

ISSN: 3030-3877

AJCD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



Annals of clinical disciplines



VOLUME 3, ISSUE 2

2026

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

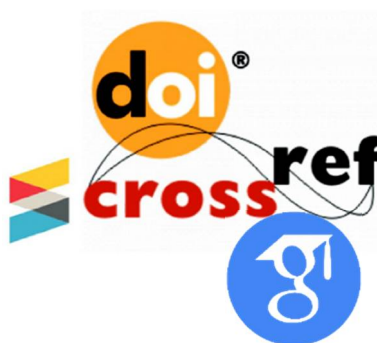
3 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 3, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 3, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2026

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2026) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2026-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va hospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va hospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinilaringologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.K. Temirova** - Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Nevrologiya va bolalar nevrologiyasi, tibbiy genetika kafedrası assistenti PhD

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **G.S. Xodjiyeva** - Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot universitetining Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Сахифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

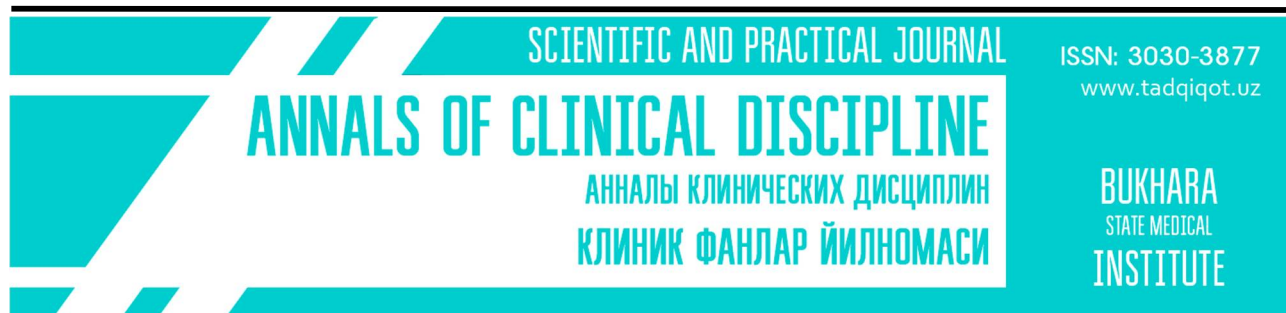
Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1.	Ashurova N.G., Xotamova G.K. Afaziya: tushunchasi, insultdan keyin rivojlanish mexanizmlari va zamonaviy klinik tasnifi.....	7
2.	Ashurova N.G., Ismatova M.N., Ismoilova M.S. Helicobacter pylori bilan assotsirlangan me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi va D vitamini tanqisligi: muammo adabiyotlar talqinida.....	12
3.	Axmedova D.B., Ashurova N.G., Rajabova M.G. Surunkali migrenning klinik xususiyatlari va ularning kognitiv funksiyalarga ta'siri.....	20
4.	Babadjanov B.B., Kasimov U.Q., Djurayev A.M. O'zbekistonda yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyasi: muammoning holati va yechim yo'llari.....	27
5.	Badridinova B.K., Xasanova N.Q. Terminal buyrak yetishmovchiligi: epidemiologiyasi, etiologiyasi va buyrak o'rnini bosuvchi terapiyaning samaradorligi.....	35
6.	Djumaniyazova N.S. Homiladorlik davrida COVID-19 bilan kasallangan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarning immun organlaridagi patomorfologik va gistologik o'zgarishlar.....	44
7.	Mansurova N.A. Parkinsonizm sindromini qiyosiy tashxislashda zardobdagi yallig'lanisholdi sitokin kaskadi markerlarining ahamiyati.....	50
8.	Mirzajonova D.B., Bobojonova N.I. Gelmintozlarda IL-6, IL-10 va TNF- α sitokinlari darajasining dinamik o'zgarishi hamda ularning diagnostik va prognostik ahamiyati.....	57
9.	Mirzayeva G.P., Jabbarov O.O. Clinical and biochemical characteristics of blood parameters in pregnant women with preeclampsia associated with chronic kidney disease.....	61
10.	Qobilova G.A., Ravshanova G.O. Qandli diabet kasalligida tibbiy sug'urta tizimining aholi salomatligiga tasiri.....	68
11.	Rahmatova S.N., Ashurova N.G., Umarova Sh.K., Sunnatova N.Z. Miya qon aylanishi yetishmovchiligi: sabablari, rivojlanish mexanizmlari va oldini olish usullari.....	73
12.	Raximov A.A., Babajanov T.J., Abdolov I.B., Saidov Sh.M. 2-tip qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda burun bo'shlig'i shilliq qavatini klinik-funksional baholash.....	79
13.	Safoyev B.B., Raxmatullayev J.D., Boltayev T.Sh. Peritoneal va enteral lavaj usulini tarqalgan yiringli peritonitda qo'llashning samaradorligini baholash.....	84
14.	Shukurov A.F., Shukurova N.T. Stomatologik amaliyotda tibbiy hujjatlar sifati va nizolarni kamaytirish.....	93
15.	Xidoyatova M.R., Ismatova S.A. Revmatik isitma va mitral klapan zararlanishida birlamchi profilaktikaga zamonaviy yondashuvlar.....	97

