

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019 Tib 93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САЙИНАЕВ ФАРРУХ КАРАМАТОВИЧ**

**ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ЭНДОХИРУРГИК**  
**ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ КЛИНИК**  
**АФЗАЛЛИГИ ВА ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**  
**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Бухоро – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора филологии (PhD)**

**Contents of the Dissertation Abstract of the Doctor of Philosophy (PhD)**

**Сайинаев Фаррух Караматович**

Вентрал чурраларда эндохирургик герниопластиканинг

клиник афзаллиги ва техник жиҳатлари ..... 3

**Сайинаев Фаррух Караматович**

Клиническая эффективность и технические аспекты

эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах .. 23

**Sayinayev Farrukh Karamatovich**

Clinical efficiency and technical aspects of endovideosurgical

hernioplasty for ventral hernia ..... 43

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works ..... 47

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019 Tib 93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САЙИНАЕВ ФАРРУХ КАРАМАТОВИЧ**

**ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ЭНДОХИРУРГИК**  
**ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ КЛИНИК**  
**АФЗАЛЛИГИ ВА ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**  
**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Бухоро – 2021**

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.PhD/Tib1976 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз тилида (резюме)) Илмий кенгаш веб-сайтида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Курбаниязов Зафаржон**

тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар**

**Ҳамдамов Бахтиёр Зарифович**

тиббиёт фанлари доктори

**Эшонходжаев Отабек Джураевич**

тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот**

**Абуали ибни Сино номидаги**

**Тожикистон давлат тиббиёт**

**университети**

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашининг 2022 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй.Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 200100, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси 1-уй. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2021 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.Ш. Иноятов**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.Н. Ачилова**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

**Н.А. Нуралиев**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, қорин олд деворининг чурралари энг кўп учрайдиган жарроҳлик касалликларидан бири бўлиб, аҳолининг 3-7 фоизида яъни асосан меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларда учрайди<sup>1</sup>. Барча лапаротомияларнинг 5% дан ортиғи операциядан кейинги вентрал чурраларнинг ҳосил бўлиши билан мураккаблашади ҳамда уларнинг пайдо бўлиш частотаси жарроҳлик аралашувининг табиати ва шошиличилигига боғлиқ<sup>2</sup>. Вентрал чурраларни бартараф этиш учун қилинадиган жарроҳлик аралашувлар барча жарроҳлик амалиётларининг тахминан 10% ни ташкил қилади. Герниопластиканинг мавжуд анъанавий усуллари ҳар доим ҳам самарали даволаш натижасини таъминламайди, бунда қайталанишлар сони ўзгариб туради ҳамда катта нуқсонлар бўлганда уларнинг частотаси 60% гача етиши мумкин. Шу муносабат билан, ҳозирги вақтда жарроҳлик даволашнинг устувор усули узок муддатли натижаларни сезиларли даражада яхшилаган аллогерниопластиканинг турли хил вариантлари ҳисобланади.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда чурра нуқсонлари ривожланишининг патогенетик механизмларини ўрганиш шу жумладан қорин олд деворининг мушак-бириктирувчи тўқима каркасининг структуравий ўзгаришлари, метаболик касалликлар, ўрта ва кекса ёшдаги одамларда коллаген синтезининг бузилиши ва бошқалар энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, илмий изланишларни талаб қилаётган йўналиш бўлиб қолмоқда. Тўрли протез имплантациясига жавобан сероз-геморрагик суюқлик ишлаб чиқарилишини кўпайиши ҳал қилинмаган муаммолардан ҳисобланади. Тўрсимон протез имплантациясига жавобан сероз-геморрагик суюқлик ишлаб чиқариш муаммолари ҳал этилмаганлигича қолмоқда.

Ҳозирги кунда аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш борасида кенг кўламли ишлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, операциядан кейинги вентрал чурралар бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштиришда ижобий натижаларга эришилди. Шу билан бирга, ушбу беморларга кўрсатилаётган ёрдамни яхшилаш учун касалликнинг узок муддатли профилактикасини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини баҳолаш учун илмий асосланган натижалар талаб қилинади. Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг 2017-2021 йилларга мўлжалланган бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракат стратегияси аҳолининг кам таъминланган қатламларига тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш бўйича

<sup>1</sup> World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10589/1111189](http://www.who.int/iris/handle/10589/1111189).

<sup>2</sup> Elstner K. E. et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum complementing chemical component relaxation in complex ventral hernia repair //Surgical endoscopy. – 2017. – Т. 31. – №. 4. – С. 1914-1922.

вазифаларни белгилайди. Бу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, диагностика ва жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш орқали операциядан кейинги вентрал чурралар билан касалланган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш, хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш долзарб йўналишлардан биридир<sup>3</sup>.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқот ишининг давлат дастурлари ёки тадқиқот лойиҳалари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқотлари республика фан ва техника тараққиётининг VI "Тиббиёт ва фармакология" устувор йўналишига мувофиқ олиб борилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги вақтда мултицентрик тадқиқотларга кўра, вентрал чурралар билан оғриган беморларда сезиларли ўсиш кузатилмоқда. Куликов Н.А. (2018) фикрича, ҳатто операциядан кейинги жароҳатни яхши битишида ҳам тўқималарнинг прогрессив морфофункционал етишмовчилиги билан кечувчи III турдаги коллаген мувозанати бузилган беморларда операциядан кейинги чурралар ривожланади, бу эса рецидивли чуррала беморларга хос бўлиб, бу эса уларда чурра касаллигининг кейинги ривожланишига олиб келади. Вентрал чурраларни даволашнинг турли хил усуллари ва уларнинг такомиллаштирилиши шуни кўрсатадики, муаллифлар камайиш тенденцияси бўлмасда рецидивларнинг частотаси туфайли ушбу муаммони ҳал қилиш учун тадқиқотларни давом эттирмоқдалар. Герниопластикадан сўнг рецидивлар ривожланиш частотаси 3-13%, морбид семиришда эса 28% га етади (Каримов Ш.И. ва ҳаммуаллифлар, 2018). Энг физиологик усуллар, шубҳасиз, чурра нуқсонини ёпишнинг аутопластик усуллари дидир. Ҳозирги вақтда полипропилен ва политетрафлороэтилендан тайёрланган турли эндопротезлари кенг қўлланилади (Магеррамов Д.М. ва ҳаммуаллифлар, 2017). Бироқ, амалда уларни қўллаш имкониятлари турли омиллар, шу

---

<sup>3</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017-йил 7 – февралдаги № ПҚ-4947 «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида». Қонун ҳужжатлари тўплами.

жумладан, кўпинча операциядан кейинги асоратларни ривожланиши туфайли чекланган.

Калиш Ю.И. (2015) фикрича вентрал чурраларни даволашда долзарб муаммолар эрта асоратлардир, чунки бу операциядан кейинги даврнинг узок давом этиши, беморнинг кўшимча рухий ва жисмоний азобланиши ва ўлимларнинг асосий сабабидир. Катта ва йирик вентрал чурраларни даволашда муҳим муаммолардан бири, техник жиҳатлардан ташқари, қорин бўшлиғи босимининг ошиши бўлиб, қорин бўшлиғи гипертензия синдроми, нафас олиш ва юрак етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади, бу эса операциядан кейинги даврнинг кечишини юқори ўлим даражаси билан сезиларли даражада ёмонлаштиради. Бошқа томондан Мухтаров З.М. (2014) фикрича, қорин олд деворининг заифлиги, герниогенез жараёни қорин бўшлиғи босими ва қорин деворларининг унга қарши туриш қобилияти ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши фонида содир бўлади. Бошқа сўзлар билан айтганда, бугунги кунда операциядан кейинги вентрал чурралар шаклланиш жараёни кўплаб омиллар бирикмасидир, асосан юқори қорин бўшлиғи босими фонида операцион жароҳат тузалишида қорин деворининг бириктирувчи тўқима тузилмалари етишмовчилигидир.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, операциядан кейинги вентрал чурраларни даволаш ва рецидивининг олдини олишдаги ҳозирги тенденциялар қорин девори функциясини тиклаш, операциядан кейинги жисмоний реабилитация ва косметик самарага эришишга асосланган. Қониқарсиз натижаларини кўплиги, оптимал даволаш усулини танлаш қийинлиги бу соҳада тадқиқотларни янада рағбатлантиради. Юқоридагилар операциядан кейинги вентрал чурралар бор беморларни хирургик даволашда, айниқса организмнинг заҳира имкониятларини баҳолаш билан тайёргарлик босқичи нуқтаи назаридан оптимал ёндашувларни ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий етиш зарурлигини тақозо этган.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Операциядан кейинги вентрал чуррали беморларни диагностикаси ва хирургик даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий лойиҳаси доирасида бажарилган (2013-2017 йй).

**Тадқиқот мақсади** тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш ва герниопластикада эндовидеохирургияни оптималлаштириш орқали вентрал чурраларни даволаш сифатини яхшилашдир.

**Тадқиқот вазифалари:**

вентрал чурраларни даволашда лапароскопик герниопластика усулларини қўллаш учун кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, клиник ва техник жиҳатларни такомиллаштириш;

операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш учун лапароскопик герниопластиканинг техник жиҳатларини оптималлаштириш;  
протезни қорин олд деворига хавфсиз фиксациялаш учун такомиллаштирилган жарроҳлик воситасининг самарадорлигини баҳолаш;  
вентрал чуррали беморларда лапароскопик герниопластика натижаларини ўрганиш ва уларнинг рецидивларининг асосий сабабларини аниқлаш;

**Тадқиқот объекти** сифатида 2016-2020 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси жарроҳлик бўлимига вентрал чурралар билан ётқизилган 117 нафар бемор олинди.

**Тадқиқот предмети ва усуллари** сифатида герниопластика усулини танлашда дифференциал ёндашув ёрдамида вентрал чуррали беморларни кенг қамровли текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш олинди. Тадқиқот мақсадига эришиш ва вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги тадқиқот усулларидан фойдаланилди: умумий клиник, биокимёвий, инструментал ва статистик усуллар.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

вентрал чуррали беморларда турли герниопластика вариантларининг такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда оптимал жарроҳлик усулини танлаш учун балл шкалали дастур ишлаб чиқилган;

лапароскопик протез герниопластикаси пайтида протезни фиксациялаш босқичини техник оптималлаштириш учун «эндопротезни қорин олд деворига фиксациялаш учун игна» жарроҳлик воситаси такомиллаштирилган;

лапароскопик жарроҳлик аралашувининг вентрал чурраларни даволашда герниопластика техник жиҳатлари аниқланган;

герниопластикани очик ва лапароскопик усуллар билан бажариш натижалари ўрганилган, лапароскопик жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлиги аниқланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижаси** қуйидагилардан иборат:

лапароскопик протез герниопластикаси техникаси ўзгартирилган игна ёрдамида оптималлаштирилди, бу эса вентрал чуррали беморларда протезни фиксациялашда техник қийинчиликларни бартараф этишга имкон берди;

тактик ва техник жиҳатларни такомиллаштиришни ҳисобга олган ҳолда вентрал чуррали беморларда лапароскопик протезли герниопластика операцияси тактикаси учун дастурий ишланма ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** назарий ёндашувлар ва усулларни тадқиқотда қўллашнинг тўғрилиги, текширувларнинг аниқлиги, операциядан кейинги вентрал чурра аниқланган беморларнинг етарли танлов ҳажми, клиник, лаборатор ва инструментал маълумотлардан олинган рақамли маълумотларга асосланган замонавий статистик усуллардан фойдаланиш,

халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар, шунингдек назарий ва амалий тадқиқотларнинг етарлилиги ва амалий бажарилишидан олинган натижалар билан таққослаш ва оқилона баҳолаш орқали асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулоса ва таклифлар ўзининг назарий аҳамиятига эга бўлиб, вентрал чурра бўлган беморларни диагностика қилиш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Герниопластиканинг турли хил вариантларининг такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда, вентрал чурра бўлган беморларда жарроҳликнинг оптимал усулини танлаш учун балл шкаласи дастури ишлаб чиқилган. Лапароскопик протез герниопластикасини бажаришда протезни фиксациялаш босқичини техник жиҳатдан оптималлаштириш учун «Қорин олд деворига эндопротезни фиксациялаш учун игна» жарроҳлик асбоби такомиллаштирилди. Вентрал чурраларни даволашда лапароскопик жарроҳлик аралашувларнинг - герниопластиканинг техник жиҳатларига батафсил баҳоси берилган. Очиқ ва лапароскопик усуллар билан герниопластикани ўтказиш натижалари ўрганилди, жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлиги аниқланган.

