



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №1 (21)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ
ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 1 (21)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

СОЧЕТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**Аскарлов П.А., Базаров Б.Б., Курбаниязов З.Б.**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. Проведён анализ результатов хирургического лечения 156 больных с морбидным ожирением и вентральными грыжами. В группу сравнения вошли 54 пациента, которым выполнялась изолированная герниоаллопластика. Основную группу составили 102 пациента, которым выполнены симультанные операции, включающие герниоаллопластику, абдоминопластику и коррекцию сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза. Оценивались интраоперационные показатели, частота осложнений, отдалённые результаты и качество жизни по опроснику SF-36. Установлено, что у всех больных основной группы имелась сопутствующая хирургическая патология, наиболее часто — спаечная болезнь брюшной полости, желчнокаменная болезнь и патология органов малого таза. Применение сочетанной хирургической тактики позволило снизить частоту раневых осложнений (13,7% против 35,2% в группе сравнения), уменьшить риск рецидивов вентральных грыж (3,1% против 16,3%) и сократить сроки госпитализации. По данным SF-36 отмечено достоверное улучшение физического, психоэмоционального и социального компонентов качества жизни. Сочетанная герниоаллопластика с абдоминопластикой и одномоментной коррекцией сопутствующей патологии является патогенетически обоснованным и клинически эффективным методом лечения вентральных грыж у больных с морбидным ожирением.

Ключевые слова: вентральные грыжи, морбидное ожирение, симультанные операции, абдоминопластика, герниоаллопластика.

COMBINED SURGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY**Askarov P.A., Bazarov B.B., Kurbanliyazov Z.B.**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. An analysis was performed of the surgical treatment outcomes in 156 patients with morbid obesity and ventral hernias. The comparison group included 54 patients who underwent isolated hernioalloplasty. The main group consisted of 102 patients who underwent simultaneous surgical procedures, including hernioalloplasty, abdominoplasty, and correction of concomitant surgical pathology of the abdominal cavity and pelvic organs. Intraoperative parameters, complication rates, long-term outcomes, and quality of life assessed using the SF-36 questionnaire were evaluated. It was established that all patients in the main group had concomitant surgical pathology, most commonly adhesive disease of the abdominal cavity, cholelithiasis, and pathology of the pelvic organs. The use of a combined surgical approach resulted in a significant reduction in the rate of wound complications (13.7% versus 35.2% in the comparison group), a lower risk of ventral hernia recurrence (3.1% versus 16.3%), and a shorter length of hospital stay. According to SF-36 data, a statistically significant improvement was observed in the physical, psychological, and social components of quality of life. Combined hernioalloplasty with abdominoplasty and simultaneous correction of concomitant pathology is a pathogenetically justified and clinically effective method for the treatment of ventral hernias in patients with morbid obesity.

Keywords: ventral hernias, morbid obesity, simultaneous operations, abdominoplasty, hernioalloplasty.

МОРБИД СЕМИЗЛИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛДАРДА ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚЎШМА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИ**Аскарлов П.А., Базаров Б.Б., Курбаниязов З.Б.**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон

Резюме. Морбид семизлик ва вентрал чурралари бўлган 156 нафар беморда жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Таққослаш гуруҳига изоляцияланган герниоаллопластика бажарилган 54 нафар бемор киритилди. Асосий гуруҳни қорин бўшилиги ва кичик чаноқ аъзоларининг ҳамроҳ жарроҳлик патологиясини бир вақтда тузатишни ўз ичига олган симуляция (қўшма) операциялар — герниоаллопластика, абдоминопластика ва ҳамроҳ патологияни коррекциялаш — бажарилган

102 нафар бемор ташиқил этди. Интраоперацион кўрсаткичлар, асоратлар частотаси, узоқ муддатли натижалар ҳамда SF-36 сўровномаси асосида ҳаёт сифати баҳоланди. Асосий гуруҳдаги барча беморларда бир вақтда жарроҳлик йўли билан тузатишни талаб қилувчи ҳамроҳ патология аниқланди. Энг кўп учраган ҳолатлар қорин бўйлигининг ёпишма касаллиги, ўт-тош касаллиги ҳамда кичик чаноқ аъзолари патологияси бўлди. Қўшма жарроҳлик тактикаси қўлланилиши яра асоратлари частотасини сезиларли даражада камайитиришга (таққослаш гуруҳида 35,2% га нисбатан 13,7%), вентрал чурралар рецидиви хавфини пасайтиришга (16,3% га нисбатан 3,1%) ва шифохонада ётиш муддатини қисқартиришга имкон берди. SF-36 сўровномаси маълумотларига кўра, ҳаёт сифатининг жисмоний, психозэмоционал ва ижтимоий компонентлари ишончли даражада яхшиланди. Абдоминопластика ва ҳамроҳ патологияни бир вақтда коррекциялаш билан бажарилган қўшма герниоаллопластика морбид семизлик билан оғриган беморларда вентрал чурраларни даволашнинг патогенетик жиҳатдан асосланган ва клиник жиҳатдан самарали усули ҳисобланади.