16. **Xatamov U.A., Boymurodov Sh.A.**
Biomechanical patterns and clinical characteristics of combined maxillofacial trauma: a retrospective analysis.....104
17. **Абдуллаев Ш.Ю., Жданов А.В., Хатыпова М.Г., Джумаев Ф.А.**
Внедрение индивидуальной зубоальвеолярной каппы в хирургическую стоматологию.....112
18. **Абдуллаев Ш.Ю., Жданов А.В., Хатыпова М.Г., Джумаев Ф.А., Нурматова Х.Т.**
Способ использования полимерной пластины и микровинтов для фиксации десневого мягкотканного аутооттрансплантата.....118
19. **Абдуллаева У.К., Мавлонов Б.О., Рахимова М.Б.**
Миокард инфаркти билан оғриган беморларнинг кардиореабилитацияси.....125
20. **Абдуллаева У.К., Шодиев Н.Д., Рахимова М.Б.**
Ярали колит: лаборатор диагностик мезонлар.....136
21. **Абдуллаева У.К., Лутфуллаев О.О., Рахимова М.Б.**
Бронхиал астма билан касалланган беморларда кардиореспиратор тизимнинг функционал ҳолати.....145
22. **Алимова М.М.**
Морфологические особенности эндометрия у женщин с климактерическим синдромом.....152
23. **Алимова Н.П., Хасанова Д.А.**
Количественный морфометрический анализ нёбной миндалины у детей первого периода детства (4–7 лет) в условиях физиологической нормы.....157
24. **Алимова Н.П., Хасанова Д.А.**
Морфометрическая характеристика нёбной миндалины у клинически здоровых детей второго периода детства (8–12 лет).....165
25. **Амонова Н.М., Ризаева М.А., Умурова Н.М.**
Метаболический синдром как основа формирования предиабетических состояний.....171
26. **Ахророва Ш.Б., Камалова Ф.У., Примов А.Д.**
Вестибуляр мигрень ва унинг ўзига хос клиник кечиши.....177
27. **Буранова Д.Ж.**
Сурункали буйрак касаллигида клиник-лаборатор кўрсаткичларнинг ўзига хос хусусиятлари.....187
28. **Гадаев А.Г., Халилова Ф.А., Гадаева Н.А., Бобоев А.Т.**
Кардиоренал синдром мавжуд беморларда клиник ҳолат, ҳаёт сифати ва жисмоний юкламага чидамлилиқ кўрсаткичларининг биомаркерлар билан ўзаро боғлиқлиги.....193
29. **Гадаев А.Г., Бобоев А.Т., Тўракулов Р.И., Халилова Ф.А.**
Сурункали юрак етишмовчилиги негизда ривожланган кардиоренал синдромда чап қоринча ремоделинги геометрик типлари ва уромодулин даражасининг ўзаро боғлиқлиги.....202
30. **Горбач А.Е., Волошенюк А.Н., Кандыбо С.Ч., Римша М.А.**
Дистанционное консультирование очевидцев происшествий: оценка готовности персонала и барьеры внедрения в службе скорой медицинской помощи республики беларусь (пилотное исследование).....211

