

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.22.650

На правах рукописи
УДК 616.346.2-002.1-089.87

Калыбеков Туголбай Нуралиевич

**НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА В СОЧЕТАНИИ С
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

14.01.17 - хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2024

Работа выполнена на кафедре хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

Научный руководитель: **Токтогулов Орозали Жунусалиевич**
доктор медицинских наук,
заведующий хирургическим отделением №1
городской клинической больницы №1
города Бишкек

Официальные оппоненты: **Эраалиев Бейшенбек Ашимович**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий отделением гнойной хирургии
Национального хирургического центра
Министерства здравоохранения Кыргызской
Республики

Байгазаков Асылбек Топчубаевич
доктор медицинских наук, доцент,
ректор Международного медицинского
университета «Авиценна»

Ведущая организация: Международная высшая школа медицины,
кафедра хирургических болезней (700254,
г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1ф).

Защита диссертации состоится «23» апреля 2024 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре МЗ Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан 15 марта 2024 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент



М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. По данным многочисленных исследований отмечается неуклонный рост сочетанных заболеваний, особенно у лиц пожилого и старческого возраста и с увеличением продолжительности жизни увеличивается и число больных с сочетанными заболеваниями, лечение которых требует оперативного вмешательства [М. М. Мамакеев и соавт., 2004; М. А. Коссович и соавт., 2008; А. И. Мусаев и соавт., 2008; Р. А. Алибегов, С. С. Мелконян, 2016; А. Т. Байгазаков, 2017].

Частота сочетанной патологии, как утверждают ряд исследователей, колеблется в пределах 20-30%, а оперативному лечению подвергаются не более 3-5% [А. С. Балалыкин, 1997; А. А. Баулин и соавт., 2004; И. Н. Бобровский и соавт., 2011; К. А. Джаныбаев, 2014; С. В. Лохвицкий и М. В. Цинковский, 2017; A. Tandon et. al., 2016].

В последние годы в лечении сочетанных заболеваний используются симультанные операции (одномоментное лечение 2-3 заболеваний), выполнение которых стало возможным в связи с внедрением новейших технологий, совершенствования анестезиологии и реаниматологии, клинико-лабораторных и функциональных исследований, расширяющих диагностические возможности для решения вопроса об объеме, а также благодаря современным принципам организации хирургической помощи населению [К. И. Ниязбеков, А. С. Бейшеналиев, 2006; Н. Л. Матвеев и соавт., 2020; А. А. Сухинин и А. Н. Петровский, 2020; Б. С. Ниязов, 2021; A. Moreno-Egea et. al., 2013].

Если ранее эти операции выполнялись очень редко, и в основном при выявлении сочетанной патологии в момент операции при заболеваниях органов брюшной полости, то в настоящее время симультанные операции производятся в основном при плановых операциях и значительно реже при экстренных [Н. Н. Малиновский и соавт., 1993; С. А. Жидков и С. И. Третьяк, 2005; А. А. Поляков и соавт., 2020; A. Tandon et. al., 2016].

В литературе представлены преимущества симультанных операций в сравнении с последовательными и в основном они освещают результаты в гинекологической практике [А. К. Аблесова, Н. Э. Маматова, 2002; Н. В. Баулина и соавт., 2007; А. Г. Бебуришвили и соавт. 2008; Х. Б. Боттаев и соавт., 2010], реже сочетание ЖКБ с кистами яичников, опухолями [В. В. Брагин и В. П. Борзенко, 1995; О. Б. Милонов, 1997; О. В. Галимов и соавт., 2002; О. В. Лагутина, 2011], а что касается сочетания различной локализации наружных грыж с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), то они малочисленны и судить об эффективности затруднительно [Э. М. Гасимов, 2005]. Но необходимо отметить, что наружные грыжи живота очень распространенная патология, особенно послеоперационные грыжи, которые формируются после операций на органах брюшной полости, лечение которых представляет еще одну проблему в абдоминальной хирургии [О. Ж. Токтогулов, 2004; А. И. Мусаев и

соавт., 2008; В. В. Ждановский, 2010; Б. С. Суковатых и соавт., 2015; А. С. Ермолов и соавт., 2019]. Использование полипропиленовой, проленовой сетки, пластины полифторэтилена улучшило результаты, но не решило проблему, так как и при этом методе возникают осложнения и рецидив, лечение которых более сложное [В. И. Белоконев и соавт., 1996; Б. Б. Осипов, 2001; В. Н. Егиев, Д. В. Чижов, 2003; А. В. Бондарчук, 2008; С. Ю. Пушкин, В. Н. Белоконев, 2010; А. В. Юрасов, 2014; J. Chevrel and M. A. Rath, 2000; W. W. Vrijland, 2010; E. B. Wassenaar et. Al., 2010; T. Novothy, 2012].

Остается высокая заболеваемость населения пупочными, паховыми и грыжами белой линии живота, которые требуют оперативного лечения [Д. Г. Демидов и соавт., 2002; О. И. Дубровщик и соавт., 2012; А. Г. Кузнецов, 2017; И. В. Михин и соавт., 2019; А. В. Протасов и соавт., 2020; T. Y. White et.al., 1998].

ЖКБ также распространенное заболевание во всех странах мира и отмечается рост числа больных с осложненными формами, что увеличивает частоту нагноения в ближайшие сроки после операции, а в отдаленные – формирование послеоперационной грыжи, которые требуют оперативного лечения [А. С. Ермолов и соавт., 2005; Р. А. Оморев и соавт., 2009; A. Junge, 2002].

Сочетание ЖКБ с различными формами и локализациями наружных грыж представляется еще более сложной патологией, ведущей к потере трудоспособности, а наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем является основанием для строгого дифференцированного подхода к выбору метода пластики, чтобы избежать в послеоперационном периоде возникновения компартмент-синдрома и воспалительных осложнений, которые являются основной причиной развития рецидива болезни [Ю. Р. Мирзабекян, С. Р. Добровольский, 2008; А. В. Шапошников, 2012; А. В. Федосеев и соавт., 2019; Р. А. Азимов и соавт., 2020].

Несмотря на большое число публикаций, посвященных симультанным операциям, вопрос об их выполнении при наружных грыжах живота в сочетании с ЖКБ не нашел своего окончательного решения, не отражена возможность выполнения симультанной операции при остром холецистите, на что указывают ряд исследователей, которые занимались лечением сочетания этих патологий [К .Д. Тоскин и соавт., 1991; А. Р. Рамазанова и соавт., 2015].

До сих пор не разработаны критерии для определения возможности выполнения симультанных операций при наружных грыжах живота в сочетании с ЖКБ, не обоснована последовательность операций, учитывая особенности течения послеоперационного периода после грыжесечения и частоту их рецидива. Всё вышеизложенное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными

учреждениями. Тема инициативная.

Цель исследования. Оценить результаты симультанных операций при сочетании наружных грыж живота с желчнокаменной болезнью с учетом совершенствования этапов операции и мер профилактики осложнений.

Задачи исследования:

1. Определить частоту различных локализаций вентральных грыж в сочетании с желчнокаменной болезнью.
2. Усовершенствовать этапы операции при использовании полипропиленовой сетки при послеоперационных и пупочных грыжах.
3. Разработать и внедрить меры профилактики осложнений при выполнении симультанных операций.
4. Представить анализ результатов симультанных и изолированных операций при сочетании наружных грыж живота и желчнокаменной болезни и построить алгоритм.

Научная новизна работы:

1. Установлена частота локализаций вентральных грыж в сочетании с желчнокаменной болезнью.
2. Представлены возможности выполнения симультанных операций при осложненной форме желчнокаменной болезни (острый холецистит).
3. Усовершенствована методика пластики полипропиленовой сеткой при послеоперационных и пупочных грыжах, *на которое получено рационализаторские предложения: «Способ фиксации полипропиленовой сетки при пупочных грыжах с сохранением объема брюшной полости» № 45/2021 от 29 ноября 2021 года, «Способ фиксации полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот» №52/2022 от 14 февраля 2022 года, выданное патентным отделом при КГМА им. И.К. Ахунбаева и «Способ профилактики воспалительных осложнений при герниопластике с применением полипропиленовой сетки» № 29/2022 от 14 ноября 2022 года выданное патентным отделом при НЦОМид.*
4. Обоснована возможность применения симультанных операций при сочетании наружных грыж живота с желчнокаменной болезнью и построен алгоритм показаний к их использованию на практике.

Практическая значимость полученных результатов:

1. На основании полученных результатов исследования разработаны критерии для выбора типа операции, что существенно облегчает работу хирурга.
2. Усовершенствование этапов фиксации полипропиленовой сетки и использование мер профилактики воспалительных осложнений позволило предотвратить возникновение осложнений.
3. Выполнение симультанной операции при наружных грыжах живота в сочетании с ЖКБ способствует снижению экономических затрат на лечение этой категории больных, что нашло подтверждение в сроках стационарного лечения.

