

**BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
HUZURIDAGI ILMIY DARAJALAR BERUVCHI
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 RAQAMLI ILMIY KENGASH**

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

SHERBEKOV ULUGBEK AXRAROVICH

**QORIN CHURRASI VA QO‘SHILIB KELGAN QORIN BO‘SHLIG‘I
A‘ZOLARI PATOLOGIYASI XIRURGIYASINING TAKTIK VA TEXNIK
JIHATLARI**

14.00.27 – Xirurgiya

**TIBBIYOT FANLARI DOKTORI (DSc)
DISSERTATSIYASI AVTOREFERATI**

Buxoro – 2023

Fan doktori (DSc) dissertatsiyasi avtoreferati mundarijasi

Оглавление автореферата докторской диссертации

Contents of dissertation abstract of doctoral dissertation

Sherbekov Ulugbek Axrarovich

Qorin churrasi va qo‘shilib kelgan qorin bo‘shlig‘I a‘zolari patologiyasi
xirurgiyasining taktik va texnik jihatlari..... 3

Шербеков Улугбек Ахрарович

Тактические и технические аспекты хирургии грыж живота и сочетанной
патологии органов брюшной полости 25

Sherbekov Ulugbek Akhrarovich

Tactical and technical aspects of abdominal hernia surgery and combined
pathology of the abdominal organs..... 49

E‘lon qilingan ishlar ro‘uxati

Список опубликованных работ
List of published works 53

**BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
HUZURIDAGI ILMIY DARAJALAR BERUVCHI
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 RAQAMLI ILMIY KENGASH**

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

SHERBEKOV ULUGBEK AXRAROVICH

**QORIN CHURRASI VA QO‘SHILIB KELGAN QORIN BO‘SHLIG‘I
A‘ZOLARI PATOLOGIYASI XIRURGIYASINING TAKTIK VA TEXNIK
JIHATLARI**

14.00.27 – Xirurgiya

**TIBBIYOT FANLARI DOKTORI (DSc)
DISSERTATSIYASI AVTOREFERATI**

Buxoro – 2023

Fan doktori (DSc) dissertatsiyasi mavzusi O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasida B2021.2.DSc/Tib579 raqam bilan ro'yxatga olingan.

Dissertatsiya Samarqand davlat tibbiyot universitetida bajarilgan.

Dissertatsiya avtoreferati uch tilda (o'zbek, rus, ingliz (rezyume)) Ilmiy kengash veb-sahifasida (www.bsmi.uz) va «Ziyonet» axborot ta'lim portalida (www.ziyonet.uz) joylashtirilgan.

Ilmiy konsultant

Kurbaniyazov Zafarjon
tibbiyot fanlari doktori, professor

Rasmiy opponentlar

Safoev Baqodir Barnoevich
tibbiyot fanlari doktori, professor

Eshonxodjaev Otabek Djuraevich
tibbiyot fanlari doktori, professor

Nazarov Shoxin Kuvvatovich
tibbiyot fanlari doktori, professor
(Tojikiston respublikasi)

Yetakchi tashkilot

A.V. Vishnevskiy nomidagi Milliy jarrohlik ilmiy tadqiqot markazi (Rossiya Federatsiyasi)

Dissertatsiya himoyasi Buxoro davlat tibbiyot instituti huzuridagi ilmiy darajalar beruvchi DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 raqamli Ilmiy kengashinig 2023 yil «26» YANVAR soat 12³⁰ dagi majlisida bo'lib o'tadi. (Manzil: 200118, Buxoro shaxri, A.Navoiy shoh ko'chasi, 1-uy. Tel.: (+99865) 223-17-53; faks: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

Dissertatsiya bilan Buxoro davlat tibbiyot institutining Axborot-resurs markazida tanishish mumkin 044-raqam bilan ro'yxatga olingan). Manzil: 200100, Buxoro shaxri, A.Navoiy shoh ko'chasi 1-uy. Tel.: (+99865) 223-17-53; faks: (+99865) 223-00-50.

Dissertatsiya avtoreferati 2023 yil «12» YANVAR da tarqatildi.

(2023 yil «12» YANVAR dagi 04 raqamli reestr bayonnomasi).



A.Sh. Inoyatov

Ilmiy darajalar beruvchi Ilmiy kengash raisi,
tibbiyot fanlari doktori, professor

N.N. Kazakova

Ilmiy darajalar beruvchi Ilmiy kengash ilmiy kotibi,
tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD),
dotsent

B.Z. Xamdamov

Ilmiy darajalar beruvchi Ilmiy kengash qoshidagi
Ilmiy seminar raisi, tibbiyot fanlari doktori

KIRISH (fan doktori (DSc) dissertatsiyasi annotatsiyasi)

Dissertatsiya mavzusining dolzarbligi va zarurati. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlarga ko‘ra «...qorin old devorining churrasi bir vaqtning o‘zida qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining kasalliklari bilan birgalikda keng tarqalgan jarrohlik kasalliklaridan biri bo‘lib, aholining 3-7% ida uchraydi va asosan mehnatga layoqatli yoshdagi odamlarni tashkil qiladi»¹. Adabiyot ma‘lumotlariga ko‘ra, gerniotomiya qilingan bemorlarning 15-20% i operatsiyadan keyin boshqa jarrohlik kasalliklari sababli takroriy jarrohlik aralashuvlarga duchor bo‘ladi. Bu bir vaqtda bajariladigan jarrohlik amaliyotlari muammosining dolzarbligini belgilaydi. Bemorda qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining birga keladigan kasalligi bo‘lsa, ventral churrada faqat gerniotomiya qilishning mantiqsizligiga e‘tibor qaratish lozim. Qorin bo‘shlig‘ining boshqa patologiyasi bo‘lgan bemorlarda faqat gerniotomiya qilingan taqdirda, takroriy jarrohlik amaliyoti ko‘pincha gernioplastika natijalarini bekor qiladi.

Dunyo miqyosida qorin devorida va qorin bo‘shlig‘i a‘zolarida bir vaqtning o‘zida bajariladigan jarrohlik amaliyotlari ko‘plab bajarilgan bo‘lib, jarrohlik aralashuvining murakkabligi e‘tirof etilgan, tadqiqotlar natijasida davolanish muddati kamayishi, churra tuzalgandan keyin yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarning rivojlanish xavfi kamayishiga erishilgan hamda qayta jarrohlik amaliyoti sababli takroriy og‘riqsizlantirish jarayonida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan qo‘shimcha hissiy zo‘riqish xavfi kamaytirilgan. Churralari bo‘lgan bemorlarda xoledoxolitiaz ko‘p uchrashi, ayollar orasida esa kichik chanoq bo‘shlig‘i patologiyalari, qorin bo‘shlig‘ida chandiqli kasalliklar, surunkali va o‘tkir osti ichak tutilishi, abdominoptoz aniqlanishi to‘g‘risida ma‘lumotlar keltirilgan. Mazkur muammolar oshqozon-ichak traktining turli soxalarida joylashgan chandiqli kasallik, chandiqli ichak tutilishi va fistulalar mavjudligi bilan bog‘liqligi isbotlangan. Bularning barchasi churrani bartaraf etish etapida, qorin bo‘shlig‘i etapida va qorin bo‘shlig‘ini yopish etapida jarrohlik jarayonini batafsil o‘rganishni talab qiladi.

Hozirgi kunda mamlakatimizda aholini ijtimoiy muhofaza qilish va sog‘liqni saqlash tizimini takomillashtirish borasida keng ko‘lamli ishlar amalga oshirilmoqda. Ushbu yo‘nalishda, xususan, morbid semizligi bo‘lgan bemorlarda ventral churralarni jarrohlik yo‘li bilan davolashni yaxshilashda ijobiy natijalarga erishilmoqda. Shu bilan birga, ushbu bemorlarga ko‘rsatiladigan yordamni yaxshilash uchun perioperativ asoratlarning oldini olish va kasallikning qaytalanishining uzoq muddatli oldini olishni hisobga olgan holda jarrohlik aralashuv samaradorligini baholash uchun dalillarga asoslangan natijalar talab qilinadi. Bu borada 2022-2026 yillarga mo‘ljallangan Yangi O‘zbekiston taraqqiyot strategiyasining yettita ustuvor yo‘nalishiga muvofiq aholiga tibbiy xizmat kuratish darajasini yangi bosqichga ko‘tarishda «...birlamchi tibbiy-sanitariya xizmatda aholiga malakali xizmat ko‘rsatish sifatini

¹World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. www.who.int/iris/handle/10589/1111189.

yaxshilash...»² kabi vazifalar belgilangan. Ushbu vazifalarni amalga oshirish, diagnostika va jarrohlik taktikasini maqbullashtirish orqali semizligi bo'lgan bemorlarda ventral churrallarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilash, jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish ustuvor yo'nalishlardan biridir.

Mazkur dissertatsiya tadqiqoti O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 12 noyabrdagi PF-6110-son «Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog'liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari to'g'risida» gi va 2022 yil 28 yanvardagi PF-60-son «2022-2026 yillarda Yangi O'zbekistonni rivojlantirish strategiyasi to'g'risida» gi Farmonlari, 2020 yil 10 noyabrdagi PQ-4887-son «Aholining sog'lom ovqatlanishini taminlash bo'yicha qo'shimcha chora tadbirlar to'g'risida» va 2020 yil 12 noyabrdagi PQ-4891-son «Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini ta'minlashga oid qo'shimcha chora-tadbirlari to'g'risida»gi Qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga muayyan darajada xizmat qilgan.

Tadqiqot respublika fan va texnologiyalari rivojlanishining ustuvor yo'nalishlariga mosligi. Dissertatsiya tadqiqotlari respublika fan va texnika taraqqiyotining VI «Tibbiyot va farmakologiya» ustuvor yo'nalishiga muvofiq olib borilgan.

Dissertatsiya mavzusi bo'yicha xorijiy ilmiy tadqiqotlar sharhi.

Qorin churrasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash sohasidagi ilmiy va amaliy tadqiqotlar dunyoning ko'plab yetakchi tadqiqot markazlari, loyihalar, OTM lari tomonidan olib borilgan, jumladan Academic Medical Center University of Amsterdam, Maastricht University Medical Center (Niderlandiya), State University of New York (AQSh), West Wales General Hospital (Buyuk Britaniya), The University of Auckland (Yangi Zelandiya), Medanta Hospital (Hindiston), Global Water Pathogen Project (Shveytsariya), Yevropa Gerniologlar jamiyati (Polsha), DBM «I.I.Djanelidze nomidagi Sankt-Peterburg tez tibbiy yordam ilmiy-tadqiqot instituti» (RF), A.V. Vishnevskiy nomidagi Milliy tibbiyot jarrohlik ilmiy-tadqiqot markazi» (RF), Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi (O'zbekiston), V.Voxidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy jarrohlik tibbiyot markazi (O'zbekiston)³.

Dunyoning rivojlangan mamlakatlari yetakchi ilmiy markazlari va oliy o'quv yillarida bajarilgan ilmiy-tadqiqot ishlar natijalari tahlili ushbu muammoning yuqori darajada dolzarbligi va iqtisodiy ahamiyatligini ko'rsatgan. Kasallikning yuqori darajada tarqalishi, ayniqsa, eng mehnatga layoqatli yoshdagi odamlar orasida, jarrohlikdan keyingi asoratlarning yuqori chastotasi, natijada bemorlarning

² O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi PF-60 son «2022-2026 yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekiston taraqqiyot strategiyasi to'g'risida»gi Farmoni

³Dissertatsiya mavzusi bo'yicha xorijiy ilmiy tadqiqotlar sharhi: www.pku.edu.cn, www.qdu.edu.cn, www.cgu.edu.tw, www.usj.edu.lb, www.umed.wroc.pl, www.ku.dk, www.snu.ac.kr, www.yonsei.ac.kr, www.ngt.ndu.ac.jp, www.unife.it, www.univaq.it, www.unibs.it, www.udea.edu.co, www.otago.ac.nz, www.iau.ac.ir, www.manchester.ac.uk, www.sydney.edu.au, www.cu.edu.eg; www.ufrj.br; www.uva.nl; www.portal.estacio.br; www.uwa.edu.au; www.unesp.br; www.khu.ac.kr. www.tmu.edu.tw; www.tsdi.uz

hayot sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, qorinning tashqi churrasi muammosining dolzarbligi va ahamiyati ko'rsatilgan.

Muammoning o'rganilganlik darajasi. Keyingi yillarda e'lon qilingan Nazirov F.G. (2018) ma'lumotlariga ko'ra, jarrohlik bemorlarning 20-30% ida kombinatsiyalangan jarrohlik patologiyalari mavjud. Ular orasida faqat 6-8% gacha holatlarda bir vaqtning o'zida bartaraf etish, ya'ni simultan jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan. Jarrohlarning bir vaqtning o'zida bajarladigan operatsiyalarga bo'lgan cheklangan munosabati ularga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar bo'yicha yagona kelishuvning yo'qligi va yetarli darajada o'rganilmagan natijalar bilan izohlanadi. Ushbu muammoga bag'ishlangan bir nechta ilmiy maqolalarda bir vaqtning o'zida bajariladigan operatsiya davomiyligi, operatsiyadan keyingi davrning xususiyatlari va jarrohlik aralashuvining og'irlik darajasini tavsiflovchi boshqa bir qator omillar kabi muhim ko'rsatkichlarga kam e'tibor berilgan (Belokonev V.I. va hammual., 2018; Doble J.A. et al., 2019).

Bir vaqtning o'zida bajariladigan operatsiyalarning afzalligi shundan iboratki, ikki yoki undan ortiq jarrohlik kasalliklarini bir vaqtning o'zida bartaraf etilishidir, bunday bemorlarni jarrohlik davolashni keyinroqqa qoldirish bilan bog'liq takroriy anesteziya va uning asoratlari xavfini bartaraf etgan, takroriy tekshiruvlardan o'tish va operatsiyadan oldingi tayyorgarlik zarurati yo'q ekanligini ko'rsatgan. Ahonen-Siirtola M. va hammual. (2017) ma'lumotlariga ko'ra, ko'p sonli klinik kuzatuvlarga qaramay, kombinatsiyalangan jarrohlik aralashuvlar o'rtacha 3% jarrohlik bemorlarida amalga oshirilgan, ular chastotasi 20-30% ni tashkil qilgan.

Karimov Sh.I. ning (2016) ta'rifiga ko'ra, simultan jarrohlik amaliyoti bu jarrohlik davolash ko'rsatma bo'lgan kasalliklar uchun ikki yoki undan ortiq mustaqil jarrohlik amaliyotining bir vaqtning o'zida bajarilishidir. Bir vaqtning o'zida bajariladigan jarrohlik amaliyotini rad etishning asosiy sabablaridan biri jarrohlik araluvidagi shikastlanishdir. Yerl D. ning (2021) fikriga ko'ra, bir vaqtning o'zida bajariladigan jarrohlik aralashuvi jarrohlik amaliyotidan keyingi davrni og'irlashtiradi va turli xil asoratlar hamda o'limning darajasi yuqoriligi bilan birga kelgan. Bir vaqtning o'zida bajariladigan jarrohlik amaliyoti paytida jarrohlik aralashuvi davomiyligining uzayishi, qo'shimcha jarohat, ayniqsa og'ir somatik holatga ega bo'lgan odamlar, ularning asoratlari mavjudligi sababli jarrohlik aralashuvi xavfi ortgan (Hakimov M.Sh. va hammual., 2020; Gillion J. F. et al., 2018).

Har qanday jarrohlik aralashuvga javoban organizmda tizimli patofiziologik o'zgarishlar yuzaga keladi, ularning og'irligi bemorning dastlabki holati va jarrohlik aralashuvi jarayonida kuzatiladigan stress oqibatidagi shikastlanish darajasi bilan belgilangan. Qo'shimcha bosqich talab etiladigan bir vaqtda bajariladigan jarrohlik amaliyoti jarayonida ba'zi hollarda patologik o'zgarigan qorin bo'shlig'i a'zolariga qo'shimcha kirish imkoni bo'ladi, natijada organizmning «agressiv javob reaksiyasi» chegaralangan operatsiyalarga qaraganda yaqqolroq namoyon bo'ladi va bu ko'plab jarrohlarni qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan jarrohlik kasalliklari bilan bir vaqtda bajariladigan jarrohlik aralashuvlaridan voz kechishini talab qilgan (Nosirov M.Ya. va hammual., 2015).

Ammo shuni esda tutish kerakki, kombinatsiyalangan kasalliklarni jarrohlik davolashni asossiz ravishda ajratish ko'p hollarda qo'shimcha patologik o'zgarishlarni jarrohlik yo'li bilan tuzatishning maqbul vaqtini o'tkazib yuboradi, shuningdek operatsiyadan keyingi erta davrda davolanmagan kasallikning kuchayishiga sabab bo'ladi. Shunday qilib, Gerbali O.Yu. (2019) ma'lumotlarga ko'ra, o't yo'llarida toshlar bo'lgan va qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolarida operatsiya qilingan bemorlarning 3,8% operatsiyadan keyingi erta davrda o'tkir xolesistit rivojlangan.

Ventral churrasi bo'lgan bemorlarda qorin bo'shlig'ining birgalikdagi jarrohlik kasalliklarining chastotasi 11,8 dan 36,3% gacha bo'lgan. Churra bilan og'rikan bemorlarning 59,3% ida faqat bitta kasallik bo'lgan, ko'p hollarda ular ikkita (13,3-25,5%), uchta (13,5-51,6%), to'rtta (1,7-35,1%) bo'lgan va boshqa kasalliklar bilan qo'shib kelgan (Tesdaev O.R. va hammual., 2021). Bemorlarda churra qanchalik katta bo'lsa, u bilan birga keladigan kasalliklar ham shunchalik ko'p ekanligi aniqlangan.

Biroq, an'anaviy aralashuvlar ham va laparoskopik aralashuvlar ham o'ziga xos imkoniyatlarga ega, shuning uchun ular differensial yondashuvni va ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqlashni talab qiladi.

Dissertatsiya tadqiqotining dissertatsiya bajarilgan oliy ta'lim muassasasi ilmiy-tadqiqot ishlari rejalari bilan bog'liqligi. Dissertatsiya tadqiqoti Samarqand davlat tibbiyot universitetining 5436–012000262 raqamli «Jaroxatlar, xirurgik kasalliklar va o'smalarning profilaktikasi, diagnostikasi va davolashning zamonaviy texnologiyalarini yaratish va joriy etish» (2019-2023 yy.) mavzusidagi ilmiy-tadqiqot ishlari rejasiga muvofiq bajarilgan.

Tadqiqot maqsadi: Jarrohlik aralashuvlarining taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish orqali qorin devori churrasi va qo'shma qorin patologiyasi bilan og'rikan bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini yaxshilashdan iborat bo'lgan.