31. **Гулямова Д.Н., Бобожонов Ж.Р.**
Болаларда вирусли этиологияли қайтувчи орқа лейкоэнцефалопатия синдроми: клиник ҳолат таҳлили.....218
32. **Жумаев А.Х., Саидов А.А.**
Функциональный қолип индивидуальной ложкой в сравнении со стандартным қолипом при частичном съёмном протезировании лиц пожилого возраста: влияние на качество жизни и адаптацию.....223
33. **Индиаминов С.И., Шойимов Ш.У.**
Особенности повреждений костей конечностей у лиц пешеходов погибших от столкновения легковыми автомобилями нового поколения.....233
34. **Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н., Норматова К.Ш.**
Ревматоид артритда такомиллаштирилган даволашнинг фетуин-А, TLR4 ва яллиғланиш биомаркерлари динамикасига таъсири.....242
35. **Нурбобоев А.У., Сафоев Б.Б., Махмудова Г.Ф.**
Современное состояние вопросов лечения инфицированных ран.....250
36. **Нуруллаев Б.Б., Мадиримова Л.О.**
Бактериал конъюнктивитлар кўзғатувчиларини идентификация қилишнинг ўзига хос хусусиятлари.....260
37. **Пулатова Ш.Х.**
Юрак етишмовчилиги бор беморларда сурункали буйрак етишмовлигининг клинко-иммунологик ва генетик ўрганиш усуллари.....269
38. **Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., Иброхимов С.Б.**
Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда KLOTНО оксигенининг кардиоренал дисфункцияни аниқлашдаги таъхисий аҳамияти.....275
39. **Рахмонова Ш.Р.**
Гемодиализдаги болаларда тиш қаттиқ тўқималари ҳолати ва минерал алмашинув кўрсаткичлари ўртасидаги боғлиқлик.....282
40. **Сафоев Б.Б., Хамроев У.П., Сафоев Б.Б.**
Оценка эффективности применения операции рамиреса при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки.....290
41. **Сидикова Г.Ш.**
Ўртача оғир даражадаги орқа мия жароҳатининг ўткирлашган ва ўткир даврларида ингичка ичакнинг морфологик хусусиятлари.....299
42. **Хатамов У.А.,**
Боймуродов Ш.А. Биомеханическая оценка плотности, пористости и распределения напряжений в костях лицевого скелета при травматическом воздействии.....305
43. **Ҳожиев Ш.Ш.**
Экспериментал карбоксигемоглобинемияда уруғдон морфологиясининг ўзгариши....314
44. **Убайдуллаева Н.Н., Хайдарова Ф.А., Исматуллаева С.С., Саидова С.Х.**
Иммунологическая характеристика больных с коморбидным течением бронхиальной астмой и сахарным диабетом 2- типа.....320



Сафоев Б.Б., Хамроев У.П., Сафоев Б.Б. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ РАМИРЕСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ // *Анналы клинических дисциплин*. 2026, Том 3, Выпуск 2, С. 378-388.

УДК: 617.55-007.43-089.844

Сафоев Б.Б. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>;

Хамроев У.П. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8842-8516>;

Сафоев Б.Б. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4117-1572>

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ РАМИРЕСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.22049639>

Резюме. Применение операции Рамиреса способствует восстановлению анатомической целостности передней брюшной стенки, нормализации внутрибрюшного давления и улучшению функционального состояния мышечно-апоневротического комплекса. В данном исследовании проанализированы данные обследования и лечения 101 больных с сложными гигантскими грыжами передней брюшной стенки, находившихся на лечении в отделении хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы. Больным после установления клинически и объективно а также инструментальными методами исследования, под общим обезболиванием выполнялось грыжесечение у I группы сравнения по традиционной методике с пластикой передней брюшной стенки по Мейо или Сапежко с использованием мелкопористого импланта onlay. Больным II группы выполнена пластика передней брюшной стенки по Рамиресу. Результаты лечения II группы больных имеет ряд преимуществ, которые отражаются на показателях внутрибрюшного давления и по всем основным показателям критерий оценки для сравнительного анализа результатов групп больных, у которых отмечались положительная динамика.

Ключевые слова: грыжа передней брюшной стенки, вентральная грыжа, операция Рамиреса, внутрибрюшное давление.

QORIN OLD DEVORI CHURRALARI BO'LGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA RAMIRES OPERATSIYASINI QO'LLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Safoev B.B., Hamroev O'.P. Safoev B.B.
Buxoro Davlat Tibbiyot institute, Buxoro, O'zbekiston

Rezume. Ramires operatsiyasini qo'llash qorin old devorining anatomik butunligini tiklashga, qorin ichi bosimini normallashtirishga va mushak-aponevroz kompleksining funksional

holatini yaxshilashga yordam beradi. Ushbu tadqiqotda Buxoro viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazi xirurgiya bo'limida qorin old devori murakkab gigant churrasi bilan davolangan 101 nafar bemorni tekshirish va davolash ma'lumotlari tahlil qilingan. Barcha bemorlar davolash usuliga qarab 2 guruhga bo'lindi. Klinik va obyektiv, shuningdek, instrumental tadqiqot usullari bilan o'rnatilgandan so'ng, umumiy og'riqsizlantirish ostida I taqqoslash guruhidagi bemorlarda Mayo yoki Sapejko bo'yicha mayda g'ovakli implant onlay yordamida qorin old devori plastikasi bilan an'anaviy usul bo'yicha churra kesish amalga oshirildi. II guruh bemorlariga Ramires bo'yicha qorin old devori plastikasi bajarilgan. Bemorlarning II guruhini davolash natijalari bir qator afzalliklarga ega bo'lib, ular qorin bo'shlig'i bosimi ko'rsatkichlarida va barcha asosiy ko'rsatkichlar bo'yicha ijobiy dinamika qayd etilgan bemorlar guruhlari natijalarini qiyosiy tahlil qilish uchun baholash mezonida aks etadi.

