

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ХАЙДАРОВА ЛАЙЛО ОЛИМДЖОНЗОДА

ҚОРИН ОЛДИНГИ ДЕВОРИ ЧУРРАЛАРИДА БИРГА КЕЛАДИГАН
АБДОМИНОПТОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҚОРИН ОЛД
ДЕВОРИ ПЛАСТИКАСИНИ ТАНЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ЁНДАШУВ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарканд-2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of the abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD)

Хайдарова Лайло Олимджонзода

Сорин олдинги девори чурраларида бирга келадиган абдоминоптоз билан оғриган беморларда қорин олд девори пластикасини танлашда дифференциал ёндашув 3

Хайдарова Лайло Олимджонзода

Дифференцированный подход к выбору пластики передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом 31

Khaydarova Laylo Olimjonzoda

Differentiated approach to the choice of anterior abdominal wall plastic surgery in patients with ventral hernia and concomitant abdominoptosis 59

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of pulished works 66

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ХАЙДАРОВА ЛАЙЛО ОЛИМДЖОНЗОДА

ҚОРИН ОЛДИНГИ ДЕВОРИ ЧУРРАЛАРИДА БИРГА КЕЛАДИГАН
АБДОМИНОПТОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҚОРИН ОЛД
ДЕВОРИ ПЛАСТИКАСИНИ ТАНЛАШДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ЁНДАШУВ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарканд-2024

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2023.3.PhD/Tib3914 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб саҳифаси (www.sammu.uz) ва «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

| | |
|----------------------------|---|
| Илмий раҳбар: | Шербек Улугбек Ахрорович тиббиёт фанлари доктори (DSc) |
| Расмий оппонентлар: | Рузибоев Санжар Абдусаломович тиббиёт фанлари доктори, доцент. Назаров Шохин Қуватович тиббиёт фанлари доктори, профессор. |
| Етақчи ташкилот: | В.И.Разумовский номидаги Саратов давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси) |

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2024 йил “_____” соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. _____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

Диссертация автореферати 2024 йил «_____» _____ да тарқатилди.

(2024 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бугунги кунда жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «...семизлик аҳоли ўртасида кенг тарқалиб бормокда ва бунданда кўпайиш тенденциясига эга...»¹. Семизлик эрта ўлим хавфини сезиларли даражада оширувчи гипертония, юрак ишемик касаллиги, қон томир атеросклерози, қандли диабет 2-тури, «...гормонал касалликлар каби жиддий терапевтик касалликларнинг асосий сабаби бўлибгина қолмасдан, бирламчи, ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган турли хилдаги аралашувлардан кейин юзага келувчи қорин чурралари пайдо бўлишига ҳам олиб келади...»². Одатда, беморларнинг ушбу гуруҳида жиддий ҳамроҳ касалликлар, жарроҳлик пайтида юзага келиши мумкин бўлган техник қийинчиликлар, шунингдек операциядан кейинги даврда асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли жарроҳлар учун маълум даражада қийинчиликлар туғдиради. Кўпинча бундай беморларга "аввал озиш, кейин эса операция" тавсиялари билан режали жарроҳлик даволаш амалиёти рад этилади. «...шошилиш кўрсатмалар асосида бажарилган жарроҳлик аралашувлари бу беморларда бир неча мартаба юқори операцион хавф билан кечади...»³. Чурра мавжудлиги сабабли кайфиятнинг депрессияга қадар пасайиши, ҳаракатсизлик тана вазнининг янада кўпайишига ва оқибатда чурранинг катталанишига олиб келади. Чурранинг қайталанганига олиб келувчи нотўлиқ бажарилган операция беморларнинг яшаш сифатини янада ёмонлаштиради, тўлиқ тузалиш ва нормал ҳаётга қайтиш имкониятига бўлган ишончни сусайтиради.