Диссертация ишининг амалий аҳамияти шундаки, лапароскопик протез герниопластика техникаси ўзгартирилган игна ёрдамида оптималлаштирилган бўлиб, бу вентрал чурра бўлган беморларда протезни фиксациялашдаги техник қийинчиликларни камайтиришга имкон берди. Вентрал чурраси бўлган беморларда, яхшиланган тактик ва техник жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда операциянинг - лапароскопик протез герниопластиканинг тактик дастурий ишланмаси ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Вентрал чурра билан оғриган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашни такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотлар натижаларига кўра:

«Қорин олд деворига эндопротезни фиксациялаш учун игна» жарроҳлик асбоби такомиллаштирилди. Таклиф этилаётган воситадан фойдаланиш протезни қорин олд деворига фиксациялашдаги техник қийинчиликларни камайтириш билан операция вақтини қисқартириш имконини берган;

«Вентрал чурраларда эндовидеохирургик герниопластиканинг техник жиҳатлари» услубий тавсиянома ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги маълумотномаси №8н-р/907 12 октябр 2021 йил) ва «Қорин вентрал чурраларини замонавий кам инвазив ва эндоскопик даволаш усуллари» (Соғлиқни сақлаш вазирлиги маълумотномаси №8н-р/908 12 октябр 2021 йил) услубий тавсияномалари ишлаб чиқилган. Таклиф этилган тавсиялар вентрал чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш учун тактикани танлашни оптималлаштиришга имкон берган;

вентрал чурра билан оғриган беморларга диагностика ва жарроҳлик даволаш сифатини ошириш бўйича олинган илмий натижалар амалий соғлиқни сақлаш фаолиятига, хусусан, Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг жарроҳлик бўлимларида жорий эилди (Соғлиқни сақлаш вазирлиги маълумотномаси №8н-з/369 22 октябр 2021 йил). Вентрал чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали тадқиқот натижаларини амалга ошириш операциядан кейинги асоратларнинг умумий даражасини 20,8% дан 13,3% гача, шу жумладан яра асоратларини 12,5% дан 4,4% гача камайтиришга имкон берган. Шунингдек, лапароскопик герниопластикадан кейин жарроҳлик даволаш ва реабилитация даврларининг давомийлигини сезиларли даражада қисқарган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги хулосаси № 08-09/19850 15 декабрь 2021 йил).

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий анжуманларида, улардан 1 таси халқаро, 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 6 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда чоп этган.

**Диссертациянинг таркиби ва ҳажми.** Диссертация кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялардан ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 118 бетни ташкил этади.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАРКИБИ**

**Кириш** қисмида тадқиқот мавзусининг долзарблиги ва зарурати, тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги, тадқиқ этилаётган муаммонинг ўрганилганлик даражаси, тадқиқотнинг мақсад ҳамда вазифалари, объекти, предмети, усуллари, диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижаси, тадқиқот натижаларининг ишончлилиги, илмий ва амалий аҳамияти, жорий қилиниши, апробацияси, эълон қилинганлиги ҳамда диссертациянинг ҳажми, тузилиши бўйича маълумот берилган.

Диссертациянинг биринчи боби «**Вентрал чурраларни хирургик даволашда эндовидеохирургик герниопластикадан фойдаланиш муаммосининг ҳозирги ҳолати**»да вентрал чурра муаммосининг моҳиятини, унинг етиопатогенезини, диагностика ва даволашнинг замонавий

усулларини, шунингдек, ушбу патология билан оғриган беморларни даволашнинг долзарб масалаларини очиб берадиган адабиётлар шарҳи келтирилган. Бобда муаммонинг ҳолати, қорин бўшлиғи чурралари жарроҳлигида қўлланиладиган герниопластика усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифлари келтирилган. Шунингдек, чурра жарроҳлигидаги эндовидеохирургик ҳерниопластика замонавий жаҳон адабиёти маълумотларига кўра алоҳида тавсифланган.

Диссертациянинг иккинчи боби «**Клиник материал ва қўлланилган тадқиқот усуллари**»да тадқиқот материаллари ва усуллари тавсифланган, клиник материалларнинг умумий тавсифи, клиник ва инструментал тадқиқот усуллари берилган. Тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси хирургия бўлимида 2016-2020-йилларда жарроҳлик бўлимида вентрал чурра билан оғриган 117 нафар беморнинг клиник-лаборатор текшируви маълумотларига асосланади. Барча беморлар режалаштирилган тарзда операция қилинган. Даволаш тактикасини танлашга қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ, таққослаш гуруҳи очик усулда чурра кесилган 65 бемордан иборат. Иккинчи гуруҳ, асосий гуруҳ, лапароскопик протез герниопластика режалаштирилган 52 бемордан иборат.

Диссертациянинг учинчи бобида «**Вентрал чурраларда эндовидеожарроҳлик герниопластикасининг техник жиҳатлари**» СамМИ 1-клиникасида қорин бўшлиғи чурраси ташхиси билан оғриган беморларда қўлланиладиган тактик ва техник ёндашувларга бағишланган. Даволаш натижаларига таъсир қилувчи ушбу омиллар балли шкалада баҳоланган (ЭХМ учун дастурни давлат рўйхатидан ўтказиш тўғрисидаги гувоҳнома № DGU 03724, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги – 2021 йил).

Умумий бали 10 гача бўлган 52 бемор учун (1-жадвал), операциядан кейинги даврга таъсир қилувчи турли конституциявий хусусиятларнинг хавфини ҳисобга олган ҳолда, дастлаб лапароскопик протезли герниопластикани режалаштирилган. Ўрганган ушбу беморлар асосий гуруҳни ташкил этган. 11 дан 22 баллгача бўлган 65 (55,5%) беморда операциядан кейинги даврда ножўя оқибатлар ривожланиш хавфи юқори эди. Улардан 28 (43,1%) беморда операциядан кейинги чурраси бор эди. 24 (36,9%) беморда II-III даражали семизлик кузатилди, бу эса узок муддатли даврда касалликнинг рецидиви ривожланишининг омилдир. Уларга очик усулда чуррани кесиш амалга оширилган.

Кичик ва ўрта ўлчамдаги вентрал чурралари бўлган 45 (асосий гуруҳдаги беморларнинг умумий сонининг 86,5% - 52) беморларда, апоневроз нуқсони ўлчамлари - 5 см гача ва 5 см дан 10 см гача бўлган беморларда вентрал чурраларда лапароскопик протезли герниопластика қўлланган.

**Турли хил пластика усуллардан фойдаланиш учун  
кўрсаткичларнинг балл тизими**

Хавф омиллари	Микдорий характеристикаси	Баллар
УТТ, КТ бўйича қорин девори ҳолати	Норма	0
	Енгил даражали кучсизлик	1
	Оғир даражали кучсизлик	2
Чурра дарвозаси ўлчами	5 см гача	0
	6-10 см	1
	11-15 см	2
	15 см дан катта	3
Вазн (тана вазни индекси)	Норма	0
	I-II даражали семириш	1
	III даражали семириш	2
Ёши	25-44 ёш	0
	45-59 ёш	1
	60-74 ёш	2
	75-90 ёш	3
Чурра ҳосил бўлган давр	1 йилгача	0
	1 йилдан 3 йилгача	1
	3 йилдан ортиқ	2
Жисмоний зўриқиш	Йўқ	0
	Ўртача зўриқиш	1
	Оғир зўриқиш	2
Нафас олиш тизимининг функционал ҳолати	Бузилишлар йўқ	0
	Даврий нафас олиш қийинлиги	1
	Сурункали нафас етишмовчилиги	2
Овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал ҳолати	Бузилишлар йўқ	0
	Даврий қабзият	1
	Доимий қабзият	2
Сийдик ажратиш тизимининг функционал ҳолати	Бузилишлар йўқ	0
	Даврий қийинлашиши	1
	Доимий сийдик чиқариш қийинлиги	2
Битишма жараёнининг даражаси	Битишма жараёни йўқ	0
	Чурра халтаси орасида битишмалар	1
	Қорин бўшлиғида битишмалар	2

Жарроҳлик аралашуви стандарт техникага мувофиқ амалга оширилган.

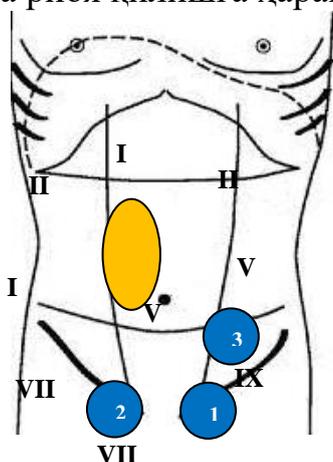
I босқич - биринчи троакарни киритиш. Бирламчи ёки операциядан кейинги чуррага қараб, биринчи троакарни киритиш икки усулда амалга оширилган;

1. Бирламчи вентрал чурраси бўлган беморларда Veresh игнаси киритилишида стандарт усулдан фойдаланилди, пневмоперитонеум 12-14 мм

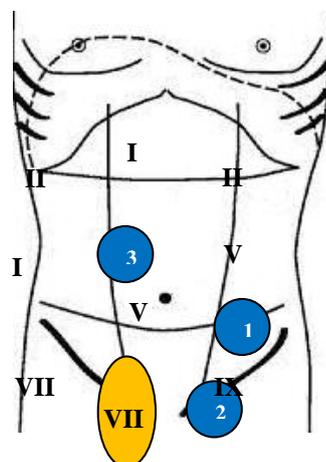
сим уст босимгача қўлланилди, игна олиб ташлангандан сўнг, қорин бўшлиғига троакар киритилди. Одатда, эркин қорин бўшлиғига кириш махсус оптик троакар «Visiport™» (Covidien) ёрдамида амалга оширилди, сўнгра қорин бўшлиғини ревизияси амалга оширилган;

2. Операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган беморларда битишмали жараённинг эҳтимоллиги бўлганда, Hassen техникасидан фойдаланилди, яъни қорин девори қаватма-қават 2-4 см узунликдаги кесма билан очилиб, кўрув назорати остида яра атрофидаги битишмалар ажратилиб, кесма орқали обтураторли троакар киритилиб, яра герметизацияланган.

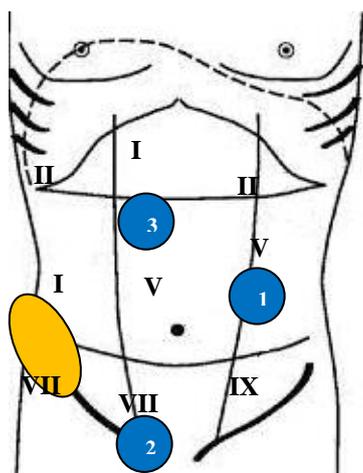
Операциянинг II босқичи – биринчи оптикали троакар киритилгандан ва қорин бўшлиғини ревизиясидан сўнг, 2 ёки 3 та ишчи троакар киритилди. Троакарларни жойлаштириш жойлари стандартлаштирилди ва қулайроқ ва хавфсизроқ бўлган жойлар танланди. Шу билан бирга, иккита лапароскопик асбобларнинг бир-бирига камида 45° бурчак остида (1 - расм) ўзаро таъсири тамойилига риоя қилишга ҳаракат қилинган.



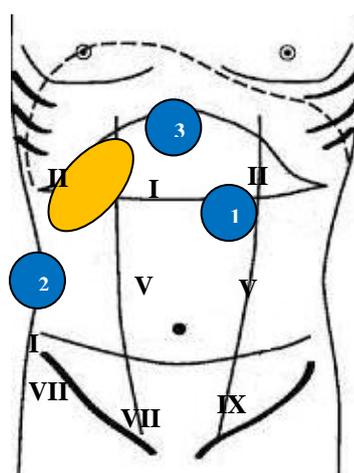
Киндикдан юқорида қорин оқ чизиғи чурраси (M1)



Киндикдан пастда қорин оқ чизиғи чурраси (M3)



Ўнг ёнбош соҳадаги операциядан кейинги қорин чурраси (L3)



Ўнг қовурға ости соҳадаги операциядан кейинги қорин чурраси (L1)

1 - расм. Вентрал чурраларни кўп учровчи жойларига кўра троакарларни киритиш нуқталари схемаси

III босқич - адезиолиз. Чурра халтаси, қорин олдинги девори ва қўшни органлар ўртасидаги битишмаларни ажратиш электрокоагуляция ёрдамида амалга оширилган.