4. Построенный алгоритм показаний и противопоказаний к выполнению симультанных операций существенно облегчает работу врача в выборе тактики лечения сочетанных заболеваний.

Результаты работы внедрены в клиническую практику хирургических отделений городской клинической больницы №1 города Бишкек (акты внедрения ГKB №1 г. Бишкек от 29.11.2021 г. и 10.04.2022 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Выбор типа операции при сочетании наружных грыж живота с желчнокаменной болезнью должен быть индивидуальным и основываться на оценке общего состояния больного, возраста, характера сопутствующего заболевания и состояния брюшной стенки и величины коэффициента напряжения брюшной стенки;

2. Использование усовершенствованных этапов операции при грыжесечении в сочетании с холецистэктомией и мер профилактики воспалительных осложнений позволяет улучшить результаты симультанных операций;

3. Применение симультанных операций при наружных грыжах живота в сочетании с желчнокаменной болезнью при дифференцированном подходе имеет преимущества перед изолированными операциями.

Личный вклад соискателя включает обследование больных с сочетанными заболеваниями, разработку критериев для выбора типа операции, участия в оперативном лечении у 68% больных в качестве оператора и ассистента, разработке мер профилактики осложнений, наблюдение за больными после операции. Анализ и обработка полученных результатов выполнены лично аспирантом.

Апробация результатов исследования: основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на конференции молодых ученых и студентов КГМА им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2020, 2021), на научно-практической конференции врачей ГKB №1 г. Бишкек (Бишкек, 2022), на заседании сотрудников кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2023).

Полнота отражения полученных результатов: основные результаты исследования опубликованы в 6 статьях, из них 2 – в научных журналах, индексируемой системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1, опубликованные за пределами Кыргызской Республики, 4 статьи - в научных журналах, индексируемых системой РИНЦ, опубликованных в Кыргызской Республике.

Структура и объем диссертации: Работа изложена на 119 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (шрифт 14, интервал 1,5), на русском языке. Работа состоит из введения, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка 201 литературных источников, из них 46 работ авторов дальнего зарубежья и приложения. Иллюстрирована 29 таблицами и 13 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении дана актуальность темы исследования, цель и задачи, изложена научная новизна и практическая значимость выполненной работы, и основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Симультанные операции в оперативном лечении наружных грыж живота в сочетании с желчнокаменной болезнью» (обзор литературы) изложены вопросы диагностики и лечения сочетанных заболеваний, это сочетание грыж брюшной стенки с ЖКБ. В главе представлены основные этапы в разработке симультанных операций и использованы в основном литературные источники последних лет, но отмечена и значимость исследователей, которые внесли вклад в разработку этого метода лечения. Ознакомление с этой главой дает полное представление о состоянии вопроса о целесообразности выполнения симультанных операций и подтверждает актуальность проблемы.

Во второй главе «Методология и методы исследования» изложены клиническая характеристика больных, методы обследования.

2.1. Объект и предмет исследования. *Объект исследования:* 238 больных с сочетанием вентральных грыж и желчнокаменной болезни, а также больные с вентральными грыжами и ЖКБ отдельно. *Предмет исследования:* результаты клинических, лабораторных, инструментальных и оперативных методов лечения.

В исследование включены 238 больных, которые получали стационарное лечение по поводу грыж передней брюшной стенки и ЖКБ. Критериями исключения служили пациенты с ЖКБ и вентральными грыжами, осложненными местным или общим перитонитом.

Автором выделены две группы больных: первую составили 93 чел., которым выполнены симультанные операции и вторая группа пациентов с грыжесечением (77 чел.) и холецистэктомией (68 чел.), которая была группой сравнения. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1 – Распределение больных основной и группы сравнения по полу и возрасту

Группы обследования	Пол	Всего		из них в возрасте						
		абс.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
Сочетанные заболевания	Ж	61	65,6	-	1	3	12	22	19	4
	М	32	34,4	1	-	1	5	14	7	4
Всего		93	100,0	1	1	4	17	36	26	8
Вентральные грыжи	ж	46	59,7	1	2	5	8	8	17	5
	м	31	40,3	-	2	2	3	9	8	7
Всего		77	100,0	1	4	7	11	17	25	12

ЖКБ	ж	50	73,5	1	6	7	14	12	7	3
	м	18	26,5	-	-	7	2	4	4	1
Всего		68	100,0	1	6	14	16	16	11	4
Итого: абс.ч.		238		3	11	25	44	69	62	24
%				1,3	4,6	10,5	18,5	28,9	26,1	10,1

Анализ поступивших показал, что чаще госпитализированы женщины в сравнении с мужчинами, более выраженное преобладание женщин отмечено в группе больных с желчнокаменной болезнью. При рассмотрении возраста установлено, что с увеличением возраста растет и количество больных, но наибольший удельный вес занимали пациенты в возрасте от 40 до 70 лет.

Методы исследования: лабораторные (общий анализ крови, печеночные тесты, показатели свертывающей системы крови), инструментальные (ЭКГ, рентген, УЗИ).

2.2. Клиническая характеристика больных. Мы выясняли и сроки существования вентральных грыж и ЖКБ в основной группе и в группах сравнения (табл. 2.2.2).

Таблица 2.2.2 - Сроки заболевания

Группы		до 1 года	от 1 до 3 лет	от 3 до 5 лет	от 5 до 10 лет	более 10 лет	Всего больны х
Сочетанные заболевания (основная группа)	Грыжи	14	44	16	19	-	93
	ЖКБ	17	23	21	19	13	
Вентральные грыжи	-	4	19	17	19	18	77
ЖКБ	-	7	21	23	12	5	68

При рассмотрении сроков заболевания было отмечено, что существование как ЖКБ, так и грыжи пациенты чаще отмечали с давностью от одного года до 5 лет.

В процессе работы мы определяли локализацию грыж в основной группе, у которых выполняли симультанные операции и в группах сравнения, у которых грыжесечение выполняли изолированно. В основной группе преобладали пупочные грыжи, а в группе сравнения послеоперационные и грыжи белой линии живота, но их количество позволяло проводить сравнительную оценку в течении болезни.

При рассмотрении размера вентральных грыж, мы учитывали малые, средние, большие и гигантские грыжи (табл. 2.2.4). Как и ряд исследователей в распределении грыж с учетом размера мы пользовались следующими критериями: малые размеры грыж до 5 см, средние от 5 до 10 см, большие от 10 до 20 см и гигантские более 20 см. В обеих рассматриваемых группах гигантские грыжи были

установлены у 8 пациентов в каждой группе, а в основной и группе сравнения преобладали больные со средними и большими размерами грыж (соответственно 38,2 и 37,7%).

Таблица 2.2.4 - Размеры грыж при симультанных и изолированных операциях

Группы	Всего больных	из них с размерами			
		малые	средние	большие	гигантские
Симультанные	93	16	40	29	8
Изолированные	77	9	25	35	8
Всего	170	25(14,7%)	65(38,2%)	64(37,7%)	16(9,4%)

При обследовании больных обращали особое внимание на выявление сопутствующей патологии, так как это имело значение в выборе типа и объема операции. В основной группе сопутствующие заболевания выявлены у 25 из 93, что составило 26,9%, а в группе сравнения с вентральными грыжами сопутствующие заболевания были у 20 из 77 (25,9%), а с ЖКБ у 32 из 68 (47,1%).

2.3. Способы размещения и фиксации сетчатых эндопротезов при герниопластике вентральных грыж. При любой локализации грыж операция включала выделение грыжевого мешка, его вскрытие, вправление содержимого мешка, прошивание у шейки, иссечение его у шейки, перевязка или прошивание, а затем выполняли пластику грыжевых ворот.

Для определения метода пластики в своей работе мы пользовались методикой, разработанной Хитарьяном А.Г. и соавт. (2001) путем сонографии и антропометрии брюшной стенки. Если коэффициент напряжения составлял выше 2,10, то применяли пластику с полным замещением грыжевых ворот и использовали при этом два варианта:

Метод, разработанный и использованный Бондарчуком А.В. (2008).

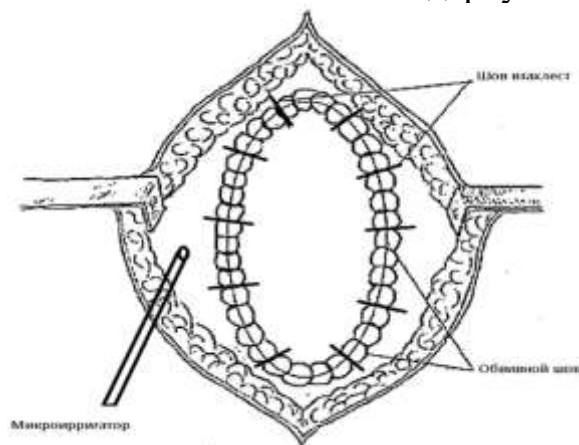


Рисунок 2.3.1 - Способ полного замещения грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости (первый вариант).