Kalit so'zlar: qorin old devori churrasi, ventral churra, Ramires operatsiyasi, qorin ichi bosimi.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF RAMIREZ SURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

SAFOEV B.B., KHAMROEV U.P., Safoev B.B.
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Resume. The use of Ramirez surgery helps restore the anatomical integrity of the anterior abdominal wall, normalize intra-abdominal pressure, and improve the functional state of the musculoskeletal-aponeurotic complex. This study analyzes the examination and treatment data of 101 patients with complex giant hernias of the anterior abdominal wall who were treated at the surgery department of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center. All patients, depending on the treatment method, were divided into 2 groups. After being established clinically and objectively, as well as by instrumental research methods, herniation was performed in the comparison group I under general anesthesia using the traditional method with Mayo or Sapezhko plastic surgery of the anterior abdominal wall using a fine-pored onlay implant. Patients of group II underwent plastic surgery of the anterior abdominal wall according to Ramirez. The results of treatment of group II patients have a number of advantages, which are reflected in the indicators of intra-abdominal pressure and in all major indicators, an assessment criterion for a comparative analysis of the results of groups of patients with positive dynamics.

Key words: anterior abdominal wall hernia, ventral hernia, Ramirez surgery, intra-abdominal pressure.

Актуальность темы. Особую сложность для хирургического лечения представляют большие и гигантские грыжи передней брюшной стенки, при которых формируется значительный дефект апоневротических структур и происходит выраженное расхождение прямых мышц живота [2,4]. В подобных клинических ситуациях применение традиционных методов герниопластики часто сопровождается значительным натяжением тканей, что приводит к повышенному риску послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. По данным ряда авторов, частота рецидивов при использовании натяжных методов пластики может достигать 30–40%, что обуславливает необходимость поиска более эффективных и физиологически обоснованных способов реконструкции передней брюшной стенки [6,8].

Применение операции Рамиреса способствует восстановлению анатомической целостности передней брюшной стенки, нормализации внутрибрюшного давления и улучшению функционального состояния мышечно-апоневротического комплекса. Кроме того, использование данной методики позволяет значительно уменьшить размер остаточного дефекта и создать благоприятные условия для имплантации сетчатых эндопротезов при выполнении комбинированных методов герниопластики [1,9].

Несмотря на широкое внедрение техники компонентной сепарации в клиническую практику, вопросы оценки её эффективности, частоты послеоперационных осложнений и долгосрочных результатов лечения остаются предметом активного научного обсуждения. В ряде случаев выполнение операции Рамиреса может сопровождаться развитием сером, раневых осложнений, нарушением кровоснабжения кожно-подкожных лоскутов и другими послеоперационными проблемами. Кроме того, до настоящего времени отсутствует единое мнение относительно оптимальных показаний к применению данной методики, а также её сочетания с различными вариантами протезирующей герниопластики [3,5].

Особую актуальность представляет изучение клинической эффективности операции Рамиреса у пациентов с различными типами грыж передней брюшной стенки, включая послеоперационные вентральные, рецидивные и крупные дефекты брюшной стенки. Оценка непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения, анализ частоты осложнений и рецидивов, а также изучение влияния данной методики на функциональное состояние передней брюшной стенки позволяют определить её место в современной хирургии грыж [7].

Таким образом, высокая распространённость грыж передней брюшной стенки, значительные технические сложности их хирургического лечения, высокий риск рецидивов при традиционных методах герниопластики, а также необходимость оптимизации реконструктивных вмешательств обуславливают актуальность исследования, направленного на оценку эффективности применения операции Рамиреса при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки. Результаты подобных исследований могут способствовать совершенствованию хирургической тактики, снижению частоты послеоперационных осложнений и улучшению отдалённых результатов лечения данной категории пациентов.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные обследования и лечения 101 больных с сложными гигантскими грыжами передней брюшной стенки, находившихся на лечении в отделении хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра 2016-2025 гг. Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий

Группы обследованных больных	Метод лечения:
I группа сравнения (n=56)	Традиционный метод лечения
II группа (n=45)	Пластика передней брюшной стенки по операции Рамиресу

Больным I группы сравнения после установления клинически и объективное и инструментальными методами исследования, под общим обезболиванием выполнялось грыжесечение по традиционной методике с пластикой передней брюшной стенки по Мейо или Сапежко с использованием мелкопористого импланта onlay.