Tadqiqot vazifalari:

qorin bo'shlig'i churrasi bo'lgan bemorlarda bir vaqtning o'zida bartaraf etish talab qilinadigan qorin bo'shlig'i jarrohlik patologiyalarining uchrash darajasini aniqlash;

qorin bo'shlig'i churrasi bo'lgan bemorlarda patologiyaning joylashuviga qarab qorin old devori va qorin bo'shlig'ida laparoskopik usullardan ustuvor foydalanish bilan bir vaqtning o'zida bajariladigan operatsiyalarni taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish;

gernioplastika amaliyotini bajarish jarayonida endovideojarrohlik texnologiyalaridan foydalanishning texnik imkoniyatlarini aniqlash;

kompyuter tomografiyasi gernoabdominometriyasi bo'yicha qorin old devorining plastik jarrohligining tortilish va tortilishsiz usullarini tanlash mezonlarini aniqlash;

gernioplastikaning tortilishsiz usullarini bajarishning texnik jihatlarini takomillashtirish;

qorin bo'shlig'i organlari va qorin old devorida bir vaqtning o'zida bajariladigan operatsiyalar paytida jarrohlik stressining endokrin parametrlarini o'rganish;

endovideojarrohlik texnologiyalari va tortilishsiz alloplastika usullaridan ustuvor foydalanish bilan bir vaqtda kombinatsiyalangan gernioalloplastika va bir vaqtning o'zida qorin bo'shlig'i patologiyasini jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishning klinik samaradorligini asoslash.

Tadqiqot ob'ekti sifatida qorin bo'shlig'i churrasi va bir vaqtda qorin bo'shlig'i a'zolarining patologiyasi bilan og'rikan 331 nafar bemor bo'lgan.

Tadqiqotning predmeti endovideojarrohlik texnologiyalari va tortilishsiz plastik usullardan ustuvor foydalanish bilan qorin bo'shlig'i a'zolarining bir vaqtning o'zida patologiyasi va qorin bo'shlig'i churrasi bilan og'rikan bemorlarni kompleks tekshirish va jarrohlik davolash natijalari tahlil qilindi.

Tadqiqotning usullari. Tadqiqot maqsadiga erishish va qo'yilgan vazifalarni hal qilish uchun quyidagi tadqiqot usullari qo'llanilgan: umumiy klinik, biokimyoviy, instrumental va statistik usullar.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi quyidagilardan iborat:

jarrohlik amaliyotining alohida bosqichlarida laparoskopik texnologiyalardan foydalanish o'zini oqladi, ya'ni bir vaqtning o'zida qorin devori churrasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma patologiyasini sezilarli bartaraf etib, miniinvaziv usulda tuzatishga imkon bergan;

W1 va W2 churralarida alloplastikani bajarilish jarayonida endovideojarrohlik texnologiyasining samaradorligi isbotlangan;

KT gernioabdominometriyasining yuqori informativligi isbotlangan, bu operatsiyadan oldin qorin old devori topografiyasidagi nuqsonlarni aniqlash, churraning qorin bo'shlig'i hajmiga nisbatan hajmini aniqlash va gernioalloplastikaning optimal usulini tanlash imkonini bergan;

W3 va W4 ventral churralari uchun tortilishsiz gernioplastika usullarini bajarishning texnik va taktik jihatlari takomillashtirilgan;

stress gormonlarining dinamikasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, simultan operatsiyaning amalga oshirilishi jarrohlik depressiyasi darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi va shu bilan qorin old devori va qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan patologiyasini bir vaqtning o'zida bartaraf etish maqsadga muvofiqligini oqlagan;

endovideojarrohlik texnologiyalari va tortilishsiz alloplastika usullaridan ustuvor foydalanish bilan qorin bo'shlig'i churrasi va qo'shimcha abdominal patologiyani bir vaqtning o'zida jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishning taktik va texnik jihatlari optimallashtirish davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilangan.

Tadqiqotning amaliy natijalari quyidagilardan iborat:

qorin bo'shlig'i va qorin old devorining kombinatsiyalangan jarrohlik patologiyasida bir vaqtning o'zida jarrohlik amaliyotini bajarish bir martalik anesteziya va jarrohlik aralashuvi doirasida bemorni davolashga imkon bergan;

operatsiyaning ikkala yoki alohida bosqichlarida qo'llaniladigan laparoskopik texnologiyalar jarrohlik aralashuvining shikastlanishini sezilarli darajada kamaytirgan;

taklif qilingan va o'zgartirilgan Endo Close ignasi tomonidan qo'llaniladigan takomillashtirilgan texnikaga muvofiq kompozit to'rtli protezlar va ekstrakorporal

tikuvlardan foydalanish laparoskopik churra alloplastika texnikasini sezilarli darajada osonlashtirgan;

operatsiyaning ikkala yoki alohida bosqichlarida qo'llaniladigan laparoskopik texnologiyalar jarrohlik aralashuvining shikastlanishini sezilarli darajada kamaytirgan;

KT gernoabdominometriyasi plastik jarrohlikning "tortiladigan" va «tortilmaydigan» usullarini tanlash mezonlarini aniqlashga imkon beradi va uning ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'ining 14% gacha bo'lgan churra protruziyasi bilan «onlay» endoprotezni churra nuqsonini tikish bilan implantatsiya qilish mumkin, 14,1% dan ortiq holatda – tortilmaydigan plastika qilish ko'rsatilgan;

«onlay + sublay» usulidan foydalangan holda endoprotez implantatsiyasi bilan tortilmaydigan churra alloplastikasi kompartment sindromining oldini olish va churraning takrorlanishini bartaraf etish imkonini bergan;

churraning o'lchamiga va qorin bo'shlig'idagi qo'shma patologiyaning lokalizatsiyasiga muvofiq churra alloplastikasi va bir vaqtning o'zida kombinir patologiyani jarrohlik yo'li bilan bartaraf etish usulini tanlash algoritmi tavsiya qilingan;

stress gormonlari dinamikasini o'rganish tortilish gernioplastikasini bajarish jarayonida jarrohlik tajovuzkorligining kuchayishini va uzoq muddatli pnevmoperitoneum kuzatilishini ko'rsatdi, bu esa operatsiya xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda ushbu omillardan qochishni talab qilgan;

endovideojarrohlik texnologiyalari va tortilishsiz alloplastika usullaridan ustuvor foydalanish bilan qorin bo'shlig'i churralari va qorin bo'shlig'ining qo'shma patologiyasini jarrohlik yo'li bilan bartaraf etish tavsiya etilgan jarrohlikning taktik va texnik jihatlari operatsiyadan keyingi asoratlarni 8,6% dan 5,3% gacha kamaytirish imkonini bergan.

Tadqiqot natijalarining ishonchliligi. Tadqiqot natijalarining ishonchliligi zamonaviy, keng qo'llaniladigan klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullaridan foydalanish bilan tasdiqlangan. Olingan barcha natijalar va xulosalar dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan. Statistik ishlov berish olingan natijalarning ishonchliligini tasdiqlagan.

Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati. Tadqiqot natijalarining ilmiy ahamiyati qorin bo'shlig'i va ventral churralarning kombinatsiyalangan patologiyasi uchun jarrohlik aralashuvini bir vaqtning o'zida bajarish zarurati isbotlanganligi bilan belgilanganligi, qorin old devori churrasida qorin bo'shlig'i a'zolarining o'zaro patologiyalarini bartaraf etishda endovideoxirurgik jarrohlik amaliyotining afzalligi asoslanganligi, W1, W2 churralari uchun laparoskopik gernioplastikaning samaradorligi isbotlangan va ularning alohida bosqichlari takomillashtirilib, bajarish texnikasini sezilarli darajada soddalashtirilganligi, gernoalloplastika usulini tanlashda KT gernoabdominometriyasining ahamiyati va ma'lumot beruvchi qiymati aniqlanganligi, kompartment sindromining oldini olishda tortilishsiz alloplastika usullarining samaradorligi isbotlanganligi, simultan jarrohlik amaliyotini bajarish jarrohlik tajovuzkorlik darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatmasligi aniqlanganligi, qorin bo'shlig'i churralari va birga keladigan qorin bo'shlig'i patologiyasini bir vaqtda bartaraf etish endovideojarrohlik

texnologiyalari va tortilishsiz plastik usullardan ustuvor foydalanishning klinik samaradorligi isbotlanganligi bilan asoslangan.

Ishning amaliy ahamiyati jarrohlik davolashni talab qiladigan qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan patologiyasining eng keng tarqalgan shakllari aniqlanganligi, qorin bo'shlig'i kombinir patologiyasi churra defektidan uzoq masofada joylashgan bo'lsa, laparoskopik texnikadan foydalangan holda jarrohlikning simultan bosqichini afzalroq ekanligi isbotlanganligi, kompozit to'rtli protezlardan foydalanish implantni qorin oldingi «cho'ntak» ka fiksatsiyalash zaruratini yo'q qiladi, bu esa operatsiya davomiyligini sezilarli darajada qisqartirganligi, kombinatsiyalangan «onlay + sublay» usulida protez implantatsiyasi bilan churra alloplastikasining tavsiya etilgan tortilishsiz usuli katta churralarni davolash natijalarini yaxshilagan (W3, W4), stress gormonlari dinamikasi tortilish gernioplastikasini bajarish jarayonida jarrohlik tajovuzkorligining kuchayishi va uzoq muddatli pnevmoperitoneum kuzatilishini ko'rsatganligi, ventral churralar va kombinatsiyalangan qorin patologiyasini jarrohlik davolashning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasi va statsionar davolanish muddatini sezilarli darajada kamaytirganligi bilan asoslangan.

Tadqiqot natijalarining joriy qilinishi. Qorin bo'shlig'i churrasi va qo'shma qorin bo'shlig'i patologiyasi bo'lgan bemorlarni tashxislash va jarrohlik davolashni takomillashtirish bo'yicha ilmiy tadqiqot natijalariga asosan:

qorin churrasi jarrohligi va qorin old devorining qo'shma patologiyasini tashxislash imkonini bergan «Qorin churrasi jarrohligi va qorin old devorining qo'shma patologiyasi» uslubiy tavsiyanomasi ishlab chiqilgan (Sog'liqni saqlash vazirligining 2022 yil 7 oktyabrdagi 8n-r/1080-son xulosasi);

ventral churralarda qo'shilib kelgan qorin patologiyasini jarrohlik yo'li bilan davolash imkonini bergan «Ventral churralarda qo'shilib kelgan qorin patologiyasini jarrohlik yo'li bilan tuzatish» uslubiy tavsiyanomasi ishlab chiqilgan (Sog'liqni saqlash vazirligining 2022 yil 7 oktyabrdagi 8n-r/1086-sonli xulosasi). Mazkur uslubiy tavsiyanoma qorin bo'shlig'i churralarining qorin bo'shlig'i a'zolari bilan birga keladigan jarrohlik patologiyalari bilan og'rikan bemorlarni jarrohlik davolash taktikasini tanlashni optimallashtirishga imkon bergan;

qorin bo'shlig'i churrasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining bir vaqtda qo'shilib kelgan jarrohlik kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni tashxislash va jarrohlik davolash sifatini oshirish bo'yicha olingan ilmiy natijalar sog'liqni saqlash amaliyotiga, xususan, Samarqand viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, SamDTU ko'p tarmoqli klinikasi, Shaxrisabz shaxar tibbiyot birlashmasi, Surxandaryo viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi, Jizzax viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi jarrohlik bo'limlariga joriy etilgan (Sog'liqni saqlash vazirligining 2022 yil 24 oktyabrdagi 8n-d/570-sonli xulosasi). Qorin bo'shlig'i churrasi va qorin bo'shlig'i organlarining bir vaqtning o'zida jarrohlik kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni jarrohlik davolashning taktik va texnik jihatlarini takomillashtirish bo'yicha tadqiqot natijalarini amalga oshirish qorin bo'shlig'i va qorin bo'shlig'i a'zolarining kombinatsiyalangan patologiyasida bir vaqtning

o'zida operatsiyalarni bajarish imkoniyatini asoslagan, churra alloplastikasidan keyin takroriy operatsiyalarning oldi olingan.

Tadqiqot natijalarini aprobatsiyasi. Ushbu tadqiqot natijalari 8 ta ilmiy-amaliy anjumanlarda, jumladan, 2 ta xalqaro va 6 ta respublika anjumanlarida muhokama qilingan.

Tadqiqot natijalarining e'lon qilinishi. Dissertatsiya mavzusi bo'yicha 25 ta ilmiy maqola, shu jumladan O'zbekiston Respublikasi Oliy attestatsiya komissiyasining dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan ilmiy nashrlarda 11 ta jurnal maqola chop etilgan, shundan 9 tasi respublika va 2 tasi xorijiy jurnallarda nashr etilgan.

Dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi. Dissertatsiya kirish, yettita bob, xulosa va foydalanilgan adabiyotlar ro'yxatidan iborat. Dissertatsiya hajmi 153 betni tashkil etgan.

DISSERTATSIYANING ASOSIY MAZMUNI

Kirish qismida o'tkazilgan tadqiqotning dolzarbliligi, tadqiqot maqsadi va vazifalariga asoslangan bo'lib, tadqiqot ob'ekti va predmeti tavsiflangan, tadqiqotning Respublika fan va texnologiyalari rivojlanishining ustuvor yo'nalishlariga mosligi ko'rsatilgan, tadqiqot natijalarining ilmiy yangiligi va amaliy natijalari keltirilgan, tadqiqotning amaliyotga joriy qilingan natijalari ilmiy va amaliy ahamiyati ochib berilgan, chop etilgan ishlar va dissertatsiya tarkibi bo'yicha ma'lumotlar keltirilgan.

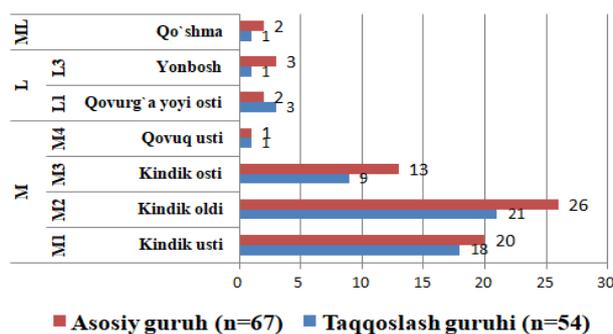
Dissertatsiyaning «**Ventral churra bilan og'rigan bemorlarda qorin bo'shlig'i a'zolari va qorin devorlarida simultan operatsiyalar**» deb nomlangan birinchi bobida qorin bo'shlig'i a'zolarining hamroh jarrohlik patologiyasi bilan kasallangan bemorlar muammosining mohiyati, uning etiopatogenezi, tashxislash va davolashning zamonaviy usullari, davolashning dolzarb masalalari ochib berilgan adabiy sharh berilgan. Ushbu bobda muammoning holati, qorin bo'shlig'i va qorin devori a'zolarida simultan operatsiyalarni tasniflash masalalari keltirilgan.

Dissertatsiyaning «**Klinik materiallar tavsifi va qo'llanilgan tekshirish usullari**» deb nomlangan ikkinchi bobida Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasi jarrohlik bo'limida 2012 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda statsionar davolangan 331 nafar ventral churra va qorin bo'shlig'i hamroh patologiyasi bilan kasallangan bemorlarni tekshirishga asoslangan tadqiqot umumiy tavsifi keltirilgan.

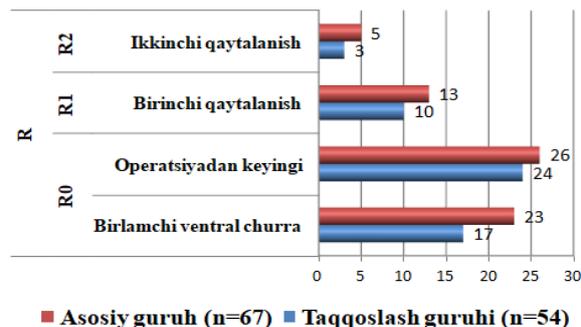
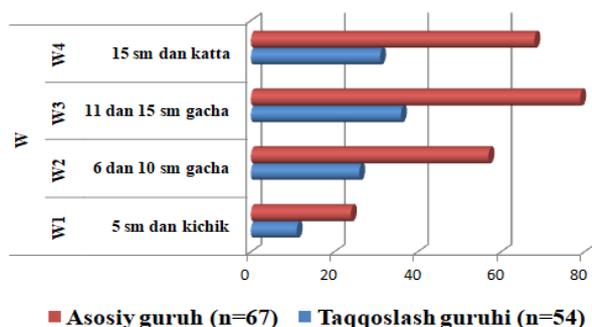
Bemorlar ikki guruhga bo'lingan: taqqoslash guruhiga 2012-2016 yillarda operatsiya qilingan qorin old devorining churrasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining simultan patologiyasi bo'lgan 104 nafar (31,4%) bemor kirdi. Asosiy guruhni 2017-2021-yillarda operatsiya qilingan 227 (68,6%) bemorlar tashkil etgan, ularda ventral churra va qorin bo'shlig'i a'zolarining hamroh bo'lgan jarrohlik patologiyasini jarrohlik yo'li bilan tuzatishda ustuvor yo'nalish sifatida endovideojarrohlik texnologiyalari va «taranglashmagan» plastika usullari qo'llanilgan.

Tekshiruvdan o'tgan bemorlar orasida 225 (67,9%) bemorda qorin bo'shlig'i a'zolariga turli xil jarrohlik aralashuvlar tarixi bo'lgan, 106 (42,1%) bemor yangi tashxis qo'yilgan churra bilan kelgan. Chervel J.P. va Rath A.M. (1999) tasnifiga binoan 212 (64,1%) bemorlarda katta (W₃) va gigant (W₄) churralar bor edi. Bemorlarning 265 (80,1%) nafarida qorin bo'shlig'ining o'rta chizig'ida churra bor. 331 bemorning 132(39,9%) nafarida churrasi takrorlangan (R_n) (1-rasm).

Barcha bemorlarda asosiy jarrohlik kasalligi ventral churra bo'lgan. Eslatib o'tamiz, 2017-2021-yillarda ventral churra bilan og'rikan 429 nafar bemor operatsiya qilingan bo'lib, shundan 227 nafarida gernioplastika qorin bo'shlig'i a'zolarining hamroh patologiyasini jarrohlik tuzatish bilan to'ldirilgan. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, ventral churralarda simultan patologiyaning uchrashi 52,8% ni tashkil etdi. Simultan patologiyaga operatsiyadan oldingi bosqichda 74,6%, intraoperativ - 25,4% da tashxis qo'yilgan.