Суть метода заключается в том, что после выделения грыжевого мешка, вправления его содержимого, избыток грыжевого мешка иссекается, прошивается или перевязывается у шейки, и затем освобождаются грыжевые ворота от края на 1-1,5 см. Полипропиленовую сетку выкраиваем по размеру грыжевых ворот и фиксируем по периметру непрерывным швом, но через каждые 4-5 стежка делаем захлестывающий шов. Подкожную клетчатку дренируем двумя микроирригаторами. Захлестывающий шов мы используем для того, чтобы в случае прорезывания одного из швов сетка не деформировалась и не провисала.

Для закрытия грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости второй способ был разработан Токтогуловым О.Ж и видоизменен нами (*рационализаторское предложение «Способ фиксации полипропиленовой сетки при пупочных грыжах с сохранением объема брюшной полости» № 45/2021 от 29 ноября 2021 года*), который был использован в лечении больших грыж брюшной стенки, когда необходимо сохранить объем брюшной полости (рис. 2.3.2.).

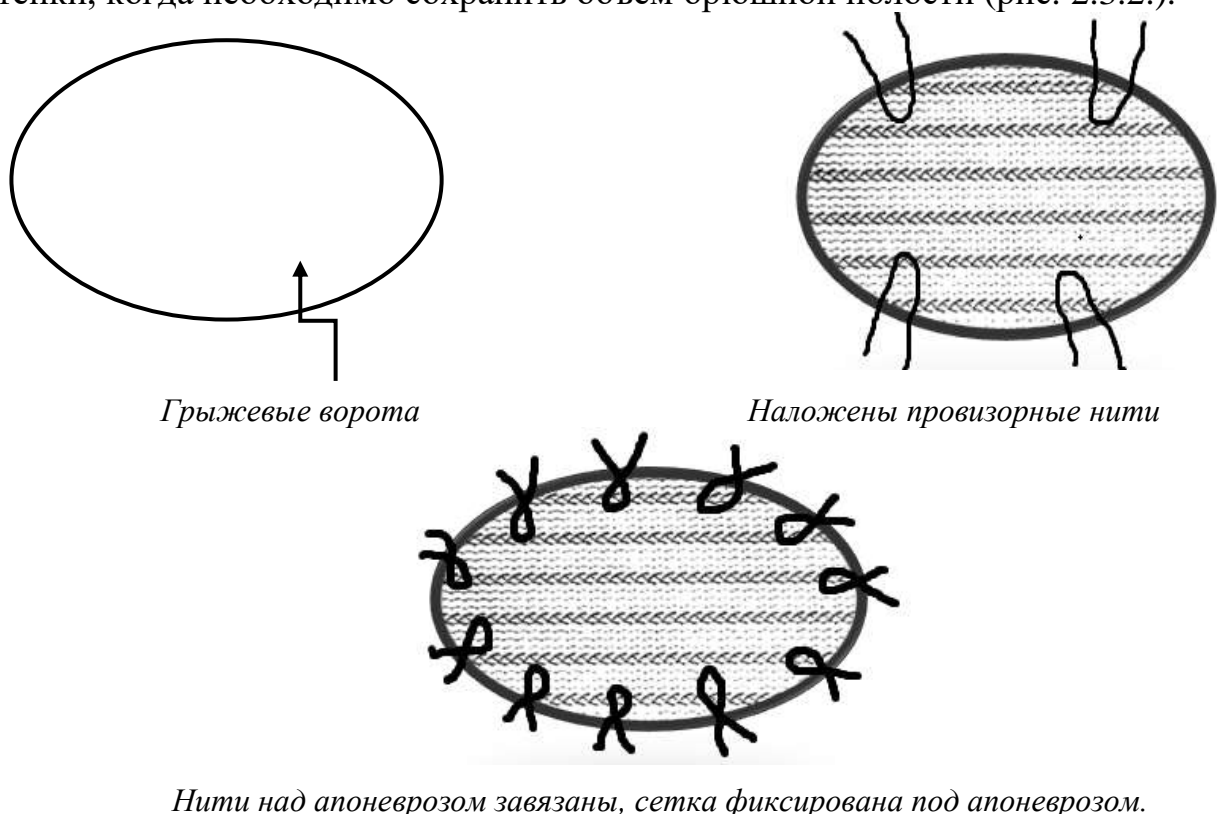


Рисунок 2.3.2. - Схема метода расположения сетки под апоневрозом, второй вариант с сохранением объёма брюшной полости (второй вариант).

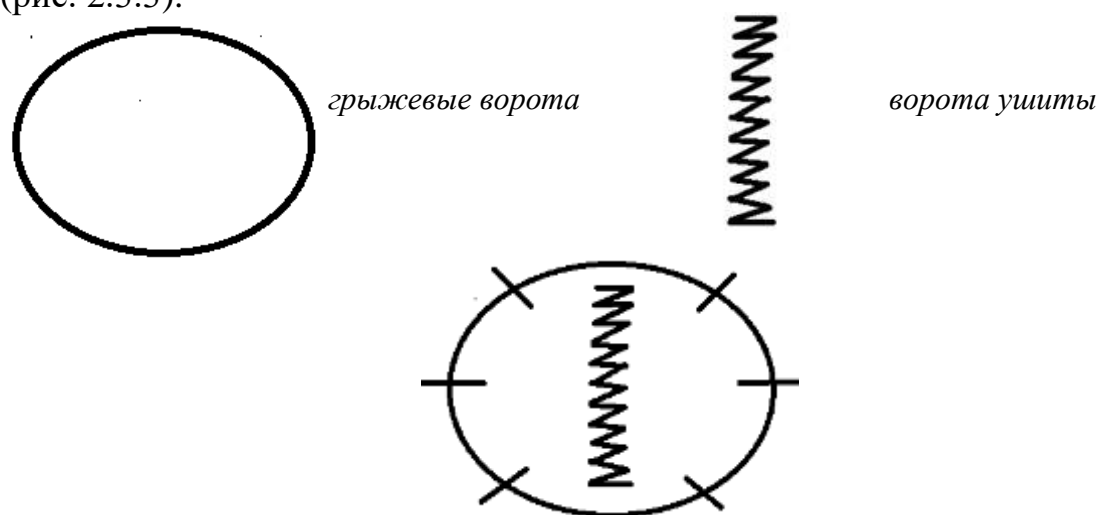
Необходимостью разработки нового метода явилось то обстоятельство, что при первом способе, когда сетка располагается и фиксируется по периметру грыжевых ворот дренирование подкожно-жировой клетчатки осуществляется длительное время, до полного прекращения отделяемого. Но при длительном стоянии дренажа

есть угроза возникновения воспаления с последующим нагноением, что является основной причиной рецидива. При этом методе меньшая площадь подкожно-жировой клетчатки. Чаще применена нами при пупочных грыжах и грыжах и белой линии живота.

Суть метода заключается в следующем: После выделения грыжевого мешка, вскрытия его и вправления грыжевого содержимого и прошивания брюшины у шейки освобождаем апоневроз на протяжении 2-2,5 см от края грыжевых ворот, затем выкраиваем сетку по величине грыжевых ворот, но с увеличением её с каждой стороны не менее чем на 2-3 см, предварительно сетку прошиваем провизорными нитями в 4 точках сетки. Затем сетку располагаем под апоневрозом и заранее подготовленными нитями прошиваем апоневроз и узлы завязываем. Таким образом получается, что полипропиленовая сетка фиксирована к апоневрозу и при этом сохраняется объем брюшной полости.

Способ укрепления грыжевых ворот полипропиленовой сеткой. Кроме перечисленных 2х вариантов при грыжесечении мы использовали 2 способа фиксации полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот в тех случаях, когда имело место слабое развитие мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки, атрофия и когда в момент грыжесечения отмечалось расслаивание мышц и апоневроза. Для укрепления грыжевых ворот мы использовали также 2 способа:

Сущность первого метода заключается в том, что после ушивания апоневроза и мышц поверх шва укладывали полипропиленовую сетку так, чтобы она с каждой стороны охватывала грыжевые ворота не менее чем на 2 см с каждой стороны. Сетка фиксировалась к апоневрозу, и она располагалась в подкожно-жировой клетчатке (рис. 2.3.3).



сетка фиксирована вокруг грыжевых ворот не менее 2-3 см с обеих сторон. Метод использован при слабо развитом мышечно-апоневротическом слое и при его расслаивании

Рисунок 2.3.3 - Схема фиксации сетки для укрепления грыжевых ворот (первый вариант).

В процессе работы мы убедились, что такое расположение сетки имеет риск возникновения воспалительного осложнения и разработали второй способ укрепления грыжевых ворот, который схематически представлен на рисунке 2.3.4. (рационализаторские предложения «Способ профилактики воспалительных осложнений при герниопластике с применением полипропиленовой сетки» №29/2022 от 14 ноября 2022 года и «Способ фиксации полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот» №52/2022 от 14 февраля 2022 года).