В отличие от группы сравнения, всем 45 больным II группы применена операция Рамиреса у больных со сложными гигантскими грыжами передней брюшной стенки.

Показанием к операции Рамиреса явилось: широкие, рецидивирующие или послеоперационные грыжи белой линии живота с выраженным расхождением прямых мышц.

Преимуществом методики операции является «Ненатяжная» пластика, восстановление анатомии брюшной стенки. Использование собственных тканей, что снижает риск отторжения. Минимальное натяжение тканей, уменьшение боли и риска осложнений. Восстановление естественной биомеханики брюшной стенки.

Всем обследованным больным в день поступления для точного уточнения диагноза и оценки соматического состояния больных проводились объективные, субъективные, общеклинические и инструментальные исследования. При объективных оценки состояния больных акцентировали внимания на локальные признаки грыж передней брюшной стенки: локализация, размер выпячивания, полпатрона оценивали содержимого грыжевого мешка, размер и характер грыжевых ворот, вправимость грыжевого содержимого. Из инструментальных методов чаще всего использовали ультразвуковое исследования и при необходимости компьютерная томография, которые являются более информативным для определения характера грыжевых ворот и грыжевого содержимого, а также для определения наличие жидкости в грыжевом мешке. В раннем после операционным периоде обследованным всех групп больных в большинстве случаев изучена внутри брюшное давления. При оценке степени выраженности развития внутри брюшного давления мы придерживались в классификации Meldrum и соавт. Которые выделяют 4 степени повышения интраабдоминальной гипертензии.

Результаты и их обсуждения. В I группу входили 56 больных сложными гигантскими рецидивными и после операционными грыжами передней брюшной стенки. По этиологическому фактору из них 56 (100%) обследованных больных 32 (57,1%) были с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. 24(42,9%) были перенесшие операции передней брюшной стенки по поводу грыж осложненным рецидивом.

Из анамнеза, выписки стационарного лечения, результатам инструментального исследования, а также при операции нами выполненных операций выявлено, что из 24 больных I группы с рецидивными грыжами 16(66,7%) больных прежние операции были выполнены грыже сечения с использованием мелкопористого имплантата. 8(33,3%) больные были после операции грыже сечения с пластикой передней брюшной стенки с натяжением без использования имплантата.

Из 56 больных I группы у 38(67,8%) пациентов в раннем послеоперационном периоде определяли внутри брюшного давления которой подробно методика описана во главе материала и метода исследования. Степень при оценке степени выраженности развития мы придерживались в классификации Meldrum. Результаты данного исследования приводим в таблице 2.

Таблица 2.

Динамика показателей ВБД I группы больных (n=38)

Сроки после операционного периода	Средней показатель ВБД мм рт. ст.	Степень ВБД				
		Норма (До 10 мм рт. ст.)	I (от 10 до 15 мм рт. ст.)	II (от 15 до 25 мм рт. ст.)	III (от 26 до 35 мм рт. ст.)	IV (более 35 мм рт. ст.)
1 день	26,1±1,4	7 (18,4%)	15 (39,8%)	7 (18,4%)	6 (15,8%)	3 (7,9%)
3 день	17,4±1,3	11 (28,9%)	16 (42,1%)	5 (13,1%)	4 (10,5%)	2 (5,3%)
5 день	15,6±1,8	13 (34,2%)	18 (47,4%)	3 (7,9%)	3 (7,9%)	1 (2,6%)
7 день	13,8±1,6	18 (47,4%)	14 (36,8%)	3 (7,9%)	2 (5,3%)	1 (2,6%)

Как показывает таблица 2 в первый день операции средний показатель внутрибрюшного давления было значительно выше нормы, что в среднем составило $22,2 \pm 1,7$ мм рт. ст. Из 38 оперированных больных этой группы в первые сутки после операции лишь 7 (18,4%) больных ВБД было в пределах нормы. У 15 (39,8%) пациентов выявлена I степень внутрибрюшной гипертензии, 7 (18,4%) II степень, 6 (15,8%) III степень и у 3 (7,9%) больных было определено IV степени повышения внутрибрюшного давления.