Klassifikatsiya, **Chervel J.P. va Rath A.M. (1999) SWR**
M – Joylashuvi
W – Diametri
R – Qaytalanishlar soni

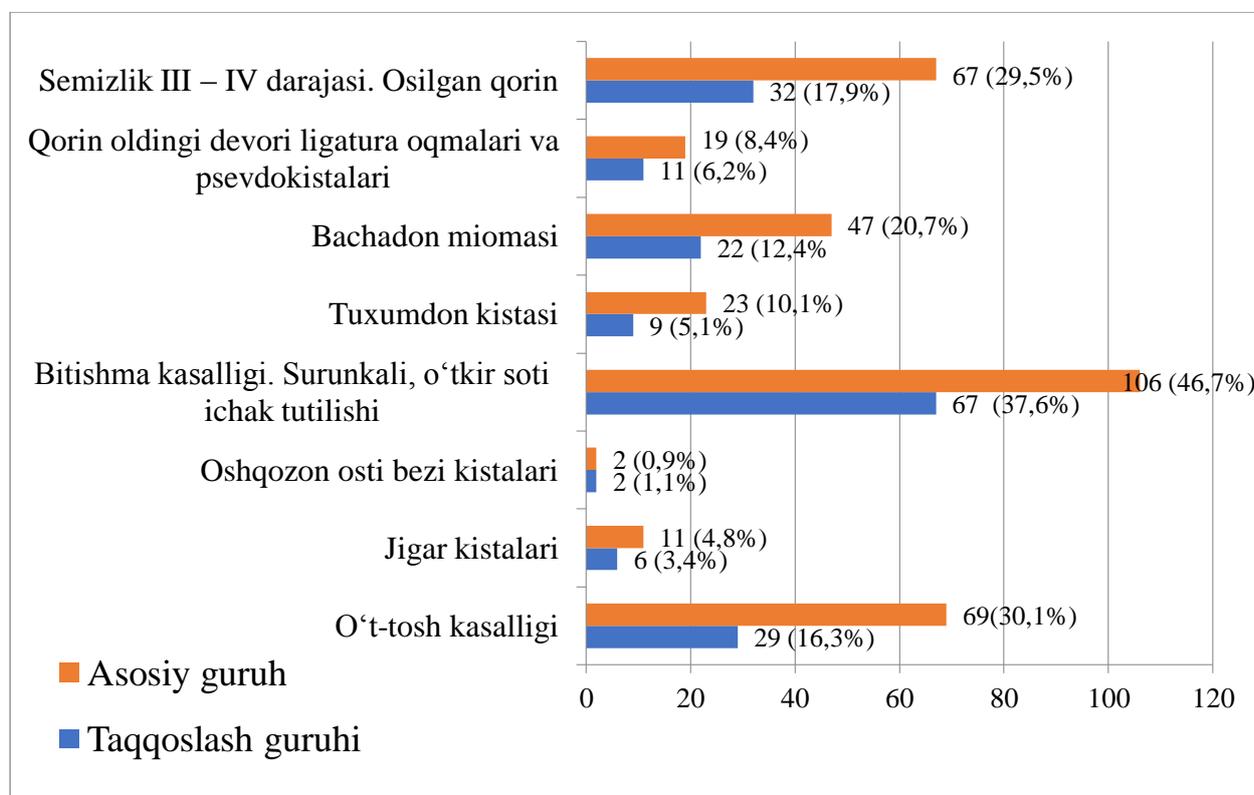


1-rasm. Churraning joylashuvi, aponevroz nuqsonining o'lchami va residiviga ko'ra bemorlar taqsimoti

Taqqoslash guruhida jami 178 ta, asosiy guruhda 334 ta jarrohlik patologiyalari mavjud va ularning ba'zilarida ikkita yoki undan ko'p bo'lgan. Ulardan qorin bo'shlig'ining bitishma kasalligi 67 (37,6%) va 106 (46,7%), semizlik III i IV darajasi osilgan qorin bilan 32 (17,9%) va 67 (29,5%), o't tosh kasalligi - 29 (16,3%) va 69 (30,1%), jigar va oshqozon osti bezi kistalari 8 (4,5%) va 13 (5,7%), qorin oldingi devori jarrohlik patologiyasi (ligaturali oqma va psevdokista) 11 (6,2%) va 19 (8,4%), ayollarda kichik chanoq a'zolari patologiyasi 33 (18,6%) va 70 (30,8%) mos ravishda taqqoslash va asosiy guruhlarida aniqlangan (2-rasm).

Shuni ta'kidlash kerakki, churra hajmi kattalashgan bemorlarda qorin old devori va qorin bo'shlig'i a'zolarining hamroh jarrohlik patologiyasining uchrashi mutanosib ravishda oshgan - W_3 -59,6%, W_4 -66,3%.

Tekshirilgan bemorlarning 208(62,8%) nafarida hayotiy muhim a'zolarining turli xil somatik kasalliklari kuzatilgan. Ulardan 139 (41,9%) bemorda ikki yoki undan ortiq somatik kasalliklar mavjud bo'lgan. ASA tasnifini hisobga olgan holda 178 (53,7%) bemor II sinfga, 30 (9%) bemor esa III sinfga to'g'ri kelgan.



2-rasm. Tadqiqot guruhlarida bemorlarnig hamroh xirurgik patologiyasining tuzilishi

Churra darvozasining o'lchamini, churra xaltasi tarkibining hajmini aniqlash, qo'shimcha aponevroz nuqsonlarini aniqlash, qorin bo'shlig'i a'zolarining hamroh patologiyasini aniqlash, qorin old devori teri osti yog'ining qalinligi va bir xilligini aniqlash uchun, shuningdek, gernioallo- va abdominoplastika usulini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi va kompyuter tomografiyasi gernoabdominometriya (KTGA) o'tkazilgan. Ushbu usul asosiy guruhdagi 58 (25,9%) bemorda amalga oshirilgan (3-rasm).

Usul, shuningdek, qorin bo'shlig'i organlarining simultan patologiyasi mavjudligini tekshirishga imkon bergan. KTGA qorin old devorining topografiyasidagi nuqsonlarni aniqlash va optimal plastika usulini tanlash imkonini bergan. Qorin bo'shlig'i hajmining 5% dan kam bo'lgan churraning nisbiy hajmi bilan churralar kichik deb hisoblanadi. Agar churra bo'rtmasining nisbiy hajmi qorin bo'shlig'i hajmining 5,1% dan 14,0% gacha bo'lsa, ular o'rta churralar deb hisoblanadilar va gernioplastikaning taranglashgan usullariga ustunlik berilgan - nuqson tikish bilan endoprotezni «onlay» implantatsiya qilish.



3-rasm. Bemor S., 62 yoshda. Operatsiyadan keyingi ventral churra (M2W3R0) va surunkali bitishmali ichak tutilishi bilan. Qorin oldingi devorining ko‘rinishi va kompyuter gernoabdominometriyasi.

14,1% -18% oraliq‘ida churra chiqishining nisbiy hajmi bilan churra katta deb hisoblangan, tanlov usuli esa taranglashmagan protez ta‘mirlash bo‘lib, qorin old devorini «tuzatish» yoki «rekonstruksiya qilish» bo‘lgan. Operatsiya usulining yakuniy tanlovi intraoperativ bo‘lib, «ma‘lumot uchun» testining natijalari hal qiluvchi rol o‘ynagan. Qorin bo‘shlig‘i hajmidan churra bo‘rtmasining nisbiy hajmining 18% yoki undan ko‘prog‘ida churra gigant deb hisoblangan, jarrohlik usulini tanlash faqat taranglashmagan plastika hisobiga bo‘lgan – nuqsonni tikmasdan endoprotezni «onlay» usulida implantatsiyasi, nuqsonni tikmasdan endoprotezni kombinirlangan «onlay + sublay» usulida implantatsiyasi va Ramirez bo‘yicha qorin to‘g‘ri mushagi qinini mobilizatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan endoprotezni kombinirlangan «onlay + sublay» usulida implantatsiyasi.

Dissertatsiyaning «**Ventral churra bilan og‘rigan bemorlarda qorin devori va qorin bo‘shlig‘i a‘zolarida simultan operatsiyalarni taktik va texnik jihatlari**» deb nomlangan uchinchi bobida shaxsiy izlanishlar natijalari bayon etilgan. Barcha bemorlarda asosiy patologiya ventral churra bo‘lganligi sababli, simultan patologiya qorin bo‘shlig‘ining jarrohlik kasalligi bo‘lgan. Jarrohlik usulini tanlashda, birinchi navbatda, churra darvozasining joylashishi, so‘ngra qorin bo‘shlig‘ida simultan patologiyasi bo‘lgan a‘zoning joylashishi hisobga olingan.

Qorin oldingi devorida churra darvozasining joylashuvi va qorin bo‘shlig‘ida hamroh patologiya joylashuvining sxematik distopiyasi ishlab chiqilgan. Churralar joylashuvi Chevrel J.P. va Rath A.M. (1999) tasnifiga ko‘ra baholangan va hamroh patologiyaning joylashuvi qorin bo‘shlig‘ining topografik 9 sohaga bo‘linishi bilan belgilangan.

Taqqoslash guruhida simultan operatsiyalarni bajarishda faqat an‘anaviy keng kesmadan foydalanilgan, ya‘ni gerialaparotomiya epigastral yoki gipogastral sohagacha kengaytirildi, bu jarrohga simultan operatsiya bosqichini bajarishga imkon bergan. Shu bilan birga, churra nuqsonini bartaraf etish juda ko‘p vaqtni olgan, operatsiya davomiyligi sezilarli darajada oshgan. Bundan tashqari, u bir qator jiddiy kamchiliklarga ega bo‘lgan - operatsiyaning yuqori travmatizatsiyasi,

operatsiyadan keyingi yara va umumiy asoratlar xavfi ortishi, qoniqarsiz kosmetik natijalar, erta reabilitatsiyaning uzoq muddati va boshqalar. Jarrohlik kasalliklari bir-biridan uzoq masofada joylashganida, har bir patologiya alohida kesim orqali operatsiya qilingan. Umuman olganda, taqqoslash guruhidagi 83 (79,8%) bemorlarda simultan operatsiya bitta gerniolaparotomiya orqali amalga oshirilgan, 21 (20,2%) bemorda simultan operatsiya alohida kirish orqali amalga oshirilgan.

Asosiy tadqiqot guruhida ventral churrasi va qorin bo'shlig'ining simultan patologiyasi bo'lgan 46 (20,3%) bemorlarda operatsiyaning ikkala bosqichida EVJ yordamida laparoskopik usullardan o'tkazilgan. Ushbu bemorlarga 1-bosqichda 19 ta holatda LXE, 11 bemorga bachadon miomasi tufayli bachadon qinusti amputatsiyasi yoki ekstirpatsiyasi, 7 bemorga tuxumdondan kistektomiya, 2 bemorga jigar kistalarining fenestratsiyasi, 27 bemorga qorin bo'shlig'i bitishma kasalligi va surunkali ichak tutilishi tufayli adgeziolizis bajarilgan. Operatsiyaning 2-bosqichi laparoskopik gernioplastika bilan yakunlangan.

Asosiy guruhning 39 (17,6%) bemorida 1-bosqichda simultan patologiya laparoskopik tarzda tuzatilgan, operatsiyaning asosiy bosqichi - gernoalloplastika gerniolaparotomiya kirishi orqali amalga oshirilgan. Shu bilan birga, 23 nafar bemorga LXE, bachadon miomasi tufayli bachadonning qin usti amputatsiyasi – 1 nafar, tuxumdon kistektomiyasi – 4 nafar, 1 kuzatuvda jigardan kista olib tashlandi, 14 nafar bemorda adgeziolizis qilingan.

Shunday qilib, asosiy guruhdagi 227 nafar bemorning 46 nafarida (20,3%) asosiy va simultan patologiyani laparoskopik usulda, 39 tasida (17,6%) simultan patologiyani endovideojarrohlik bilan tuzatish amalga oshirilgan.

Shu bilan birga, asosiy guruhdagi 142 (62,6%) nafar bemorda operatsiyaning ikkala bosqichi ham gerniolaparotomik yondashuv orqali amalga oshirildi. Buning sababi qorin bo'shlig'i a'zolari patologiyasining churra nuqsoniga yaqinligi bo'lgan. Asosiy guruhning semizlik II-III darajasi hamroh patologiyasiga ega bo'lgan 67 (29,5%) nafar bemorlarida qorin old devori plastikasi tugagandan so'ng, dermatolipidektomiya amalga oshirilgan.

Asosiy guruhda, simultan patologiya churra nuqsonidan uzoq masofada joylashgan bo'lsa, 85 (37,5%) nafar bemorda, ya'ni asosiy guruhdagi bemorlarning 1/3 qismidan ko'pida laparoskopik texnikadan foydalangan holda operatsiyaning simultan bosqichlari o'tkazilgan (1-jadval).

Dissertatsiyaning «**Endovideojarrohlik gernoalloplastikasi texnik jihatlari**» deb nomlangan to'rtinchi bobi endovideojarrohlik gernoalloplastikasiga bag'ishlangan. Kichik va o'rta o'lchamdagi ventral churralari bo'lgan asosiy guruhning 46 (20,3%) nafar bemorlarida, aponevroz nuqsoni o'lchamlari 5 sm gacha va 5 sm dan 10 sm gacha bo'lgan bemorlarda ventral churralar «ipom» (Laparoscopic Intra Peritoneal Onlay Mesh) usuli bo'yicha polipropilen implant yordamida laparoskopik protezli gernioplastika qo'llanilgan. Troakarlarni kiritish joylari standartlashtirilgan va qorin bo'shlig'i a'zolariga operatsiyaning simultan bosqichi o'tkazilgandan so'ng qulayroq va xavfsizroq bo'lgan joylarda tanlangan.

46 nafar bemorning 34 nafari (73,3%) standart polipropilen to‘rli implantlar yordamida laparoskopik protezlovchi gernioplastika o‘tkazilgan, 12 tasida (26,7%) «Physiomesht» yoki «Prosid» (Ethicon) kompozit to‘r implantlari qo‘llanilgan.

Qorin bo‘shlig‘iga standart implantlarni qo‘llashda qorin pardasi ochilib, churra qopchasi ajratilgan va perimetri bo‘ylab churra teshigidan 5-6 sm chuqurlikdagi preperitoneal bo‘shliqda «cho‘ntak» yaratilgan. Keyin naysimon o‘ralgan to‘rli implant troakar orqali qorin bo‘shlig‘iga kiritilgan, ochilgan va yaratilgan qorin parda oldi bo‘shlig‘i «cho‘ntak»iga joylashtirilgan. Uni qorin old devoriga yopishtirish implantatning chetlari bo‘ylab bog‘langan ligaturalar yordamida amalga oshirilgan.

Implantni qorin old devoriga tikish modifikatsiyalangan Endo Close ignasi yordamida amalga oshirilgan (4-rasm). O‘zgartirilgan Endo Close ignasidan foydalanish jarroh uchun qulay va bemor uchun intrakorporal peritoneal tikuvdan ko‘ra xavfsizroq bo‘lgan.



1

2

3

4-rasm. O‘ralgan tikilgan implantni ochish (1), o‘zgartirilgan Endo Close ignasi bilan tikuvni olib tashlash (2), qorin devorining yonidan tikuv iplarini olib tashlash (3)

12 (26,7%) nafar bemorlarda «Physiomesht» yoki «Prosid» (Ethicon) kompozit to‘r implantlarini qo‘llash protezni qorin old devoriga mahkamlashdan oldin qorin bo‘shlig‘i «cho‘ntak» ni yaratish zaruratini yo‘qotgan.

Qayd etish joizki, 48 nafar bemorning barchasida laparoskopik churra alloplastikasi «taranglashmagan» usulda amalga oshirilgan va natijada tadqiqotning asosiy guruhining 149 (65,6%) nafar bemorida, ya‘ni klinik kuzatuvlarning 2/3 qismida taranglashmagan churra alloplastikasi amalga oshirilgan.

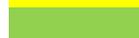
Sxematik distopiya ishlab chiqilgan, ya‘ni qorin devoridagi gernal nuqsonning lokalizatsiyasi va qorin bo‘shlig‘ida bir vaqtning o‘zida patologiyani joylashishi. Gernal shishning joylashuvi Chervel J.P. tasnifi bo‘yicha baholangan va Ras A.M. (1999) va bir vaqtning o‘zida patologiyani joylashishi qorin bo‘shlig‘ining 9 sohaga topografik bo‘linishi bilan bajarilgan.

Tashxis qo‘yishda churraning joylashishini va bir vaqtning o‘zida qo‘shilib kelgan patologiyani ko‘rsatish kerak bo‘lgan, ya‘ni Chervel J.P va Ras A.M. (1999) tasniflash bo‘yicha bir vaqtning o‘zida patologiyani joylashishini qo‘shgan. Masalan: Asosiy tashxis - gipogastral sohaning operatsiyadan keyingi to‘g‘rilanmaydigan ventral churrasi. Simultant tashxis - O‘TK. Surunkali kalkulyoz xolesistit. Qisqartma M3 W2 R0 SII (1-jadval).

Asosiy guruh bemorlarda churra va hamroh patologiya distopiyasi bo'yicha taqsimoti

Churra xarakteri			Qorin bo'shlig'i sohalarida simultan patologiya joylashuvi								Jami		
			S _{II}	S _{II}	S _{II}	S _V	S _V	S _V	S _{VIII}	S _{VIII}		S _{VIII}	
M	M ₁	kindik usti	6	8	7	2	2	23	5		22	75	
	M ₂	kindik sohasi	11	12	25	3	8	2	8	5	29	103	
	M ₃	kindik osti	3	4	3	2		8	2		6	28	
	M ₄	qov usti	1						3			4	
L	L ₁	qovurg'a osti			2			3			4	9	
	L ₂	ko'ndalang						1				1	
	L ₃	yonbosh			3			2			1	6	
	L ₄	bel			1							1	
→			21	24	41	7	10	39	18	5	62	227	
S	W	W ₁	5sm dan kichik	5			4	2		13			24
		W ₂	6 dan 10sm gacha	16	7	9	3	3	6	5	3	5	57
		W ₃	11 dan 15sm gacha		12	19		4	21		2	21	79
		W ₄	15sm dan katta		5	13		1	12			36	67
→			21	24	41	7	10	39	18	5	62	227	
R	R ₀	Birlamchi aniqlangan	13	2		2	2		3	4		26	
		Operatsiyadan keyingi	7	20	13	4	6	10	14	1	31	106	
	R ₁	Birinchi residiv	1	2	25	1	2	29	1		25	86	
	R ₂	Ikkinchi residiv			2						5	7	
	R ₃	Uchinchi residiv			1						1	2	
→			21	24	41	7	10	39	18	5	62	227	

*Izoh:

-  - EVJ barcha bosqichlari (n=46);
-  - EVJ + gernoalloplastikaning simultan bosqichi (n=39);
-  - gerniolaparotom kirish orqali barcha bosqichlar (n=142)

Dissertatsiyaning «Ventral churrasi bo'lgan bemorlarda gernioplastikaning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish» deb nomlangan beshinchi bobi gernioplastikaning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish yo'llariga bag'ishlangan. Taqqoslash guruhidagi (n=104) bemorlardan 62 (59,6%) nafarida taranglashgan plastika usullari va 42 (40,4%) bemorda taranglashmagan usullar yordamida churra alloplastikasi o'tkazilgan, ya'ni taranglashgan plastika usullari ko'proq bajarilgan.