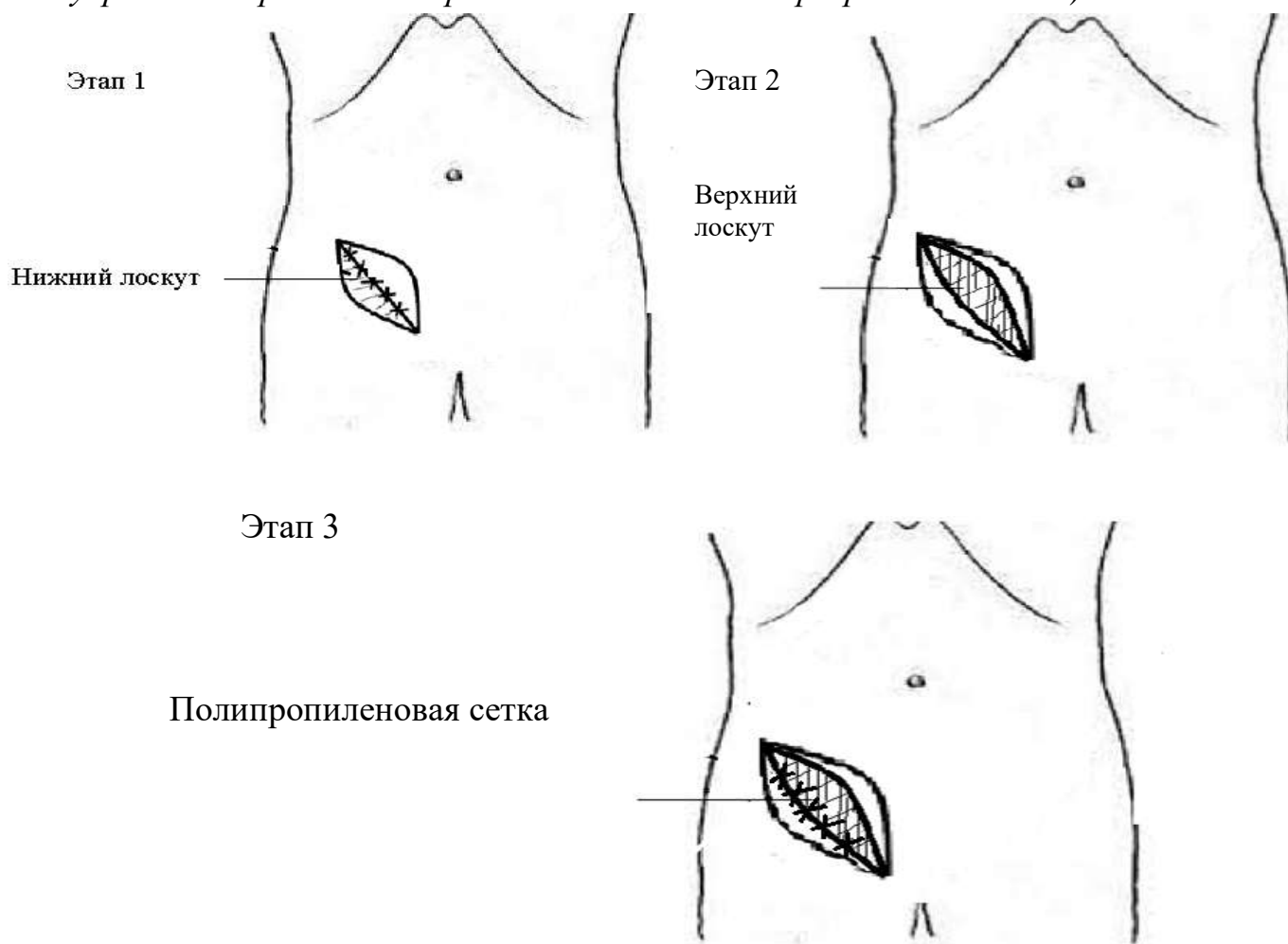


Рисунок 2.3.4 - Схема фиксации полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот (второй вариант).

Сущность метода заключается в том, что после ушивания грыжевых ворот один край мышечно-апоневротического лоскута подшиваем к нижележащему лоскуту на 3-4 см ниже его края, а затем укладываем полипропиленовую сетку и поверх неё нижележащий лоскут подшиваем к верхнележащему лоскуту. Получается, что сетка расположена между слоями апоневроза.

При паховых грыжах у больных пожилого и старческого возраста с

ослабленными механическими свойствами мышечно-апоневротических структур выполняли пластику с применением полипропиленовой сетки по классическому методу Лихтенштейна. Суть пластики в том, что после этапов грыжесечения, сетка размещается на заднюю стенку пахового канала и фиксируется непрерывным обвивным швом по всему периметру монофиламентной проленовой нитью (рис. 2.3.5).

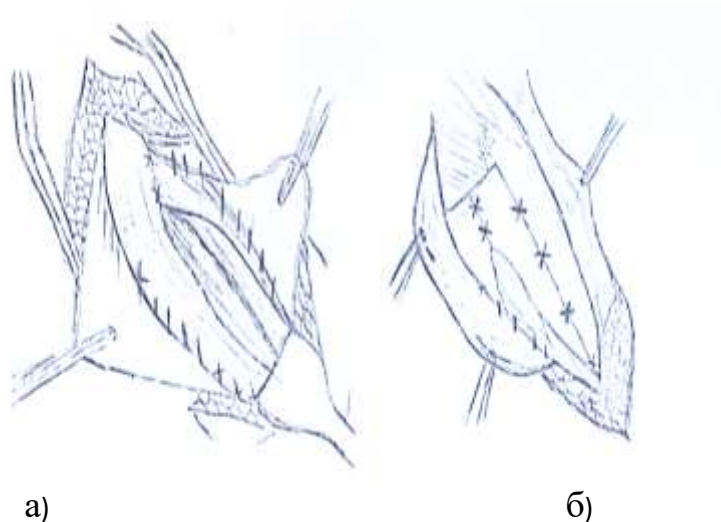


Рисунок 2.3.5- Схема пластики грыжевых ворот по классическому методу Лихтенштейна (а) и по методике усовершенствования Жаманкуловой М.К. (б).

Метод фиксации по Лихтенштейну нами использован у двух больных при паховых грыжах и ещё у 2 в модификации Жаманкуловой М. К. (2015).

Таким образом, в лечении вентральных грыж нами были использованы различные варианты расположения и фиксации полипропиленовых сеток с учётом показаний к их применению.

При любом варианте из подкожной клетчатки удаляем жировую ткань и клетчатку дренируем микроиригатором с боковыми отверстиями, через который вводим 50% раствор димексида в количестве 10 мл и с последующей активной аспирацией. Мы остановились на этой методике, учитывая, что димексид обладает хорошим бактерицидным и болеутоляющим действием. Димексид вводим 1 раз в сутки на протяжении 4-5 дней, а затем через 2 дня микроиригатор удаляем.

Таким образом, перечисленные нами способы фиксации были использованы при различных локализациях вентральных грыж, когда необходимо было сохранить объем брюшной полости или, когда нужно было укрепить грыжевые ворота. Насколько они эффективны, покажут результаты наших исследований, представленных при выполнении симультанных и изолированных вентральных грыжах. При использовании синтетического материала, когда сохраняется объем брюшной полости, риск возникновения гипертензии невелик, в то время, когда мы уменьшаем объем брюшной полости, то может возникнуть гипертензия, которая как

правило требует декомпрессии. Учитывая это обстоятельство, мы при использовании метода для укрепления грыжевых ворот, обращали особое внимание на жалобы и данные исследования дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сразу же определяли внутрибрюшное давление.

2.4. Статистическая обработка данных. Полученные результаты статистически обработаны с применением программы «SPSS» (версия 6,0) с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ), и ошибки ряда (m), степень достоверности вычисляли по t -критерию таблицы Стьюдента.

В третьей главе «Результаты симультанных операций при сочетании вентральных грыж с желчнокаменной болезнью» даны результаты симультанных операций, выполненных у 93 больных, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек, Чуйской областной объединенной больницы в период с 2018 по август 2022 год включительно.

3.1. Общая характеристика больных, которым произведены симультанные операции. Под наблюдением находилось 93 больных, которым выполнили симультанные операции по поводу вентральных грыж в сочетании с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Анализ полового и возрастного состава показал, что чаще поступали женщины в сравнении с мужчинами и их соотношение составило 2:1. При анализе возрастного состава необходимо отметить, что в возрасте до 40 лет больные поступали значительно реже и наиболее часто в возрасте старше 50 лет.

При обследовании больных мы обязательно выясняли давность заболевания носителей грыжи и желчнокаменной болезни. Обращает на себя внимание, что наибольшее число больных с грыжами и ЖКБ было с давностью заболевания до 3 лет, но и более 5 лет была значительная группа (19 чел.). При выяснении сроков заболевания желчнокаменной болезни со всеми сроками удельный вес больных был почти равнозначным, но 13 пациентов не смогли определить сроки заболевания.