В динамике к 3 суткам послеоперационного периода внутрибрюшное давление в среднем составило $17,4 \pm 1,3$ хотя чем первый день операции эти показатели намного уменьшились, но в целом сохранялось значительно выше нормы. К 5 суткам лечения после операции средний показатель внутрибрюшного давления было равно в среднем $15,6 \pm 1,8$ мм рт. ст. в дальнейшем лишь к 7 суткам лечения эти показатели постепенно нормализовались.

Динамика основных показателей оценки состояния больных I группы показал, что длительное сохранения болевого синдрома в области передней брюшной стенки с высокой интенсивности в раннем послеоперационном периоде, мы считаем одним из косвенных признаков степени напряжения в мышцах и апоневрозе передней брюшной стенки, что указывает на наличие натяжения брюшной стенки после пластики передней брюшной стенки. Как показывает таблица 3 постоянные боли в области передней брюшной стенки у всей больной группы сравнения в послеоперационном периоде сохранялись до 3-4 суток.

Динамическая наблюдения показателей систолического артериального давления отмечалось повышения его от нормы в среднем на 10-15%. В динамике к 7-8 суткам эти показатели у 90% больных нормализовались.

Таблица 3.

Динамика основных показателей I группы больных (n=56)

№	Показатели	1 сутки п/о	3 сутки п/о	5 сутки п/о	7 сутки п/о
1	Постоянная боль в области передней брюшной стенки	56(100%)	56(100%)	37(66,1%)	24(42,8%)
2	А/Д мм рт ст	$135,4 \pm 4,5$	$132,2 \pm 4,5$	$128,6 \pm 4,8$	$126,6 \pm 3,8$
3	Пульс	$92,5 \pm 4,3$	$89,4 \pm 3,8$	$86,2 \pm 4,7$	$82,7 \pm 4,3$
4	Частота дыхания	$24,6 \pm 3,2$	$22,3 \pm 3,4$	$20,4 \pm 3,2$	$19,8 \pm 2,8$
5	Пневмония	-	-	4(7,1%)	3 (5,3%)
6	Инфильтрат в области послеоперационной области	-	14(25,2%)	11(19,6%)	5(8,9%)
7	Нагноение п/о раны	-	-	4(7,1%)	4(7,1%)
8	Объем выделения из дренажа (мл)	$40,2 \pm 3,2$ (n=56 – 100%)	$21,3 \pm 3,7$ (n=49 – 87,5%)	$5,4 \pm 1,3$ (n=22 – 39,3%)	$3,5 \pm 1,5$ (n=7 – 12,5%)
9	Температура тела	$37,1 \pm 0,42$	$37,5 \pm 0,8$	$37,2 \pm 0,27$	$36,8 \pm 0,41$
10	Средне койка день	$10,2 \pm 0,8$			
11	Рецидив в отдаленном периоде	7(12,5%)			

Частота пульса при этом было в среднем $92,5 \pm 4,3$ раза в минуту. В динамике постепенно нормализовались к 7-8 суткам лечения. При наблюдения дыхательной системы в

первые сутки послеоперационного периода после экстубации после общего эндотрахеального наркоза средняя частота дыхания этой группы больных были $24,6 \pm 3,2$ в минуту, к 3 суткам и в дальнейшем к 7-8 суткам уменьшилось до $19,8 \pm 2,8$ в минуту. Как видно от этих данных частота дыхания до 7-8 суткам сохранялись выше нормы. У 4 больных к 5-6 суткам аускультативно определено ослабления дыхания в нижних отделах легкого с влажными хрипами.

В первые сутки послеоперационного периода объем выделения из дренажной трубки 56 (100%) больных контрольной группы составило в среднем $40,2 \pm 3,2$ мл серозного геморрагического характера. В дальнейшем лишь к 9-10 суткам лечения у этих больных тоже прекратились выделения из дренажа.

Динамическое наблюдения температуры тела больных контрольной группы выявили субфебрилитет в 1-3 суткам лечения, которые в последующим нормализовались.

Средняя длительность стационарного лечения больных группы сравнения составило $10,2 \pm 0,8$ дней.

Такие неудовлетворительные результаты мотивируют нас на усовершенствования и разработки новых методов лечения больных сложными гигантскими рецидивными и после операционными грыжами передней брюшной стенки и изучая результаты различных современных методов хирургического лечения данной патологии разработать оптимальные варианты лечения больных сложными гигантскими рецидивными и после операционными грыжами передней брюшной стенки.