IV босқич – апоневроз нуқсонини аниқлаш, чурра дарвозасининг ҳақиқий ўлчамларини аниқлаш, мос ўлчамдаги тўр имплантатини танлаш.

V босқич – периметри бўйлаб ўлчамлари чурра нуқсонининг ўлчамадан 5 см каттароқ бўлган имплантни кесиб олиш ва тўрли имплантатни моделлаштириш (агар керак бўлса), чурра дарвозасини ва лигатураларни фиксациялаш жойларини белгилаш, қорин бўшлиғида очиш ва охириги фиксациядан олдин қорин олдинги деворига ёпиштириш учун тўрли имплантатнинг четларини лигатурлар билан тикиш (2-3 расм).

VI босқич. Операциянинг олтинчи босқичида тўрли имплантатнинг турига қараб, асосий гуруҳ беморлари иккита кичик гуруҳга бўлинди. 1-кичик гуруҳга стандарт тўрли полипропилен имплантатларидан фойдаланган 33 (лапароскопик протезли герниопластикасида ўтказилган 45 беморнинг 73,3%) беморлар киритилган.



**2 - расм. Қорин бўшлиғида очиш ва охириги фиксациядан олдин қорин олдинги деворига ёпиштириш учун тўрли имплантатнинг четларини лигатурлар билан тикиш**



**3 - расм. Қорин бўшлиғига киритишдан олдин имплантатнинг кўриниши**

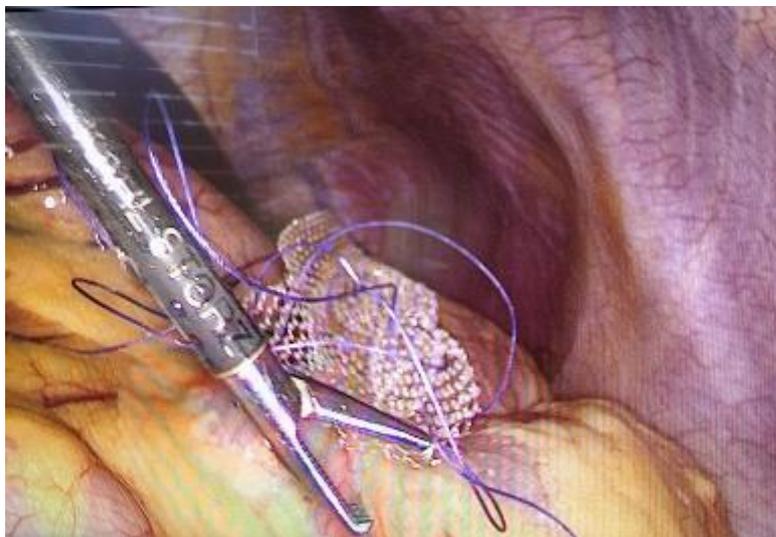
2-кичик гуруҳга «Physiomesht» или «Prosid» (Ethicon) композит тўрли имплантатлари қўйилган 12 (26,7%) бемор киритилган.

Имплантатни қорин бўшлиғига киритишдан олдин, 1-кичик гуруҳ беморлари қорин пардаси очилди, чурра халтаси ажратиб олинди ва қорин парда олди бўшлиғида "чўнтак" ҳосил қилинди, чурра тешигидан периметр бўйлаб 5-6 см чуқурчалар очилган.

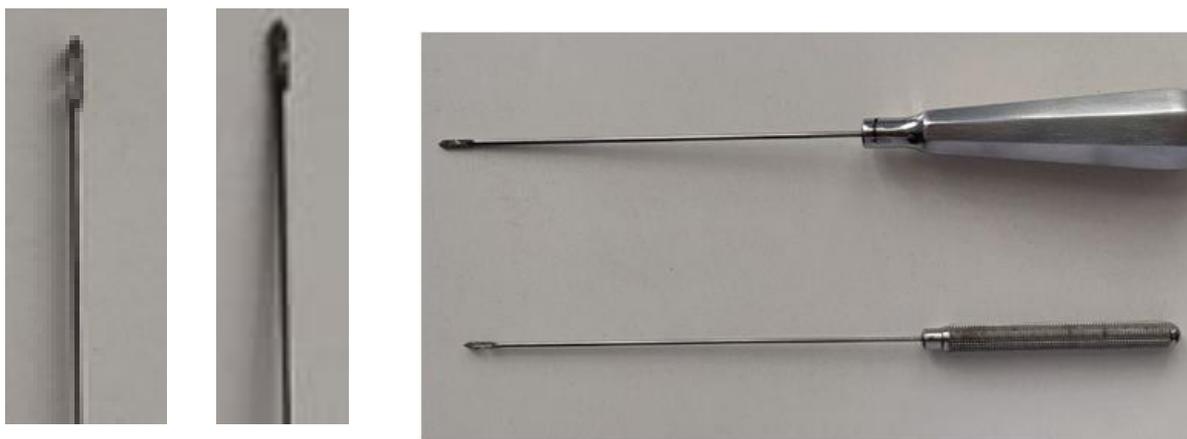
Кейин найсимон ўралган тўрли имплант (расм 4) троакар орқали қорин бўшлиғига киритилган, очилган ва яратилган қорин парда олди бўшлиғи "чўнтагига" (расм 4) жойлаштирилди. Уни қорин олд деворига ёпиштириш

имплантатнинг четлари бўйлаб боғланган лигатуралар ёрдамида амалга оширилган.

Имплантни қорин олд деворига тикиш модификацияланган Endo Close игнаси ёрдамида амалга оширилган (5 - расм).



**4 - расм. Найсимон ўралган тўрли имплантни очиш**

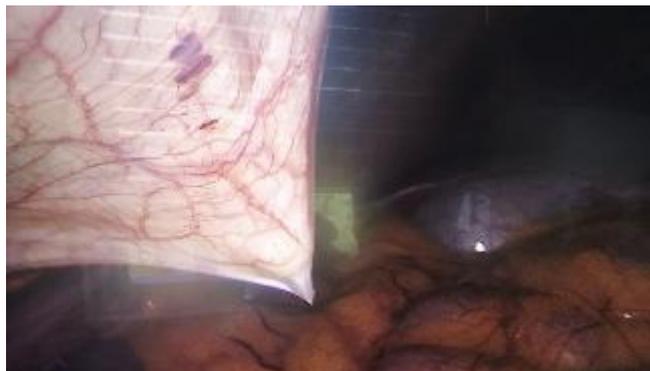


**5 - расм. Имплантни қорин олд деворига тикиш учун модификацияланган Endo Close игнаси**

ENDO CLOSE троакар тешикларини тикиш игнасининг бир марталик ишлатилиши ва юқори нархи бизни қайта ишлатиладиган модификацияланган игнани ишлаб чиқишга ундади. Прототипдан инновацион фарқи, модификацияланган игнанинг учи ипни тўқималардан ўтказишда илиб оладиган ва ишончли ушлаб турадиган илгак билан қуролланган. Игна кесмасидаги махсус тирқиш имплантат қорин олдинги деворига тикилганда ипнинг сирпанишини олдини олади. Тутқичнинг махсус шакли ва рельефли юзаси игнани янада ишончли ва қулай ушлаш учун яратилган. Қорин девори ташқи томондан игна билан чурра дарвозасидан 5-6 см масофада тешилади (6 - расм) ва қорин бўшлиғидан игна тешилиши эндовидеолапароскоп (7 - расм) ёрдамида визуал назорат қилинади.



**6 - расм. Қорин деворини ташқи томондан модификацияланган игна билан чурра дарвозасидан 5-6 см масофада тешиш**



**7 - расм. Қорин бўшлиғи томонидан игна тешишини эндовидеолапароскоп ёрдамида визуал назорат қилиш**

2-кичик гуруҳдаги 12 (26,7%) беморларда «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon) композит тўр имплантларини қўллаш протезни қорин олд деворига маҳкамлашдан олдин преперитонеал "чўнтак" яратиш заруратини олдини олиш имконини берган.

Endo Close игнаси билан чурра нуқсони периметри бўйлаб қорин деворида бир нечта тешилишларни амалга оширилди, шу билан бирга қорин олдинги деворидаги бир нуқтадан қилинган ички тешилиш нуқталари ҳам бир-биридан камида 1,5-2 см масофада бўлиши керак (8 - расм). Иплар кетма-кет ушланиб, қорин олд деворига бир тешик орқали олиб чиқилган (9 – расм).

VII босқич ҳам қўлланилган имплантат турига кўра ҳар хил бўлди. Стандарт полипропилен тўрлардан фойдаланилган 1-кичик гуруҳдаги беморларди (n=33) қорин бўшлиғида битишмали жараённи олдини олиш учун имплантатни перитонизация қилиш талаб қилинган.



**8 - расм. Стандарт тўрли имплантатни модификацияланган Endo Close игнаси ёрдамида перитонизация қилиш**



**9 - расм. Қорин девори томонидан чиқарилган тикув ипларининг кўриниши**

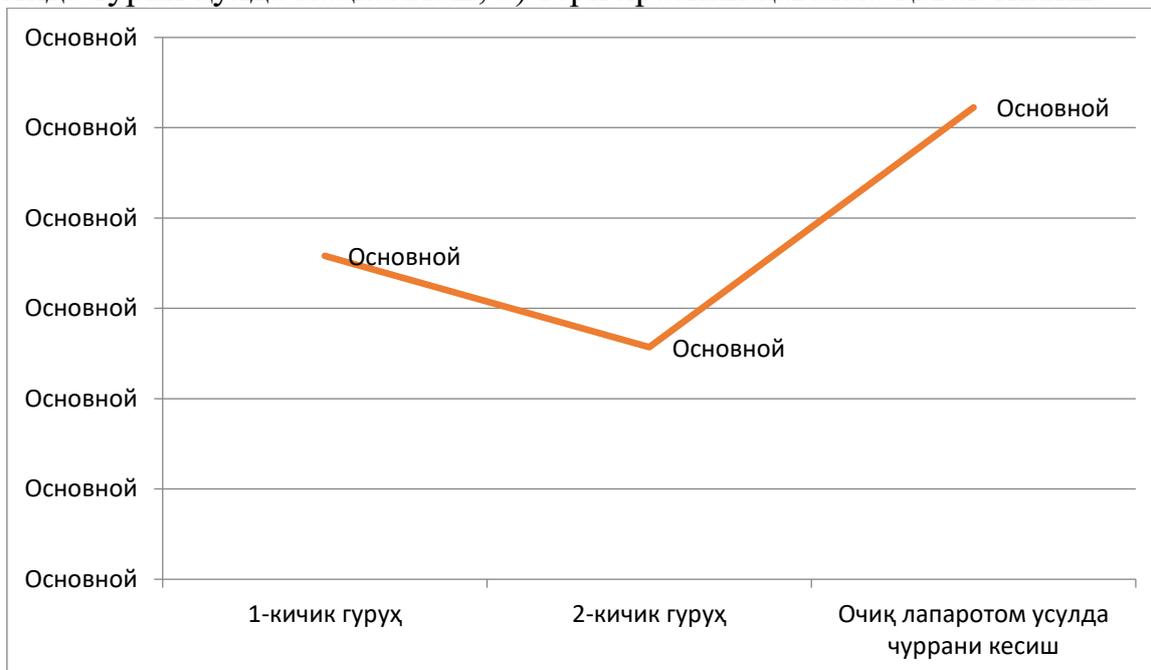
Перитонизация модификацияланган Endo Close игнаси ёрдамида амалга оширилган. Ушбу босқичда имплантатнинг перитонизацияси учун модификацияланган Endo Close игнасида фойдаланиш операция жараёнини тезлаштирган. Модификацияланган Endo Close игнасида фойдаланиш жарроҳ учун қулай ва қорин пардасини интракорпорал тикишдан кўра бемор учун хавфсиз ҳисобланган.

Композит тўрли имплантатлар қўлланилган 2-кичик гуруҳдаги беморларда (n=12) имплантатнинг перитонизациясини талаб қилинмади, яъни ушбу кичик гуруҳда бу босқич бўлмаган.