Для оперативного лечения с жалобами на наличие грыжи поступило 63 больных (67,8%), с диагнозом острого холецистита госпитализировано 11 (11,8%), а 19 пациентов при госпитализации предъявляли жалобы на существование грыжи и ЖКБ (20,4%).

На основании анамнеза, результатов объективного исследования и УЗИ были выявлены типы грыж, которые даны в таблице 3.1.3.

Таблица 3.1.3-Распределение больных по локализации грыж

Типы грыж	Всего		из них оперированы	
	абс.ч.	%	лапаротомия	лапароскопия
Пупочная	47	50,5	43	4
Послеоперационная	30	32,3	17	13
Косая паховая	4	4,3	2	2
Прямая паховая	9	9,7	7	2
Грыжа белой линии живота	3	3,2	1	2
Итого	93	100,0	70	23

Наибольшую группу составляли пупочные грыжи (47 чел.-50,5%), реже поступали с послеоперационными грыжами (30 чел.-32,3%), у 13(14,0%) выявлена паховая грыжа и у 3(3,2%) грыжа белой линии живота.

При обследовании больных особое внимание уделяли определению размеров грыжи. Среди поступивших наибольшее число составили пациенты со средними размерами (40 чел.-43,0%) и реже обнаруживали большие и гигантские грыжи. Вправимые грыжи имели место у 56 больных (60,2%), невправимые у 31 (33,3%) и 6 (6,5%) поступили с ущемленными грыжами.

В результате обследования больных с сочетанными заболеваниями и с учетом их состояния мы построили алгоритм показаний для оперативного лечения двух патологий и противопоказания (рис. 3.1.1).

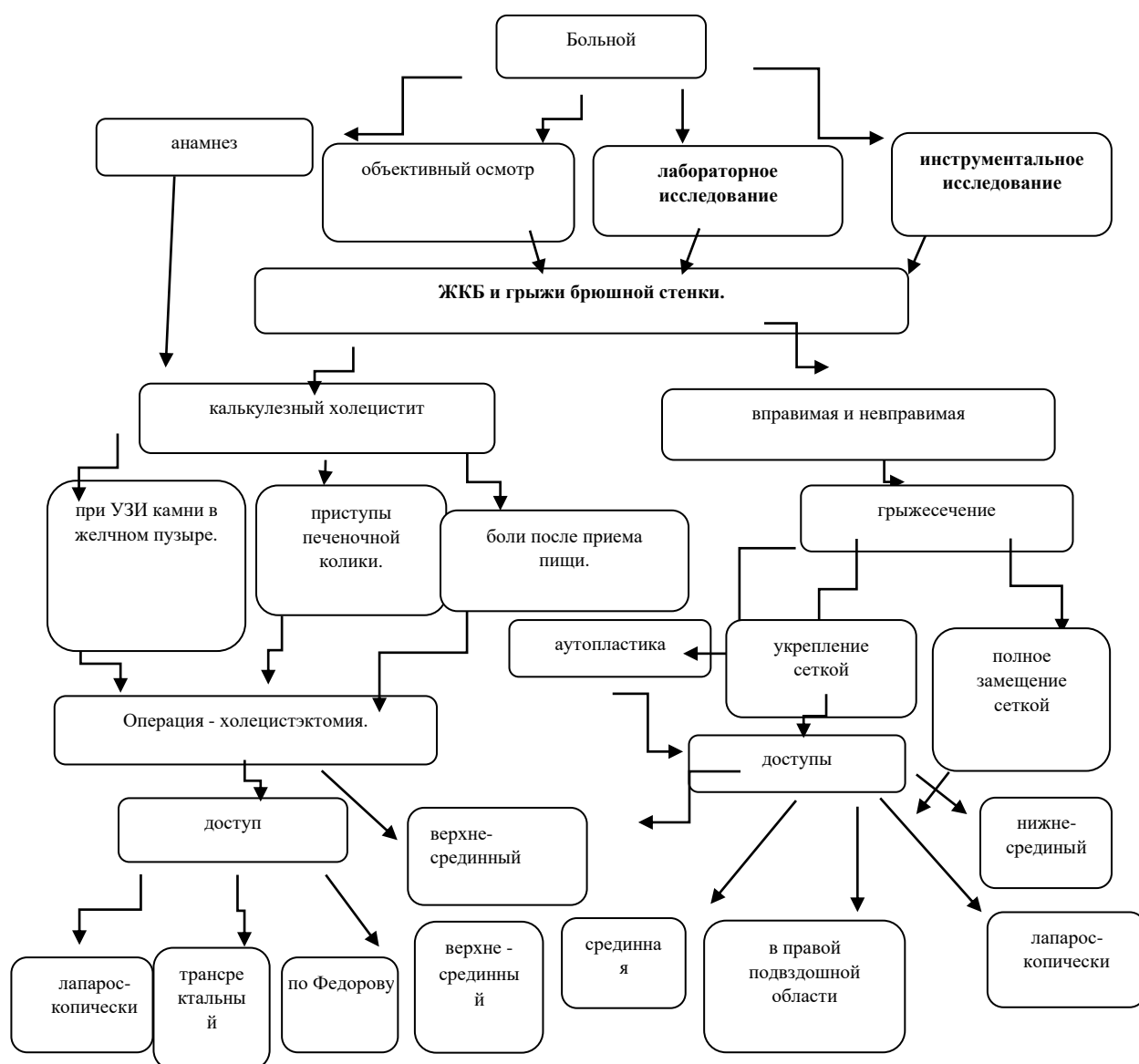


Рисунок 3.1.1. - Алгоритм симультанной операции.

При выявлении у больных с вентральными грыжами ЖКБ мы подвергали оперативному лечению лишь тех пациентов, у которых были неосложнённые формы заболевания. ЖКБ считали необходимым выполнить симультанную операцию, только при неосложненной форме, но с клиническими проявлениями заболевания (частые приступы печеночной колики, появления боли после приема пищи, а при УЗИ обнаруживали наличие конкрементов в желчном пузыре и хронический воспалительный процесс в стенках пузыря. Вентральные грыжи считали возможным выполнять симультанную операцию при не ущемленных, не вправимых грыжах, а при ущемлении в исключительных случаях использовали оперативное лечение, при сроке ущемления не более 2 часов. Противопоказанием для операции считали осложненную форму ЖКБ и такие осложнения вентральных грыж, как ущемления более 2 часов, воспаления грыжевого мешка. Доступ при симультанных операциях для выполнения грыжесечения избирался в зависимости от локализации грыж: верхнесрединный, среднесрединный, нижнесрединный и в правой подвздошной области. Для холецистэктомии учитывали расположение желчного пузыря: при высоком-трансректальном или по Федорову, а при расположении пузыря ближе к средней линии живота – верхнесрединный. Разработанные доступы обеспечивали свободное выполнение холецистэктомии и грыжесечения.

3.2. Результаты симультанных операций при сочетании пупочных грыж с желчнокаменной болезнью. В процессе работы мы рассмотрели результаты оперативного лечения при различной локализации грыж. Первую группу составили пупочные грыжи (47 чел.) При сочетании желчнокаменной болезни с пупочной грыжей выполняли аутопластику и у ряда больных использовали полипропиленовую сетку. (табл.3.2.2.)

Таблица 3.2.2- Симультанные операции при сочетании пупочных грыж с ЖКБ (n-47)

Типы операций	Всего		из них возникло осложнений	
	абс.ч	%	серома	инфильтрат
Холецистэктомия+грыжесечение с аутопластикой из них:	31			
по Мейо	19	65,9	1	1
по Сапежко	10			
по Лексеру	2			
Холецистэктомия+грыжесечение с сеткой из них:	16			
Холецистэктомия+сетка для укрепления грыжевых ворот	12	29,6		
Холецистэктомия+сетка с сохранением объема брюшной полости	4			

В этой группе определили продолжительность операции и сроки стационарного лечения (табл. 3.2.3).

Таблица 3.2.3- Продолжительность операции и сроки стационарного лечения симультанных операций при сочетании пупочных грыж с ЖКБ.

Тип пластики	Всего больных	Продолжительность операции (минуты)	Сроки стационарного лечения (сутки)
Аутопластика, M1±m1	31	84,2±2,12	6,2±0,54
Сетка для укрепления грыжевых ворот, M2±m2	12	88,8±1,12	6,5±0,37
P-Степень достоверности	M1-M2	>0,05	>0,05
Сетка для полного замещения грыжевых ворот, M3±m3	4	101,4±1,17	7,8±0,41
P-Степень достоверности	M1-M3	<0,05	<0,05
	M2-M3	<0,01	<0,05

Анализ сроков операции и стационарного лечения показал, что как при аутопластике, так и при использовании сетки с целью укрепления грыжевых ворот сроки однозначные. Отмечены достоверные различия при выполнении грыжесечения с применением сетки для полного закрытия грыжевых ворот, они были более продолжительными чем при аутопластике. В целом продолжительность операции по этой группе составила 98,3±1,16 минут, а стационарное лечение 7,4±0,28 койко-дней.