В II группу входили 45 больных сложными гигантскими рецидивными и после операционными грыжами передней брюшной стенки. По этиологическому фактору из них 45 (100%) обследованных больных 25 (55,5%) были с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. 20(44,5%) были перенесшие операции передней брюшной стенки по поводу грыж осложненным рецидивом.

Из анамнеза, выписки стационарного лечения, результатам инструментального исследования, а также при операции нами выполненных операций выявлено, что из 20 больных II группы с рецидивными грыжами 13(65,0%) больных прежние операции были выполнены грыже сечения с использованием мелкопористого имплантата. 7(35,0%) больные были после операции грыже сечения с пластикой передней брюшной стенки с натяжением без использования имплантата.

Из 45 больных II группы у 32 (71,1%) пациентов в раннем послеоперационном периоде и в динамике определяли внутри брюшного давления которой методика подробно описана во главе материала и метода исследования. Полученные результаты при оценке степени выраженности развития внутри брюшного давления по классификации Meldrum (таблица 4).

Таблица 4.

Динамика показателей ВБД II группы больных (n=32)

Сроки после операционного периода	Средней показатель ВБД мм рт. ст.	Степень ВБД				
		Норма (До 10 мм рт. ст.)	I (от 10 до 15 мм рт. ст.)	II (от 15 до 25 мм рт. ст.)	III (от 26 до 35 мм рт. ст.)	IV (более 35 мм рт. ст.)
1 день	$22,2 \pm 1,7$	9 (28,1%)	14 (43,7%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	1 (3,1%)
3 день	$15,7 \pm 1,6$	15 (46,8%)	12 (37,2%)	3 (9,4%)	2 (6,2%)	0
5 день	$13,4 \pm 1,5$	19 (59,4%)	10 (31,2%)	2 (6,2%)	1 (3,1%)	0
7 день	$11,9 \pm 1,6$	22	8	1 (3,1%)	1 (3,1%)	0

		(68,7%)	(25,0%)			
--	--	---------	---------	--	--	--

У II группы больных также, как и у группы сравнения в первый день операции, средний показатель внутрибрюшного давления было значительно выше нормы, что в среднем составило $22,2 \pm 1,7$ мм рт. ст. В динамике к 3 суткам послеоперационного периода внутрибрюшное давление в среднем составило $15,7 \pm 1,2$, а к 7 суткам лечения у 68,7% больных отмечалось нормальное внутрибрюшное давления I степень повышением ВБД составили 25,0%, II степенью у 3,1% больных и с III степенью также у 3,1% больных. Обращает на себя внимания процент частоты больных с высоким внутрибрюшным давлением в различной степени было значительно выражено у больных I группы чем у II группы больных.

На наш взгляд последнее было обусловлено преимуществом применения операции пластики передней брюшной стенки по Ремиресу над традиционной пластикой с использованием onlay мелкопористого импланта.

Сравнение общей динамики болевого синдрома I и II группы показывают, что, начиная с 3 сутки и в динамике процент встречаемости постоянного болевого синдрома отмечалось достоверно меньшим количеством больных II группы.

Динамическая наблюдения показателей систолического артериального давления у этих больных выявили первые 3 сутки послеоперационного периода незначительно отмечалось повышения артериального давления от нормы в среднем на 8-10% от исходного рабочего артериального давления больных. В динамике к 5-6 суткам эти показатели у 90% больных нормализовались (таблица 5).

Таблица 5.

Динамика основных показателей II группы больных (n=45)

№	Показатели	1 сутки п/о	3 сутки п/о	5 сутки п/о	7 сутки п/о
1	Постоянная боль в области передней брюшной стенки	45(100%)	39(86,6%)	19(42,2%)	15(33,3%)
2	А/Д мм рт ст	$132,3 \pm 4,4$	$128,2 \pm 3,8$	$122,3 \pm 3,5$	$121,4 \pm 3,8$
3	Пульс	$88,7 \pm 4,7$	$85,6 \pm 3,6$	$83,1 \pm 4,5$	$80,6 \pm 4,1$
4	Частота дыхания	$22,5 \pm 3,4$	$20,6 \pm 2,8$	$20,3 \pm 2,6$	$18,6 \pm 2,4$
5	Пневмония	-	-	2 (4,4%)	1 (2,2%)
6	Инфильтрат в области послеоперационной области	-	10(22,2%)	7(15,5%)	3(6,6%)
7	Нагноение раны п/о	-	-	2(4,4%)	2(4,4%)
8	Объем выделения из дренажа (мл)	$30,2 \pm 3,2$ (n=45 – 100%)	$18,4 \pm 3,7$ (n=35 – 77,7%)	$3,8 \pm 1,7$ (n=13 – 28,8%)	$3,2 \pm 1,2$ (n=4 – 8,8%)
9	Температура тела	$37,4 \pm 0,7$	$37,1 \pm 0,7$	$36,9 \pm 0,6$	$36,6 \pm 0,7$
10	Средне койка день	$9,4 \pm 1,2$			
11	Рецидив в отдаленном периоде	3(6,6%)			

Частота пульса больных также 1-3 суткам послеоперационного периода отмечалось незначительная тахикардия в среднем $88,7 \pm 4,7$ раза в минуту. В динамике постепенно нормализовались к 5-6 суткам лечения.