Вентрал чурраларни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлашни такомиллаштириш, лапароскопик протезли герниопластикани амалга ошириш усуллари ва ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган ва жорий этилган бошқа янгиликлар ушбу тоифадаги беморларни олиб боришнинг бевосита натижаларида акс этмаслиги мумкин эмас.

Лапароскопик герниопластиканинг давомийлиги ўртача  $61,5 \pm 1,4$  дақиқани ташкил этди, асосий гуруҳнинг 1-кичик гуруҳида  $71,6 \pm 0,7$  дақиқа ва 2-кичик гуруҳда  $51,4 \pm 0,6$  дақиқа, очиқ герниопластикага -  $104,5 \pm 3,6$  дақиқа, қараганда камроқ вақт сарфланган ( $p < 0,05$ ) (10 - расм).

Лапароскопик усулда операция вақтининг қисқаришини очиқ герниопластика учун стандарт бўлган куйидаги босқичларнинг йўқлиги билан боғланган: 1) тери ва тери ости тўқималарининг кесилиши, 2) бутун чурра дарвозасининг периметри бўйлаб апоневроздан тери ости тўқималарининг кенг ажратиш, 3) чурра халтаси ва чурра дарвозаси бўйлаб эҳтиёткорлик билан гемостаз ўтказиш, 4) тугунли ёки узлуксиз чоклар ёрдамида тўрни қўлда маҳкамлаш, 5) тери ярасини қаватма-қават тикиш.



**10 - расм. Лапароскопик ва лапаротом чурра кесиш операцияларининг давомийлиги (дақиқа)**

Дастлабки йилларда, яъни лапароскопик технологияни ўзлаштириш даврида 7 (13,5%) беморда конверсия ўтказилган, яъни герниопластика очик усул билан тугалланган.

Конверсиянинг сабаби қорин бўшлиғидаги аниқ битишмали жараён, юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг йўлдош касалликлари билан боғлиқ бўлиб, бу ҳолатлар узоқ давом этган пневмоперитонеумга жавобан авж олди. Конверсия қилиш 2 - жадвалда келтирилган.

2 - жадвал

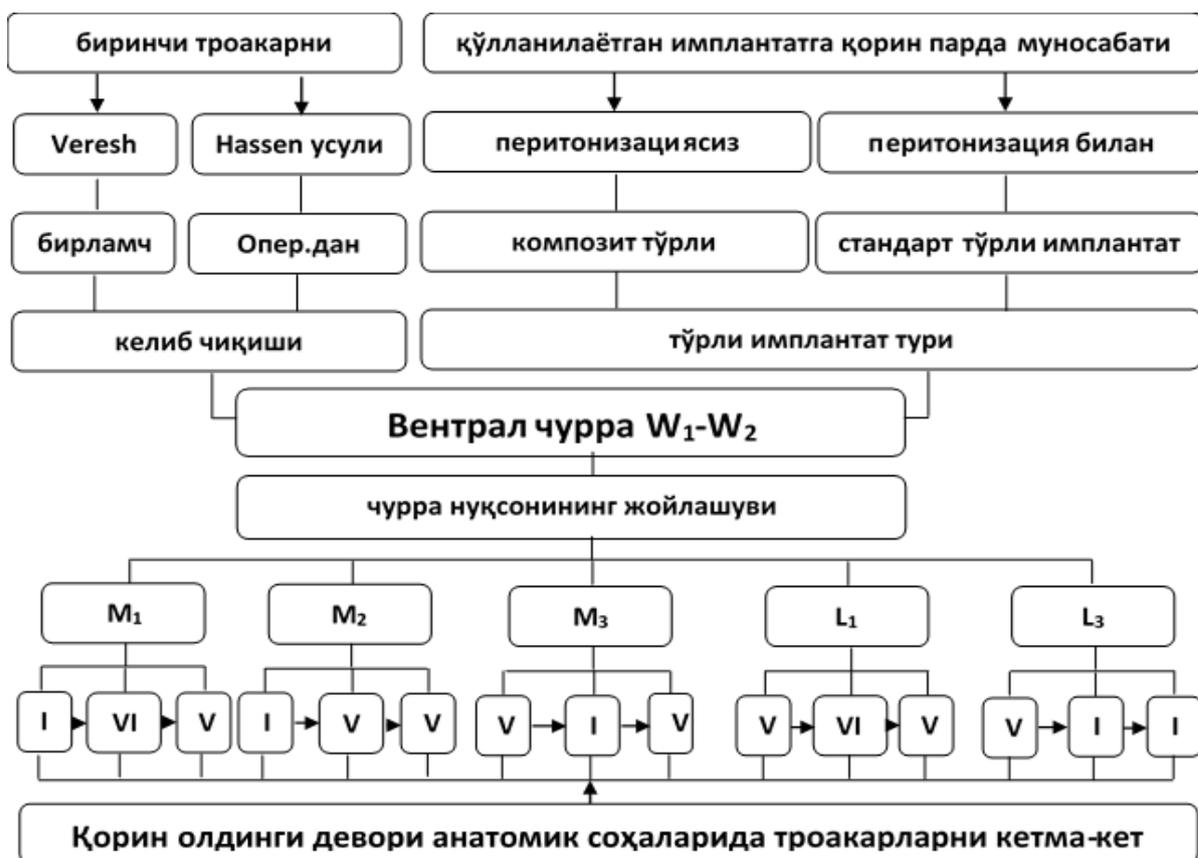
### Лапароскопи протезли герниопластикани конверсияси сабаблари

Конверсия сабаблари	Беморлар сони (n=7)	
	абс.	%
Акс этган битишмали жараён	2	28,6
Операция давомида қон кетиш	1	14,3
Битишмаларни ажратиш вақти 50 дақиқадан ошиши:	4	57,1
Операция давомида А/Б кўтарилиши	2	28,6
Операция давомида сатурации пасайиши	1	14,3
Тахикардия	1	14,3

Операция пайтида юрак-қон томир ва нафас олиш тизимлари кўрсаткичларининг кескин ўзгаришини пневмоперитонеумнинг узоқ давом этиши билан изоҳлаш мумкин, бу асаб тугунларига бой бўлган қорин парданинг чўзилиши билан боғлиқ жуда стрессли омил. Шунинг ҳам таъкидлаш кераки, юрак-қон томир ва нафас олиш тизимлари кўрсаткичларининг дастлабки даражасига қайтиши конверсиядан кейин, яъни пневмоперитонеумни йўқотилгандан сўнг содир бўлган.

Шундай қилиб, техник жиҳатларнинг такомиллаштирилиши қуйидагиларга имкон берди: биринчи троакарни дифференциал равишда киритиш орқали ковакли орган деворининг тешилиши каби асоратлар бартараф этилди; ишчи троакарларни бошқаришни стандартлаштириш орқали операция техникаси соддалаштирилди; имплантатни чурра тешигидан 5-6 см масофада фиксациялаш орқали операциядан кейинги узоқ муддатли даврда чурранинг рецидивланиши минималлаштирилган; модификацияланган игнадан фойдаланиш туфайли протезни фиксациялаш ва стандарт композит бўлмаган тўрли имплантатларни перитонизация қилишдаги техник қийинчиликларни бартараф этиш ҳисобига операциянинг ушбу босқичи  $27,4 \pm 0,5$  дан  $12,6 \pm 0,7$  дақиқагача қисқарган ( $P < 0,001$ ).

Вентрал чурралар учун эндовидеожарроҳлик герниопластикасининг техник жиҳатларини ўрганиш асосида лапароскопик протезли герниопластикасининг тактикаси дастурий ишланма (11 - расм) жорий қилинган.



**11 – расм. Операцияни - лапароскопик протезли герниопластикани бориши тактикаси**

Диссертациянинг тўртинчи боби «Вентрал чурраларни лапароскопик ва лапаротом кесиш самарадорлигини таққослаш» тавсия етилган даволаш усуллари амалга оширишнинг ҳақиқий натижалари олинган натижаларни ишончли баҳолашнинг барча асосий жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда берилган.

Шуни таъкидлаш керакки, ўртача ҳар иккала тадқиқот гуруҳидаги битта беморда яра асоратлари билан қорин бўшлиғидан ташқари асоратларнинг комбинацияси шаклида 1-2 та асоратлар мавжуд эди. Операциядан кейинги даврда 21 та (17,9%) асорат ҳолатлари қайд этилган бўлиб, улардан 15 таси (қиёслаш гуруҳидаги 65 беморнинг 20,8% ва очик герниоаллопластика қилинган асосий гуруҳдан конверсия қилинган 7 та ҳолат) таққослаш гуруҳида қайд этилган ва 6 та (асосий гуруҳдаги 45 беморнинг 13,3%) асоратлари - асосий гуруҳда кузатилди, шу жумладан яра асоратларини 12,5% дан 4,4% гача камайтиришга имкон берган. Шунингдек, лапароскопик герниопластикадан кейин жарроҳлик даволаш ва реабилитация даврларининг давомийлигини сезиларли даражада қисқарган.

Лапароскопик ва лапаротом герниоаллопластика операцияси ўтказилган 117 беморнинг 89 тасида (76,1%) узоқ муддатли натижалар таҳлил қилинган (4.3-жадвал). Узоқ муддатли натижаларни баҳолаш учун беморлар тўлиқ сўровномадан, амбулатор ва стационар текширувдан ўтказилган. Узоқ

муддатли натижалар 1 йилдан 5 йилгача бўлган даврда ўрганилган. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги 21 (29,2%) ва асосий гуруҳидаги 13 (36,1%) беморнинг тақдирини 3 йилдан ортиқ вақт давомида кузатиш мумкин бўлган, бу клиник жиҳатдан касаллик рецидивининг якуний шаклланиши учун етарли муддат. Узоқ муддатли текширувдан ўтган 89 беморнинг 7 тасида (7,9%) вентрал чурранинг рецидивланиши қайд этилган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 11,3% (6 бемор), асосий гуруҳда эса 2,8% (1 бемор) ни ташкил этган.

Лапароскопик протезли герниопластикада рецидивларнинг сабаби қорин девори тўқималарида дегенератив ўзгаришларни ҳисобга олмасдан майдони етарли бўлмаган протезни ташлаш бўлган. Семириб кетган беморларда протезнинг етарли бўлмаган майдонига қўшимча равишда, тери ёғли «фартук» оғирлиги касалликнинг қайталанишига ёрдам берувчи омил бўлиб, имплантни пастга силжитилади. Қорин бўшлиғининг аниқ «фартуксимон» деформациясида патогенетик ечим дерматолипидэктомия ҳисобланган.

2016 йилдан бошлаб клиникамизда герниопластика ўтказилган беморларнинг ҳаёт сифати ишлаб чиқилган дастурга мувофиқ белгиланади, (ЭХМ дастурини давлат рўйхатидан ўтказиш тўғрисидаги гувоҳнома № DGU 03724, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги – 2021 йил). 81 баллдан 100 баллгача олган беморлар «аъло», 61 баллдан 80 баллгача олган беморлар «яхши», 41 баллдан 60 баллгача олган беморлар «қониқарли», 40 баллдан паст балл тўплаган беморлар «қониқарсиз» деб баҳоланган.

Герниопластика ўтказилган беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш бўйича ишлаб чиқилган дастурга кўра, узоқ муддатли операциядан кейинги даврда кузатилган 89 беморнинг 68 таси (76,4%) баҳоланди. Улардан 36 нафар беморлар олдин лапароскопик герниопластика, 32 нафар беморга очик чуррани тикиш амалга оширилган (3 - жадвал).

### 3 - жадвал

#### Операциядан кейинги даврда беморлар ҳаёт сифати

Натижа	Лапароскопик герниопластика (n=36)		Очик герниопластика (n=32)		Жами (n=68)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аъло	20	55,5	10	31,2	30	44,1
Яхши	13	36,1	15	46,9	28	41,2
Қониқарли	2	5,5	4	12,5	6	8,8
Қониқарсиз	1	2,8	3	9,4	4	5,9
Жами	36	100,0	32	100,0	68	100,0

Шундай қилиб, такомиллаштирилган шкала бўйича беморларнинг ҳаёт сифатини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, вентрал чурраларни даволашнинг оптимал тактикасини танлашда алгоритм ва комплекс ёндашув дастуридан фойдаланиш аъло ва яхши натижалар улушини 78,1% (очиқ чурра тикилган 32 бемордан 25 таси) дан 91,6% гача (лапароскопик герниопластика қилинган 36 беморнинг 33 таси) оширишга имкон берган ва қоникарсиз натижаларни 9,4% дан 2,8% гача ( $p = 0,030$ ) камайтган.