3.3. Результаты симультанных операций при сочетании послеоперационных грыж с желчнокаменной болезнью. Следующую группу составили пациенты с послеоперационными грыжами (30чел.). При послеоперационных грыжах в сочетании с желчнокаменной болезнью выполнялась холецистэктомия и различные типы грыжесечения, перечень которых дана в таблице 3.3.2. и представлена на рисунке 3.3.3.

Таблица 3.3.2 - Симультанные операции при сочетании ЖКБ с послеоперационными грыжами

Типы операций	Всего	Осложнения после операции	
	абс.ч.	Серома	инфильтрат
Холецистэктомия+грыжесечение с аутопластикой	6	1	-
Холецистэктомия+грыжесечение с укреплением ворот сеткой	20	-	-
Холецистэктомия+грыжесечение с сеткой с сохранением объема брюшной полости	4	-	-
Итого	30	1	-



На область грыжевых ворот помещена полипропиленовая сетка



Сетка фиксирована

Рисунок 3.3.3. -Этапы грыжесечения с применением полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот больной Б-а Э.О.

3.4. Результаты симультанных операций при сочетании паховой грыжи и грыжи белой линии живота с желчнокаменной болезнью. Под наблюдением находилось 13 больных с паховыми грыжами, у которых заболевание сочеталось с ЖКБ, им выполнены симультанные операции. Из них женщин 4, мужчин 9. Из 13 больных 4 были в возрасте от 51 до 60 лет, от 60 до 74 лет –еще 5 и старше 74 -4 больных. У трех женщин паховая грыжа сочеталась с хроническим калькулезным холециститом, а у одной с острым. Все больные отмечали существование грыжи более 5 лет и кроме увеличения грыжи указывали на боли и отсутствие вправления содержимого, и кроме того отмечали боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и физической нагрузки, а одна пациентка поступила с признаками острого холецистита (сильная боль, повышение температуры, многократная рвота, количество лейкоцитов $14,4 \times 10^9$), напряжение мышц в правом подреберье и др.

Всем больным первым этапом произведена холецистэктомия, а затем грыжесечение. У всех женщин использовали пластику по Бассини. Учитывая риск возникновения воспалительных осложнений больным с острым холециститом сразу

назначен антибиотик цефтриаксон по 1,0 внутривенно и метронидазол по 100,0 2 раза в сутки внутривенно на протяжении 5 дней.

Холецистэктомия у всех выполнена лапароскопически, а грыжесечение вторым доступом. У двух пациентов пластика по Бассини, а у остальных по Лихтенштейну, причем у двух с применением сетки для укрепления грыжевых ворот. Больным с острым холециститом также назначали антибиотики цефтриаксон и метронидазол. У всех оперированных послеоперационный период протекал благоприятно, лишь у одного отмечен инфильтрат в области послеоперационной раны, но все закончилось без нагноения.

И в этой группе мы определили продолжительность операции и сроки стационарного лечения. Из 13 больных аутопластика выполнена у 8, а у 5 с использованием полипропиленовой сетки. При традиционном грыжесечении продолжительность операции составила $79,4 \pm 2,12$ минут, а стационарное лечение $7,3 \pm 0,29$ койко-дней, а при использовании протеза продолжительность операции $87,9 \pm 3,18$ минут, а срок стационарного лечения $8,1 \pm 0,17$ койко-дней. Применение протеза незначительно увеличивало продолжительность операции и сроки лечения.

Меры профилактики осложнений при симультанной операции. С целью снижения контаминации области операции и операционной раны использовали раствор димексида, который обладает высоким бактерицидным действием и к тому же установлено, что он оказывает и болеутоляющий эффект. Также мерой профилактики осложнений являлось периоперационное введение антибиотика (цефазолин 1,0 в/в стр.), учитывая то обстоятельство, что в течение первых суток после операции имеет место наибольший риск обсеменения раны.

Еще одной мерой профилактики являлось дренирование подкожно-жировой клетчатки для профилактики раневых осложнений и контроль за течением раневого процесса (УЗИ). После фиксации полипропиленовой сетки, а также и после аутопластики на протяжении 3-4 суток вводили в микроиригатор 10-15 мл. раствора димексида и дренажи удерживали не более 5-7 суток. Обязательное контрольное ультразвуковое исследование обеспечивало своевременное выявление осложнений, особенно раневых (серома, гематома). С целью профилактики компартмент-синдрома использована методика Хитарьяна А.Г. и соавт., которая как мы убедились является хорошей мерой профилактики этого осложнения.

В четвертой главе «Результаты изолированных операций больных желчнокаменной болезнью и грыж брюшной стенки (контрольная группа)» изложены результаты оперативного лечения вентральных грыж и желчнокаменной болезни отдельно, у которых выполнена операции изолированно (77 чел.) с грыжами.

4.1. Результаты оперативного лечения больных с грыжами различной локализации (контрольная группа). В процессе работы выполнен анализ локализации грыж и их размеров, результаты даны на рисунках 4.1.1. и 4.1.2.

Наибольшую группу составили больные с послеоперационными вентральными грыжами (34 чел. – 44,2%) и пупочными (19 чел. – 24,7%). Реже поступали пациенты с паховыми и грыжами белой линии живота. Послеоперационные вентральные грыжи по отношению ко всем локализациям грыж составили 44,2% (рис. 4.1.1).

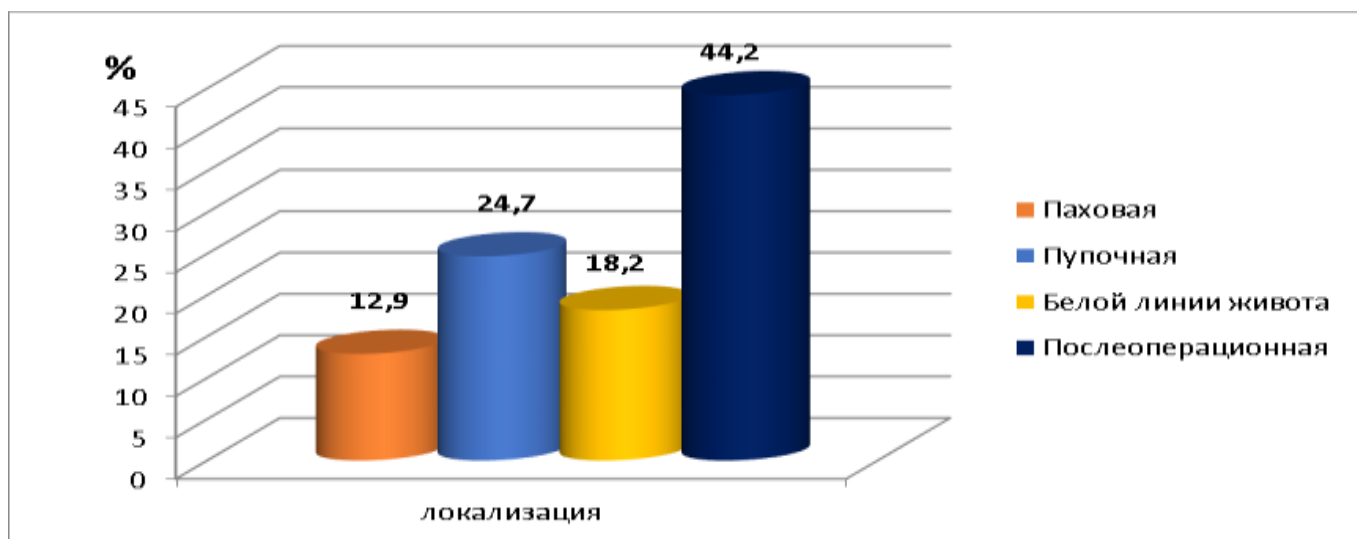


Рисунок 4.1.1 – Локализация грыж у больных контрольной группы.