Калит сўзлар: вентрал чурралар, морбид семизлик, симуляцион (қўшма) операциялар, абдоминопластика, герниоаллопластика.

Актуальность. Вентральные грыжи у больных с морбидным ожирением представляют собой одну из наиболее сложных и актуальных проблем современной абдоминальной хирургии [1, 2]. Это обусловлено сочетанием выраженных анатомо-функциональных изменений передней брюшной стенки, включая абдоминоптоз, массивный кожно-жировой фартук, стойкое повышение внутрибрюшного давления и высокую частоту сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза [3–5]. У данной категории пациентов вентральная грыжа, как правило, не является изолированным заболеванием, а формируется в условиях системных нарушений, связанных с ожирением, что существенно осложняет выбор оптимальной хирургической тактики [6].

Применение традиционных методов изолированной герниоаллопластики у больных с морбидным ожирением сопровождается высокой частотой раневых и внеабдоминальных осложнений, выраженными техническими трудностями во время операции и рецидивами вентральных грыж в отдалённом послеоперационном периоде [7, 8]. Сохранение выраженного абдоминоптоза и массивной подкожно-жировой клетчатки после герниопластики приводит к нарушению биомеханики передней брюшной стенки, неравномерному распределению нагрузок на зону фиксации сетчатого импланта и ухудшению условий для репаративных процессов [9, 10]. Наличие сопутствующей хирургической патологии дополнительно увеличивает объём вмешательства и риск неблагоприятных исходов [11].

В последние годы всё большее внимание уделяется симультанным хирургическим вмешательствам, направленным на одномоментную коррекцию нескольких патологических состояний у данной категории больных [12, 13]. Такой подход рассматривается как возможность не только устранить грыжевой дефект, но и воздействовать на ключевые патогенетические факторы, определяющие развитие осложнений и рецидивов [14]. В частности, сочетание герниоаллопластики с абдоминопластикой позволяет восстановить анатомо-функциональную целостность передней брюшной стенки, снизить патологическую нагрузку на зону реконструкции и повысить устойчивость результатов хирургического лечения [15, 16].

Вместе с тем вопросы безопасности, целесообразности и клинической эффективности сочетанной герниоаллопластики с абдоминопластикой у больных с морбидным ожирением остаются дискуссионными [17]. Недостаточно изучены влияние симультанных вмешательств на частоту послеоперационных осложнений, отдалённые результаты лечения и качество жизни пациентов, а также критерии отбора больных для применения данного подхода [18]. Это определяет актуальность дальнейших исследований, направленных на обоснование оптимальной хирургической тактики у больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением с позиций клинической эффективности и безопасности.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности сочетанной хирургической тактики у больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением.

Материал и методы. В исследование включены 156 больных с морбидным ожирением и вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении многопрофильного стационара. Отбор пациентов осуществлялся на основании клинико-инструментального обследования с учётом степени ожирения, размеров и локализации грыжевого дефекта, а также наличия сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза. Все пациенты были оперированы в плановом порядке после проведения стандартной предоперационной подготовки.

В зависимости от выбранной хирургической тактики пациенты были распределены на две сопоставимые группы. В группу сравнения (n=54) вошли больные, которым выполнялась изолированная герниоаллопластика с применением ненатяжных методов реконструкции передней брюшной стенки. Основную группу составили 102 пациента, у которых использовалась сочетанная хирургическая тактика, включающая герниоаллопластику, абдоминопластику и одномоментную коррекцию сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза.

Таблица 1.