## ХУЛОСА

1. Эндовидеожарроҳлик герниопластикаси кичик ва ўрта ўлчамдаги операциядан кейинги вентрал чурраларини жарроҳлик даволашда услубий жиҳатдан асосланган ва самарали ҳисобланган.

2. Техник жиҳатларнинг такомиллаштирилиши қуйидагиларга имкон берди: биринчи троакарни дифференциал равишда киритиш орқали ковакли орган деворининг тешилиши каби асоратлар бартараф этилган; ишчи троакарларни бошқаришни стандартлаштириш орқали операция техникаси соддалаштирилган; имплантатни чурра тешигидан 5-6 см масофада фиксациялаш орқали операциядан кейинги узоқ муддатли даврда чурранинг рецидивланиши минималлаштирилган.

3. Модификацияланган игнадан фойдаланиш туфайли протезни фиксациялаш ва стандарт композит бўлмаган тўрли имплантатларни перитонизация қилишдаги техник қийинчиликларни бартараф этиш ҳисобига операциянинг ушбу босқичи  $27,4 \pm 0,5$  дан  $12,6 \pm 0,7$  дақиқагача қисқарди ( $P < 0,001$ ). Умуман олганда ушбу техник ечим ишончли тарзда операция давомийлигини  $104,5 \pm 3,6$  дақиқадан 1-кичик гуруҳида  $71,6 \pm 0,7$  дақиқага ва 2-кичик гуруҳида  $51,4 \pm 0,6$  дақиқага қисқартирган ( $t$ -мезон = 6,74,  $P < 0,001$ ).

4. Вентрал чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда алгоритмни кўллаш операциядан кейинги асоратларнинг умумий даражасини 20,8% дан 13,3% гача, шу жумладан яра асоратларини 12,5% дан 4,4% гача камайтиришга имкон берган. Шунингдек, лапароскопик герниопластикадан кейин жарроҳлик даволаш ва реабилитация даврларининг давомийлигини сезиларли даражада қисқаради. Лапароскопик протезли герниопластикада рецидивларнинг сабаби қорин девори тўқималарида дегенератив ўзгаришларни ҳисобга олмасдан майдони етарли бўлмаган протезни ташлаш бўлган. Семириб кетган беморларда протезнинг етарли бўлмаган майдонига қўшимча равишда, тери ёғли «фартук» оғирлиги касалликнинг қайталанишига ёрдам берувчи омил бўлиб, имплантни пастга силжитган.

5. Лапаротомик герниопластика ўтказилган беморларда клиник кўрсаткичлар динамикасини қиёсий баҳолашда уларнинг секинроқ нормаллашиши қайд этилган. Шундай қилиб, лапароскопик герниопластика операциясидан кейинги даврда оғриқ синдромининг давомийлиги ўртача 3,1

$\pm 0,8$  кунни ташкил этди, очик герниопластика операциясидан кейин яра соҳасидаги оғриқ  $6,2 \pm 1,8$  кун давом этган ( $p < 0,05$ ). Беморларнинг эрта фаоллашуви операциядан кейинги даврда оғриқ синдромининг оғирлиги ва давомийлиги, ўтказилган операциянинг травматиклиги билан бевосита боғлиқ бўлган. Лапароскопик герниопластикадан сўнг беморларнинг эрта фаоллашиши қайд этилган - операциядан кейин  $9,3 \pm 0,6$  соатдан кейин, очик герниопластикадан кейин эса - фақат  $26,3 \pm 1,2$  соатдан кейин беморлар фаоллашган ( $p < 0,05$ ).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019 Tib 93.01 ПРИ  
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ  
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**САЙИНАЕВ ФАРРУХ КАРАМАТОВИЧ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ТЕХНИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ  
ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Бухара – 2021**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2021.2.PhD/Tib1976.**

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.  
Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:**

**Курбаниязов Зафаржон**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:**

**Хамдамов Бахтиёр Зарифович**  
доктор медицинских наук  
**Эшонходжаев Отабек Джураевич**  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:**

**Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино**

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc./PhD04/30.12.2019Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г.Бухара, пр-т.Наваи,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru))

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2021 года).

**А.Ш.Иноятов**

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.Н.Ачилова**

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии по медицинским наукам (PhD), доцент

**Н.А.Нуралиев**

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения «грыжи передней брюшной стенки являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний, встречается у 3-7% населения, с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста»<sup>1</sup>. «Свыше 5% всех лапаротомий осложняются формированием послеоперационных вентральных грыж причем частота их возникновения зависит от характера и экстренности хирургического вмешательства»<sup>2</sup>. Оперативные вмешательства по устранению вентральных грыж (ВГ) составляют около 10% от всех хирургических вмешательств. Существующие традиционные способы герниопластики не всегда обеспечивают эффективный результат лечения, при этом число рецидивов, а при обширных дефектах их частота может достигать до 60% случаев. В связи с чем, в настоящее время приоритетным методом хирургического лечения являются различные варианты аллогерниопластики, позволившие значительно улучшить отдаленные результаты. Однако, продолжающиеся разработки в этом направлении, появление публикаций о необходимости дифференцированного подхода к выбору оптимального метода операции с учетом фоновой патологии, размеров и локализации грыж и других факторов, свидетельствует о неудовлетворённости результатами лечения этой категории пациентов и обуславливают актуальность и социальную значимость данной проблемы.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями продолжают оставаться изучение патогенетических механизмов развития грыжевых дефектов в зависимости от различных факторов, включая структурные изменения мышечно-соединительнотканного каркаса передней брюшной стенки, расстройство обменных процессов, нарушение синтеза коллагена у лиц в среднем и пожилом возрасте и другие предпосылки грыжеобразования. Остаются нерешёнными проблемы повышенной продукции серозно-геморрагической жидкости в ответ на имплантацию сетчатого протеза.

В настоящее время проводится широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с вентральным грыж достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для улучшения оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В стратегию действий по

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10589/1111189](http://www.who.int/iris/handle/10589/1111189).

<sup>2</sup> Elstner K. E. et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum complementing chemical component relaxation in complex ventral hernia repair //Surgical endoscopy. – 2017. – Т. 31. – №. 4. – С. 1914-1922.

пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>3</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения больных с ВГ путём оптимизации диагностики и хирургической тактики, совершенствования способов хирургического лечения является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы Государственного управления сферой здравоохранения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, касающихся деятельности в данном направлении.

**Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В настоящее время, по данным мультицентрального исследования наблюдается заметное увеличение больных с ВГ. По мнению Куликова Н.А.(2018) «ВГ развиваются у больных с дисбалансом коллагена III типа, который приводит к прогрессирующей морфофункциональной недостаточности тканей, что наиболее характерно для больных с рецидивными грыжами, с последующим развитием у них грыжевой болезни». Значительное количество различных способов лечения вентральных грыж и их совершенствование свидетельствуют о том, что авторы в силу частоты возникновения рецидивов, не имеющих тенденции к уменьшению, продолжают исследования для решения этой проблемы. «Частота возникновения рецидивов после герниопластики составляет 3-13%, а при морбидном ожирении достигает 28%» (Каримов Ш.И. и соавт. 2018). Наиболее физиологичными методами, несомненно, являются аутопластические способы закрытия грыжевого дефекта. «В настоящее время широко применяются сетчатые эндопротезы из полипропилена и политетрафтороэтилена» (Магерамов Д.М. 2017). Однако возможности их

---

<sup>3</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

применения на практике нередко ограничены в виду различных факторов, включая развитие послеоперационных осложнений.

По мнению Калиш Ю.И. (2015) актуальной проблемой лечения вентральных грыж являются ранние осложнения, поскольку это основная причина затяжного течения послеоперационного периода, дополнительных моральных и физических страданий пациента и возможных летальных исходов. Одной из значимых проблем лечения больших и гигантских вентральных грыж, кроме технических аспектов, является повышение внутрибрюшного давления, которое приводит к развитию синдрома внутрибрюшной гипертензии, дыхательной и сердечной недостаточности, что значительно ухудшает течение раннего послеоперационного периода, с высокой частотой летальности. С другой стороны, по мнению Мухтарова З.М. (2014) слабость передней брюшной стенки, процесс герниогенеза протекает на фоне нарушение баланса между внутрибрюшного давления и способностью стенок живота ему противодействовать. Иначе говоря, процесс формирования ВГ на сегодняшний день – это сочетание множества факторов, основными действующими механизмами которого являются несостоятельность соединительно-тканых структур брюшной стенки в процессе заживления раны на фоне повышенного внутрибрюшного давления.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что современные тенденции в лечении вентральной грыж и предотвращении рецидива основаны на восстановлении функции брюшной стенки, физической реабилитации после операции и достижении косметического эффекта. Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области. Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в практику оптимальных подходов к хирургическому лечению больных с вентральной грыж, особенно в плане подготовительного этапа с оценкой резервных возможностей организма и использованием миниинвазивных методов герниопластики.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных с вентральными грыжами» (2016-2020 гг.).

**Целью исследования** является улучшение качества лечения больных с вентральными грыжами путем совершенствования технических аспектов эндовидеохирургической герниопластики.

**Задачи исследования:**

обосновать показания, противопоказания, клинические и технические условия к применению лапароскопических способов герниопластики в лечении вентральных грыж;

оптимизировать технические аспекты лапароскопической герниопластики для снижения риска развития послеоперационных осложнений;

оценить эффективность усовершенствованного хирургического инструмента для безопасной фиксации протеза к передней брюшной стенке;

изучить результаты лапароскопической герниопластики у больных с вентральными грыжами и установить основные причины их рецидивов;

**Объектом исследования** явились 117 больных с вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского института в сроки с 2016 по 2020 год.

**Предмет исследования и методы исследования.** составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с вентральными грыжами с использованием дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

разработана программа балльной шкалы выбора оптимального способа операции у больных с вентральными грыжами с учетом усовершенствованных технических аспектов различных вариантов герниопластики;

разработан хирургический инструмент «Игла для фиксации эндопротеза к передней брюшной стенке» с целью облегчения этапа фиксации протеза при выполнении лапароскопической протезирующей герниопластики;

дана детальная оценка технических аспектов лапароскопических оперативных вмешательств — герниопластик при лечении вентральных грыж;

исследованы результаты выполнения герниопластик посредством открытого и лапароскопического метода, определена клиническая эффективность оперативных вмешательств.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

оптимизирована методика лапароскопической протезирующей герниопластики применением модифицированной иглы, что позволило нивелировать технические сложности фиксации протеза у пациентов с вентральными грыжами;

разработан алгоритм тактики хода операции - лапароскопической протезирующей герниопластики у больных с вентральными грыжами с учетом усовершенствованных технических аспектов.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с вентральной грыжей. Разработана программа балльной шкалы выбора оптимального способа операции у больных с вентральными грыжами с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов различных вариантов герниопластики. Усовершенствован хирургический инструмент «Игла для фиксации эндопротеза к передней брюшной стенке» для технической оптимизации этапа фиксации протеза при выполнении лапароскопической протезирующей герниопластики. Дана детальная оценка технических аспектов лапароскопических оперативных вмешательств - герниопластик при лечении вентральных грыж. Исследованы результаты выполнения герниопластик посредством открытого и лапароскопического метода, определена эффективность оперативных вмешательств.

Практическая ценность работы заключается в том, что оптимизирована методика лапароскопической протезирующей герниопластики за счет применения модифицированной иглы, что позволило нивелировать технические сложности при фиксации протеза у пациентов с вентральными грыжами. Разработан алгоритм тактики хода операции - лапароскопической протезирующей герниопластики у больных с вентральными грыжами с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения больных с вентральными грыжами:

усовершенствован хирургический инструмент «Игла для фиксации эндопротеза к передней брюшной стенке». Применение предлагаемого инструмента позволило нивелировать технические сложности при фиксации протеза к передней брюшной стенке с сокращением времени операции;

разработаны методические рекомендации «Технические аспекты эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах» (справка Министерства здравоохранения 8н-р/907 от 12 октября 2021 года) и «Современные малоинвазивные и эндоскопические методы лечения вентральных грыж живота» (справка Министерства здравоохранения 8н-р/908 от 12 октября 2021 года). Предложенные рекомендации позволили

оптимизировать выбор тактики хирургического лечения больных с вентральными грыжами.