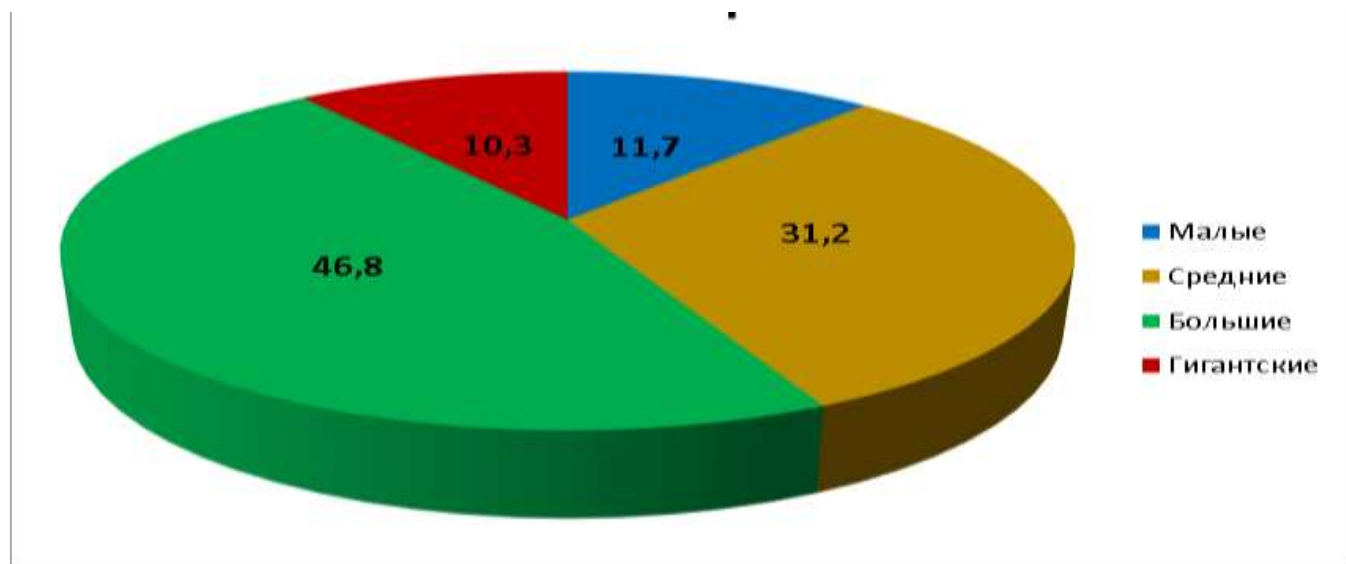


Рисунок 4.1.2 – Размеры грыж контрольной группы.

Среди всех поступивших наименьшее число составили пациенты с малыми грыжами 9 чел. (11,7%), со средними 25 (31,2%), и наибольший удельный вес занимали лица с большими грыжами 35 чел. (46,8%), а гигантские грыжи имели место у 8 пациентов (10,3%).

При рассмотрении грыж любой локализации было установлено, что

неправимые грыжи были у 41 пациентов, что составило 53,2%, а у остальных-грыжи были неосложненные.

В лечении послеоперационных вентральных грыж применяли аутопластику (чаще) и реже использовали полипропиленовую сетку в двух вариантах: для укрепления грыжевых ворот и для полного замещения грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости.

Анализ продолжительности операции показал, что она была более продолжительной при послеоперационных вентральных грыжах (рис. 4.1.3).

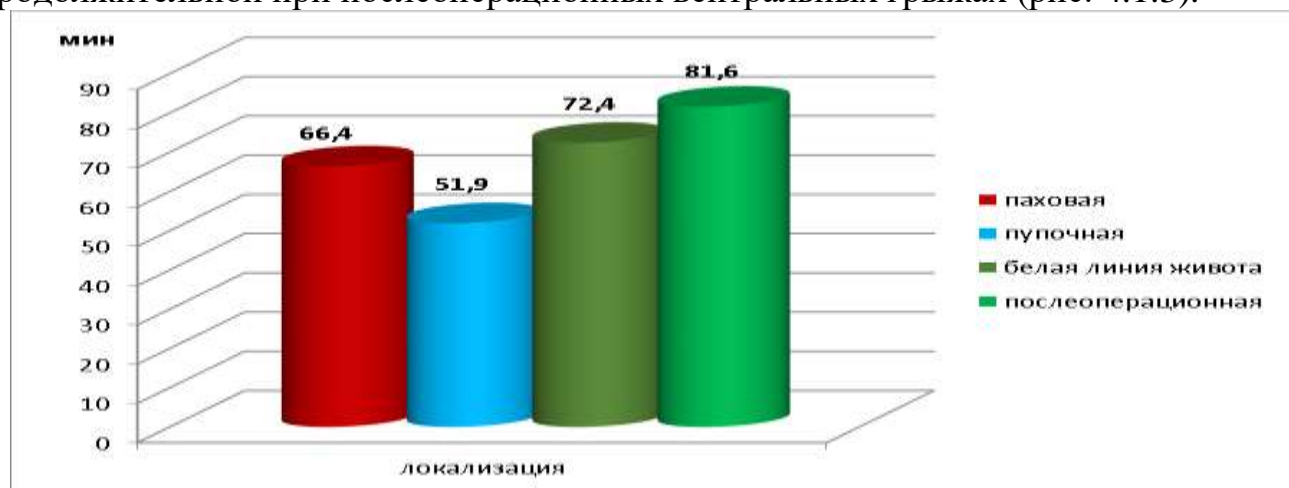


Рисунок 4.1.3. - Продолжительность операции при различной локализации грыж.

Мы проанализировали сроки стационарного лечения с различными локализациями грыж у больных контрольной группы (табл. 4.1.6).

Таблица 4.1.6 – Сроки стационарного лечения

Локализация грыж	Число больных	Проведено койко-дней
Паховые	10	7,1±0,36
Пупочные	19	6,3±0,62
Белой линии живота	14	5,7±0,31
Послеоперационные	34	8,3±0,41

Анализ сроков госпитализации показал, что минимальное пребывание в стационаре было у больных с грыжей белой линии живота и составило 5,7±0,31 койко-дней. При пупочных грыжах 6,3±0,62 койко-дней и более продолжительными сроками после операции были у больных с послеоперационными вентральными грыжами.

В процессе выполнения симультанных и изолированных операций мы сопоставили основные клинические показатели - это продолжительность операции и сроки стационарного лечения. При этом рассматриваем группу больных, которым

выполнены операции по поводу сочетанных заболеваний и изолированных: грыжесечение и холецистэктомия. Обращает внимание то, что продолжительность операции и сроки стационарного лечения при выполнении симультанных операций увеличивались незначительно (табл. 4.2.6).

Таблица 4.2.6- Основные показатели при симультанных операциях и изолированных.

Группы	Симультанные		Изолированные	
	продолжительность, мин.	сроки стационарного лечения, сутки	продолжительность, мин.	сроки стационарного лечения, сутки
Пупочные	93,2±1,57	7,1±0,23	84,2±1,41	6,1±0,32
Послеоперационные	92,2±2,12	7,4±0,32	72,1±1,45	6,6±0,52
Паховые	83,5±1,17	6,1±0,23	68,5±1,13	5,8±0,51
Грыжи белой линии живота	74,2±1,12	5,1±0,17	61,4±1,52	5,2±0,13

Выполненный анализ основных показателей, которые могли оценить симультанные и изолированные операции показал, что продолжительность операции увеличивалась при пупочных грыжах незначительно и сроки стационарного лечения мало отличались и лишь при послеоперационных грыжах была более продолжительная операция и срок стационарного лечения.

Также в четвертой главе даны и результаты оперативного лечения желчнокаменной болезни изолированно (68 чел.).

Все поступившие были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Из верхнесрединного у 18 и трансректального доступа у 24, а у остальных- доступом по Федорову. У всех больных выполнена холецистэктомия в основном от шейки и лишь у единичных больных (4 чел.) от дна.

Сопоставление показателей симультанных и изолированных операций подтвердило преимущество симультанных вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. В результате обследования больных с вентральными грыжами в сочетании с желчнокаменной болезнью пупочные грыжи составляли 53,8%, послеоперационные вентральные грыжи 29,0%, паховые 14%, грыжи белой линии живота 3,2%;

2. В выполнении симультанных операций применение усовершенствованных методов расположения и фиксации полипропиленовой сетки способствует улучшению результатов лечения больных с сочетанными заболеваниями. При этом можно

использовать сетки для укрепления грыжевых ворот и для полного замещения ворот с сохранением объема брюшной полости;

4. Применение методики, разработанной Хитарьяном и соавт. с использованием антропометрии и сонографии является надежным методом для выбора типа расположения сетчатого эндопротеза и предотвращает развитие компартмент-синдрома. Для профилактики воспалительных осложнений использовать периоперационное введение антибиотиков, в момент операции орошение раны с целью снижения обсемененности раствором 50% димексида, а продолжительность дренирования при использовании сетки не должна превышать 3-4 суток;

5. Сравнительный анализ при сочетании вентральных грыж с ЖКБ показал, что симультанные операции несущественно увеличивают продолжительность операции, сроки стационарного лечения и частоту послеоперационных осложнений в сравнении с изолированным грыжесечением и холецистэктомией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При поступлении больных с вентральными грыжами особое внимание уделять выявлению ЖКБ и ее осложнений (острый и хронический холецистит).

2. В обследовании больных использовать клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. При симультанных операциях выполнять сначала холецистэктомию, а затем пластику грыжевых ворот. Исключение составляет ущемление грыжи, когда первым этапом необходимо выполнить рассечение ущемляющего кольца, а затем холецистэктомию.

3. Выбор пластики грыжевых ворот должен осуществляться с учетом коэффициента напряжения брюшной стенки. При коэффициенте до 2,09 можно выполнять аутопластику, а если больше 2,10, то целесообразно использовать пластику грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости.