У 3(30,0%) больных несмотря на проведенное профилактического лечения гнойного осложнения послеоперационных ран отмечалось нагноение в глубине послеоперационных ран, которые переведена в гнойно-асептическое отделение после соответствующих комплексных лечения, рана переходила на II стадию раневого процесс и больные выписаны на амбулаторные лечения.

Динамическое наблюдения характера и объема выделения из дренажей показали, что к 9-10 суткам лечения у этих больных тоже, как и у I группы больных, прекратились выделения из дренажа. При решение удалении дренажей из брюшной полости мы учитывали результаты контрольного УЗИ брюшной полости и отсутствие выделения из дренажа. Когда прекращалось выделения из дренажа и при УЗИ исследовании не обнаружено жидкость в брюшной полости удаляли дренажные трубки.

Динамическое наблюдения температуры тела больных II группы выявили субфебрилитет в 1-3 суткам лечения, которые в последующим нормализовались с недостоверным различием ниже, чем группы сравнения.

Средняя длительность стационарного лечения больных группы сравнения составило $9,4 \pm 1,2$ дней.

Анализ отдаленных результатов больных II группы выявило у 3(6,6%) больных рецидив грыж через 6-12 месяцев после операции. Эти больные повторно в плановом порядке госпитализированы в плановом порядке госпитализированы и включены в следующую III группу больных нашего исследования.

Вывод. При применение пластики передней брюшной стенки по Ремиреса с применением мелкопористого импланта больных сложными гигантскими рецидивными и после операционными грыжами передней брюшной стенки имеет ряд преимуществ которые отражаются на показателях внутрибрюшного давления, которые ниже чем у больных контрольной группы с 1 дня после операции и в динамике, а также по всем основным показателям критерий оценки для сравнительного анализа результатов различных групп больных, у которых отмечались положительная динамика.

Список литературы

1. Аверьянов, М.Ю. Сравнительный анализ применения ненатяжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота различной локализации / М.Ю. Аверьянов, Е.В. Гаар, В.Н. Горохов // Соврем. технол. мед.. -2011. - №3. - С.39-43.
2. Ахтамов, Ж.А. Профилактика инфекционных осложнений аллопластики ущемленных послеоперационных вентральных грыж / Ж.А. Ахтамов, С.Х. Захидова, Х.К. Карабаев // Герниология. - 2008. - №3. - С. 6-7.
3. Гуменюк С.Е., Губиш А.В., Попов А.Ю., Петровский А.Н., Григорьев А.Г., Сидельников А.Ю., Батчаева Р.А., Исметова А.А. Сравнительный анализ качества жизни пациентов при различных вариантах герниопластики в лечении грыж живота // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. № 2.
4. Ермолов А.С., Благовестнов Д.А., Алексеев А.К., Упырев А.В., Ярцев П.А., Шляховский И.А., Корошвили В.Т., Бурбу А.В. Хирургическое лечение пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. // Хирургия. - 2019 - №9. - С.38-43.
5. Belyansky, I., Daes, J., Radu, V.G. et al. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. Surg Endosc 32, 1525– 1532 (2018).
6. Köhler, G., Kaltenböck, R., Pfandner, R. et al. Precostal top-down extended totally extraperitoneal ventral hernia plasty (eTEP): simplification of a complex technical approach. Hernia (2019).

7. Sanna Andrea, Felicioni Luca, Cecconi Claudia, Cola Roberto // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques Vol. 30, No. 3 // Retromuscular Mesh Repair Using Extended Totally Extraperitoneal Repair Minimal Access: Early Outcomes of an Evolving Technique – A Single Institution Experience // Published Online: 5 Mar 2020
8. Tsukanov AV, Ivanov IS, Ponomareva IV, Tarabrin DV, Panarina NV, Bushueva OY. Geneticheskaya arkhitektura gryzh perednei bryushnoi stenki [Genetic architecture of anterior abdominal wall hernias]. Khirurgiia (Mosk). 2024;(8):118-124.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт