN THE TREATMENT OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS IN WOMEN OF FERTILE AGE

Khamdamov Ilhomjon Bakhtiyorovich

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: [mr.ilyuwa@mail.ru](mailto:mr.ilyuwa@mail.ru)

**Резюме.** Долзарблик. Замонавий жарроҳлик амалиётида репродуктив ёшидаги аёлларда чуррани тузатиш усулини танлаш масалалари алоҳида муҳокама қилинмайди. Алломатериални ишлаб чиқарувчиларнинг тавсияларига ва улар учун мавжуд бўлган кўрсатмаларга кўра, ҳомиладорлик уларга фойдаланишга қарши кўрсатма ҳисобланади. Бироқ, туғиш ёшидаги аёлларда алломатериаллардан фойдаланиш имконияти ҳақидаги саволлар амалий жарроҳларнинг манфаатларидан ташқарида қолмоқда. Ушбу тадқиқотнинг мақсади аллогерниопластика усулини танлашга дифференциал ёндошувни асослаш орқали қорин олд деворининг чурраси билан туғиш ёшидаги аёлларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш. Материал ва услуб. 2017-2020 йиллар давомида қорин олд девори чурраси билан касалхонага ётқизилган 64 нафар туғиш ёшидаги аёлларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлил қилинди. Улардан 35 нафари Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг 1-жарроҳлик бўлимида, 29 нафари Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг торакоабдоминал жарроҳлиги бўлимида бўлган. Қиёсий жиҳатдан назорат гуруҳидаги беморлар билан даволаш натижалари таҳлили ўтказилди. Хулоса. Бизнинг тадқиқотимиз туғиш ёшидаги аёлларда аллогерниопластика усулини танлашга таклиф қилаётган ёндошувимизнинг барча афзалликларини кўрсатди.

**Калим сўзлар:** фертил ёшидаги аёллар, қорин чурраси, герниопластика, имплант, каламуш.

**Abstract. Relevance.** In modern surgical practice, the issues of choosing the method of hernia repair in women of reproductive age are not particularly discussed. According to the recommendations of the manufacturers of allomaterials and the instructions available for them, pregnancy is a contraindication to their use. However, questions of the possibility of using allomaterials in women of childbearing age remain outside the interests of practical surgeons. The purpose of this study was to improve the results of surgical treatment of women of childbearing age with hernias of the anterior abdominal wall by substantiating a differentiated approach to the choice of the method of allohernioplasty. Material and research methods. The results of surgical treatment of 64 women of childbearing age with hernias of the anterior abdominal wall, who were hospitalized for the period from 2017 to 2020, were analyzed. Of these, 35 patients were in the 1st surgical department of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center and 29 in the Department of Thoracoabdominal Surgery of the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy. In a comparative aspect, the results of treatment with patients in the control group were carried out. Conclusion. Our studies show all the advantages of our proposed approach to the choice of the

Наружные грыжи живота являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Заболеваемость из года в год увеличивается, оставаясь стабильно высокой, и составляет 14 пациентов на 1000 населения в возрасте от 25 до 34 лет; постепенно возрастая, она достигает 53 на 1000 населения в возрасте от 55 до 64 лет [1,3,5,7,9,11]. История герниологии имеет более чем вековую продолжительность. Самое раннее упоминание о грыжах как «...опухолевидное образование, появляющееся на поверхности живота в результате кашля или натуживания», было найдено в папирусе Эберса, написанном приблизительно в 1552 г. до н.э. [1,2]. Первую попытку хирургического лечения паховых грыж выполнил С. Celsus (25 г. до н.э.- 40 г. н.э.). Он рассекал ущемляющее кольцо и вправлял содержимое грыжевого мешка в брюшную полость [2].

Общее количество хирургических вмешательств в мире по поводу грыж живота превышает 20 млн. Распространенность заболевания в Узбекистане составляет 1,8% среди населения [4].

В результате проводимых на сегодняшний день исследований, наиболее часто применяемыми видами аллотрансплантатов являются: полипропиленовые сетки; композитные или комбинированные алломатериалы; пленочно-пористые эндопротезы – ПТФЭ (политетрафторэтилен); поливинилденфторидные (ПВДФ) алломатериалы [6,8,10]. Несмотря на успехи, определенная группа лиц остается за пределами этих достижений. Это женщины репродуктивного возраста, которым из-за малой растяжимости аллопротезов, выполнение аллогерниопластики является противопоказанием. Появление новых материалов, которые обладают достаточно высокой прочностью, биосовместимостью и биодegradацией, открывает новые возможности для применения аллопротезов у женщин фертильного возраста.

В современной хирургической практике вопросы выбора способа пластики грыжевых ворот у женщин репродуктивного возраста особо не обсуждаются. Согласно рекомендациям производителей алломатериалов и имеющимся к ним инструкциям, беременность является противопоказанием к их применению. Однако вопросы возможности применения алломатериалов у женщин фертильного возраста остаются за пределами интересов практических хирургов. Нами, проводя анализ результатов хирургического лечения данной категории лиц с наружными грыжами, было выявлено, что частота осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах превыша-

ет 20%. Критический анализ клинических результатов традиционного подхода к методу пластики грыжевых ворот, позволил наметить пути разрешения данной проблемы.

Учитывая вышеизложенное, нами были проведены экспериментальные исследования в результате которого мы пришли к выводу, что при локализации грыжи по срединной линии и под мечевидным отростком целесообразно использовать максимально рассасывающийся алломатериал просид, при локализации грыж в боковой области живота и в паховой области – наиболее оптимальным считается применение полурассасывающегося материала ультрапро. Нерассасывающийся алломатериал в виде пролена, который в современной хирургии нашел довольно широкое применение, является нецелесообразным для использования у женщин репродуктивного возраста.

Учитывая вышеизложенное, цель настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения женщин фертильного возраста с грыжами передней брюшной стенки путем обоснования дифференцированного подхода к выбору метода аллогерниопластики.

**Материал и методы исследования.** Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 64 женщин фертильного возраста с грыжами передней брюшной стенки, находившихся на стационарном лечении за период с 2017 по 2020 годы. Из них 35 больных находились в 1 хирургическом отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра и 29 – в отделении торакоабдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В сравнительном аспекте проведены результаты лечения с пациентами контрольной группы.

**Результаты и обсуждение.** Исходное состояние женщин в сравниваемых группах не отличались. Клиническая картина заболевания у всех пациентов характеризовалась наличием грыжевого выпячивания, у 10 (15,6%) больных наблюдались различные диспепсические явления. Общее состояние во всех случаях оценивалось как удовлетворительное, температура тела не превышала нормальных значений, гемодинамических и респираторных сдвигов не отмечалось. При оценке локального статуса у всех женщин был положительный симптом «кашлевого толчка». Размеры грыжевых ворот, как и в контрольной группе, колебались от 2 до 10 см. Средний размер грыжевых ворот составил  $4,2 \pm 1,4$  см и особо не отлича-

лись от таких показателей в группе сравнения ( $4,5 \pm 1,7$  см;  $t=0,136$ ). У 61 (95,3%) пациенток грыжа была однокамерная, у 3 (4,7%) – с послеоперационными грыжами были по две камеры. Аналогичные данные были и в контрольной группе. Средние показатели лабораторных анализов были в пределах нормальных значений. Показатели лейкоцитов крови были от 4,9 до  $10,9 \cdot 10^9/\text{л}$  (в среднем  $6,5 \pm 1,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ); СОЭ – от 5,0 до 12,5 мм/ч ( $9,8 \pm 1,5$  мм/ч); гемоглобин – от 91 до 124 г/л ( $107,3 \pm 10,8$  г/л). В биохимических анализах крови показатели АЛТ были в пределах от 0,41 до 0,87 мкмоль/л ( $0,64 \pm 0,14$  мкмоль/л), АСТ – от 0,43 до 0,88 мкмоль/л ( $0,66 \pm 0,15$  мкмоль/л), билирубин – от 12,1 до 20,3 ммоль/л ( $15,5 \pm 2,5$  ммоль/л), общего белка – от 56,6 до 72,7 г/л ( $63,3 \pm 5,1$  г/л). В сравнительном аспекте ни по одному показателю достоверных отличий между основной и контрольной группы не отмечено (табл. 1). Как и в контрольной группе, все больные были оперированы в плановом порядке. Из 41 (64,1%) больных с паховыми грыжами в 24 (37,5%) случаях была произведена лапароскопическая герниопластика (17 – трансабдоминальная преперитонеальная пластика; 7 – тотальная экстраперитонеальная пластика) с использованием материала ультрапро, причем у 4 (6,3%) из них эта операция выполнена с двух сторон. В 17 (26,6%) наблюдениях выполнена операция Лихтенштейна. Причем выбор способа операции не зависел от типа паховой грыжи. Из 12 (18,8%) женщин с пупочными грыжами в 10 (15,6%) случаях была произведена грыжесечение с пластикой по типу on lay с применением просида. В 2 (3,2%) случаях при пупочной грыже выполнено

лапароскопическая герниопластика с установкой сетчатого аллотрансплантата в преперитонеальном пространстве. 5 (7,8%) пациентам с грыжами белой линии живота выполнена аллопластика грыжевых ворот по типу on lay с применением просида. В 6 (9,4%) случаях пациенткам с послеоперационными грыжами выполнено грыжесечение с аллопластикой по типу on lay. Причем в 4 (6,3%) случаях при локализации грыжи по срединной линии, был использован в качестве алломатериала просид, в 2 (3,1%) наблюдениях при грыже боковой области живота – ультрапро. В 2 (3,1%) случаях при выполнении лапароскопической герниопластики по поводу паховой грыжи одновременно выполнено лапароскопическая холецистэктомия. В 2 (3,1%) наблюдениях произведена лапароскопическая цистэктомия по поводу кисты яичника при выполнении лапароскопической герниопластики по поводу паховой грыжи одной женщине и второй пациентке при грыжесечении по типу on lay по поводу пупочной грыжи. В 3 (4,7%) случаях одновременно выполнено односторонняя флебэктомия (по одному наблюдению при выполнении лапароскопической герниопластики по поводу паховой грыжи; во время аллопластики по типу on lay по поводу пупочной грыжи; при аллопластике по типу on lay по поводу грыжи белой линии живота).

В послеоперационном периоде, как и в контрольной группе, показатели общего анализа крови особых изменений не претерпевали, за период наблюдения достоверных отличий от исходного значения не отмечалось. Сравнительная оценка между клиническими группами также не выявило статистически достоверных отличий (табл. 1).

Таблица 1.

Сравнительная оценка лабораторных показателей в клинических группах

Показатели	Сроки наблюдения	Исходный	1 сутки п/о	3 сутки п/о	5 сутки п/о
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	Контр. группа	$6,3 \pm 1,3$	$6,5 \pm 1,2$	$6,3 \pm 1,0$	$6,0 \pm 0,9$
	t-Стьюдента 1		0,113	0,000	0,190
	Основ. группа	$6,5 \pm 1,1$	$6,3 \pm 1,0$	$6,4 \pm 1,2$	$5,9 \pm 1,0$
	t-Стьюдента 1		0,135	0,061	0,404
	t-Стьюдента 2	0,117	0,128	0,064	0,074
СОЭ, мм/час	Контр. группа	$10,1 \pm 1,3$	$9,7 \pm 1,6$	$9,4 \pm 1,2$	$9,5 \pm 1,2$
	t-Стьюдента 1		0,194	0,396	0,339
	Основ. группа	$9,8 \pm 1,5$	$9,5 \pm 1,6$	$10,0 \pm 1,3$	$9,7 \pm 1,4$
	t-Стьюдента 1		0,137	0,101	0,049
	t-Стьюдента 2	0,151	0,088	0,339	0,108
Гемоглобин, г/л	Контр. группа	$104,7 \pm 8,7$	$102,5 \pm 9,4$	$106,6 \pm 9,0$	$109,2 \pm 8,4$
	t-Стьюдента 1		0,172	0,152	0,372
	Основ. группа	$107,3 \pm 10,8$	$106,6 \pm 9,6$	$108,1 \pm 8,9$	$103,2 \pm 9,3$
	t-Стьюдента 1		0,048	0,057	0,288
	t-Стьюдента 2	0,187	0,305	0,119	0,479

**Примечание:** здесь и далее в таблицах данной главы t-Стьюдента 1 – зависимость показателя основной или контрольной группы от исходного уровня; t-Стьюдента 2 – зависимость между сравниваемыми группами.

Аналогичная динамика отмечалась и с показателя биохимических анализов крови. Как индивидуальные, так и средние показатели в сравниваемых клинических группах были в пределах

нормальных значений и в динамике лечения особых изменений не претерпевали. Ни в динамике наблюдений, ни между сравниваемыми группами достоверных отличий не отмечено (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнительная оценка биохимических показателей в клинических группах

Показатели	Сроки наблюдения	Исходный	3 сутки п/о	5 сутки п/о
АЛТ, ммоль/л	Контр. группа	0,68±0,16	0,60±0,17	0,62±0,15
	t-Стьюдента 1		0,343	0,274
	Основ. группа	0,64±0,14	0,59±0,13	0,61±0,11
	t-Стьюдента 1		0,262	0,168
	t-Стьюдента 2	0,188	0,047	0,054
АСТ, ммоль/л	Контр. группа	0,67±0,18	0,61±0,13	0,65±0,12
	t-Стьюдента 1		0,270	0,092
	Основ. группа	0,66±0,15	0,62±0,14	0,64±0,16
	t-Стьюдента 1		0,195	0,091
	t-Стьюдента 2	0,043	0,052	0,050
Билирубин, мкмоль/л	Контр. группа	15,2±2,1	15,0±1,9	14,3±1,8
	t-Стьюдента 1		0,071	0,325
	Основ. группа	15,5±2,5	15,7±2,1	14,9±2,0
	t-Стьюдента 1		0,061	0,187
	t-Стьюдента 2	0,092	0,247	0,223
Общий белок, г/л	Контр. группа	64,2±4,2	62,5±3,7	63,5±3,8
	t-Стьюдента 1		0,304	0,124
	Основ. группа	63,3±5,1	62,9±4,7	64,1±4,0
	t-Стьюдента 1		0,058	0,123
	t-Стьюдента 2	0,136	0,067	0,109

Продолжительность пребывания больных в стационаре колебалась от 2 до 8 дней. Этот показатель был ниже, чем в контрольной группе. Средняя продолжительность госпитального этапа лечения составила 4,0±0,8 дней. Снижение койко-дней было связано с включением в арсенал хирургических вмешательств лапароскопических операций. Несмотря на это, достоверного отличия между сравниваемыми группами не достигнуто (в контрольной группе средняя продолжительность стационарного лечения была 4,2±1,9 дней; t=0.582).

В раннем послеоперационном периоде в 6,3±2,0% (4 пациентки) случаев отмечено развитие хирургических осложнений, тогда как в контрольной группе этот показатель был достоверно выше (13,4±2,8%; t=2,071). У 3 (4,7%) больных отмечено развитие серомы послеоперационной раны. Во всех наблюдениях проведена консерва-

тивная терапия в стационарных условиях. После выписки из стационара этим пациентам на амбулаторном этапе лечение продолжалось от 4 до 11 дней. В 1 (1,6%) случае после аллопластики по поводу послеоперационной грыжи отмечено органическое подкожное нагноение послеоперационной раны. Консервативная терапия с ежедневными мазевыми перевязками способствовали очищению раны и заживлению раны вторичным натяжением.

Частота ранних осложнений общего характера составило 1,6±1,0%, что особо не отличалось от таковых осложнений в контрольной группе (1,2±0,9%; t=0,250). У 1 (1,6%) пациентки после операции по поводу вентральной грыжи развилась пневмония. На фоне консервативной терапии состояние больной улучшилось и на 8-е сутки она была выписана на амбулаторное лечение (табл. 3).



В отдаленном периоде до 3 лет у всех пациенток наступила беременность, которая завершилась родами. Из общего числа больных, в 9 (14,1±2,9%) наблюдениях пришлось прибегнуть к кесарево сечению, но этот показатель в основной группе достоверно был ниже, чем в контрольной (25,6±3,6%; t=2,500). Лишь в 1 (1,6%) случае через 1,5 года после аллопластики по поводу грыжи

белой линии живота развилась послеоперационная грыжа, потребовало оперативного лечения в плановом порядке. Следует отметить, что в указанном клиническом случае развилась парапротезная грыжа. В целом, общая частота осложнений в основной группе достоверно снизилась с 23,2±3,5% до 9,4±2,4% (t=3,251).

Таблица 3.

Клинические результаты в сравниваемых группах

ПОКАЗАТЕЛИ	Контрольная группа		Основная группа		t-Стюдента
	n	в %	n	в %	
<b>Ранние хирург. осложнения</b>	<b>11</b>	<b>13,4±2,8</b>	<b>4</b>	<b>6,3±2,0</b>	2,071
Серома послеоперационной раны	7	8,5±2,3	3	4,7±1,7	1,327
Раневая гематома	1	1,2±0,9	0	0	1,343
Некрозы окружающих тканей	1	1,2±0,9	0	0	1,343
Нагноения послеоперац. раны	2	2,4±1,3	1	1,6±1,0	0,535
<b>Ранние общие осложнения</b>	<b>1</b>	<b>1,2±0,9</b>	<b>1</b>	<b>1,6±1,0</b>	0,250
Послеоперационная пневмония	1	1,2±0,9	1	1,6±1,0	0,250
<b>Поздние хирург. осложнения</b>	<b>7</b>	<b>8,5±2,3</b>	<b>1</b>	<b>1,6±1,0</b>	2,765
Рецидив грыжи	7	8,5±2,3	1	1,6±1,0	2,756
В том числе отмечено ущемление грыж	2	2,4±1,3	0	0	1,910
<b>Итого осложнений</b>	<b>19</b>	<b>23,2±3,5</b>	<b>6</b>	<b>9,4±2,4</b>	3,251

Клинический пример. Больная У. 31 лет (и.б. №4108), поступила в клинику 14.02.2017 г. с жалобами на наличие грыжевого выпячивания и дискомфорт в области пупка. Из анамнеза считает себя больной в течение 3-х лет. Заболевание связывает с перенесенной беременностью. Пациентка обратилась в нашу клинику и была госпитализирована в торакоабдоминальное хирургическое отделение многопрофильной клиники ТМА. При сборе анамнеза больная отметила, что планирует беременность. Учитывая данный факт, было запланировано выполнение операции с аллопластикой с использованием максимально рассасывающего алломатериала просид.

Объективно: общее состояние больной при поступлении удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясны, ритмичные. АД 110/70 мм.рт. ст. Пульс 80 уд/мин. Локально: Язык влажный, чистый. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. В области пупка имеется грыжевое выпячивание размерами 2,0 x 2,0 см, вправимая в брюшную полость (рис.1). Симптом «кашлевого толчка» положительный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул и диурез регулярный.

В анализах крови: Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – 4,3x 10<sup>12</sup>/л, цветной показатель – 0,9, тромбоциты – 233 x 10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 6,8 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 9 мм/час.

Биохимические анализы крови: АЛТ – 0,4 ммоль/л, АСТ – 0,5 ммоль/л, билирубин – 19,0 мкмоль/л, мочевины – 7,1 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, общий белок – 65 г/л, фибриноген – 220 мг%.

На УЗИ: в пупочной области отмечается расширение пупочного кольца и наличие грыжи. При пробе Вальсальвы отмечается пролабирование части большого сальника (рис. 2).

Больной выставлен диагноз: Пупочная грыжа.

Пациентке 15.02.2017 г. под общим интубационным наркозом произведено «Лапароскопическая герниопластика». Содержимым грыжевого мешка явилась часть большого сальника. Интраоперационно произведено преперитонеальная установка алломатериала просид размером 10x10 см.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка была выписана на 2-е сутки после хирургического вмешательства. Находилась в амбулаторных условиях в течение 5 дней, швы сняты на 7-е сутки после операции. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Через 14 месяцев после операции больная забеременела. Беременность протекала без особенностей. Находилась под наблюдением хирургов и акушеров. В установленный срок у больной произошли физиологические роды. Пациентка осмотрена через 2,5 года после родов. Рецидива грыжи не отмечено.



Рис. 1. Общий вид пупочной грыжи.

Больной выставлен диагноз: Пупочная грыжа.

Пациентке 15.02.2017 г. под общим интубационным наркозом произведено «Лапароскопическая герниопластика». Содержимым грыжевого мешка явилась часть большого сальника. Интраоперационно произведено преперитонеальная установка алломатериала просид размером 10x10 см.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка была выписана на 2-е сутки после хирургического вмешательства. Находилась в амбулаторных условиях в течение 5 дней, швы сняты на 7-е сутки после операции. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

Через 14 месяцев после операции больная забеременела. Беременность протекала без особенностей. Находилась под наблюдением хирургов и акушеров. В установленный срок у больной произошли физиологические роды. Пациентка осмотрена через 2,5 года после родов. Рецидива грыжи не отмечено.

Вышеприведенный клинический пример наглядно демонстрирует преимущества и возможности аллопластики и современных методов оперативного лечения хирургических больных. Научно обоснованный подход к выбору оперативного вмешательства, а именно лапароскопической герниопластики и соответствующего алломатериала, позволил достичь не только хорошего клинического результата, но и косметического эффекта, что является немаловажным социальным фактором, оказывающее значимое влияние на качество жизни людей.



Рис. 2. УЗИ при пупочной грыже.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают все преимущества предложенного нами подхода к выбору способа аллогерниопластики у женщин фертильного возраста. Немаловажным фактом является широкое внедрение лапароскопической технологии, что наряду с многочисленными преимуществами по сравнению с открытыми операциями, которые выражаются в уменьшение послеоперационной боли, низкой частоте раневых осложнений, меньшей вероятности развития послеоперационной кишечной непроходимости, уменьшению сроков пребывания в стационаре и более раннему возвращению к исходным функциям, позволяет превосходной визуализации, широкому покрытию аллопротезом зоны за пределами дефекта и надежному прикреплению к здоровой фасции брюшной стенки.

### Литература

1. Аксельрод М.М., Черных А.В., Закурдаев Е.И. Результаты рандомизированного клинического исследования нового волнообразного послабляющего разреза передней стенки апоневротического влагалища прямой мышцы живота при протезирующей герниопластике "SUBLAY" по поводу срединных послеоперационных грыж // Молодежный инновационный вестник. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 10–11.
2. Алишев О.Т., Шаймарданов Р.Ш. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж // Практическая медицина. – 2013. – № 2. – С. 16-21.
3. Бабаев А.П., Гуляев М.Г. Профилактика раневых осложнений у пациентов при выполне-

нии протезирующей герниопластики комбинированным способом // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 5–6. – С. 85–87.

4. Давлатов С.С. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы // Проблемы биологии и медицины. – 2019. – № 1. – С. 168-174.

5. Давлатов С.С. Качество жизни больных с послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде // Вестник врача. – 2019. – № 1. – С. 21–25.

6. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Юнусов С.Ш. Ненатяжные методы герниопластики как выбор хирургической коррекции паховых грыж // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. - №6. – С. 68-72.

7. Каримов Ш.И. Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Иمامов А.А. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении паховых грыж в экстренной хирургии // Вестник экстренной медицины. – 2017. - № 33. – С. 34-37.

8. Ниязов А.А., Бейшеналиев А.С. Современная герниология и качество жизни хирургических больных // Вестник Международного Университета Кыргызстана. – 2018. – № 1. – С. 183–189.

9. Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т., Адилходжаев А.А. Выбор хирургической тактики при паховых грыжах у пациентов с избыточной массой тела // Вестник ТМА. – 2017. - № 4. – С. 74-76.

10. Burner G., Montgomery A. Suture-Tool: A Mechanical Needle Driver for Standardized Wound Closure // World J Surg. – 2020. – Vol. 44, № 1. – P. 95-99.

11. Zucker B.E., Simillis C., Tekkis P., Kontovounisios C. Suture choice to reduce occurrence of surgical site infection, hernia, wound dehiscence and sinus/fistula: a network meta-analysis // Ann R Coll Surg Engl. – 2019. – Vol. 101, № 3. – P. 150-161.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Хамдамов И.Б.*

**Резюме.** Актуальность. В современной хирургической практике вопросы выбора способа пластики грыжевых ворот у женщин репродуктивного возраста особо не обсуждаются. Согласно рекомендациям производителей алломатериалов и имеющимся к ним инструкциям, беременность является противопоказанием к их применению. Однако вопросы возможности применения алломатериалов у женщин фертильного возраста остаются за пределами интересов практических хирургов. Цель настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения женщин фертильного возраста с грыжами передней брюшной стенки путем обоснования дифференцированного подхода к выбору метода аллогерниопластики. Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 64 женщин фертильного возраста с грыжами передней брюшной стенки, находившихся на стационарном лечении за период с 2017 по 2020 годы. Из них 35 больных находились в 1 хирургическом отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра и 29 – в отделении торакоабдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В сравнительном аспекте проведены результаты лечения с пациентами контрольной группы. Вывод. Проведенные нами исследования показывают все преимущества предложенного нами подхода к выбору способа аллогерниопластики у женщин фертильного возраста.

**Ключевые слова:** женщины фертильного возраста, абдоминальные грыжи, герниопластика, имплант, крыса.