4. Для профилактики воспалительных осложнений обследование больных целесообразно выполнять амбулаторно, чтобы снизить риск госпитальной инфекции. До операции использовать периоперационное введение антибиотиков, в момент операции орошать рану антисептиками или озонированными растворами для снижения обсемененности раны в момент операции. После операции строгий УЗИ контроль для своевременного обнаружения раневых осложнений.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Калыбеков, Т. Н.** Симультанные операции при желчнокаменной болезни и наружных грыжах живота [Текст] / Т. Н. Калыбеков // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. - 2021. - №1. - С.

30-36; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47431268>

2. Симультанная операция при сочетании пупочной грыжи с желчнокаменной болезнью [Текст] / О. Ж. Токтогулов, Т. Н. Калыбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2022. - Том 22, №1. - С. 89-93; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164448>

3. Симультанные операции при послеоперационных вентральных грыжах и желчнокаменной болезни [Текст] / О. Ж. Токтогулов, Т. Н. Калыбеков, А. С. Токтосунов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2023. - Том 23, №1. - С. 104-109; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50434714>

4. Результаты оперативного лечения паховых грыж в сочетании с желчнокаменной болезнью [Текст] / Т. Н. Калыбеков, К. А. Ниязов // Вестник Международного университета Кыргызстана. - 2022. - №3. - С. 175-179; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49941064>

5. **Калыбеков, Т.Н.** Результаты оперативного лечения послеоперационных вентральных в сочетании с желчнокаменной болезнью [Текст] / Т. Н. Калыбеков // Научное обозрение. Медицинские науки. - Нижневартонск, 2022. - №1. -С. 5-9; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49023008>

6. Симультанные операции при вентральных грыжах у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / [О. Ж. Токтогулов, Т. Н. Калыбеков, М. Б. Чапыев, А. С. Токтосунов, Т. Ж. Осмонов, Т. К. Адиев] // Научное обозрение. Медицинские науки. - Нижневартонск, 2023. - №3. - С. 40-45; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54117016>

Калыбеков Түгөлбай Нуралиевичтин 14.01.17- хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденүүгө «Өттүн таш оорусу менен айкалышкан курсактын тышкы чуркусу жана аларды операциялык дарылоо» диссертациясына

РЕЗЮМЕ

Негизги сөздөр: симультандык операция, өттүн таш оорусу, ич жактагы чурку, операциялык дарылоо, оордошуулар.

Изилдөөнүн максаты. Операциянын түрүн эске алуу менен курсактын тышкы чуркусу өттүн таш оорусу менен айкалышкандагы симультандык операциянын жыйынтыктарын баалоо, операция этаптарын жана оордошуулардын алдын алуу чараларын өркүндөтүү.

Изилдөө объекти: ич жактагы чурку жана өттүн таш оорусу айкалышкан 238 бейтап, ошондой эле өзүнчө ич жактагы чурку жана өттүн таш оорусу бар бейтаптар.

Изилдөө предмети: оперативдик дарылоонун, клиникалык, лабораториялык, жана инструменталдык ыкмалардын жыйынтыктары.

Изилдөө ыкмалары: лабораториялык (жалпы кандын анализи, боор тесттери, кандын уюгучтук системасынын көрсөткүчтөрү), инструменталдык (ЭКГ, рентген, УДИ).

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы:

Өттүн таш оорусу менен айкалышкан ич жактагы чуркунун таркалышынын жыштыгы аныкталган. Өттүн таш оорусунун (курч холецистит) оордошкон формасында симультандык операцияларды аткаруунун өзгөчөлүктөрү берилген. Чоң операциядан кийинки жана киндик чуркусунда полипропилен тору менен пластика методикасы өркүндөтүлгөн (2021-жылдын 29-ноябрындагы № 45/2021 “Киндик чуркусун полипропилен торчосун менен бекитүү ыкмасы” 2021-жылдын 29-ноябрындагы № 45/2021 “Чуркунун дарбазасын бекемдөө үчүн полипропилендик торду бекитүү ыкмасы” № 52/2022-февраль. 14, 2022, КММАнын патент бөлүмү тарабынан берилген жана Эне жана баланы коргоо Улуттук борбордун патент бөлүмү тарабынан 2022-жылдын 14-ноябрында берилген №29/2022 «Полипропилен торчосун колдонуу менен герниопластика учурунда сезгенүү асқынууларынын алдын алуу ыкмасы» рационализатордук сунуштар).

Өттүн таш ооруну менен курсактын тышкы чуркусу айкалышкандагы симультандык операцияны колдонуу мүмкүнчүлүгү негизделген.

Колдонуу деңгээли же колдонуу боюнча сунуштамалар. Иш процессинде алынган негизги тыянактар жана сунуштамалар хирургия бөлүмүнүн күнүмдүк клиникалык практикасында, ошондой эле окутуу процессинде жана илимий изилдөөлөрдө колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Калыбекова Туголбая Нуралиевича на тему: «Наружные грыжи живота в сочетании с желчнокаменной болезнью и их оперативное лечение» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17- хирургия.

Ключевые слова: Симультантные операции, желчнокаменная болезнь, вентральные грыжи, оперативное лечение, осложнения.

Цель исследования: оценить результаты симультантных операций при сочетании наружных грыж живота с желчнокаменной болезнью с учетом типа операций, совершенствования этапов операции и мер профилактики осложнений.

Объект исследования: 238 больных с сочетанием вентральных грыж и желчнокаменной болезни, а также больные с вентральными грыжами и ЖКБ отдельно.

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных, инструментальных и оперативных методов лечения.

Методы исследования: лабораторные (общий анализ крови, печеночные тесты, показатели свертывающей системы крови), инструментальные (ЭКГ, рентген, УЗИ).

Полученные результаты и их новизна:

Установлена частота локализаций вентральных грыж в сочетании с желчнокаменной болезнью. Представлены возможности выполнения симультантных операций при осложненной форме желчнокаменной болезни (острый холецистит).

Усовершенствована методика пластики полипропиленовой сеткой при послеоперационных и пупочных грыжах, на которое получено рационализаторские предложения: «Способ фиксации полипропиленовой сетки при пупочных грыжах с сохранением объема брюшной полости» № 45/2021 от 29 ноября 2021 года, «Способ фиксации полипропиленовой сетки для укрепления грыжевых ворот» №52/2022 от 14 февраля 2022 года, выданное патентным отделом при КГМА им. И.К. Ахунбаева и «Способ профилактики воспалительных осложнений при герниопластике с применением полипропиленовой сетки» № 29/2022 от 14 ноября 2022 года выданное патентным отделом при НЦОМид. Обоснована возможность применения симультантных операций при сочетании наружных грыж живота с желчнокаменной болезнью и построен алгоритм показаний к их использованию на практике.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы, могут быть использованы в повседневной клинической практике хирургических отделений, а также в учебном процессе и научных исследованиях.

Область применения: хирургия.

SUMMARY

of the dissertation of Tugolbai Kalybekov Nuralievich on the topic “External abdominal hernias in combination with cholelithiasis and their surgical treatment” for the academic degree of Candidate of Medical Sciences in the major of 14.01.17-surgery

Key words: Simultaneous operations, cholelithiasis, ventral hernias, surgical treatment, complications.

Purpose of the research: To evaluate the results of simultaneous operations when external abdominal hernias are combined with cholelithiasis, considering the type of operations, improvement of the stages of operation and measures to prevent complications.

Object of the research: 238 patients with a combination of ventral hernias and cholelithiasis, as well as patients with separate ventral hernias and cholelithiasis.

Subject of the research: results of clinical, laboratory, instrumental and surgical treatment methods

Research methods: Laboratory (general blood test, liver tests, indicators of the blood coagulation system), instrumental (ECG, X-ray, ultrasound).

The results obtained and their novelty:

The frequency of localizations of ventral hernias in combination with cholelithiasis was established. The features of performing simultaneous operations in complicated forms of cholelithiasis (acute cholecystitis) were presented. The technique of polypropylene mesh repair for large postoperative and umbilical hernias was improved (rationalization proposals “Method of fixing a polypropylene mesh for umbilical hernias while maintaining the volume of the abdominal cavity” № 45/2021 dated november 29, 2021, “Method of fixing a polypropylene mesh to strengthen the hernia orifice” № 52/2022 dated february 14, 2022, issued by the patent department at the KSMA name I.K. Akhunbaeva and “Method for the prevention of inflammatory complications during hernioplasty using polypropylene mesh” № 29/2022 dated November 14, 2022, issued by the patent department at the National center for maternal and child health).

The possibility of using simultaneous operations when external abdominal hernias are combined with cholelithiasis was substantiated.

Extent of use or recommendations for use: The main conclusions and recommendations obtained during the work can be used in daily clinical practice of surgical departments, as well as in the educational process and scientific research.

Application area: surgery.