Дунё миқёсида семизлик билан кўшилиб келувчи касалликлар, шу жумладан вентрал чурра билан оғриган беморлар сонининг кўпайиб бораётгани ушбу беморларда чурраларни жарроҳлик даволаш хусусиятларини, операциядан кейинги даврда юзага келиши мумкин бўлган асоратларни аниқлаш, уларни олдини олиш учун мақбул жарроҳлик усулини ишлаб чиқиш лозимлигини кўрсатади. Бугунги кунда мавжуд жарроҳлик мактаблари ва герниопластика усуллариининг хилма-хиллиги, баъзида турли хил жарроҳларнинг бир хил муаммо бўйича қарама-қарши қарашлари, ушбу муаммо бўйича мавжуд билимларни тизимлаштириш ва тўғри баҳолаш зарурлигини белгилайди. Шундай қилиб, вентрал ва операциядан кейинги қайталанган чурра билан бўлган ортиқча вазли, ҳамда семиз беморларда жарроҳлик аралашув усули ва кўламини танлашда жарроҳлар ўртасида ҳозирча маълум бир келишувнинг йўқлиги аниқ. Ягона концепцияни ишлаб чиқишдан ташқари, қуйидаги вазифалар долзарб бўлиб қолмоқда: семизлиги

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

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

³ Тешаев О. Р., Хайитов И. Б. Экспериментальное моделирование грыжи передней брюшной стенки с абдомино-висцеральным ожирением //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 4. – С. 23-25.

бўлган беморларда герниопластикани қайталанишсиз бажариш билан бирга, эстетик компонентни ҳам эътибордан қолдирмаслик. Шу муносабат билан, ушбу тоифадаги беморларни жарроҳлик даволаш алгоритмларини мақбуллаштириш ва ишлаб чиқиш зарур.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»⁴. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказиладиган жарроҳлик аралашувлари ва жарроҳлик агрессиялари, симултан, кенгайтирилган, кўшма операциялар сонининг ортиши, ҳамда операция ўтказган беморлар орасида III-IV даражали семизлиги бўлган беморлар сонининг кўплиги ОКВЧ ҳолатларининг сезиларли ўсишига олиб келди (Berrevoet F. et al. 2017).

Операциядан кейинги жароҳатнинг битиши яхши бўлганда ҳам морбид семизлиги бўлган беморларда ОКВЧ ривожланади, бу эса тўқималарнинг прогрессив морфофункционал етишмовчилигига олиб келади. Ушбу ҳолат чурра қайталаниши кузатилган беморларга хос бўлиб, кейинчалик уларда чурра касаллиги ривожланади (Куликов Н.А. 2018).

Вентрал чурра юзага келишининг сабабларидан бири бу семизликнинг мавжудлигидир. Турли даражадаги семизлиги бўлган беморлар вентрал чурра билан бўлган барча беморларнинг 50% дан 70% гача қисмини ташкил

⁴ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг таракқиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

қилса, морбид семизлик - 34% беморларда кузатилади. Семизлик, бир томондан, чурра шаклланишига олиб келади, бошқа томондан – унинг белгиларини авж олдиради, яъни семизлик вентрал чурралар ривожланишида ва қайталанишида этиологик омил эканлиги шубҳасиз тан олинади. Герниопластикадан кейин чурраларнинг қайталаниш частотаси 3-13% ни ташкил қилса, морбид семизликда ушбу кўрсаткич 28% га етади (Baylón K. et al. 2017).

Ҳозирги вақтда полипропилен ва политетрафлороэтилендан тайёрланган тўрли эндопротезлар кенг қўлланилмоқда. Бироқ, уларни амалда қўллаш имкониятлари кўпинча турли хил омиллар, шу жумладан операциядан кейинги асоратларнинг ривожланиши туфайли чекланган (Магеррамов Д.М., Медеубеков У.Ш. 2017).

Вентрал чурраларни даволашда долзарб муаммо бу эрта асоратлардир, чунки бу операциядан кейинги даврнинг узоқ давом этиши, беморнинг кўшимча маънавий ва жисмоний азобланиши ва юзага келиши мумкин бўлган ўлимнинг асосий сабабидир. Катта ва улкан вентрал чурраларни даволашда техник жиҳатлардан ташқари муҳим муаммолардан бири, қорин бўшлиғи босимининг (ҚББ) ошиши бўлиб, бу қорин ичи гипертензия синдроми, нафас олиш ва юрак етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади, оқибатда эса операциядан кейинги дастлабки давр кечиши сезиларли даражада ёмонлашиб, ўлим сони ошади (Калиш Ю.И. ва бошқ. 2015).

Қорин олд деворининг заифлиги, герниогенез жараёни ҚББ ва қорин деворларининг унга қарши туриш қобилияти ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши фонида юзага келади. Бошқача қилиб айтганда, бугунги кунда вентрал чурранинг шаклланиш жараёни кўплаб омилларнинг йиғиндиси бўлиб, улар ривожланишининг асосий механизми бу ҚББ ошиши фонида жароҳатни битиши вақтида қорин девори бириктирувчи тўқима тузилмаларининг етишмовчилиги ҳисобланади (Мухтаров З.М., Малков И.С., Алишев О.Т. 2014).

Ҳозирги вақтда абдоминопластика пластик жарроҳликда жуда кенг тарқалган амалиётлардан бири ҳисобланади. Тери – ёғ лахтагининг кенг сафарбар қилиниши апоневроз нуқсони атрофидаги тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш, кўшимча чурра дарвозалари ва заиф жойларини аниқлаш имконини беради. Аммо чуррани бартараф этиш билан бир вақтда амалга ошириладиган симултан амалиётларга бўлган муносабат жарроҳлар орасида ноаниқлигича қолмоқда. Кўпгина муаллифлар семизликни операциядан кейин юзага келувчи чурраларнинг асосий сабаби эканлиги тўғрисидаги фикрга қўшилади ва фақат уларнинг бир қисмигина вентрал чурраларни бартараф этиш пайтида тери-ёғ фартугини олиб ташлаш зарурлигини таъкидлайди. Айрим жарроҳлар қорин чурраси ва абдоминоптоз билан беморларда абдоминопластикадан фойдаланиш операциядан кейинги даврни кечишини яхшилади, асоратлар сонини камайтиради, ҳамда операциядан кейинги эрта ва кечки даврда яхши натижа беради, деган фикрга қўшиладилар. Апоневроз яхлитлигининг тикланиши ва қоматнинг

гўзаллашиши сабабли, семизликнинг асосий сабабини бартараф қилмасдан туриб нисбаттан ижобий натижага эришилади.

Шу билан бирга, яна бир қанча бошқа қарашлар ҳам мавжуд. Тери ости ёғ қавати ҳар қандай шикастланишга жуда сезгир бўлиб, герниопластика билан бир вақтда ўтказиладиган абдоминоластикага қарши бўлганлар ўз позицияларини маҳаллий асоратлар - гематомалар, инфекциялар, некроз частотасининг сезиларли даражада ошиши билан изоҳлайдилар. Турли усулларда ажариладиган абдоминоластика босқичида тери ва ёғ қавати тўқималарининг сезиларли даражада кўчиши кузатилади, бу эса ҳар хил асоратларга олиб келади.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, вентрал чурра ва абдоминоптоз бўлган беморларда тана вазнини камайиши кўпчилик муаллифлар кўрсатганидек, чурра қайталанишининг олдини олишда асосий этиопатогенетик омил ҳисобланади. Қониқарсиз натижалар улушининг катталиги, мақбул даволаш усулини танлаш имконсизлиги, бу соҳада яна тадқиқотлар олиб борилишини рағбатлантиради. Юқорида айтиб ўтилганлар, абдоминоптоз бўлган беморларда вентрал чурраларни жарроҳлик даволашда мақбул ёндашувларни ишлаб чиқиш ва амалда қўллаш зарурлигини белгилайди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқотлари Самарқанд давлат тиббиёт университетининг "Вентрал чурраларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усулларини ишлаб чиқиш" тадқиқот режасига мувофиқ амалга оширилган (2020-2023 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларда қорин олд девори пластика усулини дифференциал танлаш орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яшшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларда компютертомографик герниоабдоминометрия маълумотларига кўра қорин олдинги деворини реконструкция ва коррекция усулларини танлаш меъзонларини аниқлаштириш;

операция вақтида ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш мақсадида герниоаллопластиканинг таранглашмаган усулини ишлаб чиқиш;

вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларда герниоаллоластика ва дерматолипэктомия усулларини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

вентрал чурра ва ҳамроҳ абдоминоптоз бўлган беморларда кўшма герниоаллоластика ва дерматолипэктомия клиник самарадорлигини асослаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Самарқанд давлат тиббиёт университетининг кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида 2017 - 2022 йиллар давомида вентрал чурра ва абдоминоптоз ташхиси билан стационар даволанган 105 нафар бемор олинди.

Тадқиқотнинг предметини вентрал чурра, ҳамда ҳамроҳ абдоминоптозда герниоаллопластика ва дерматолипэктомия танлашда дифференциал ёндашув қўлланилган беморларнинг текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш ташкил этди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

операциядан олдин қорин олд деворидаги нуқсонлар топографиясини ва чурра ҳажмини қорин бўшлиғи ҳажмига нисбатини аниқлаш, ҳамда пластиканинг энг мақбул усулини танлаш имконини берувчи компютертомографияли герниоабдоминометриянинг юқори информативлиги исботланган;

вентрал чурралар ва абдоминоптозда герниоаллопластиканинг таранглашмаган усулларини дерматолипэктомия билан бирга бажариш орқали қорин олдинги деворини коррекция қилиш усуллари ишлаб чиқилган ва жорий этилган;

беморларда чурра ўлчамлари ва абдоминоптоз даражасига боғлиқ ҳолда қўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган;

операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра қўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомиянинг зарурати клиник асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ушбу тоифадаги беморларда, герниоаллопластикадан кейин қорин ички босими ошиши туфайли имплантнинг пастга силжиши, қорин деворидаги кучсиз жойларнинг очилиб қолиши ва протез атрофидан чурра пайдо бўлиши, ҳамда имплантнинг бужмайишига олиб келувчи тўқималардаги дистрофик – дегенератив ўзгаришларга сабаб бўлувчи катта ҳажмда тери – ёғ фартугининг қолдирилиши, чурра қайталинишининг асосий сабаби эканлиги аниқланди;

касаллик қайталанишини олдини олиш имконини берувчи, эндопротезни мушак – апоневротик деворнинг барча қаватларидан ўтказиб П – симон чоклар билан фиксация қилиш ёрдамида ўтказиладиган таранглашмаган «onlay» герниоаллопластика ва протез дубликатурасини ҳосил қилиш орқали ўтказиладиган таранглашмаган «onlay+sublay» герниоаллопластикани дерматолипэктомия билан бирга бажариш усули ишлаб чиқилган ва жорий этилган;

қорин бўшлиғидан ташқари ва жароҳатга оид асоратлар частотасини қисқариши, семизлик даражасининг аҳамиятли камайиши, ташқи нафас кўрсаткичларининг яхшиланиши, қон босими юқори кўрсаткичлари ва қандли диабетнинг пасайиши орқали қорин чурралари ва абдоминоптоз билан беморларда қўшма герниоаллопластика, ҳамда дерматолипэктомиянинг клиник самарадорлиги асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар назарий аҳамиятга эга эканлиги билан белгиланади, бу вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Абдоминоптоз билан беморларда қорин олд деворини тиклаш ва коррекция қилишнинг техник жиҳатлари такомиллаштирилган. Операциядан кейинги эрта ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар частотасини камайтириш, касалликнинг қайталаниш ҳолатларини бартараф этиш имконини берувчи кўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми таклиф этилган. Вентрал чурра ва абдоминоптозда герниопластика ва дерматолипэктомиядан кейинги беморлар яшаш сифатини баҳолаш шкаласи специфик унификациясининг клиник ва инструментал меъзонлари аниқлаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, КТ герниоабдоминометрия қорин олд девори нуқсонларининг топографиясини, чурра ҳажмининг қорин бўшлиғи ҳажмига нисбатини аниқлаш, операциядан олдинги тайёрлашни тўғри мўлжаллаш ва пластиканинг энг мақбул усулини танлаш имконини беради. Абдоминоптоз билан беморларда операциянинг имплантни фиксация қилиш босқичларида жароҳат кенгайтиргичнинг қўлланилиши, ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларини зарарланишини олдини олиш учун пневматик қурилманинг қўлланилиши реконструктив пластик операция ўтказишни енгиллаштиради. Герниопластика ва дерматолипэктомиянинг биргаликда қўлланилиши вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморлар эстетик ва функционал аҳволини анча яхшилайти, беморлар яшаш сифатини яхшилайти, буни эса тавсия этилган дастур асосида аниқланган объектив ва субъектив белгилар исботлайди.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Қорин олдинги девори чурраларида бирга келадиган абдоминоптоз билан оғриган беморларда қорин олд девори пластикасини танлашда дифференциал ёндашув бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 08.07.2024 й. 02/40-сон хулосаси):

