

ELIMINATION OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS BY MODERN METHODS.

**Assistant of the Department of General Surgery and Transplantology
Khoshimov I.M.**

**Assistant of the Department of General Surgery and Transplantology
Ahmadjonov J.O**

**PhD of the Department of General Surgery and Transplantology
Jorayev G.G.**

Andijan State Medical Institute

Abstract. There are anatomical weak points in the dense layers of the anterior abdominal wall: inguinal and femoral canals, umbilical ring, area of the white line. In the "weak points" the muscle layer is absent or weakened. Through them, with tension of the abdominal muscles, the hernia overcomes the dense layers of the anterior abdominal wall due to increased intra-abdominal pressure. Today, the treatment of anterior abdominal wall hernias (AAWH) is a pressing problem in surgery. According to many authors, on average, abdominal hernias occur in 3-4% of the population. Elderly and senile people suffer more often - hernias are recorded in 15-17% of cases. Autoplastic operations are still used, with relapse rates ranging from 5 to 60%, while alloplasty methods average 3 to 20% [1, 2].

Keywords: Anterior abdominal wall, hernia, modern method, kinesiotaping.

УСТРАНЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ.

Ассистент кафедры общей хирургии и трансплантологии Хошимов И.М.

**Ассистент кафедры общей хирургии и трансплантологии Ахмаджонов
Дж.О.**

**Кандидат медицинских наук кафедры общей хирургии и
трансплантологии**

Джораев Г.Г.

Аннотация. В плотных слоях передней брюшной стенки есть анатомические слабые места: паховые и бедренные каналы, пупочное кольцо, область белой линии. В «слабых местах» мышечный слой отсутствует или ослаблен. Сквозь них, при напряжении мышц брюшного пресса, грыжа преодолевает плотные слои передней брюшной стенки за счет повышения внутрибрюшного давления. На сегодняшний день лечение грыж передней брюшной стенки (ПБС) является актуальной проблемой в хирургии. По данным многих авторов, в среднем грыжи живота встречаются у 3–4% населения. Лица пожилого и старческого возраста страдают чаще – грыжи регистрируются в 15–17% случаев. До сих пор применяются операции с методами аутопластики, рецидив при этом достигает от 5 до 60%, при применении методов аллопластики в среднем он составляет от 3 до 20% [1, 2].

Ключевые слова: Передняя брюшная стенка, грыжа, современный метод, кинезиотейпирование.

При оперативном лечении грыж ПБС одной из важных задач является восстановление анатомо-топографических компонентов тканей для герметичности внутрибрюшного давления (ВБД). Во время операции при малых и средних грыжах в большинстве случаев возможно восстановить ПБС, соединив мягкие ткани между собой, и тем самым добиться первоначального мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки. При больших и гигантских грыжах редко получается грамотно сопоставить все слои мягких тканей, в связи с этим приходится прибегать к фиксации эндопротеза к рубцовой ткани грыжевых ворот. Такая пластика менее надежна и используется в безвыходных ситуациях. Такие методики корректно применять у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, а также при наличии дыхательной и сердечной недостаточности [3]. В раннем

послеоперационном периоде швы в области послеоперационного рубца испытывают максимальную нагрузку при активности пациента, кашле, парезе кишечника, а также при повышении ВБД. В это же время в местах крепления эндопротеза происходит изменение его размеров в среднем по длине до 20% и по ширине до 40% [4]. По данным многих авторов, основным стандартом лечения грыж и укрепления ПБС является применение полипропиленовой сетки, которая не всегда способна решить все проблемы. По наблюдениям многих авторов, в момент рецидива заболевания происходит смещение прямых мышц живота латерально, нарушается функция брюшного пресса. Также имеется мнение авторов, что полипропиленовая сетка представляет собой «корсет», способный в дальнейшем укрепить ПБС. Теоретическая и техническая база сложных форм грыж, таких как: обширные, гигантские, рецидивные, многократно рецидивирующие, требует не только высокой оперативной техники, но и большого здравого смысла. Основными процессами являются хроническая эндогенная интоксикация, связанная с нарушениями моторики кишечника при грыжах, клинический анализ факторов риска развития послеоперационных осложнений (дыхательных, сердечно-сосудистых, гнойно-септических) . Одним из традиционных, вспомогательных и современных методов в реабилитации на сегодняшний день является применение методики кинезиотейпирования. При данной методике используется эластическая лента «Кинезиотейп», состоящая из 100% хлопка, покрытая гипоаллергенным клеящим слоем на акриловой основе, которая активируется при температуре тела. Помимо этого, ее толщина и эластичность сходны по свойствам с поверхностным слоем человеческой кожи (эпидермисом), что позволяет избежать излишней сенсорной стимуляции при правильном наложении, т. е. при нанесении аппликации на кожу пациента в течение 10–15 минут человек перестает ее ощущать. Сама хлопковая основа тейпа способствует быстрому испарению, высыханию, а

также дыханию кожи. Тейп не ограничивает функцию мышц и суставов, а лишь корректирует их действие. Благодаря хлопковой основе тейп практически не вызывает аллергической реакции.

Эластическое тейпирование оказывает широкое влияние на организм, в том числе на опорно-двигательный аппарат, внутренние органы, лимфатическую и венозную систему, вегетативную нервную систему, соматическую нервную систему. Во время процедур кинезиотейпирования происходит движение связочно-мышечного каркаса и улучшение эластичности передней брюшной стенки, что, в свою очередь, улучшает микроциркуляцию и кровоснабжение этой области, что в последующем будет проявляться в улучшение процессов заживления и восстановления после операции. По наблюдениям многих авторов, в момент рецидива заболевания происходит смещение прямых мышц живота латерально, нарушается функция брюшного пресса. Также имеется мнение авторов, что полипропиленовая сетка представляет собой «корсет», способный в дальнейшем укрепить ПБС. Теоретическая и техническая база сложных форм грыж, таких как: обширные, гигантские, рецидивные, многократно рецидивирующие, требует не только высокой оперативной техники, но и большого здравого смысла.

Технический результат изобретения достигается тем, что способ лечения больных с большими вентральными грыжами заключается в хирургическом лечении, включающем полное удаление грыжевого мешка и последующее пластическое закрытие удаленного дефекта. Причем до и после выполнения хирургического лечения осуществляют коррекцию мышечно-соединительнотканного каркаса передней брюшной стенки путем наложения эластичного материала до хирургического лечения - на всю протяженность грыжи и после - на всю протяженность области хирургического лечения. В качестве эластичного материала используют кинезиотейпы, с натяжением 75% в предоперационном периоде, которые накладывают в поперечном направлении относительно срединной линии живота, перекрывая все

грыжевое выпячивание, фиксируя их таким образом, чтобы были захвачены латеральные края боковых мышц живота. Процедуру кинезиотейпирования в предоперационном периоде проводят курсами, каждый из которых проводят один раз в 1 или в 2 недели, длительностью 5 дней, всего проводят 7 или 8 курсов. В послеоперационном периоде кинезиотейпы накладывают на всю область выполненной операции протезирования в поперечном направлении относительно срединной линии таким образом, чтобы были захвачены латеральные края боковых мышц живота и кинезиотейпирование проводят, используя тейпы с натяжением 50% двумя курсами, каждый из которых - 1 раз в неделю, длительностью по 5 дней.

Способ осуществляется следующим образом:

Используют кинезиотейпы с растяжением 75%. Количество тейпов соответствует продольной длине грыжи или диастаза прямых мышц живота, процедуру кинезиотейпирования в предоперационном периоде проводят курсами, каждый из которых проводят один раз в 1 или в 2 недели, длительностью 5 дней, всего проводят 7 или 8 курсов.

Литература

1. Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р., Копыльцов А.А., Токарев Т.В. Современный взгляд на лечение послеоперационных грыж брюшной стенки. CONSILIUM MEDICUM, Хирургия 2016, №2: 6-9.
2. Awaiz A., Rahman F., Hossain M. B., et al. Meta-analysis and systematic review of laparoscopic versus open mesh repair for elective incisional hernia. Hernia. 2015; (19), 3: 449-463
3. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon A.L. "Components separation" method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. Plast Reconstr Surg 1990; 86(3): 519-526.
4. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. - «Бизнес-Информ», 2002. - С. 440.