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с вентральными грыжами внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в клиническую практику отделения хирургии районного медицинского объединения Кашкадарьинской области, Самаркандского городского медицинского объединения и 1-клиники Самаркандского Государственного медицинского института (справка Министерства здравоохранения 8н-з/369 от 22 октября 2021 года). Внедрение результатов исследований за счет совершенствования тактико-технических аспектов хирургического лечения больных с вентральными грыжами позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 20,8% до 13,3%, в том числе раневых с 12,5% до 4,4%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после лапароскопической герниопластики (заключения Министерства здравоохранения № 08-09/19850 15 декабря 2021 года).

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе 1 международных и 4 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 8 журнальных статей, из которых в 6 республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем диссертации составляет 118 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и актуальность исследования, цель и задачи исследования, дана характеристика объекта и предмета, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, обозначена научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, результаты внедрены в практическую деятельность учреждения, дается информация об опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современное состояние проблемы применения эндовидеохирургической герниопластики при хирургическом лечении вентральных грыж**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы вентральной грыжи, ее

этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, способы герниопластики, применяемые в хирургии вентральных грыж и их сравнительная характеристика. Также отдельно описана эндовидеохирургическая герниопластика в хирургии грыж по данным современной мировой литературы.

Во второй главе диссертации **«Клинический материал и примененные методы исследования»** описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования. Основу для исследования составили 117 больных вентральной грыжей, поступивших в хирургическое отделение 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2016 по 2020 гг. Пациенты условно разделены на две группы: группу сравнения составили 65 больных, которым грыжесечение была выполнена открытым методом, основную группу составили 52 больных, которым планировалась лапароскопическая протезирующая герниопластика.

Третья глава диссертации **«Технические аспекты эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах»**, посвящена тактико-техническим подходам, используемым в 1-ой клиники СамМИ у пациентов с диагнозом вентральная грыжа живота. По разработанной программе Давлатовым С.С. и соавт. (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 03724, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан) количественной оценки факторов риска рецидива вентральных грыж больные оценены по балльной шкале.

52 пациентам с суммарным количеством набранных баллов до 10 (табл. 1) с учетом риска различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, изначально мы планировали лапароскопическую протезирующую герниопластику. Эти исследованные нами больные составили основную группу. Больным (n=65) с количеством баллов от 11 до 22 имелся высокий риск развития неблагоприятного исхода в послеоперационном периоде. Им грыжесечение произведена открытым методом.

Лапароскопическая протезирующая герниопластика при вентральных грыжах применялась нами 45 (86,5% от общего числа больных основной группы - 52) больным, при наличии малых и средних грыж, с соответствующими размерами дефекта апоневроза - до 5 см и от 5 до 10 см.

Таблица 1.

**Балльная система показаний к использованию разных способов  
пластики**

Факторы риска	Количественная характеристика	Баллы
Состояние брюшной стенки по данным УЗИ, КТ.	Норма	0
	Слабость легкой степени	1
	Слабость тяжелой степени	2
Размеры грыжевых ворот	До 5 см	0
	6-10 см	1
	11-15 см	2
	Более 15 см	3
Вес (индекс массы тела)	Норма	0
	Ожирение I-II степени	1
	Ожирение III степени	2
Возраст	25-44 лет	0
	45-59 лет	1
	60-74 лет	2
	75-90 лет	3
Длительность грыженосительства	До 1 года	0
	От 1 года до 3 лет	1
	Более 3 лет	2
Физическая нагрузка	Отсутствует	0
	Умеренная нагрузка	1
	Тяжелая нагрузка	2
Функциональное состояние дыхательной системы	Нарушений нет	0
	Периодическое затруднение дыхания	1
	Хроническая дыхательная недостаточность	2
Функциональное состояние пищеварительной системы	Нарушений нет	0
	Периодические запоры	1
	Постоянные запоры	2
Функциональное состояние мочевыделительной системы	Нарушений нет	0
	Периодическое затруднение	1
	Постоянные затруднения мочеотделения	2
Выраженность спаечного процесса	Нет спаечного процесса	0
	Спайки между грыжевым мешком	1
	Спайки брюшной полости	2

Оперативное вмешательство производили по стандартной методике.

I этап – введение первого троакара. В зависимости от первичной или послеоперационной грыжи введение первого троакара осуществлялось двумя способами:

1. Больным с первичной вентральной грыжей применяли стандартный способ с введением иглы Veresh, пневмоперитонеум накладывали до давления 12-14 мм рт. ст., после удаления иглы в брюшную полость вводили троакар. Обычно, вхождение в свободную брюшную полость осуществляли с помощью специального оптического троакара «Visiport™» (Covidien) далее проводили ревизию брюшной полости;

2. При вероятности спаечного процесса больным с послеоперационными вентральными грыжами применяли методику Hassen, т.е. разрезом длиной 2-4 см послойно вскрывали брюшную стенку, под контролем зрения производили разделение спаек вокруг раны и через разрез вводили троакар с обтуратором, рана герметизировалась.

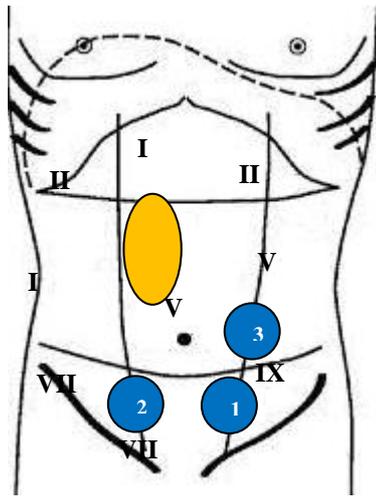
II этап операции – после введения первого троакара с оптикой и ревизии брюшной полости вводили 2 или 3 рабочих троакара. Места введения троакаров были стандартизированы и выбирались там, где это было более удобно и безопасно. При этом старались соблюдать принцип взаимодействия двух лапароскопических инструментов под углом друг к другу не менее 45° (рис. 1).

III этапом являлся адгезиолизис. Разделение спаек между грыжевым мешком, передней брюшной стенкой и близлежащими органами производили с помощью электрокоагуляции.

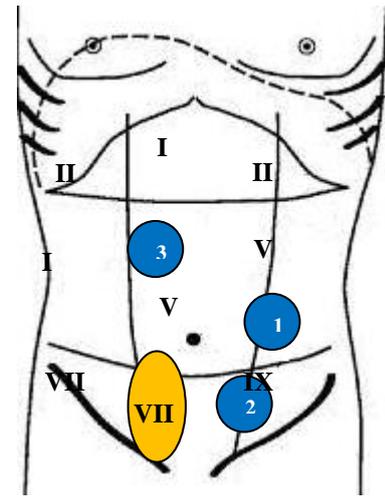
IV этап – идентификация дефекта апоневроза, определение истинных размеров грыжевых ворот, выбор сетчатого имплантата соответствующего размера.

V этап – выкраивание имплантата, размеры которого по периметру на 5 см больше размеров грыжевого дефекта и моделирование сетчатого имплантата (при необходимости), разметка грыжевых ворот и точек фиксации лигатур, прошивание краев сетчатого имплантата лигатурами для его внутрибрюшного расправления и прижатия к передней брюшной стенке перед окончательной фиксацией (рис. 2-3).

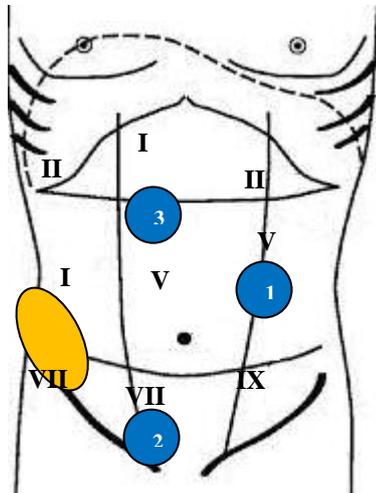
VI этап. На шестом этапе хода операции в зависимости от вида сетчатого имплантата больные основной группы были разделены на две подгруппы. В 1-подгруппу вошли 33 (73,3% из 45 больных выполненным лапароскопическую протезирующую герниопластику) больных которым были использованы стандартные сетчатые полипропиленовые имплантаты.



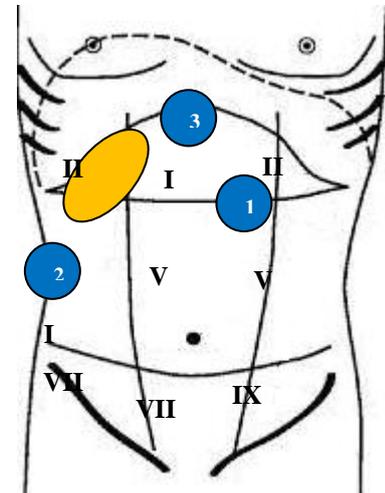
Грыжа белой линии живота выше пупка (M<sub>1</sub>)



Грыжа белой линии живота ниже пупка (M<sub>3</sub>)



Послеоперационная грыжа живота правой подвздошной области (L<sub>3</sub>)



Послеоперационная грыжа живота в правой подреберной области (L<sub>1</sub>)

Рис. 1. Схема точек введения троакаров при наиболее типичных локализациях вентральных грыж



Рис. 2. Прошивание краев сетчатого имплантата лигатурами для его внутрибрюшного расправления и прижатия к передней брюшной стенке перед окончательной фиксацией



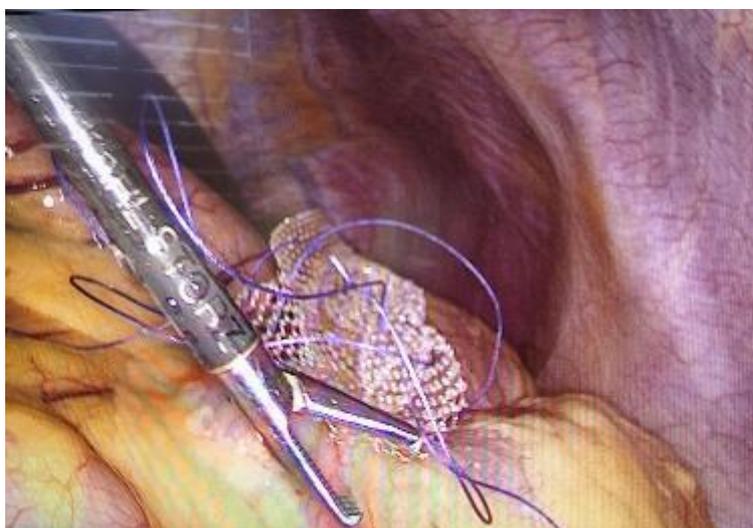
Рис. 3. Вид сетчатого полипропиленового имплантата размеры которого по периметру на 5 см больше размеров грыжевого дефекта

Во 2-подгруппу вошли 12 (26,7%) больных, которым были использованы композитные сетчатые имплантаты «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon).

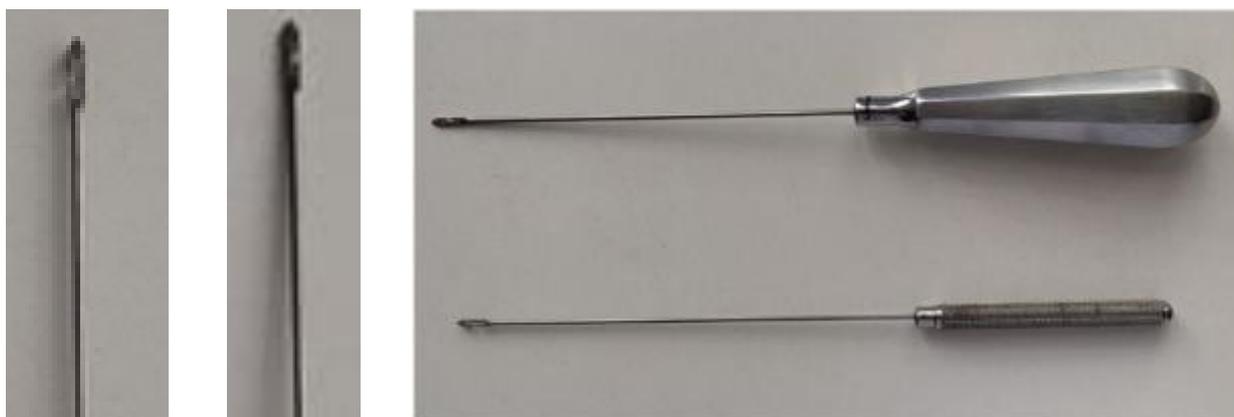
Больным 1-подгруппы до введения имплантата в брюшную полость выполнялось вскрытие брюшины, выделялся грыжевой мешок и в предбрюшинном пространстве создавался «карман», отступ по периметру от грыжевых ворот был 5-6 см.

Далее в брюшную полость вводился через троакар свернутый в тубус сетчатый имплантат, разворачивался и помещался в созданный предбрюшинный «карман» (рис. 4). Прижатие его к передней брюшной стенке осуществлялся с помощью лигатур, завязанных по краям имплантата.

Подшивание нитью имплантата к передней брюшной стенке производили с помощью модифицированной нами иглы Endo Close (рис. 5).



**Рис. 4. Разворачивание в свернутый в тубус сетчатый имплантат**



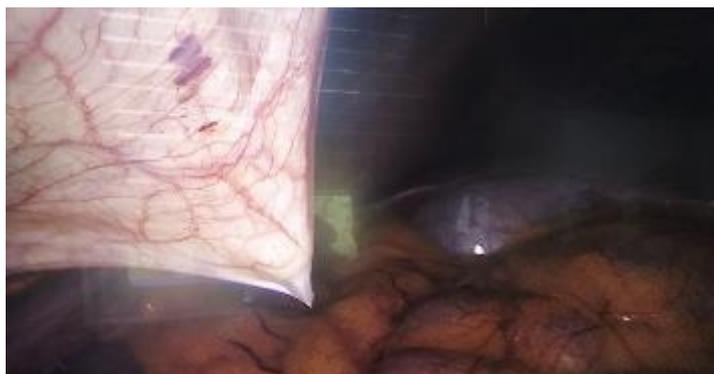
**Рис. 5. Модифицированная игла Endo Close для подшивания нитью имплантата к передней брюшной стенке**

Одноразовое применение и дороговизна иглы для ушивания троакарных проколов ENDO CLOSE побудило нас к разработке модифицированной иглы для многократного применения. Инновационным отличием от прототипа

кончик модифицированной иглы вооружен крючком, который захватывает и надежно удерживает нить при проведении ее через ткани. Специальная вырезка на срезе иглы предотвращает соскальзывания нити при прошивании имплантата к передней брюшной стенке. Специальная форма и рифленая поверхность рукоятки созданы для наиболее надежного и удобного захвата иглы. Иглой прокалывали брюшную стенку с наружи отступом от грыжевых ворот на 5-6 см (рис. 6) и выкол иглы со стороны брюшной полости визуальнo контролировали эндовидеолапароскопом (рис. 7).



**Рис. 6. Прокалывание брюшную стенку модифицированной иглой отступом от грыжевых ворот на 5-6 см**

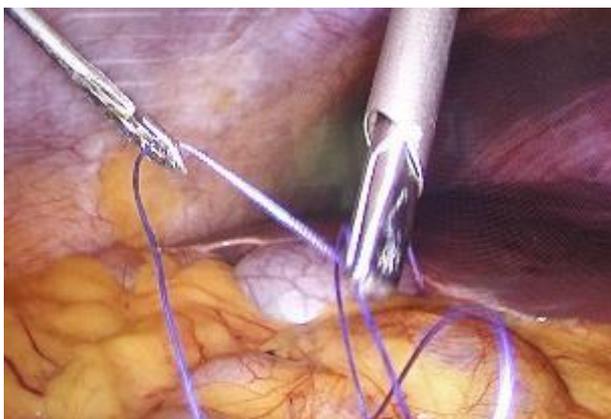


**Рис. 7. Выкол иглы со стороны брюшной полости визуальнo под контролем эндовидеолапароскопа**

Применение композитных сетчатых имплантатов «Physiomesb» или «Prosid» (Ethicon) 12 (26,7%) больным 2-подгруппы, позволило избежать необходимости выполнения создания предбрюшинного «кармана» перед фиксацией протеза к передней брюшной стенке.

Иглой Endo Close осуществлялось несколько проколов брюшной стенки по периметру грыжевого дефекта, при том что точки внутренних выколов, произведенных из одной точки на передней брюшной стенке, должны были отстоять друг от друга также не менее чем на 1,5-2 см (рис. 8). Нити последовательно захватывались и выводились через один прокол на переднюю брюшную стенку. Завязывание нитей производилось экстракорпорально, после их полного выведения (рис. 9).

VII этап также в зависимости от примененного вида имплантата был различным. Больным 1-подгруппы (n=33) примененным стандартные полипропиленовые сетки потребовалось выполнение перитонизации имплантата с целью предотвращения спаечного процесса брюшной полости.



**Рис. 8. Фиксация сетчатого имплантата модифицированной иглой Endo Close**



**Рис. 9. Вид выведенных шовных нитей со стороны брюшной стенки**

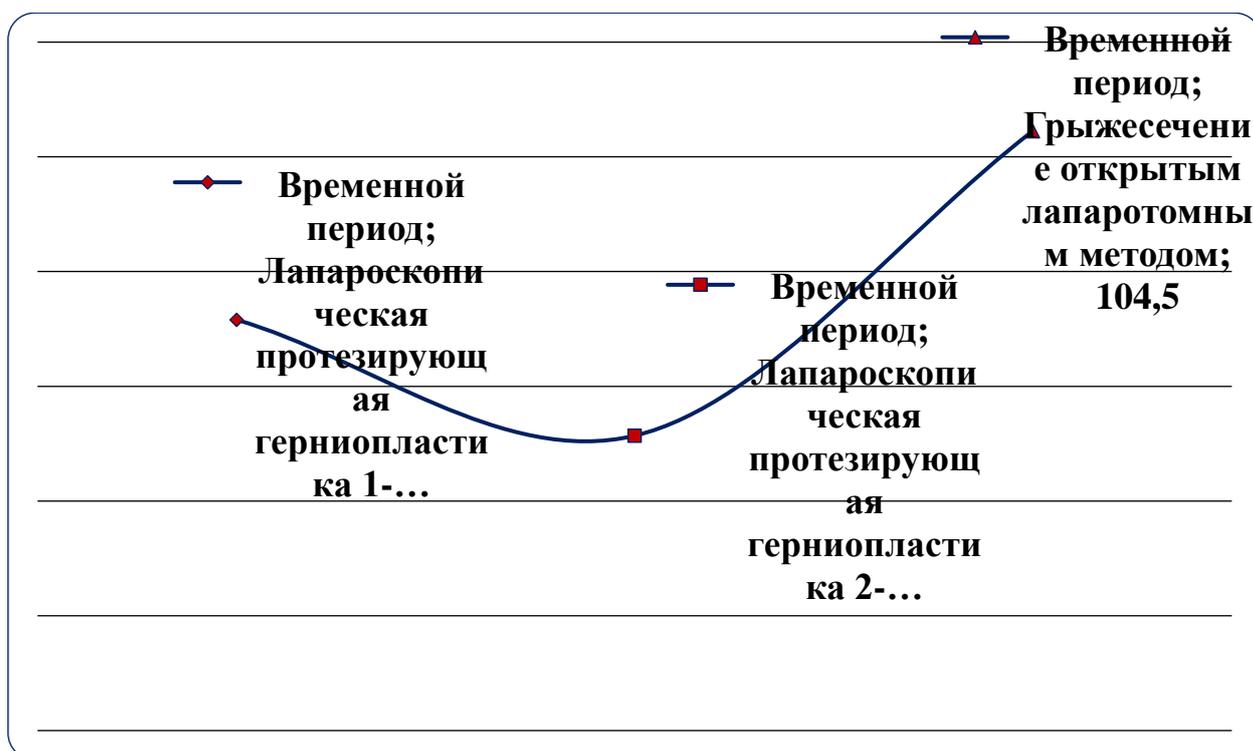
Перитонизация была осуществлена с помощью модифицированной иглы Endo Close. На этом этапе применение модифицированной иглы Endo Close для перитонизации имплантата ускорило ход операции. Применение модифицированной иглы Endo Close было удобным для хирурга и безопасным для пациента нежели прошиванием брюшины интракорпорально.

Больным во 2-подгруппе (n=12) применены композитные сетчатые имплантаты перитонизация имплантата не требовалась, т.е. в этой подгруппе этот этап отсутствовал.

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения вентральных грыж, техники выполнения лапароскопической протезирующей герниопластики и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов.

Продолжительность лапароскопической герниопластики составила в среднем  $61,5 \pm 1,4$  мин., причем в 1-подгруппе основной группы этот показатель составил  $71,6 \pm 0,7$  мин., а во 2-подгруппе  $51,4 \pm 0,6$  мин, что оказалось меньше, чем при открытой герниопластике –  $104,5 \pm 3,6$  мин. ( $p < 0,05$ ) (рис. 10).

Уменьшение времени операции при лапароскопическом методе мы связываем с отсутствием следующих этапов, стандартных для открытой герниопластики: 1) разрез кожи и подкожной клетчатки, 2) широкая отслойка подкожной клетчатки от апоневроза по всему периметру грыжевых ворот, 3) тщательный гемостаз по ходу выделения грыжевого мешка и грыжевых ворот, 4) ручная фиксация сетки с помощью узловых или непрерывных швов, 5) послойное ушивание кожной раны.



**Рис. 10. Временной период лапароскопических и лапатомных грыжесечений (мин.)**

В первые годы, т.е. в период освоения лапароскопической технологии 7 (13,5%) больных подверглись конверсии, т.е. герниопластика завершена открытым методом.

Причиной конверсии было связано с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, сопутствующими заболеваниями сердечно – сосудистой и дыхательной системы, которые реагировали на длительный пневмоперитонеум. Причины конверсии отражены в таблице 2.

**Таблица 2.**

**Причина конверсии лапароскопической протезирующей герниопластики**

Причина конверсии	Количество больных (n=7)	
	абс.	%
Выраженный спаечный процесс	2	28,6
Интраоперационное кровотечение	1	14,3
Удлинение этапа разъединения спаек более 50 мин.:	4	57,1
- Интраоперационно повышение А/Д	2	28,6
- Интраоперационно снижение сатурации	1	14,3
- тахикардия	1	14,3

Скачкообразные изменения показателей сердечно-сосудистой и дыхательной системы во время операции можно объяснить длительным течением пневмоперитонеума, который является достаточно стрессогенным фактором, связанный с растяжением брюшины, богатой нервными

окончаниями. Также необходимо отметить, что возврат к исходному уровню показателей сердечно-сосудистой и дыхательной системы происходил после конверсии, т.е. устранения пневмоперитонеума.

Таким образом, совершенствование технических аспектов позволило: за счет дифференцированного введения первого троакара устранить таких осложнений как перфорация стенки полого органа; за счет стандартизации ведения рабочих троакаров упростилась техника хода операции; за счет фиксации имплантата с отступом от грыжевых ворот на 5-6 см минимизировался рецидив грыжи в отдаленном послеоперационном периоде; за счет применения модифицированной иглы удалось нивелировать технические сложности при фиксации протеза и при перитонизации стандартных не композитных сетчатых имплантатов с сокращением этого этапа операции с  $27,4 \pm 0,5$  до  $12,6 \pm 0,7$  минут ( $P < 0,001$ ).

На основании проведенного исследования технических аспектов эндовидеохирургических герниопластик при вентральных грыжах в практическую деятельность нами внедрен алгоритм тактики хода лапароскопической протезирующей герниопластики (рис. 11).



**Рис. 11. Тактика хода операции - лапароскопической протезирующей герниопластики**

В четвертой главе диссертации «Сравнение эффективности лапароскопических и лапаротомных грыжесечений вентральных грыж» приведены собственно результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов. Следует отметить, что в среднем на одного больного в обеих группах исследования приходилось 1-2 осложнения в виде сочетания

внеабдоминальных осложнений с раневыми осложнениями. В целом, было зарегистрировано 21 случай осложнений (17,9%), из них 15 (20,8% из 65 больных группы сравнения и 7 случай конверсии из основной группы, которым была произведена открытая герниоаллопластика) осложнений было зарегистрировано в группе сравнения и 6 (13,3% из 45 больных основной группы) осложнений – в основной группе, в том числе раневые осложнения отмечены в 12,5% и 4,4% случая в группе сравнения и основной группы соответственно. При рассмотрении временных периодов отмечено, что совершенствование тактико-технических аспектов обеспечило сокращение всех основных периоперационных периодов.

Далее, проанализированы отдаленные результаты у 89 (76,1%) из 117 больных перенесших лапароскопическую и лапаротомную герниоаллопластику. Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 5 лет. При этом судьбу 21 (29,2%) больных в группе сравнения и 13 (36,1%) в основной группе удалось проследить в сроки более 3-х лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива заболевания. Из 89 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив вентральной грыжи отмечен у 7 (7,9%), при этом в группе сравнения этот показатель составил 11,3% (6 больных), а в основной группе – 2,8% (1 пациент).

Причиной рецидивов при лапароскопической протезирующей герниопластики оказалось недостаточной площади протез, подобранный без учета дегенеративных изменений тканей брюшной стенки. У больных с ожирением кроме недостаточной площади протеза, тяжесть кожно – жирового «фартука» является способствующим фактором рецидива заболевания, который смещает имплантат книзу. При выраженной «фартукоподобной» деформации живота патогенетическим решением является дерматолипидэктомия.

С 2016 г. оценивали качество жизни пациентов, перенесших грыжесечение по разработанной нами программе (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №DGU 09023, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Программа для определения качества жизни пациентов перенесших симультанную операцию»). Больных, набравших от 81 до 100 баллов оценивали как «отлично», от 61 до 80 баллов – «хорошо», от 41 до 60 баллов – «удовлетворительно» и больные набравшие баллы ниже 40 оценивались как «неудовлетворительно».

По разработанной программе определения качества жизни пациентов перенесших герниопластику оценены 68 (76,4%) из 89 больных, наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 36 больных ранее перенесли лапароскопическую герниопластику и 32 больных грыжесечению открытым методом (табл. 3).

Таблица 3.

**Качества жизни пациентов в послеоперационном периоде**

Результат	Лапароскопическая герниопластика (n=36)		Открытая герниопластика (n=32)		Всего (n=68)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отлично	20	55,5	10	31,2	30	44,1
Хорошо	13	36,1	15	46,9	28	41,2
Удовлетворительно	2	5,5	4	12,5	6	8,8
Неудовлетворительно	1	2,8	3	9,4	4	5,9
Итого	36	100,0	32	100,0	68	100,0

Таким образом, анализ качества жизни пациентов по усовершенствованной шкале показал, что применение алгоритма и программы комплексного подхода к выбору оптимальной тактики лечения вентральных грыж позволило увеличить долю «отличных и хороших» результатов с 78,1% (25 из 32 перенесших грыжесечение открытым методом) до 91,6% (33 из 36 больных перенесших лапароскопическую герниопластику) и сократить частоту неудовлетворительных исходов с 9,4% до 2,8% ( $p=0,030$ ). В целом, при анализе полученных результатов обращает на себя внимание достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического показателей здоровья у пациентов после лапароскопической герниопластики ( $p < 0,05$ ).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Эндовидеохирургическая герниопластика методологически обоснована и эффективна при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж малых и средних размеров.

2. Совершенствование технических аспектов позволило: за счет дифференцированного введения первого троакара устранить таких осложнений как перфорация стенки полого органа; за счет стандартизации ведения рабочих троакаров упростилась техника хода операции; за счет фиксации имплантата с отступом от грыжевых ворот на 5-6 см минимизировался рецидив грыжи в отдаленном послеоперационном периоде.

3. За счет применения модифицированной иглы удалось нивелировать технические сложности при фиксации протеза и при перитонизации стандартных не композитных сетчатых имплантатов с сокращением этого этапа операции с  $27,4 \pm 0,5$  до  $12,6 \pm 0,7$  минут ( $P < 0,001$ ). В целом это техническое решение позволило достоверно сократить ход операции с  $104,5 \pm 3,6$  минут до  $71,6 \pm 0,7$  минут в 1-подгруппе и до  $51,4 \pm 0,6$  минут во 2-подгруппе (Т-критерий = 6,74,  $P < 0,001$ ).

4. Применение алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 20,8% до 13,3% ( $p=0,045$ ), в том числе раневых с 12,5% до 4,4%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения, периоды реабилитации и общие сроки стационарного лечения после лапароскопической протезирующей герниопластики. Причиной рецидивов при лапароскопической протезирующей герниопластики является недостаточной площади протез, подобранный без учета дегенеративных изменений тканей брюшной стенки. У больных с ожирением кроме недостаточной площади протеза, тяжесть кожно – жирового «фартука» является способствующим фактором рецидива заболевания, который смещает имплантат книзу.

5. Сравнение эффективности лапароскопического и открытого методов герниопластики показало четкие преимущества лапароскопического метода. Так, длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде после лапароскопической герниопластики в среднем составила  $3,1 \pm 0,8$  суток, после открытой герниопластики боли в области послеоперационной раны сохранялись в течение  $6,2 \pm 1,8$  суток ( $p < 0,05$ ). Ранняя активизация пациентов была напрямую связана с выраженностью и длительностью болевого синдрома в послеоперационном периоде, травматичностью перенесенной операции. После лапароскопической герниопластики отмечали более раннюю активизацию больных – уже через  $9,3 \pm 0,6$  ч. после операции, тогда как после открытой герниопластики – только через  $26,3 \pm 1,2$  ч. ( $p < 0,05$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE  
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**SAYINAEV FARRUKH KARAMATOVICH**

**CLINICAL EFFICIENCY AND TECHNICAL ASPECTS OF  
ENDOVIDEOSURGICAL HERNIOPLASTY FOR VENTRAL HERNIA**

**14.00.27 – Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON  
MEDICAL SCIENCES**

**Bukhara – 2021**

**Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the B2021.2.PhD/Tib1976**

The doctoral dissertation carried out at the Samarkand state medical institute.

Abstract of the dissertation is available in three languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Research leader:**

**Kurbaniyazov Zafarjon**  
Doctor of Medical Sciences

**Official opponents:**

**Khamdamov Baxtiyor Zarifovich**  
Doctor of Medical Sciences

**Eshonxodjayev Otabek Djurayevich**  
Doctor of Medical Sciences

**Leading organization:**

**Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino**

The defense will take place "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2022 at \_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc./PhD04/30.12.2019Tib.93.01 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200100, Republic of Uzbekistan, Bukhara, Navai Ave., 1. Tel .: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru))

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No. \_\_\_). Address: 200100, Republic of Uzbekistan, Bukhara, ave. Navai, 1. Tel .: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50.

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021.

(mailing report № \_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2021).

**A.Sh. Inoyatov**

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

**D.N. Achilova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy (PhD), docent

**N.A. Nuraliyev**

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The aim of the research work** is to improving the quality of treatment of patients with ventral hernias by improving the technical aspects of endovideosurgical hernioplasty.

**Research objectives** there were 117 patients with ventral hernias who were hospitalized in the surgical department of the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period from 2016 to 2020.

**The scientific novelty of the research consists of the followings:**

a program of a point scale for choosing the optimal method of surgery in patients with ventral hernias was developed, taking into account the improved technical aspects of various options for hernioplasty;

the surgical instrument "Needle for fixing the endoprosthesis to the anterior abdominal wall" was developed to facilitate the stage of fixing the prosthesis when performing laparoscopic prosthetic hernioplasty;

a detailed assessment of the technical aspects of laparoscopic surgical interventions - hernioplasty in the treatment of ventral hernias is given;

the results of hernioplasty performed by means of the open and laparoscopic method were investigated, the clinical effectiveness of surgical interventions was determined.

**Introduction of the research results.** According to the results of scientific research to improve the diagnosis and surgical treatment of patients with ventral hernias:

the surgical instrument "Needle for fixing the endoprosthesis to the anterior abdominal wall" was improved. The use of the proposed tool made it possible to level the technical difficulties in fixing the prosthesis to the anterior abdominal wall with a reduction in the operation time;

methodological recommendations were developed "Technical aspects of endovideosurgical hernioplasty for ventral hernias" (certificate of the Ministry of Health 8n-r / 907 of October 12, 2021) and "Modern minimally invasive and endoscopic methods of treatment of ventral abdominal hernias" (certificate of the Ministry of Health 8n-r / 908 of 12 October 2021). The proposed recommendations made it possible to optimize the choice of tactics for surgical treatment of patients with ventral hernias.

The scientific results obtained to improve the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with ventral hernias have been introduced into the practice of healthcare, in particular, in the clinical practice of the surgery department of the district medical association of the Kashkadarya region, the Samarkand city medical association and the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute (certificate of the Ministry of Health 8n-z / 369 dated October 22, 2021). The implementation of research results by improving the tactical and technical aspects of surgical treatment of patients with ventral hernias made it possible to reduce the overall incidence of postoperative complications from 20.8% to 13.3%, including wound complications from 12.5% to 4.4%, as well as significantly reduce the duration of

surgical treatment and rehabilitation periods after laparoscopic hernioplasty (conclusions of the Ministry of Health No. 08-09 / 19850 December 15, 2021)

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of textual material is 118 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Laparoscopic treatment of incisional ventral hernias (Literature review) // Journal of Hunan University (Natural Sciences).- 2021.- Vol. 48, No. 7.- P. 143-149 (Scopus).

2. Давлатов С.С., Амонов М.М., Сайинаев Ф.К. Современные подходы к лечению пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами // Вестник ТМА. – Ташкент. - 2021. - №2. - С. 11 – 18. (14.00.00; №13).

3. Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Давлатов С.С., Насимов А.М. Дифференцированный подход к хирургии вентральных грыж // Вестник ТМА. – Ташкент. - 2021. - №4. - С. 110 – 112. (14.00.00; №13).

4. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Сайинаев Ф.К., Насимов А.М. Современные возможности герниоаллопластики у больных с вентральными грыжами // Вестник ТМА. – Ташкент. - 2021. - №4. - С. 113 – 114. (14.00.00; №13).

5. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Сайинаев Ф.К. Перспективы и возможности лапароскопической аллогерниопластики // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2021. - №3 (128). - С. 43-46. (14.00.00; №19).

6. Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Давлатов С.С. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с вентральной грыжей // Биология ва тиббиёт муаммолари. Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2021. - №3 (128). - С. 62-65. (14.00.00; №19).

7. Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Технические аспекты лапароскопической протезирующей герниопластики // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2021. - №3 (128). - С. 115-120. (14.00.00; №19).

8. Sayinaev F.K., Kurbaniyazov Z.B., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S. Technical Aspects of Laparoscopic Prosthetic Hernioplasty // American Journal of Medicine and Medical Sciences - America, 2021, 11(12). P. 882-886. (Scopus).

**II бўлим (II часть; part II)**

9. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Сайинаев Ф.К., Ахмедов Г.К. Абдоминопластика при лечении вентральных грыж // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2012, №4 (71). - С. 39-42.

10. Mardonov B.A., Isakov A.M., Sayinaev F.K., Yuldashev P.A. Optimization of treatment of patients with ventral hernia // Научно-методический журнал Academy. Россия, 2020. №3 (54). - С. 109-116.

11. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Сайинаев Ф.К. Лапароскопическая герниопластика при вентральных грыжах // Журнал гепато-

гастроэнтерологических исследований. Самарканд, 2021. - №1 (Том 2). - С. 18-21.

12. Abdurakhmanov D.Sh., Sayinaev F.K., Zokhidov F.Sh. Features of diagnostics and treatment of patients with refluxesophagitis on the background of sliding diaphragm hernias // Международная Научно-Практическая Конференция «Лазеры в медицине и биологии» Сборник материалов конференции Самарканд, 2021. - С. 188-189

13. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Сайинаев Ф.К., Абдурахманов Д.Ш. Возможности ультразвукового исследования при определении выбора хирургической тактики у больных с вентральной грыжей // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2021. - №5.1 (131). - С. 48-49.

14. Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Давлатов С.С., Мардонов Б.А. Технические аспекты эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах // Методические рекомендации. Самарканд, 2021. 32 с.

15. Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Давлатов С.С., Мардонов Б.А. Современные малоинвазивные и эндоскопические методы лечения аентральных грыж живота // Методические рекомендации. Самарканд, 2021. 40 с.



Автореферат “Дурдона” нашриётида тахрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус  
ҳамда инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 21.12.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма  
усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 3.0.  
Адади 100 нусха. Буюртма №455.

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.  
“Sadriiddin Salim Vuxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.  
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45.