Структура сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости у больных основной группы

Симультанная патология	Итого	
	абс.	%
ЖКБ	29	16,3
Кисты печени	6	3,4
Кисты поджелудочной железы	2	1,1
Спаячная болезнь. Хроническая, подострая кишечная непроходимость	67	37,6
Киста яичника	9	5,1
Миома матки	22	12,4
Ожирение III – IV ст. отвислый живот	32	17,9
Всего	128	100

Распределение пациентов по группам осуществлялось с учётом клинической картины, выраженности абдоминоптоза, объёма кожно-жирового фартука и характера сопутствующих заболеваний. У больных основной группы выполнялись симультанные вмешательства, направленные на комплексное устранение грыжевого дефекта и факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на результаты герниопластики. Последовательность и объём оперативных этапов определялись индивидуально, в зависимости от анатомо-функциональных особенностей и выявленной сопутствующей патологии.

Таблица 2.

Виды выполненных оперативных вмешательств у больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением

Вид оперативного вмешательства	Группа сравнения (n = 54)	Основная группа (n = 102)
Изолированная герниоаллопластика	54 (100%)	–
Герниоаллопластика + абдоминопластика	–	67 (65,7%)
Герниоаллопластика + абдоминопластика + коррекция сопутствующей патологии	–	35 (34,3%)
В том числе с лапароскопическим этапом	–	35 (34,3%)
Симультаннные операции всего	–	102 (100%)

Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования. Особое внимание уделялось оценке степени ожирения, выраженности абдоминоптоза, размеров и локализации вентральной грыжи, а также выявлению сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза. Интраоперационно регистрировались продолжительность хирургического вмешательства и объём интраоперационной кровопотери.

В послеоперационном периоде анализировались частота и характер раневых и внеабдоминальных осложнений, сроки активизации пациентов, длительность стационарного лечения, а также отдалённые результаты хирургического лечения, включая частоту рецидивов вентральных грыж. Оценка отдалённых результатов проводилась в динамике наблюдения и позволяла судить об устойчивости анатомо-функциональных результатов выполненных вмешательств.

Для комплексной характеристики эффективности лечения и степени социальной и функциональной реабилитации пациентов изучалось качество жизни с использованием стандартизированного опросника SF-36, позволяющего оценить физический, психоэмоциональный и социальный компонен-

ты здоровья. Сравнительный анализ показателей качества жизни проводился между группами и в динамике после хирургического лечения.

Таблица 3

Сравнительная характеристика оперативных вмешательств в исследуемых группах

Показатель	Группа сравнения (n = 54)	Основная группа (n = 102)
Объём операции	Герниоаллопластика	Герниоаллопластика + абдоминопластика
Средняя продолжительность операции, мин (M ± m)	92,4 ± 6,8	138,6 ± 9,3*
Средняя интраоперационная кровопотеря, мл (M ± m)	186,5 ± 24,1	214,3 ± 28,7
Использование сетчатого импланта	54 (100%)	102 (100%)
Коррекция абдоминоптоза	0 (0%)	102 (100%)
Удаление кожно-жирового фартука, г (M ± m)	0	3240 ± 410

Примечание: * p < 0,05

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с использованием стандартных методов вариационной статистики. Для количественных показателей рассчитывали средние значения и стандартные отклонения, для качественных — абсолютные и относительные величины. Достоверность различий между группами оценивали с применением соответствующих параметрических и непараметрических критериев. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости p < 0,05.

Результаты. У всех больных основной группы выявлена сопутствующая хирургическая патология, требующая одномоментной коррекции, что подтверждает высокую распространённость сочетанных заболеваний у пациентов с морбидным ожирением и вентральными грыжами. В структуре сопутствующей патологии наиболее часто встречались спаечная болезнь брюшной полости (37,6%), ожирение III–IV степени с выраженным отвислым животом (17,9%), желчнокаменная болезнь (16,3%), а также патология органов малого таза у женщин. Наличие указанных заболеваний существенно влияло на объём и последовательность оперативного вмешательства и требовало индивидуализированного планирования симультанной хирургической тактики.

Применение сочетанной хирургической тактики сопровождалось достоверным снижением частоты раневых осложнений по сравнению с группой сравнения. В основной группе отмечено уменьшение частоты сером, инфильтратов и нагноений послеоперационной раны, что связано с удалением массивной подкожно-жировой клетчатки, улучшением условий для заживления тканей и снижением патологической нагрузки на реконструированную переднюю брюшную стенку. Частота рецидивов вентральных грыж в основной группе составила 3,1%, тогда как в группе сравнения данный показатель достигал 16,3%, что свидетельствует о более высокой устойчивости анатомо-функциональных результатов при использовании симультанного подхода.

Кроме того, у больных основной группы отмечено сокращение сроков госпитализации и более ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде. Это, в свою очередь, способствовало снижению риска внеабдоминальных осложнений и ускорению процессов реабилитации. Более благоприятное течение послеоперационного периода подтверждает безопасность и клиническую целесообразность расширения объёма вмешательства за счёт одномоментной коррекции сопутствующей патологии.

Анализ показателей качества жизни по опроснику SF-36 показал значительное улучшение физического функционирования, уменьшение выраженности болевого синдрома и повышение социальной активности у больных основной группы. Улучшение показателей психоэмоционального состояния и социальной адаптации отражало восстановление функциональной полноценности передней брюшной стенки и повышение удовлетворённости пациентов результатами хирургического лечения. В совокупности полученные данные подтверждают, что сочетанная хирургическая тактика обеспечивает не только лучшие клинические результаты, но и способствует полноценной функциональной и социальной реабилитации больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что изолированная герниоаллопластика у больных с морбидным ожирением не устраняет ключевые патогенетические факторы грыжеобразования и рецидивирования заболевания. Сохранение выраженного абдоминоптоза, массивного кожно-жирового фартука, повышенного внутрибрюшного давления и сопутствующей хирургической патологии приводит к нарушению биомеханики передней брюшной стенки, неравномерному распределению нагрузок в зоне фиксации сетчатого импланта и ухудшению условий для формирования прочного рубца. Это объясняет более высокую частоту раневых осложнений и рецидивов вентральных грыж при применении изолированной герниоаллопластики у данной категории пациентов.

Включение абдоминопластики и одномоментной коррекции сопутствующей хирургической патологии позволяет воздействовать на ведущие патогенетические звенья заболевания. Удаление кожно-жирового фартука и коррекция абдоминоптоза способствуют снижению статической и динамической нагрузки на реконструированную переднюю брюшную стенку, восстановлению её анатомо-функциональной целостности и улучшению биомеханических условий в зоне герниопластики. Одномоментное устранение сопутствующей патологии органов брюшной полости и малого таза снижает суммарное воздействие факторов, поддерживающих внутрибрюшную гипертензию и хроническое воспаление, что положительно отражается на течении послеоперационного периода.

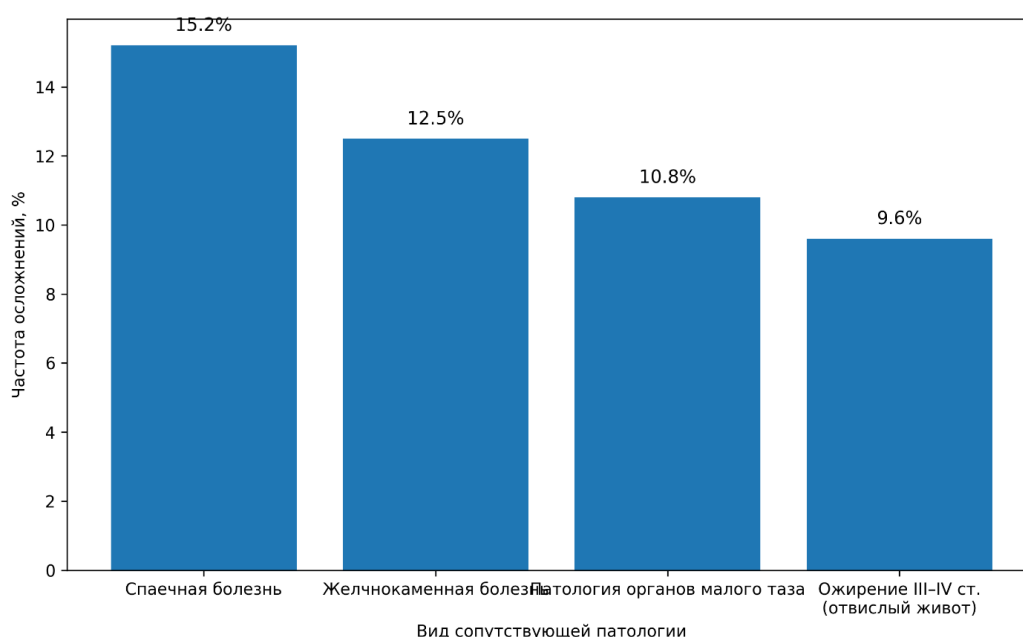


Рис. 1. Влияние сопутствующей хирургической патологии на частоту послеоперационных осложнений

Особое значение имеет тот факт, что применение симультанного подхода не сопровождалось увеличением частоты интра- и послеоперационных осложнений, несмотря на расширение объёма хирургического вмешательства. Напротив, полученные данные свидетельствуют о более благоприятном течении раннего послеоперационного периода, снижении частоты раневых осложнений и достоверном уменьшении риска рецидивов вентральных грыж в отдалённые сроки наблюдения. Это подтверждает, что увеличение объёма операции за счёт функционально обоснованных этапов не эквивалентно увеличению хирургического риска.

Заключение. Сочетанная герниоаллопластика с абдоминопластикой и одномоментной коррекцией сопутствующей хирургической патологии является эффективным и безопасным методом лечения больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением. Применение данной тактики позволяет снизить частоту осложнений и рецидивов, улучшить качество жизни и может быть рекомендовано для широкого внедрения в клиническую практику.

Список литературы:

1. Адамян А.А., Даренков С.П., Адамян Л.В. Одномоментно-интегрированные оперативные вмешательства в реконструктивной хирургии // Современные технологии реконструктивной и эстетической хирургии. – 2015. – № 2. – С. 58–63.

2. Егиев В.Н., Воскресенский П.К., Юрасов А.В. Современные подходы к хирургическому лечению вентральных грыж // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 7. – С. 4–10.
3. Юрасов А.В., Егиев В.Н. Аллопластика при лечении послеоперационных вентральных грыж: современные тенденции // Хирургия. – 2017. – № 5. – С. 28–34.
4. Абальмасов К.Г., Бурков С.Г., Кузьмин В.В. Факторы риска послеоперационных осложнений у больных с ожирением // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2016. – Т. 175, № 3. – С. 45–50.
5. Тешаев О.Р., Хайитов И.Б. Экспериментальное моделирование грыжи передней брюшной стенки при абдоминальном ожирении // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – № 4. – С. 23–26.
6. Зотов В.А., Штофин С.Г. Рецидивы вентральных грыж у больных с ожирением и пути их профилактики // Хирургия. – 2018. – № 9. – С. 41–46.
7. Rosen M.J. Risk stratification in ventral hernia repair // Surgical Clinics of North America. – 2018. – Vol. 98, No. 3. – P. 537–549. – DOI: 10.1016/j.suc.2018.02.009.
8. Breuing K., Butler C.E., Ferzoco S. et al. Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair // Surgery. – 2017. – Vol. 161, No. 3. – P. 544–558.
9. Sugerman H.J., Kellum J.M., Reines H.D. Incisional hernia and obesity: pathophysiology and prevention // Obesity Surgery. – 2016. – Vol. 26, No. 4. – P. 821–827.
10. Elstner K.E., Read J.W., Rodriguez-Acevedo O. et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum in complex ventral hernia repair // Surgical Endoscopy. – 2017. – Vol. 31, No. 4. – P. 1914–1922.
11. Fischer J.P., Basta M.N., Wink J.D. Risk stratification and outcomes in ventral hernia repair // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2018. – Vol. 141, No. 2. – P. 394–403.
12. Fortelny R.H., Baumann P., Thasler W.E. Quality of life after ventral hernia repair: a systematic review // World Journal of Surgery. – 2019. – Vol. 43, No. 7. – P. 1546–1555.
13. Nahabedian M.Y. Abdominoplasty combined with hernia repair: indications and outcomes // Clinics in Plastic Surgery. – 2018. – Vol. 45, No. 3. – P. 401–410.
14. Matarasso A., Wallach S.G. Abdominal contour surgery in obese patients // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2016. – Vol. 138, No. 5. – P. 785–794.
15. Harth K.C., Rosen M.J. Major complications associated with ventral hernia repair in obese patients // Surgical Endoscopy. – 2017. – Vol. 31, No. 2. – P. 787–794.
16. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): updated review // Medical Care. – 2016. – Vol. 54, No. 5. – P. 373–383.
17. Fortelny R.H., Petter-Puchner A.H. Abdominal wall reconstruction and quality of life // Hernia. – 2020. – Vol. 24, No. 2. – P. 223–231.
18. World Health Organization. Obesity and overweight: fact sheet. – Geneva: WHO, 2021.

Для цитирования: Аскарлов П.А., Базаров Б.Б., Курбаниязов З.Б. Сочетанные хирургические вмешательства в лечении вентральных грыж у больных с морбидным ожирением // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 1(21). – С. 38–43. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18161011>