Asosiy guruhda (n =181) gernioplastikani tanlash farqlandi va biz ishlab chiqqan mezonlarga asoslandi, unga ko'ra bemorlar 5 ta kichik guruhga bo'lingan (2-jadval).

KT ma'lumotlariga ko'ra qorin bo'shlig'i hajmining 5% gacha bo'lgan churra bo'rtmasi bo'lganda laparoskopik gernoalloplastika bajarilgan (1-kichik guruh). Aponevroz defekti 5 smgacha va 5 sm dan 10 smgacha bo'lgan, ya'ni kichik va o'rta o'lchamdagi (W_1 , W_2) operatsiyadan keyingi churrasi bor 49 nafar bemorda IPOM usulida laparoskopik gernoalloplastika bajarilgan.

2-jadval

Asosiy guruhda gernioplastika turlari

Kichik guruhlar	Operatsiyalar turlari	Soni	%
1-kichik guruh	Laparoskopik alloplastika (IPOM)	46	20,3
2-kichik guruh	Nuqsonni tikish bilan endoprotezni «onlay» usulida implantatsiyasi	78	34,4
3-kichik guruh	Nuqsonni tikmasdan endoprotezni «onlay» usulida implantatsiyasi	38	16,7
4-kichik guruh	Nuqsonni tikmasdan endoprotezni kombinirlangan «onlay + sublay» usulida implantatsiyasi	32	14,1
5-kichik guruh	Ramirez bo'yicha qorin to'g'ri mushagi qinini mobilizatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan endoprotezni kombinirlangan «onlay + sublay» usulida implantatsiyasi	33	14,5
	Jami	227	100

KTGA bo'yicha qorin bo'shlig'i hajmining 14% gacha bo'lgan churra bo'rtmasi bo'lgan 2-kichik guruhdagi bemorlarga nuqsonni tikish bilan «onlay» endoprotez implantatsiyasi o'tkazildi. Bu guruh 78 (34,4%) bemordan iborat edi.

3-kichik guruhda (n=38), KTGA ma'lumotlariga ko'ra, qorin bo'shlig'i hajmining 14,1% dan ortiq churra chiqishi bilan taranglashmagan plastika jarrohlik amaliyotini o'tkazishgan. Qorin bo'shlig'i hajmini oshirish, ya'ni kompartiment sindromi rivojlanishining oldini olish uchun qorin bo'shlig'ini churra xaltasi laxtagi bilan chegaralagandan so'ng, qorin old devoriga aponevrozni tikmasdan to'r qo'yish orqali jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan. Endoprotez P-shaklidagi tikuvlar bilan o'rnatildi. Qorin bo'shlig'ini churra qopining laxtagi bilan yopishdan oldin, bu tikuvlar qorin pardasigacha bo'lgan mushak aponevrotik devorining barcha qatlamlarini o'z ichiga olib o'tkazib olingan.

4-kichik guruhdagi 10 sm dan katta churrasi nuqsoni va KTGA bo'yicha qorin bo'shlig'i hajmining 18% dan ortiq churra chiqishi bo'lgan 32 (14,1%) bemorlarda kombinatsiyalangan «onlay + sublay» taranglashmagan gernioplastika bajarilgan, ya'ni qorin bo'shlig'i churra xaltasi laxtagi bilan chegaralagandan so'ng implant mushak-aponevrotik qatlam orqasiga joylashtirilgan, ikkinchi implant aponevroz ustiga qo'yilgan. Qorin bo'shlig'i qorin parda bilan chegaralagandan so'ng, perimetri bo'ylab o'lchami churra nuqsonining

o'lchamidan 3 sm kattaroq bo'lgan implant kesilgan, so'ngra to'r implantining chetlari P-shaklida tikilgan, implantni oldindan tikish uni mahkamlash texnikasini sezilarli darajada soddalashtirgan. Keyinchalik, endoprotez «sublay» turiga ko'ra qo'yilgan, ilgari qo'yilgan P-shaklidagi tikuvlar aponevroz ustidagi barcha qatlamlardan o'tkazilgan va ikkinchi endoprotez ushbu tikuvlarga «onlay» usulida o'rnatilgan. Qorinning sun'iy «Oq chizig'i» yaratadigan endoprotezlar orasiga tugunli tikuvlar ham qo'yilgan. Ushbu usulning alohida ahamiyati qorin old devorining shuningdek, qorin oq chizig'ining anatomik va fiziologik rekonstruksiyasidir. Ushbu usulni klinikada qo'llash yaxshi funksional natija berdi (5-rasm).



1

2

5-rasm. Oldindan qo'yilgan P-shaklidagi tikuvlar bilan «sublay» (1) va «onlay» (2) usullarida endoprotezni fiksatsiya qilish bosqichlari

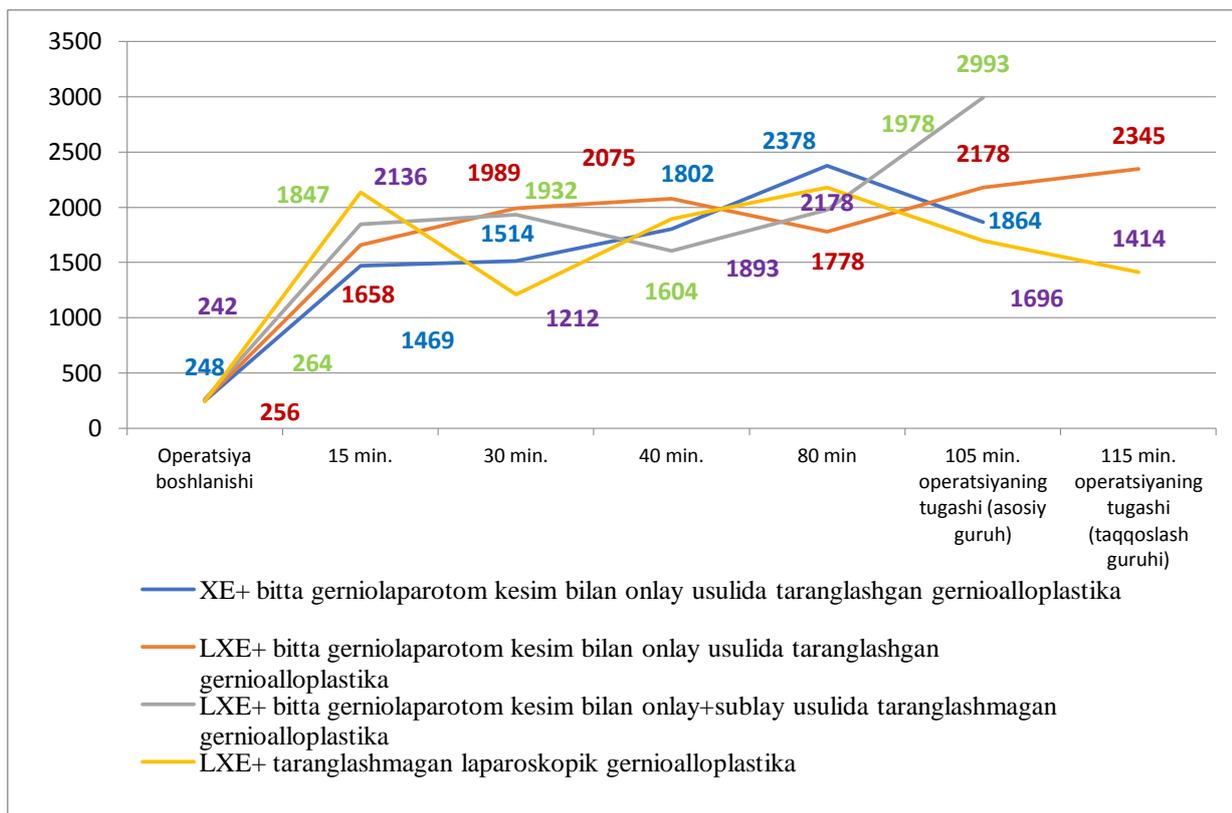
To'qimalarning taranglashishi va qorin bo'shlig'i bosimining ko'tarilishi xavfi yuqori bo'lgan 5-kichik guruhning 13 bemorida Ramirez (1990) bo'yicha qorinning to'g'ri mushaklari qinini mobilizatsiya qilish bilan taranglashmagan alloplastikani qo'llashgan.

Shunday qilib, asosiy guruhning gerniolaparotomiya kirish orqali gernoalloplastika qilingan bemorlarida 56,9% hollarda taranglashmagan plastika jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan.

Dissertatsiyaning «**Simultan operatsiyalar paytida stress gormonlari darajasini qiyosiy baholash**» deb nomlangan oltinchi bobi stress gormonlariga bag'ishlangan. Ventral churra bilan og'riqan bemorlarda va qorin bo'shlig'i churra bilan qorin bo'shlig'i a'zolarining jarrohlik patologiyasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuvning og'irligini qiyosiy baholash uchun ikkala guruhning 21 nafar bemorlarida prolaktin, kortizol, tiroksin (T4) va tireotrop gormon kabi stress gormonlari o'rganilgan.

Shu bilan birga, operatsiyadan oldin prolaktinning o'rtacha ko'rsatkichlari o'rtacha $246,2 \pm 21,6$ dan $283,0 \pm 113$ Mme / ml gacha bo'lganligini aniqlangan va bu normal holat deb baholangan. Tekshirilgan bemorlarda kortizolning boshlang'ich darajasi $252,1 \pm 42,6$ dan $342,1 \pm 48,2$ nmol/l gacha bo'lgan, bu ham normal oraliqda bo'lgan. Qalqonsimon bez gormonlarining boshlang'ich darajasi (T4), ular funksional ravishda gipofiz bezi bilan bog'liq va o'zgargan. Turli xil jarrohlik aralashuvlar navbati bilan $70,8 \pm 8,86$ dan $82,4 \pm 5,7$ ng/dl va $2,21 \pm 0,51$ dan $1,68 \pm 0,4$ mME/l gacha bo'lgan.

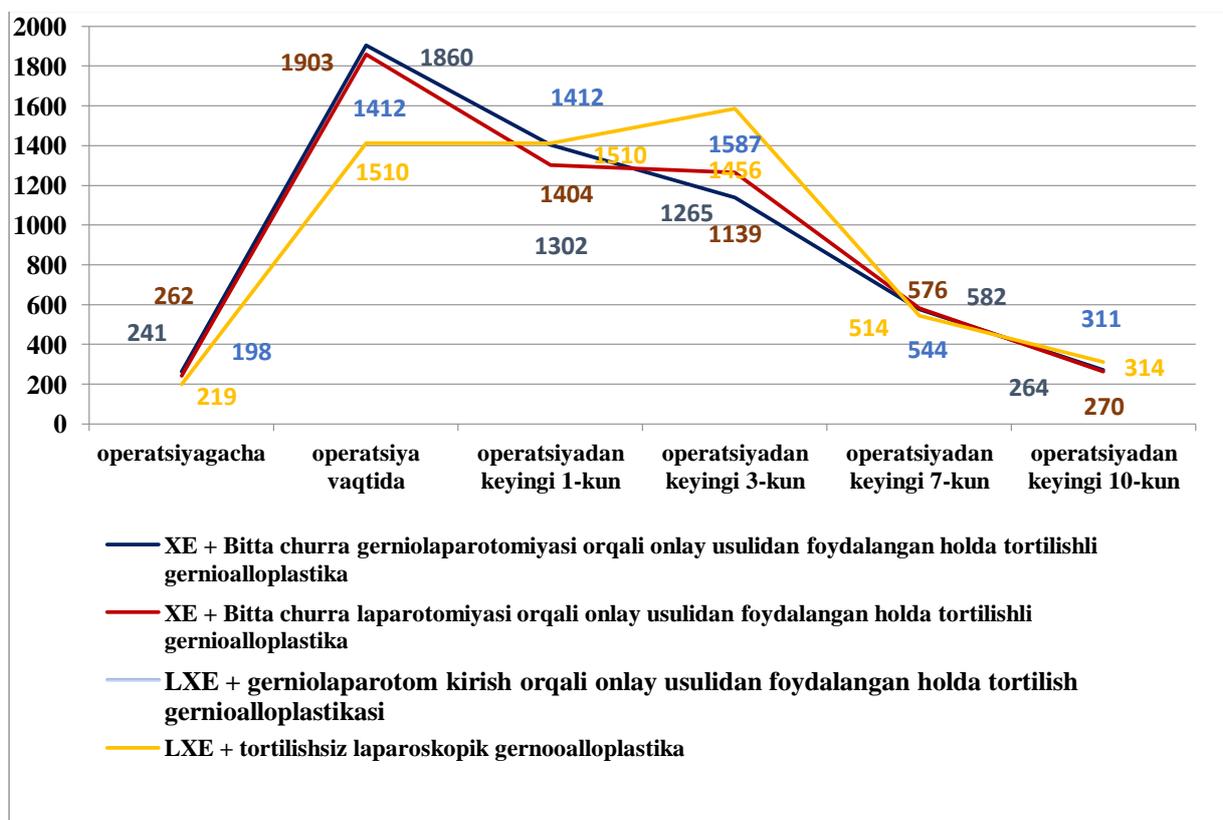
Tekshirilganda operatsiyaning simultan bosqichida (XE minikesim orqali) qondagi prolaktin darajasida o‘shish kuzatilmagan, ammo prolaktin darajasining oshishi operatsiya davomiyligiga bog‘liq bo‘lgan. Bu yerda operatsiya davomida prolaktin darajasining keskin ko‘tarilishi gernioalloplastikaning «taranglashgan» turida kuzatilgan. (6-rasm)



6-rasm. Asosiy guruh bemorlarda prolaktin o‘zgarishi dinamikasi

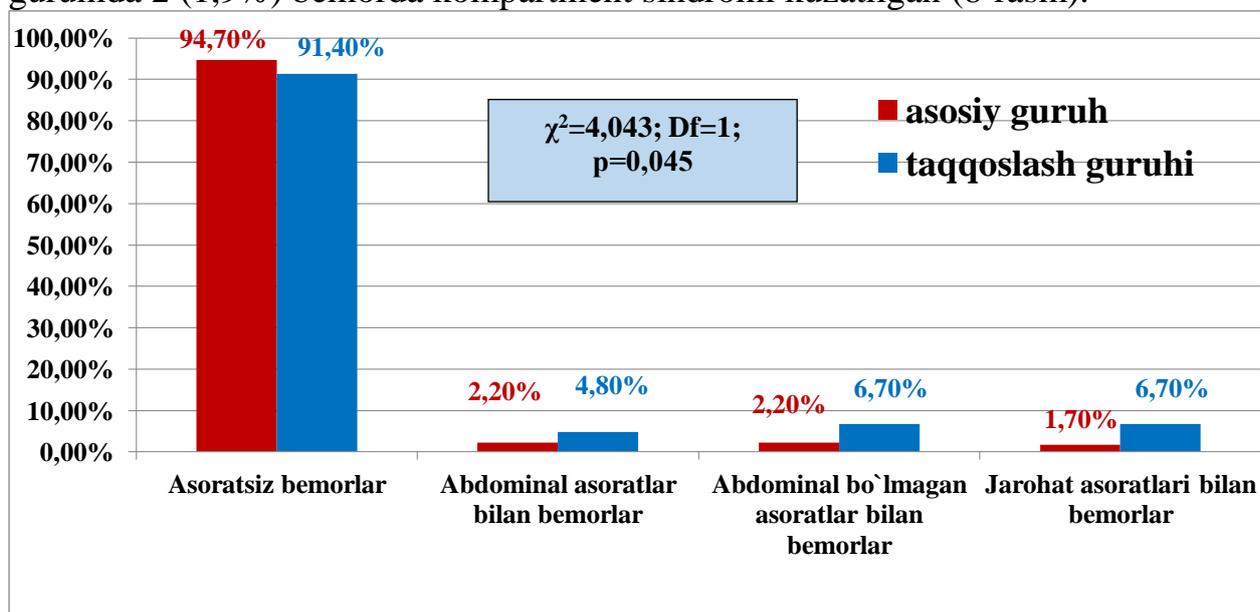
Operatsiyadan keyingi 2-kuni prolaktinni normallashtirish tendensiyasi ikkala guruhda ham o‘xshashligi qayd etilgan. Dastlabki natijalardan o‘zgarish +59% va +70% ni tashkil etgan. Operatsiyadan keyingi 7- va 10- kunlarda prolaktin darajasi bemorlarning har ikkala guruhida teng ravishda pasaygan (7-rasm).

Kortizol miqdorining oshishi ham operatsiyaning asosiy bosqichi (gernioplastika)da kuzatilgan(+106,5). Ikkala guruhda ham operatsiya davomida T4 miqdori boshlang‘ich ko‘rsatkichdan pastligi kuzatilgan. Operatsiyadan keyingi davrda T4 miqdorining ko‘tarilishi gernioalloplastika qilingan bemorlarda hamda qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining xirurgik patologiyasi va ventral churra tufayli simultan operatsiya o‘tkazilgan bemorlarda kuzatilgan (12,9%). Tireotrop gormon (TTG) miqdorining boshlang‘ich ko‘rsatkichlardan oshishi ikkala guruhda ham kuzatilgan. Tadqiqot natijalari shunday xulosa beradiki, ventral churra tufayli operatsiya bo‘lgan bemorlar hamda hamroh xirurgik patologiyasi bor ventral churra bilan og‘rigan bemorlarda ikkala guruhda ham gormonlar miqdorining oshishi kuzatilgan. Gormonlar miqdorining oshishi operatsiyaning simultan bosqichi emas, asosan operatsiya davomiyligining cho‘zilishi va qorin old devorining taranglashgan usulda plastikasida kuzatilgan.



7-rasm. Tadqiqotning barcha bosqichlarida prolaktin (Mme/ml) darajasi

Dissertatsiyaning «O‘rganilayotgan guruhlardagi bemorlarni jarrohlik davolash natijalari» deb nomlangan yettinchi bobi jarrohlik davolash natijalariga bag‘ishlangan. Tadqiqotdagi bemorlarning davolash natijalarini baholash uchun quyidagi ko‘rsatkichlar inobatga olingan: operatsiyadan keyingi erta davrda abdominal asoratlar; operatsiyadan keyingi erta davrda abdominal bo‘lmagan asoratlar; operatsiyadan keyingi erta davrda jarohatdagi asoratlar. Taqqoslash guruhida 2 (1,9%) bemorda kompartment sindromi kuzatilgan (8-rasm).



8-rasm. Operatsiyadan keyingi asoratlarning uchrashiga ko‘ra bemorlarni taqsimoti

Asoratlar sonining qiyosiy mezoniga ko‘ra, bemorlarning har ikkala guruhida bir xil ko‘rsatkichlar olingan (Mezon $\chi^2=4.043$; Df=1; p=0,045).

Operatsiya qilingan 331 nafar bemorning 260 (78,5%) nafarida uzoq muddatli natijalar tahlil qilingan. Bemorlarning 6 (1,8%) nafarida ventral churra qaytalanganligi qayd etilgan, taqqoslash guruhida bu ko‘rsatkich 2,9% (3 nafar), asosiy guruhda esa 1,1% (3 nafar). Taqqoslash guruhida operatsiyadan keyingi kechki davrda 1 nafar (0,9%) bemorda operatsiyaning simultan bosqichidan keyin asoratlar kuzatilgan - jigardan exinokokkektomiyadan keyin tashqi biliar oqma.

Vaqt davrlarini ko‘rib chiqishda taktik va texnik jihatlarining takomillashtirilishi barcha asosiy perioperatsion davrlarning qisqarishini ta‘minlaganligi qayd etilgan (3-jadval).

3-jadval

Solishtirilayotgan guruhlarda operatsiyadan keyingi davrning kechishi

Ko‘rsatkichlar:	Asosiy guruh	Taqqoslash guruhi	T-mezon, R
Operatsiyadan oldin (kun)	4,0±0,6	4,2±0,2	0,32; P>0,05
Reanimatsiya- intensiv terapiya bo‘limi (kun)	1,1±0,1	1,3±0,1	2,83; P<0,01
Operatsiyadan keyin (kun)	4,3±0,5	6,7±0,3	8,57; P<0,001
Jami (kun)	8,3±0,6	10,2±0,4	7,63; P<0,001
Operatsiya davomiyligi (minut)	58,5±4,1	72,5±3,4	2,57; P<0,05
Redon bo‘yicha qo‘yilgan drenajni olib tashlash vaqti (kun)	3,5±0,3	3,5±0,3	4,80; P<0,001
Qorin bo‘shlig‘idan drenajni olib tashlash vaqti (kun)	1,3±0,4	3,5±0,3	0,43; P<0,001

Shunday qilib, taqqoslash guruhida operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlar taqqoslanganda: abdominal asoratlar 4,8% va 2,2%; qorin bo‘shlig‘idan tashqari asoratlar (bronx-o‘pka va yurak-qon tomir tizimi patologiyalari) 6,7% va 2,2%; kompartment sindromi rivojlanishi 1,9% (faqat taqqoslash guruhida); jarohatning asoratlari 6,7% va 1,7%; o‘lim 0,9% (faqat taqqoslash guruhida) asosiy va taqqoslash guruhiga tegishli bo‘lgan. Vaqtga bog‘liq xarakteristikani ko‘rib chiqish orqali statsionarda davolanish davomiyligi asosiy guruhda – 8,3±0,6 kun (taqqoslash guruxda 10,2±0,4), operatsiya davomiyligi o‘rtacha asosiy guruhda - 58,5±4,1 minut (taqqoslash guruhda 72,5±3,4) ekanligi qayd etilgan.

Bemorlarning hayot sifatini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, endovideojarrohlik texnologiyalari va taranglashmagan alloplastika usullaridan ustuvor foydalanish bilan ventral churrasi va hamroh qorin patologiyasini bir vaqtda jarrohlik tuzatishning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish ijobiy davolash natijalari ulushini 98,7% ga oshirgan.

XULOSA

1. Ventral churrasi bor bemorlarda jarrohlik davolashni talab qiladigan qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining hamroh patologiyasi 52,8% bo‘lib, shundan o‘t tosh

kasalligi - (30,1%), ayollarda chanoq a'zolari patologiyasi - (30,8%), qorin bo'shlig'ining bitishma kasalligi va surunkali ichak tutilishi - (46,7%), semizlik III- IV darajasi va abdominoptoz - (29,7%) aniqlandi. Churra o'lchamining kattalashuvi jarrohlik tuzatishni talab qiladigan hamroh patologiyalar sonining oshishiga olib kelgan: W3da – 59,6%, va W4da - 66,3%.

2. Hamroh qorin bo'shlig'i patologiyasi churra nuqsoni (M_1S_8 yoki M_3S_2) dan uzoq masofada joylashganida, bemorlarning 37,5% da laparoskopik texnikadan foydalangan holda simultan bosqich muvaffaqiyatli bajarilgan, ya'ni asosiy guruhning 1/3 bemorlaridan ko'prog'ida amalga oshirilgan.

3. Endovideojarrohlik churra alloplastikasi kichik (W_1) va o'rta (W_2) o'lchamdagi ventral churralarni jarrohlik davolashda uslubiy jihatdan asosli va samarali bo'lib, bemorlarning asosiy guruhida 20,3% hollarda qo'llanilgan. Kompozit to'rli implantlar yordamida laparoskopik churra alloplastikasining jihatlarini takomillashtirish, shuningdek, protezni mahkamlash bosqichida ekstrakorporal tugunli modifikatsiyalangan Endo Close ignasidan foydalanish jarrohlik texnikasini sezilarli darajada osonlashtirgan.

4. KT gernoabdominometriyasi qorin old devorining topografiyasidagi nuqsonlarni aniqlash va optimal plastika usulini tanlash imkonini beradi. KTGA ma'lumotlariga ko'ra agar churra bo'rtmasi hajmi qorin bo'shlig'i hajmining 14% gacha bo'lsa, churra nuqsonini tikish bilan «onlay» endoprotezni implantatsiya qilish mumkin, 14,1% dan ortiq bo'lsa taranglashmagan plastika tavsiya etilgan.

5. W_3 , W_4 churralari uchun kombinirlangan «onlay+sublay» usulidan foydalangan holda endoprotezni implantatsiya qilish bilan churra alloplastikasining taranglashmagan usullarini bajarishning texnik jihatlarini takomillashtirish kompartment sindromi rivojlanishining oldini olishga va churraning takrorlanmasligiga imkon bergan.

6. Ventral churra bilan og'riqan bemorlarda qorin bo'shlig'i a'zolari va qorin devorlarida simultan operatsiyalarni o'tkazishda stress gormonlari dinamikasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, xirurgik agressiyaga qorin old devorining taranglashgan usuldagi plastikasi va uzoq muddatli pnevmoperitoneum ta'sir ko'rsatdi. Operatsiyaning simultan bosqichini bajarish stress gormonlar miqdoriga sezilarli ta'sir ko'rsatmagan.

7. Endovideojarrohlik texnologiyalari va taranglashmagan alloplastika usullaridan ustuvor foydalanish bilan ventral churra va hamroh abdominal patologiyasini bir vaqtda jarrohlik tuzatishning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish operatsiyadan keyingi asoratlarni 8,6% dan 5,3% gacha kamaytirish, operatsiya davomiyligini $72,5 \pm 3,4$ min.dan $58,5 \pm 4,1$ min.gacha qisqartirish va statsionar davolanish muddatini $10,2 \pm 0,4$ dan $8,3 \pm 0,6$ gacha qisqartirish imkonini bergan. Shu bilan birga, bemorni bir martalik anesteziya va jarrohlik aralashuvi doirasida bir nechta jarrohlik kasalliklaridan davolash simultan operatsiyalarni o'tkazish zarurligini asoslagan.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 ПРИ
БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЁНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ШЕРБЕКОВ УЛУГБЕК АХРАРОВИЧ

**ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ГРЫЖ
ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК (DSc)**

Бухара – 2023

Тема диссертации доктора наук (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2021.2.DSc/Tib579.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный консультант: Курбаниязов Зафаржон
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Сафоев Бакодир Барноевич
доктор медицинских наук, профессор

Эшонходжаев Отабек Джураевич
доктор медицинских наук, профессор

Назаров Шохин Кувватович
доктор медицинских наук, профессор (Республика
Таджикистан)

Ведущая организация: ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского» (Российская Федерация)

Защита состоится «26» января 2023 г. в 12³⁰ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г.Бухара, пр-т.Навай,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 04/Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи,1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «12» января 2023 года.
(реестр протокола рассылки № 04 от 12 января 2023 года).



**А.Ш. Иноятов**
Председатель Научного совета по
присуждению учёных степеней, доктор
медицинских наук, профессор

**Н.Н. Казакова**
Учёный секретарь Научного совета по
присуждению учёных степеней, доктор
философии по медицинским наукам (PhD),
доцент

**Б.З. Хамдамов**
Председатель Научного семинара при научном
совете по присуждению учёных степеней
доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора наук (DSc))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «грыжи передней брюшной стенки в сочетании симультанными заболеваниями органов брюшной полости являются одним из самых распространённых хирургических заболеваний и встречается у 3-7% населения, с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста»⁴. По литературным данным 15-20% больных, перенёсших грыжесечение, в ближайшие годы после операции подвергаются повторным оперативным вмешательствам по поводу других хирургических заболеваний. Это определяет актуальность проблемы симультанных операций. Следует обратить внимание на нерациональность выполнения только грыжесечения при вентальной грыже (ВГ), если у больного имеется сочетанное заболевание органов брюшной полости. В случае выполнения только грыжесечения, повторная операция при абдоминальной патологии часто сводит на нет результаты герниопластики.

Симультанные операции на брюшной стенке и на органах брюшной полости увеличивают сложность вмешательства, однако при этом сокращаются сроки лечения, снижается риск развития возможных осложнений после грыжесечения в виде сопутствующих заболеваний из-за дополнительного наркоза и эмоциональных переживаний, связанных с необходимостью повторного вмешательства. У больных с грыжами наиболее часто выявляется желчнокаменная болезнь, у женщин - патология органов малого таза, в брюшной полости - спаечная болезнь, хроническая и подострая кишечная непроходимость, абдоминоптоз и др. Подходы к выполнению симультанных вмешательств у больных с грыжами имеют свои особенности, так как расположение органов, в которых имеется патология, может не совпадать с локализацией грыжи. Особые проблемы могут быть обусловлены наличием спаечной болезни, спаечной кишечной непроходимостью и свищей, расположенных на разных уровнях желудочно-кишечного тракта. Всё это требует детальной проработки техники операции на этапе грыжесечения, на внутрибрюшном этапе и на этапе закрытия брюшной полости.

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 ВГ и сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости достигнуты положительные результаты. Вместе с тем, для улучшения оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учётом предотвращения периоперационных осложнений и долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В связи с этим, в соответствии с семью приоритетными направлениями стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы, в

⁴ World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. www.who.int/iris/handle/10589/1111189.

поднятии уровня медицинских услуг населению на новый уровень решаются такие задачи, как «...повышение качества квалифицированных услуг населению по первичному медико-санитарному обслуживанию...»⁵ Реализация этих задач, в том числе улучшение результатов хирургического лечения вентральных грыж у больных с ожирением за счет оптимизации диагностической и хирургической тактики, совершенствования методов хирургического лечения является одной из приоритетных задач.

Диссертационное исследование основано на Постановлении Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № УП-6110 «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых реформ в системе здравоохранения» и Постановления № 60 от 28 января 2022 года – «о стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», № УП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» и № УП-4891 от 12 ноября 2020 г. «О дополнительных мерах по обеспечению здоровья населения путем дальнейшего повышения эффективности медицинских профилактических работ» и другие нормативно-правовые документы, связанные с данной деятельностью, поданные в определенном объёме для выполнения поставленных задач.

Соответствие темы диссертации с приоритетным направлением научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с 6 приоритетным направлением развития науки и технологий республики «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации. Научно-практические исследования в области хирургического лечения больных с грыжей живота проводились многими ведущими мировыми исследовательскими центрами, проектами, вузами, в том числе академическим медицинским центром Университета Амстердама, медицинским центром Маастрихтского университета (Нидерланды), государственным университетом Нью-Йорка (США), Генеральной больницей Западного Уэльса (Великобритания), Университетом Окленда (Новая Зеландия), Medanta Hospital (Индия), Global Water Pathogen Project (Швейцария), Европейским обществом Герниологов (Польша), Российским обществом хирургов, Санкт-Петербургским научно-исследовательским институтом скорой медицинской помощи им. И.И. Джанелидзе, ФДБМ Минздравом России, ФГБУ Национальным медицинским хирургическим научно-исследовательским центром имени А.В.Вишневского, Республиканским научным центром скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Республиканским специализированным научно-практическим хирургическим медицинским центром имени В.Вохидова, Обществом хирургов Узбекистана⁶.

⁵ Указ президента Республики Узбекистан «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» от 28 января 2022 года №УП-60

⁶ Обзор зарубежных литератур, использованные в диссертации: www.pku.edu.cn, www.qdu.edu.cn, www.cgu.edu.tw, www.usj.edu.lb, www.umed.wroc.pl, www.ku.dk, www.snu.ac.kr, www.yonsei.ac.kr, www.ngt.ndu.ac.jp, www.unife.it, www.univaq.it, www.unibs.it, www.udea.edu.co, www.otago.ac.nz,

Анализ научно-исследовательских данных развитых стран мира показал высокую степень актуальности и экономической значимости данной проблемы. Высокая распространенность заболевания, особенно среди лиц наиболее трудоспособного возраста, высокая частота послеоперационных осложнений, что в итоге негативно сказывается на качестве жизни больных, свидетельствует об актуальности и значимости проблемы грыжи живота и сопутствующей патологии органов брюшной полости.

Степень изученности проблемы. По данным Ф.Г.Назирова (2018), сочетанная хирургическая патология имеется у 20-30% больных хирургического профиля. Из них лишь до 6-8% случаев выполняется одновременная их коррекция, т.е. симультанная операция. Сдержанное отношение хирургов к симультанным операциям объясняется отсутствием единого мнения о показаниях и противопоказаниях к ним, и недостаточно изученными результатами. В немногочисленных научных статьях, посвященных данной проблеме, мало внимания уделено таким важнейшим показателям, как продолжительность симультанной операции, особенности течения послеоперационного периода и ряда других факторов, характеризующих степень тяжести операционной травмы (Белоконев В.И. и соавт., 2018; Doble J.A. et al., 2019).

Неоспоримым преимуществом симультанных операций является одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок, при этом устраняется риск повторной анестезии и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке. Несмотря на большое число клинических наблюдений, сочетанные оперативные вмешательства выполняются в среднем у 3% хирургических больных, тогда как их частота, по данным Ahonen-Siirtola M. et al. (2017) достигает 20-30%.

По определению Каримова Ш.И. (2016) симультанные операции – это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу заболеваний, при которых показано хирургическое лечение. Основным поводом, служащим для отказа от симультанной операции, является их травматичность. По мнению Earle D. (2021) симультанные операции отягощают хирургическое вмешательство, период послеоперационного течения, сопровождаются высокой частотой различных осложнений и летальностью. Главными факторами, ограничивающими выполнение симультанных операций, являются общее состояние больного, возраст, степень тяжести основного и сочетанного хирургического заболевания. При симультанных операциях увеличивается степень риска предстоящего оперативного вмешательства за счет увеличения продолжительности операции, дополнительной травматизации, особенно у лиц отягощенным соматическим статусом, а также наличие их осложнений. (Хакимов М.Ш. и соавт., 2020; Gillion J. F. et al., 2018).

В ответ на любое оперативное вмешательство в организме возникают

системные патофизиологические изменения, выраженность которых определяется исходным состоянием больного и травматичностью хирургической агрессии. При симультанных операциях, имеющих дополнительный этап, а в некоторых случаях и дополнительный доступ к патологически измененным органам брюшной полости, «постагрессивная реакция» организма будет более выраженной, чем при изолированных операциях, что и заставляет многих хирургов воздерживаться от симультанных операций при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости (Насиров М.Я. и соавт., 2015).

Однако, следует помнить, что необоснованное расчленение оперативного лечения сочетанных заболеваний во многих случаях чревато упущением оптимальных сроков хирургической коррекции сопутствующих патологических изменений, а также развитием в раннем послеоперационном периоде обострения некорригированного заболевания. Так Гербали О.Ю. (2019) приводят данные, согласно которым у 3,8 % больных, имеющих камни в желчных путях и, перенесших операции на других органах брюшной полости, в раннем послеоперационном периоде, возникает острый холецистит.

У больных с вентральными грыжами частота сопутствующих хирургических заболеваний брюшной полости колеблется от 11,8 до 36,3%. Причем часть хирургической патологии выявляется только во время оперативных вмешательств. Анализ сопутствующей патологии в органах брюшной полости свидетельствует о том, что только у 59,3% больных с грыжами было только одно заболевание, часто у них выявляли два (13,3-25,5%), три (13,5-51,6%), четыре (1,7-35,1%) и более заболеваний (Тешаев О.Р. и соавт., 2021). Установлено, что чем больше у больного размер грыжи, тем больше у него сопутствующих заболеваний.

Тактика лечения больных с грыжами и сопутствующей хирургической патологией продолжает обсуждаться до настоящего времени. Существенно различаются два подхода к лечению сопутствующих заболеваний. Согласно первому, сочетанная патология должна быть устранена-одновременно путем выполнения симультанных вмешательств. Согласно второму, сочетанные заболевания устраняются поэтапно. Выбор же одного из решений зависит, прежде всего, от характера патологии и для этого необходимо выявлять хирургические заболевания, требующие одномоментной коррекции.

Проведённый анализ литературы свидетельствует о том, что современные тенденции в лечении больных вентральными грыжами и симультанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и предотвращении осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах 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 данной области. В связи с вышеизложенным представляется актуальным разработка эффективных методов и принципов хирургического лечения, больных с большими и гигантскими пупочными и послеоперационными

вентральными грыжами в сочетании с другой патологией органов брюшной полости. Разработка симультанных и реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральными грыжами требует комплексного подхода, состоящего из многих составляющих задач в рамках одной проблемы.

В последнее время проблемы абдоминальной хирургии и герниологии в значительной мере пересматриваются в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику новых малоинвазивных лапароскопических методов хирургического лечения, выполняемых под контролем современных инструментальных способов слежения. Они, по мнению ряда энтузиастов, призваны практически вытеснить из употребления или хотя бы резко сократить использование лапаротомных операций.

Однако, как традиционные, так и лапароскопические вмешательства имеют свой диапазон возможностей, поэтому требуют дифференцированного подхода и определения показаний и противопоказаний. Вопросы показаний и выбора наиболее совершенных способов лапароскопической хирургии, а также взаимоотношений между ними и методами традиционной хирургии, выполняемыми лапаротомным доступом, находятся в центре дискуссии хирургов, специалистов по эндохирургии, которые часто высказывают полярные мнения и дают диаметрально противоположные рекомендации.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование Самаркандского государственного медицинского университета выполнялся в соответствии с планом научно-исследовательских работ за № 5436-012000262 «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (2019-2023 гг.).

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами и сопутствующей абдоминальной патологией путем оптимизации тактико-технических аспектов единовременного выполнения симультанных операций с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов пластики.

Задачи исследования: определить частоту сопутствующей хирургической абдоминальной патологии, требующей единовременной коррекции у больных с грыжами живота;

оптимизировать тактико-технические аспекты выполнения симультанных операций у пациентов с вентральной грыжей в зависимости от локализации патологии на передней брюшной стенке и брюшной полости с приоритетным использованием лапароскопической техники;

определить технические возможности применения эндовидеохирургических технологий на этапе выполнения герниоаллопластики;

определить критерии выбора способа натяжных и ненатяжных методов пластики передней брюшной стенки по данным компьютерно-томографической герниоабдоинометрии;

усовершенствовать технические аспекты выполнения ненатяжных методов герниоаллопластики;

изучить эндокринные параметры хирургического стресса при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и передней брюшной стенки;

обосновать клиническую эффективность сочетанной герниоаллопластики и хирургической коррекции симультанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики;

Объектом исследования явились 331 больной с вентральными грыжами и сопутствующей симультанной патологией органов брюшной полости, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета со сроком с 2012 по 2021 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с вентральными грыжами и сопутствующей симультанной патологией органов брюшной полости с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов пластики.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

применены лапароскопические технологии на отдельных этапах хирургического вмешательства, что оправдало себя, так как единовременно позволяет устранить грыжу брюшной стенки и симультанную патологию органов брюшной полости и скорректировать ее миниинвазивным способом;

выявлено, что у более чем $\frac{1}{2}$ (52,8%) больных с вентральными грыжами имеется сопутствующая абдоминальная патология, требующая единовременной хирургической коррекции, так как выполнение в последующей повторной операции нивелирует результаты герниоаллопластики;

обосновано применение лапароскопических технологий на отдельных этапах операции, позволяющей корригировать симультанную патологию брюшной полости миниинвазивным способом при значительном удалении ее от грыжевого дефекта брюшной стенки;

доказана эффективность эндовидеохирургической технологии для выполнения аллопластики при грыжах W1 и W2;

доказана высокая информативность КТ – герниоабдоинометрии, позволяющей до операции выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объём грыжи к объёму брюшной полости и выбрать оптимальный способ герниоаллопластики;

усовершенствованы технические и тактические аспекты выполнения ненатяжных методов герниоаллопластики при вентральных грыжах W3 и W4;

изучением динамики стрессовых гормонов доказано, что выполнение симультанного этапа операции значимо не влияет на степень хирургической агрессии и тем самым оправдывает целесообразность единовременной коррекции сочетанной патологии передней брюшной стенки и органов брюшной полости;

оптимизация тактико-технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральной грыжи и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики значительно улучшили результаты лечения.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

выполнение симультанных операций позволили в рамках единовременного анестезиологического и хирургического пособия излечить пациента от сочетанной хирургической патологии брюшной полости и передней брюшной стенки;

лапароскопические технологии применяемые на обоих или отдельных этапах операции значительно минимизировал травматичность хирургического вмешательства;

использование композитных сетчатых протезов и экстракорпоральных швов по усовершенствованной методике накладываемых предложенной модифицированной иглой Endo Close значительно облегчили технику лапароскопической герниоаллопластики;

КТ герниоабдоинометрия позволила определить критерии выбора способа «натяжных» и «ненатяжных» методов пластики и по её данным при объеме грыжевого выпячивания до 14% от объема брюшной полости возможна имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием грыжевого дефекта, более 14,1% – показана ненатяжная пластика;

выполнение ненатяжной герниоаллопластики с имплантацией эндопротеза комбинированным способом «onlay + sublay» позволило избежать компартмент синдрома и нивелировать рецидив грыжи;

предложен алгоритм выбора способа герниоаллопластики и хирургической коррекции симультанной патологии в соответствии с размерами грыжи и локализации сочетанной патологии в брюшной полости;

изучение динамики стрессовых гормонов указало на повышение хирургической агрессии при выполнении натяжной герниопластики и длительном пневмоперитонеуме, что диктует избегать эти факторы у больных с повышенным операционным риском;

предложенные тактико-технические аспекты хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики позволили снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%.

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 доказана необходимость выполнения симультанных операций при сочетанной патологии органов брюшной полости и вентральных грыжах. Обосновано преимущество эндовидеохирургических операций в коррекции взаимоотношений патологий органов брюшной полости от грыжи передней брюшной стенки. Доказана эффективность лапароскопической герниоаллопластики при грыжах W1, W2 и усовершенствованы отдельные их этапы значительно упрощающие технику исполнения. Определена значимость и информативность КТ герниоабдоинометрии в выборе способа герниоаллопластики. Доказана эффективность ненатяжных методов аллопластики в профилактике компартмент синдрома. Выявлено, что выполнение симультанных операций значимо не влияет на степень хирургической агрессии. Доказана клиническая эффективность приоритетного использования эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов пластики в единовременной коррекции грыж живота и сопутствующей абдоминальной патологии.

Практическая ценность работы заключается в том, что выявлены наиболее частые формы сочетанной абдоминальной патологии, требующей хирургической коррекции. Доказано, что при расположении симультанной абдоминальной патологии на широком расстоянии от грыжевого дефекта предпочтительно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники. Применение композитных сетчатых протезов исключил необходимость фиксации импланта в предбрюшинном «кармане», что значительно сократил продолжительность операции.

Предложенный ненатяжной метод герниоаллопластики с имплантацией протеза комбинированным способом «onlay + sublay» улучшил результаты лечения при грыжах больших размеров (W3, W4). Выявлена высокая степень хирургической агрессии по динамике уровня стрессовых гормонов при натяжных методах пластики и продолжительном пневмоперитонеуме. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии значительно снизила частоту послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения.

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

разработана методическая рекомендация «Хирургия грыж живота и сочетанной патологии передней брюшной стенки» (справка Министерства здравоохранения 8н-р/1080 от 7 октября 2022 года);

разработана методическая рекомендация «Хирургическая коррекция сочетанной абдоминальной патологии при вентральных грыжах» (справка Министерства здравоохранения 8н-р/1086 от 7 октября 2022 года). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать выбор тактики хирургического лечения больных с вентральными грыжами и сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с вентральными грыжами и симультанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделениях хирургии Самаркандского городского медицинского объединения, Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра, многопрофильной клиники СамГМУ, Шахрисабзского городского медицинского объединения, Сурхандарьинского областного многопрофильного медицинского центра, Джиззакского областного многопрофильного медицинского центра (справка Министерства здравоохранения 8н-д/570 от 24 октября 2022 года). Внедрение результатов исследований по совершенствованию тактико-технических аспектов хирургического лечения больных с вентральными грыжами и симультанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости обосновали возможность единовременного выполнения симультанных операций при сочетанной патологии органов брюшной полости и передней брюшной стенки, избежать выполнения повторных операций после герниоаллопластики.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 8 научно-практических конференциях, в том числе 2 международных и 6 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 25 научных работ, из них 11 журнальных статей, 9 из которых в республиканских рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан и 2 в зарубежных журналах.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, и списка использованной литературы. Объём основного материала составляет 153 страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована 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, даётся информация об опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Симультанные операции на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы ВГ с симультанной хирургической патологией органов брюшной полости, её этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, вопросы классифицирования симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки.

Во второй главе диссертации «Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований» описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования.

В основу исследования включены результаты лечения 331 больного с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости, поступивших в хирургические отделения клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2012 по 2021 гг. Пациенты условно разделены на две группы: 104 (31,4%) больных с грыжей передней брюшной стенки и симультанной патологией органов брюшной полости, оперированные в период с 2012-2016 гг., составили группу сравнения. Основную группу составили 227 (68,6%) больных оперированные в период с 2017-2021 гг., которым в хирургической коррекции вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости приоритетно использованы эндовидеохирургические технологии и ненатяжные методы пластики.

Среди обследованных у 225 (67,9%) пациентов в анамнезе имелись различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, впервые с выявленной грыжей обратились 106 (42,1%) пациентов. Согласно классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999) у 212 (64,1%) больных были большие (W₃) и гигантские (W₄) грыжи. У подавляющего большинства больных 265 (80,1%) были грыжи по средней линии живота. Из 331 больного у 132 (39,9%) грыжи были рецидивные (R_n) (рис 1).

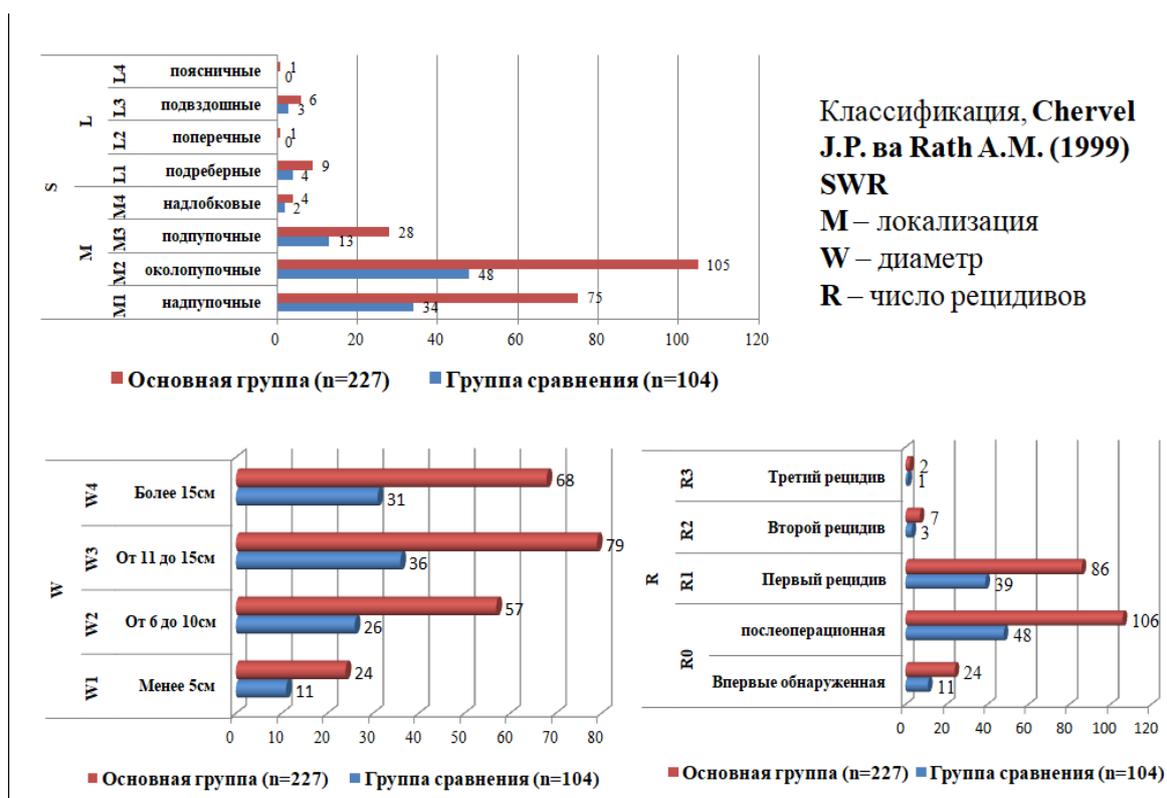


Рис. 1. Распределение больных по локализации грыжи, размер дефекта и наличие рецидивов

У всех больных основным хирургическим заболеванием было вентральная грыжа. Следует отметить, что из 429 больных с вентральными

грыжами оперированными в период 2017-2021 гг. у 227 герниоаллопластика дополнена хирургической коррекцией сочетанной патологии органов брюшной полости. По данным частота симультанной патологии при вентральных грыжах составила 52,8%. Симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно – 25,4%.

Всего сопутствующих хирургических патологий выявлено 178 в группе сравнения, 334 в основной группе и при этом у некоторых по два и более. Среди них превалировала спаечная болезнь брюшной полости 67 (37,6%) и 106 (46,7%), ожирение III и IV ст. с отвислым животом имелось у 32 (17,9%) и 67 (29,5%) больных, желчнокаменная болезнь - у 29 (16,3%) и 69 (30,1%) пациентов, кисты печени и поджелудочной железы у 8 (4,5%) и 13 (5,7%) больных, у 11 (6,2%) и 19 (8,4%) больных была хирургическая патология передней брюшной стенки (лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки), патология органов малого таза у женщин 33 (18,6%) и 70 (30,8%) соответственно в группах сравнения и основной группе больных (рис. 2).

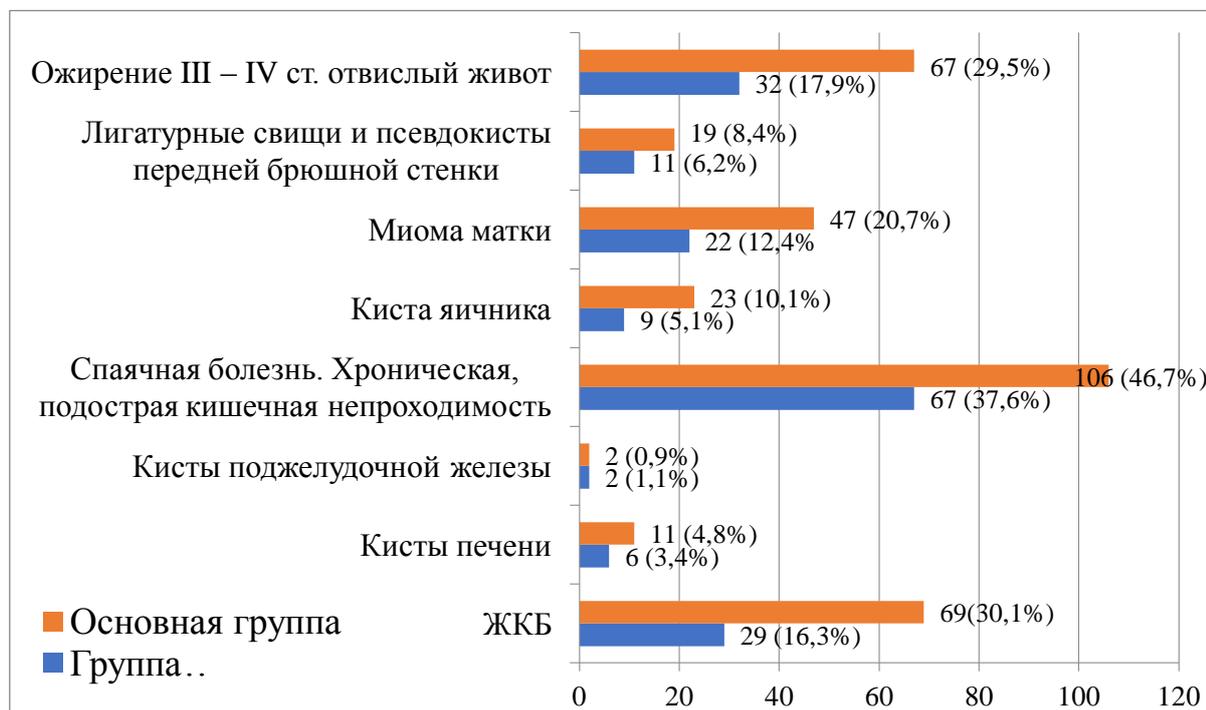


Рис. 2. Структура сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости у больных в исследуемых группах

Необходимо отметить, что у больных с увеличением размеров грыжи пропорционально увеличивалась и частота сопутствующей хирургической патологии передней брюшной стенки и органов брюшной полости – при W₃ 59,6%, W₄–66,3%.

Из числа обследованных у 208 (62,8%) больных отмечены различные сопутствующие соматические заболевания жизненно важных органов. Из них у 139 (41,9%) больных были два и более сопутствующих соматических заболевания. С учётом классификации ASA ко II классу отнесены 178 (53,7%) больных, к III классу 30 (9%) больных.

Компьютерная томография и компьютерно-томографическая герниоабдоминометрия (КТГА) проводилась с целью определения размеров грыжевых ворот, объема содержимого грыжевого мешка, выявления дополнительных дефектов апоневроза, выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости, толщины и равномерности подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, а также для предварительного определения метода герниоаллопластики и абдоминопластики. Этот метод был выполнен 58 (25,9%) пациентам основной группы (рис. 3).

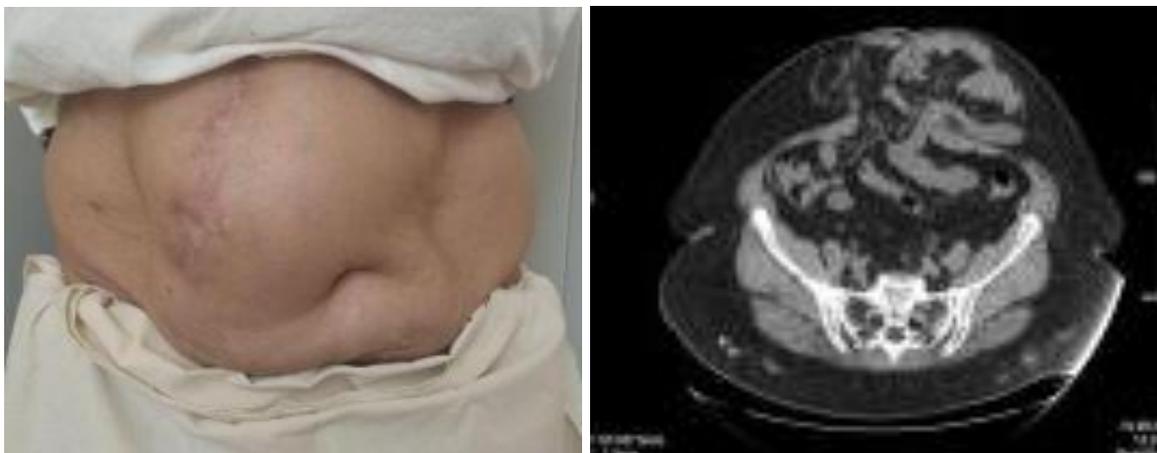


Рис. 3. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдоминометрия больной С., 62 года с послеоперационной вентральной грыжей (M2W3R0) и спаечной болезнью с хронической кишечной непроходимостью

Метод также позволял верифицировать наличие симультанной патологии органов брюшной полости. КТГА позволяла идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки и выбрать оптимальный способ пластики. При относительном объеме грыжевого выпячивания менее 5% от объема брюшной полости, грыжи считались малыми. Если относительный объем грыжевого выпячивания составлял от 5,1% до 14,0% от объема брюшной полости их считали средними грыжами и предпочтение отдавали натяжным способам герниоаллопластики – имплантация эндопротеза «on lay» с ушиванием дефекта.

При относительном объеме грыжевого выпячивания в пределах 14,1%-18%, грыжа считалась большой, при этом методом выбора были ненатяжные протезирующие пластики, «коррекция» или «реконструкция» передней брюшной стенки. Окончательный выбор метода операции происходил интраоперационно, решающую роль играли результаты теста «на сведение». При 18% и более относительного объема грыжевого выпячивания от объема брюшной полости грыжа считалась гигантской, выбор операции происходил только в пользу ненатяжной пластики - имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта, имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта и имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez.

Третья глава диссертации «**Тактико-технические аспекты симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей**». Так как у всех больных

основной патологией была вентральная грыжа, а симультанной патологией хирургическое заболевание органа брюшной полости, при выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в брюшной полости.

Разработана схематическая дистопия, т.е. локализация грыжевого дефекта на брюшной стенке и расположение симультанной патологии в брюшной полости. Локализацию грыжевого выпячивания оценивали по классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999), а расположение симультанной патологии ориентировалось на топографическом разделении брюшной полости на 9 областей.

При выполнении симультанных операций в группе сравнения пользовались исключительно традиционными широкими доступами, т.е. герниолапаротомию расширяли до эпигастральной или гипогастральной области, которые позволяли хирургу выполнение симультанного этапа операции. При этом ликвидация грыжевого дефекта занимала немало времени, продолжительность операции значительно возрастала. Кроме того, имелся ряд серьезных недостатков – высокая травматичность операции, повышенный риск послеоперационных раневых и общих осложнений, неудовлетворительные косметические результаты, длительный период ранней реабилитации и др. При расположении хирургических заболеваний на широком расстоянии друг от друга каждую патологию оперировали через отдельные доступы. В целом, в группе сравнения 83 (79,8%) больных - симультанная операция была выполнена через единый герниолапаротомный доступ, 21 (20,2%) больному симультанная операция была выполнена через отдельные доступы.

В основной группе исследования 46 (20,3%) больным с вентральными грыжами и симультанной патологией брюшной полости оба этапа операции выполняли из лапароскопических доступов с применением ЭВХ. Этим пациентам 1-этапом в 19 случаях произведена ЛХЭ, 11 пациенткам проведена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки по поводу миомы, у 7-кистэктомия из яичников, 2 больным фенестрация кист из печени и у 27 адгезиолизис по поводу спаечной болезни брюшной полости и хронической кишечной непроходимости. 2-этапом операция завершена лапароскопической герниопластикой.

У 39 (17,6%) больных основной группы 1-этапом симультанная патология корригирована лапароскопически, основной этап операции – герниоаллопластика выполнена из герниолапаротомного доступа. При этом ЛХЭ проведена 23 пациентам, надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки – 1, кистэктомия из яичников – 4, в 1 наблюдении удалена киста из печени, 14 пациентов подвергнуты адгезиолизису.

Таким образом, из 227 больных основной группы лапароскопическая коррекция как основной, так и симультанной патологии произведена у 46 (20,3%), эндовидеохирургическая коррекция симультанной патологии проведена у 39 (17,6%).

Вместе с тем, у 142 (62,6%) больных основной группы оба этапа операции выполнены из герниолапаротомного доступа. Поводом для этого послужило близкое расположение патологии органов брюшной полости к грыжевому дефекту. 67 (29,5%) больным основной группы, которые имели сопутствующую патологию в виде ожирения II-III ст., после завершения пластики передней брюшной стенки выполнена дерматолипидэктомия.

В основной группе при расположении симультанной патологии на широком расстоянии от грыжевого дефекта приоритетно выполнены симультанные этапы операции с применением лапароскопической техники 85 (37,5%) пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы (табл. 1).

Четвертая глава диссертации «**Технические аспекты эндовидеохирургической герниоаллопластики**». Лапароскопическая протезирующая герниопластика при вентральных грыжах применялась 46 больным основной группы (20,3%), при наличии малых и средних грыж, с соответствующими размерами дефекта апоневроза - до 5 см и от 5 до 10 см с использованием полипропиленовых имплантов по способу «iron» (Laparoscopic Intra Peritoneal Onlay Mesh). Места введения троакаров были стандартизированы и выбирались там, где это было более удобно и безопасно после проведения симультанного этапа операции на органе брюшной полости.

34 (73,3%) из 46 больных выполнили лапароскопическую протезирующую герниопластику с использованием стандартных сетчатых полипропиленовых имплантатов, у 12 (26,7%) были использованы композитные сетчатые имплантаты «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon).

При использовании стандартных имплантов в брюшной полости выполнялось вскрытие брюшины, выделялся грыжевой мешок и в предбрюшинном пространстве создавался «карман», отступом по периметру от грыжевых ворот 5-6 см. Далее в брюшную полость вводился через троакар свернутый в тубус сетчатый имплант, разворачивался и помещался в созданный предбрюшинный «карман». Прижатие его к передней брюшной стенке осуществлялось с помощью лигатур, завязанных по краям импланта.



Рис. 4. Разворачивание свернутого прошитого импланта (1), выведение шовной нити модифицированной иглой Endo Close (2), выведение шовных нитей со стороны брюшной стенки (3)

Подшивание нитью импланта к передней брюшной стенке производили с помощью модифицированной нами иглы Endo Close (рис. 4). Применение модифицированной иглы Endo Close было удобным для хирурга и

безопасным для пациента нежели прошиванием брюшины интракорпорально.

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

Следует отметить, что у всех 48 пациентов лапароскопическая герниоаллопластика выполнена «ненатяжным» способом и в итоге в основной группе исследования ненатяжная герниоаллопластика выполнена у 149 (65,6%) больных, т.е. в 2/3 клинических наблюдений.

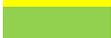
Разработана схематическая дистопия, т.е. локализация грыжевого дефекта на брюшной стенке и расположение симультанной патологии в брюшной полости. Локализацию грыжевого выпячивания оценивали по классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999), а расположение симультанной патологии ориентировалось на топографическом разделении брюшной полости на 9 областей.

Таблица 1

Распределение больных основной группы по дистопии грыжи и сочетанной патологии

Характер грыжи			Расположение симультанной патологии в областях брюшной полости								Всего		
			S _{II}	S _{II}	S _{II}	S _V	S _V	S _V	S _{VIII}	S _{VIII}		S _{VIII}	
M	M ₁	надпупочные	6	8	7	2	2	23	5		22	75	
	M ₂	околопупочные	11	12	25	3	8	2	8	5	29	103	
	M ₃	подпупочные	3	4	3	2		8	2		6	28	
	M ₄	надлобковые	1						3			4	
L	L ₁	подреберные			2			3			4	9	
	L ₂	поперечные						1				1	
	L ₃	подвздошные			3			2			1	6	
	L ₄	поясничные			1							1	
→			21	24	41	7	10	39	18	5	62	227	
S	W	W ₁	Менее 5 см	5			4	2		13			24
		W ₂	От 6 до 10 см	16	7	9	3	3	6	5	3	5	57
		W ₃	От 11 до 15 см		12	19		4	21		2	21	79
		W ₄	Более 15 см		5	13		1	12			36	67
→			21	24	41	7	10	39	18	5	62	227	
R	R ₀	Впервые обнаруженная	13	2		2	2		3	4		26	
		послеоперационная	7	20	13	4	6	10	14	1	31	106	
	R ₁	Первый рецидив	1	2	25	1	2	29	1		25	86	
	R ₂	Второй рецидив			2						5	7	
	R ₃	Третий рецидив			1						1	2	
→			21	24	41	7	10	39	18	5	62	227	

*Примечание:  - оба этапа ЭВХ (n=46);

 - симультанный этап ЭВХ + герниоаллопластика (n=39);

 - оба этапа через герниолапаротомный доступ (n=142)

При оформлении диагноза обязательно указывали место расположения грыжи и симультанной патологии, т.е. к аббревиатуре классификации по

Chervel J.P. и Rath A.M. (1999) добавляли и место расположения симультанной патологии. Например: Основной диагноз – Послеоперационная неврправимая вентральная грыжа гипогастральной области. Сопутствующий диагноз – ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Аббревиатура M3 W2 R0 SII. (табл. 1).

Пятая глава диссертации «**Оптимизация тактико-технических аспектов герниоаллопластики у больных вентральной грыжей**». Больным в группе сравнения (n=104) герниоаллопластика у 62 (59,6%) пациентов выполнена натяжными и у 42 (40,4%) ненатяжными способами, т.е. предпочтительно выполнены натяжные способы пластики.

В основной группе (n=181) выбор герниоаллопластики был дифференцированным и основывался на разработанных нами критериях, по которым больные разделены на 5 подгрупп (табл. 2).

Таблица 2

Виды герниопластики в основной группе

Подгруппы	Вид операции	Количество	%
1	Лапароскопическая герниоаллопластика (IPOM)	46	20,3
2	Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта	78	34,4
3	Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта	38	16,7
4	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта	32	14,1
5	Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez	33	14,5
	Всего	227	100

При объёме грыжевого выпячивания до 5% от объема брюшной полости по данным КТ приоритетно выполнены лапароскопическая герниоаллопластика (I подгруппа). Лапароскопическая протезирующая герниоаллопластика по методике IPOM при послеоперационных вентральных грыжах применялась 49 больным, при наличии малых и средних грыж (W_1 , W_2), с соответствующими размерами дефекта апоневроза до 5 см и от 5 до 10 см.

Пациентам 2-й подгруппы при объеме грыжевого выпячивания до 14% от объема брюшной полости по данным КТГА выполнены имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта. Эту группу составили 78 (43,1%) пациентов.

В 3-й подгруппе (n=38) по данным КТГА с объемом грыжевого выпячивания более 14,1% от объема брюшной полости выполняли ненатяжную пластику. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития компартмент синдрома, после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, пластика передней брюшной

стенки выполнялась наложением сетки на апоневроз без его ушивания. Фиксацию эндопротеза осуществляли П-образными швами. Эти швы до закрытия брюшной полости лоскутом грыжевого мешка были заранее наложены с захватом всех слоёв мышечно-апоневротической стенки до брюшины.

У 32 (17,7%) больных в 4-й подгруппе с размерами грыжевого дефекта более 10 см и объемом грыжевого выпячивания более 18% от объема брюшной полости по данным КТГА была выполнена комбинированная ненатяжная герниопластика «onlay + sublay», т.е. один имплантат размещали позади мышечно – апоневротического слоя после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, второй имплантат размещали над апоневрозом. После отграничения брюшной полости брюшиной выкраивали имплантат, размер которого по периметру на 3 см больше размеров грыжевого дефекта, далее заранее прошивали края сетчатого имплантата П-образными швами, предварительное прошивание импланта значительно упрощало технику его фиксации. Далее эндопротез размещали по типу «sublay», ранее наложенные П-образные швы проводили через все слои над апоневрозом и к этим швам фиксировали второй эндопротез размещенный «onlay». Также накладывали узловые швы между эндопротезами создавая искусственную «белую линию» живота. Особое значение этого метода является анатомическая и физиологическая реконструкция передней брюшной стенки, а также белой линии живота. Использование этого метода в клинике дал хороший функциональный результат (рис. 5).

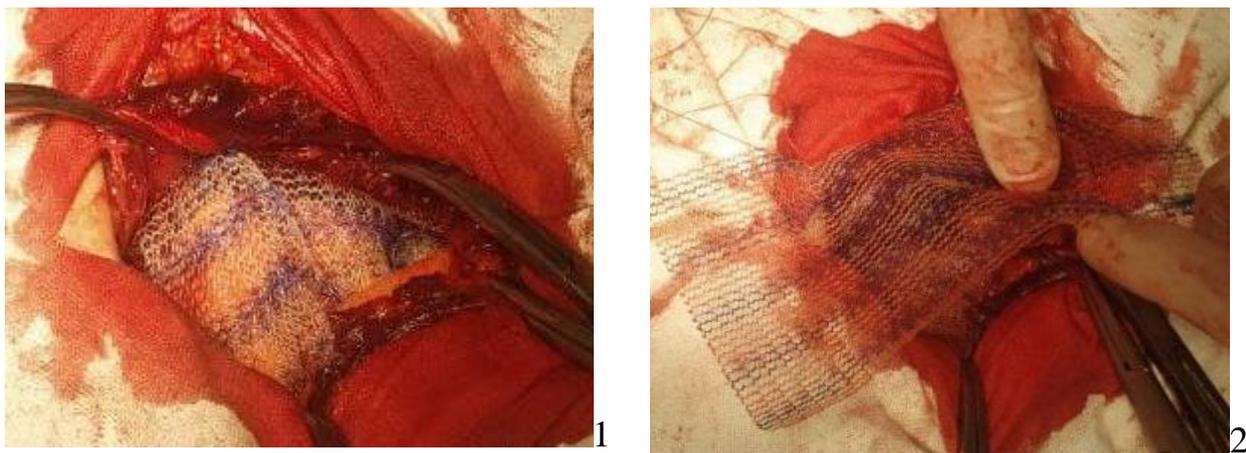


Рис. 5. Этапы фиксации эндопротеза «sublay» (1) и «onlay» (2) заранее наложенными П-образными швами

В 5-й подгруппе у 13 больных, где имелся высокий риск натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, применили ненатяжную аллопластику с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (1990 г.).

Таким образом в основной группе больных, где герниоаллопластика выполнена из герниолапаротомного доступа, в 56,9% случаев выполнена ненатяжная пластика.

Шестая глава диссертации посвящена «Сравнительной оценке уровня стрессовых гормонов при выполнении симультанных операций». Для

сравнительной оценки степени травматичности оперативного вмешательства у больных с вентральной грыжей и у больных вентральной грыжей и сопутствующей хирургической патологией органов брюшной полости изучено состояние стрессорных гормонов у 21 пациента обеих исследуемых групп, такие как, пролактин, кортизол, тироксин (T_4) и тиреотропный гормон.

При этом установлено, что до операции средние показатели пролактина колебались от $246,2 \pm 21,6$ до $283,0 \pm 113$ ММЕ/мл, что было в пределах средних норм. У обследованных больных исходный уровень кортизола колебался от $252,1 \pm 42,6$ до $342,1 \pm 48,2$ нмоль/л, что также было в пределах нормальных показателей. Исходный уровень тиреоидных гормонов (T_4 , ТТГ), которые функционально связаны с гипофизом и изменяющиеся при различных хирургических вмешательствах соответственно колебался от $70,8 \pm 8,86$ до $82,4 \pm 5,7$ нг/дл и от $2,21 \pm 0,51$ до $1,68 \pm 0,4$ мМЕ/л.

В исследовании, во время выполнения симультанного этапа операции (ХЭ из минидоступа) повышение уровня пролактина не отмечено, однако повышение уровня пролактина стабильно зависело от увеличения продолжительности операции. Также скачкообразный подъем уровня пролактина отмечен при выполнении натяжной герниоаллопластики (рис. 6).

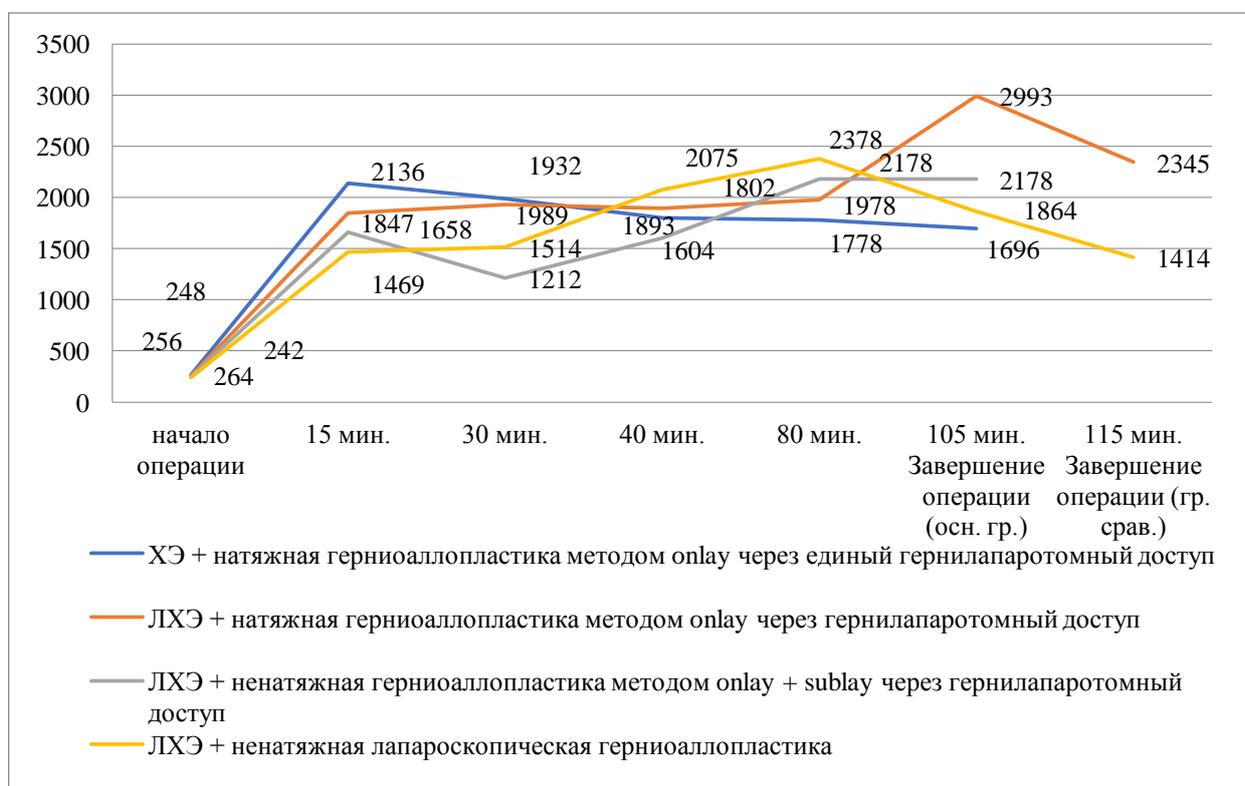


Рис. 6. Динамика изменения пролактина у больных основной группы

На 2 сутки после операции отмечено, что тенденция к нормализации пролактина аналогична в группах. Отклонение от исходных данных соответственно составило +59% и +70%. На 7 и 10 сутки после операции уровень пролактина снижался до исходного, также равномерно во всех группах больных (рис 7.).

Схожее максимальное повышение уровня кортизола, также отмечалось на основном этапе операции герниопластики (+106,5%). Во время операции

уровень Т4 у больных в обеих группах был ниже исходных показателей. В послеоперационном периоде было выявлено значительное повышение уровня Т4 одинаково у больных перенесших герниоаллопластику, так и у больных перенесших симультанную операцию по поводу вентральной грыжи и хирургической патологии органов брюшной полости (12,9%). Уровень отклонения ТТГ по сравнению с исходными данными одинаково был выше в обеих группах исследования. Данные исследований позволяют заключить, что при оперативном вмешательстве по поводу вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости наблюдался подъем уровня гормонов равномерно во всех группах. На повышение уровня гормонов повлиял не этап по коррекции симультанной патологии, а продолжительность операции и в большей степени проведение натяжного метода пластики передней брюшной стенки.



Рис. 7. Уровень пролактина (Мме/мл) на всех этапах исследования

В седьмой главе диссертации приведены «**Результаты хирургического лечения больных в исследуемых группах**». Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев использовали следующие параметры:

- абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;
- внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;
- раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде.

В группе сравнения у 2 (1,9%) наблюдали компартмент синдром (рис.8). По сравнительному признаку по количеству осложнений получены

равномерные показатели в обеих группах больных (Критерий $\chi^2=4,043$; Df=1; $p=0,045$).

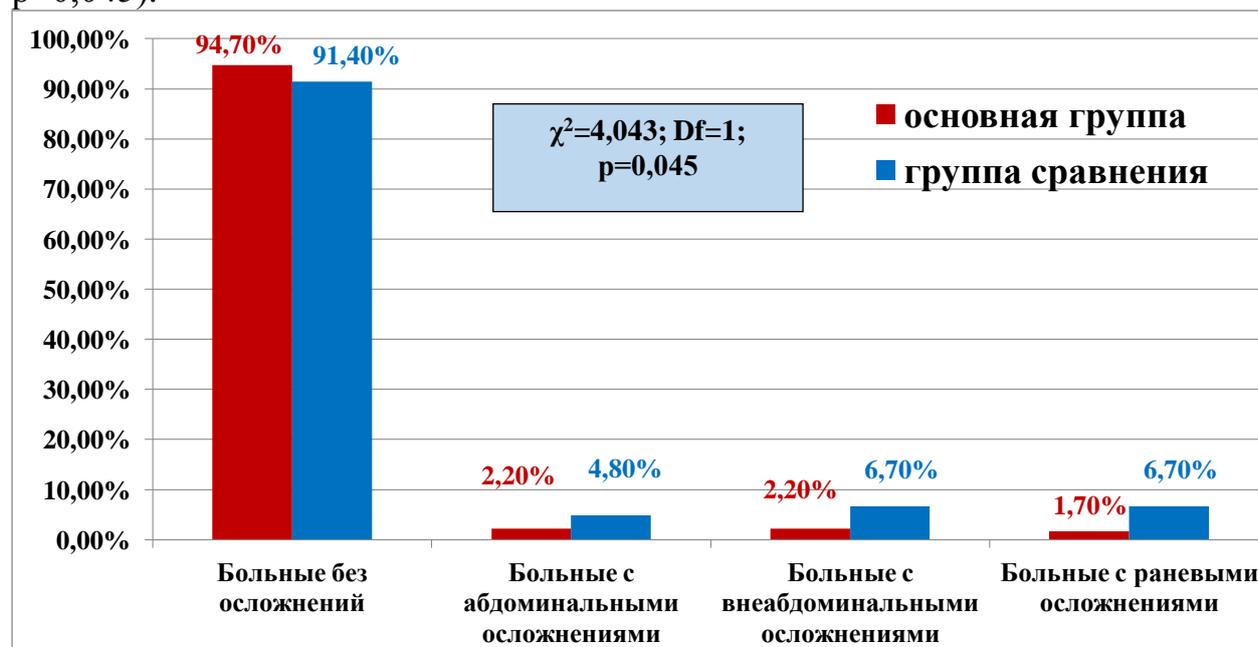


Рис. 8. Распределение больных по частоте осложнений после операции

При рассмотрении временных периодов отмечено, что совершенствование тактико-технических аспектов обеспечило сокращение всех основных периоперационных периодов (табл 4).

Проанализированы отдаленные результаты у 260 (78,5%) больных из 331 оперированных. Рецидив вентральной грыжи отмечен у 6 (1,8%), при этом в группе сравнения этот показатель составил 2,9% (3 больных), а в основной группе – 1,1% (3 пациента). В группе сравнения в отдаленном послеоперационном периоде у 1 (0,9%) наблюдалось осложнение после симультанного этапа операции – наружный желчный свищ после эхинококкэктомии из печени.

**Таблица 4
Течение послеоперационного периода больных в исследуемых группах**

Показатели	Основная группа	Группа сравнения	T-критерий, P
До операции (сутки)	4,0±0,6	4,2±0,2	0,32; P>0,05
ОРИТ (сутки)	1,1±0,1	1,3±0,1	2,83; P<0,01
После операции (сутки)	4,3±0,5	6,7±0,3	8,57; P<0,001
Всего (сутки)	8,3±0,6	10,2±0,4	7,63; P<0,001
Длительность операции, мин	58,5±4,1	72,5±3,4	2,57; P<0,05
Сроки удаления дренажа по Редону (сутки)	3,5±0,3	3,5±0,3	4,80; P<0,001
Сроки удаления страховочного дренажа из брюшной полости (сутки)	1,3±0,4	3,5±0,3	0,43; P<0,001

Таким образом, по результатам исследования, осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были следующие:

- абдоминальные осложнения у 4,8% и 2,2%;
- внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 6,7% и 2,2%;
- развитие компартмент синдрома 1,9% (только в группе сравнения);
- раневые осложнения у 6,7% и 1,7%;
- летальность 0,9% (только в группе сравнения) в основной и группе сравнения соответственно.

При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. – $8,3 \pm 0,6$ суток ($10,2 \pm 0,4$ гр. сравнения), средняя длительность операции в основной гр. больных – $58,5 \pm 4,1$ мин. ($72,5 \pm 3,4$ гр. сравнения). Анализ качества жизни пациентов показал, что оптимизация тактико-технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральной грыжи и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики позволил увеличить долю положительных результатов лечения до 98,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. По данным исследования симультанная патология органов брюшной полости, требующая хирургической коррекции при вентральных грыжах, составила 52,8%, чаще всего выявлены желчнокаменная болезнь (30,1%), патология органов малого таза у женщин (30,8%), спаечная болезнь брюшной полости и хроническая кишечная непроходимость (46,7%), а также ожирение III – IV ст. и абдоминоптоз (29,7%). С увеличением размеров грыж, возрастает число пациентов, требующих выполнения симультантных вмешательств, так при W3 - 59,6%, а при W4 - 66,3%.

2. При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта (M1S8 или M3S2) приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно была выполнена 37,5% пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы.

3. Эндовидеохирургическая герниоаллопластика методологически обоснована и эффективна в хирургическом лечении вентральных грыж малых (W1) и средних (W2) размеров, что применено 20,3% наблюдений в основной группе больных. Совершенствование аспектов лапароскопической герниоаллопластики с применением композитных сетчатых имплантов, а также использование на этапе фиксации протеза модифицированной иглы Endo Close с экстракорпоральным завязыванием узлов значительно упростило технику операции.

4. КТ герниоабдоинометрия позволила идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки и выбрать оптимальный способ

пластики. При объеме грыжевого выпячивания по данным КТГА до 14% от объема брюшной полости возможно имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием грыжевого дефекта, при более 14,1% рекомендуются ненатяжная пластика.

5. Усовершенствование технических аспектов выполнения ненатяжных методов герниоаллопластики с имплантацией эндопротеза комбинированным способом «onlay+sublay» при грыжах W3, W4 позволило избежать развития компартмент синдрома и нивелировать рецидив грыжи.

6. Изучение динамики стрессовых гормонов при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки показало, что повышение степени хирургической агрессии связано с выполнением «натяжных» методов пластики и продолжительным пневмоперитонеумом. Выполнение симультанного этапа операции значимо не повлияло на уровень стрессорных гормонов.

7. Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики позволила снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%, сократить продолжительность операции с $72,5 \pm 3,4$ мин. до $58,5 \pm 4,1$ мин. и сократить сроки стационарного лечения с $10,2 \pm 0,4$ до $8,3 \pm 0,6$ койко дней. При этом излечение пациента от нескольких хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость симультанных операций.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARDING SCIENTIFIC DEGREES**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

SHERBEKOV ULUGBEK AKHRAROVICH

**TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF ABDOMINAL HERNIA
SURGERY AND COMBINED PATHOLOGY OF THE ABDOMINAL
ORGANS**

14.00.27 – Surgery

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF
SCIENCE (DSc) ON MEDICAL SCIENCES**

Bukhara – 2023

The topic of the dissertation of a Doctor of Science (DSc) is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for B2021.2.DSc/Tib579.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical University.

The abstract of the thesis in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant

Kurbaniyazov Zafarjon

doctor of medical sciences, professor

Official opponents

Safoev Baqodir Barnoevich

doctor of medical sciences, professor

Eshonkhodzhaev Otabek Juraevich

doctor of medical sciences, professor

Nazarov Shohin Kuvvatovich

doctor of medical sciences, professor
(Republic of Tajikistan)

Leading organization

National Medical Research Center for Surgery named after A.V. Vishnevsky (Republic of Russia)

The defense will take place "26" JANUARY 2023 at 12³⁰ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, Bukhara, Navai Ave., 1. Tel.: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No. 044 Address: 200118, Bukhara, ave. Navai, 1. Tel.: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50).

The abstract of the dissertation was sent out "12" JANUARY 2023.

(register of the dispatch protocol No. 04 dated 12 JANUARY 2023).



A.Sh. Inoyatov

Chairman of the Scientific Council for the award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

N.N. Kazakova

Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences

B.Z. Khamdamov

Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council for the awarding of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract of DSc dissertation)

The aim of the study to improve the results of surgical treatment of patients with ventral hernias and concomitant abdominal pathology by optimizing the tactical and technical aspects of the simultaneous performance of simultaneous operations with the priority use of endovideosurgical technologies and tension-free plasty methods.

The object of the study were 331 patients with ventral hernias and concomitant simultaneous pathology of the abdominal organs, who were hospitalized in the surgical departments of the clinic of the Samarkand State Medical University for a period from 2012 to 2021.

The scientific novelty of the research is as follows:

laparoscopic technologies were applied at certain stages of surgical intervention, which justified itself, since at the same time it allows to eliminate the hernia of the abdominal wall and the simultaneous pathology of the abdominal organs and correct it in a minimally invasive way;

it was found that more than $\frac{1}{2}$ (52.8%) of patients with ventral hernias have concomitant abdominal pathology that requires a one-time surgical correction, since the performance in a subsequent repeated operation levels out the results of hernioplasty;

justified the use of laparoscopic technologies at certain stages of the operation, which allows correcting the simultaneous pathology of the abdominal cavity in a minimally invasive way with a significant removal of it from the hernial defect of the abdominal wall;

the effectiveness of endovideosurgical technology for performing alloplasty in W1 and W2 hernias has been proven;

the high information content of CT-hernioabdominometry has been proven, which makes it possible to identify defects in the topography of the anterior abdominal wall before surgery, determine the relative volume of the hernia to the volume of the abdominal cavity and choose the optimal method of hernioalloplasty;

improved technical and tactical aspects of non-tension methods of hernioplasty for ventral hernias W3 and W4;

the study of the dynamics of stress hormones proved that the implementation of the simultaneous stage of the operation does not significantly affect the degree of surgical aggression and thus justifies the expediency of a one-time correction of the combined pathology of the anterior abdominal wall and abdominal organs;

optimization of tactical and technical aspects of one-time surgical correction of ventral hernia and combined abdominal pathology with the priority use of endovideosurgical technologies and tension-free alloplasty methods significantly improved the results of treatment.

The practical results of the study are as follows:

According to the results of a scientific study to improve the diagnosis and surgical treatment of patients with ventral hernias and concomitant abdominal pathology:

a methodological recommendation “Surgery of abdominal hernias and combined pathology of the anterior abdominal wall” was developed (certificate of the Ministry of Health 8H-p / 1080 dated October 7, 2022);

a methodological recommendation "Surgical correction of combined abdominal pathology in ventral hernias" was developed (certificate of the Ministry of Health 8H-p / 1086 dated October 7, 2022). The proposed recommendations made it possible to optimize the choice of tactics for surgical treatment of patients with ventral hernias and concomitant surgical diseases of the abdominal organs;

the obtained scientific results on improving the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with ventral hernias and simultaneous surgical diseases of the abdominal organs have been introduced into the practice of healthcare, in particular, in the departments of surgery of the Samarkand city medical association, the Samarkand regional multidisciplinary medical center, the multidisciplinary clinic of Samara State Medical University, Shakhrisabz city medical association, Surkhandarya regional diversified medical center, Jizzakh regional diversified medical center (certificate of the Ministry of Health 8H-Д / 570 dated October 24, 2022). The introduction of the results of research on improving the tactical and technical aspects of the surgical treatment of patients with ventral hernias and simultaneous surgical diseases of the abdominal organs substantiated the possibility of simultaneous performance of simultaneous operations in the combined pathology of the abdominal organs and the anterior abdominal wall, avoiding repeated operations after hernia alloplasty.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, seven chapters, a conclusion, and a list of references. The volume of the main material is 153 pages.

E'LON QILINGAN ISHLAR RO'YXATI
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Курбаниязов З. Б., Шербеков У.А., Мардонов Б.А. Хирургия грыж живота и сочетанной патологии органов брюшной полости // Монография. Самарканд, 2021. - 112 с.

2. Курбаниязов З.Б. Шербеков У.А., Сайинаев Ф. К. Насимов А.М. Современные возможности герниоаллопластики у больных с вентральными грыжами // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2021. - №4. - С.113-115 (14.00.00; №13).

3. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Мардонов Б.А. Обоснование симультанной операции при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2021. - №2 (127). - С.75-81 (14.00.00; №19).

4. Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2021. - №4. - С.170-176 (14.00.00; №13).

5. Курбаниязов З.Б. Шербеков У.А., Мардонов Б.А. Analysis of the Results of Surgical Treatment of Patients with Ventral Hernias and Concomitant Abdominal Pathology // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2022. - N 12(3). – P.268-271 (14.00.00; №2).

6. Бабажанов А.С., Махмудов С.Б., Шербеков У.А., Абдурахманов Д.Ш. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами и морбидным ожирением выполнением сочетанной герниоалло- и абдоминопластики // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2022. - №5 (139). - С.28-33 (14.00.00; №19).

7. Махмудов С.Б., Бабажанов А.С., Шербеков У.А., Абдурахманов Д.Ш. Критерии выбора герниоалло- и абдоминопластики по результатам герниоабдоинометрии // Журнал биомедицины и практики. - 2022. - Том 7, № 4. – С.395-400 (14.00.00; №24).

8. Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Юлдашов П.А., Шербеков У.А., Абдусаматов А.У. Вентрал чурраларда эндовидеохирургик герниопластиканинг клиник афзаллиги // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2022. - №2 (135). - С.112-115 (14.00.00; №19).

9. Бабажанов А.С. Махмудов С.Б., Шербеков У.А., Абдурахманов Д.Ш. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами и морбидным ожирением выполнением сочетанной герниоалло- и абдоминопластики // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2022. - №5 (139). – С.27-31 (14.00.00; №19).

10. Махмудов С.Б., Бабажанов А.С., Шербеков У.А., Абдурахманов Д.Ш. Критерии выбора герниоалло- и абдоминопластики по результатам

герниоабдоминометрии // Журнал биомедицины и практики. - 2022. - Том 7, № 4. – С.395-400 (14.00.00; №24).

11. Sherbekov U.A., Kurbaniyazov Z.B. Surgery for Abdominal Hernias and Combined Abdominal Pathology // Central asian journal of medical and natural sciences. – 2022. – Vol. 03, Issue 05. - P.80-86 (IF 9.59 / 2022).

12. Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К. Аспекты хирургии грыж живота и сочетанной патологии органов брюшной полости // Журнал биомедицины и практики. - 2022. - Том 7, № 6. – С.401-407 (14.00.00; №24).

II bo‘lim (II часть; part II)

13. Davlatov S.S., Sherbekov U.A., Azzamov J. Current state and problems of the treatment of giant postoperative ventral hernias (Literature review) // of Advanced Research and Development. Impact Factor: RJIF 5.24. Volume 2, Issue 6; November 2017; Page No. 78-83.

14. Sherbekov U.A., Kurbaniyazov Z. B. Correcting concomitant abdominal pathology with ventral hernias // World Bulletin of Public Health (WBPH). – 2022. - Vol. 13. - С.210-217.

15. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Мардонов Б.А. Периоперационная динамика «стрессовых» гормонов при симультанных операциях у больных с грыжами живота // Sciences of Europe. - Praha, Czech Republic, 2021. – Vol. 2, N 70. – P.26-34.

16. Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б. Мардонов Б.А. Худайназаров У.Р. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // // Sciences of Europe. - Praha, Czech Republic, 2021. – Vol. 2, N 70. – P.34-41.

17. Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. - №1. – С.21-27.

18. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Мардонов Б.А. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // Re-Health Journal. – 2021. - Выпуск 2 (10). – С.247-255.

19. Sherbekov U.A., Kurbaniyazov Z.B., Mardonov B.A., Rajabov J.P. Post-operative complications in patients with ventral hernia: A retrospective cohort study // International Journal of Health Sciences. – 2021. - N 6(10). – P.108-114.

20. Sherbekov U.A., Rakhmanov K.E., Abduraxmanov D.S. Combination of stretch and nonstretch hernioplasty // XII Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования-2021». - Россия, 2021. С. 103-104.

21. Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б., Камалов И.Б. Клиническое обоснование симультанных операций при вентральных грыжах // «Современная медицина: традиции и инновации» Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

«Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. - Таджикистан, 2022. С. 538-540.

22. Шербеков У.А., Махмудов Т.Б., Шеркулов К.У., Дусияров М.М., Раджабов Ж.П. Вентрал чурралар ва корин бўшлиғи аъзоларининг қўшма патологияларида ташхислаш ва даво усулини танлаш учун дастур. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2021. № DGU 10681.

23. Шербеков У.А., Махмудов Т.Б., Шеркулов К.У., Раджабов Ж.П., Нарзуллаев Ш.Ш. Вентрал чурралар ва симультан операцияларда ташхислаш ва хирургик даво усулини танлаш учун дастур. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2021. № DGU 17633.

24. Курбаниязов З.Б., Шербеков У.А., Мардонов Б.А. Хирургия грыж живота и сочетанной патологии передней брюшной стенки // Методические рекомендации. - Самарканд, 2022. - 24 с.

25. Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б. Мардонов Б.А. Хирургическая коррекция сочетанной абдоминальной патологии при вентральных грыжах // Методические рекомендации. - Самарканд, 2022. - 24 с.

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



Босишга рухсат этилди: 27.12.2022 йил. Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,5. Адади: 100 нусха. Буюртма №7

Гувоҳнома АІ №178. 08.12.2010.

“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