Биринчи илмий янгилик: операциядан олдин қорин олд деворидаги нуқсонлар топографиясини ва чурра ҳажмини қорин бўшлиғи ҳажмига нисбатини аниқлаш, ҳамда пластиканинг энг мақбул усулини танлаш имконини берувчи компютертомографияли герниоабдоминометриянинг юқори информативлиги исботланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: операциядан олдин қорин олд деворидаги нуқсонлар топографиясини ва

чурра хажмини қорин бўшлиғи хажмига нисбатини аниқлаш, ҳамда пластиканинг энг мақбул усулини танлаш имконини берувчи компютертомографияли герниоабдоминометриянинг юқори информативлиги бўйича таклифлар Самарқанд давлат тиббиёт университети қошидаги Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 29 апрелдаги 73-сонли хулосаси билан тасдиқланган «Пластика передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: СамДТУ кўп тармоқли клиникаси 18.05.2024 й. 81-сон буйруғи ва Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 27.04.2024 й. 421-7-107-ТВ/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: абдоминоптоз билан беморларда герниоаллопластикадан кейин тери – ёғ фартугининг сақлаб қолиниши имплантнинг силжиши, ёки унинг бужмайиши ҳисобига протез атрофидан чурраларнинг ҳосил бўлиши ва касаллик қайталанишининг асосий сабаби ҳисобланади, бу эса дерматолипэктомия бажариш муҳимлигини тақозо этди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 4 576 480 сўм (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 855 300 сўм сарфланади. Агарда беморларда тўлиқ йиллик иқтисодий кўрсаткич 1 810 900 сўмни ташкил етади (бир нафар бемор учун). Хулоса: вентрал чурра ва абдоминоптоз билан касалланган беморларга тавсия қилинган комплекс даво усулини қўлланилиши 1 йилда 1 510 800 сўмни иқтисод қилиш имконини беради, шундан 453 240 сўм бюджет маблағлари, 1 057 560 сўм бюджетдан ташқари маблағлар. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: «Қорин олд девори вентрал чурраларининг абдоминоптоз асорати билан оғриган беморлар пластикаси» мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ ректори томонидан 2024 йил 22-июндаги 6109-сонли хат юборилган.

Иккинчи илмий янгилик: вентрал чурралар ва абдоминоптозда герниоаллопластиканинг таранглашмаган усулларини дерматолипэктомия билан бирга бажариш орқали қорин олдинги деворини коррекция қилиш усуллари ишлаб чиқилган ва жорий этилган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: вентрал чурралар ва абдоминоптозда герниоаллопластиканинг таранглашмаган усулларини дерматолипэктомия билан бирга бажариш орқали қорин олдинги деворини коррекция қилиш бўйича таклифлар Самарқанд давлат тиббиёт университети қошидаги Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 29 апрелдаги 73-сонли хулосаси билан тасдиқланган «Пластика передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: СамДТУ кўп тармоқли клиникаси 18.05.2024 й. 81-сон буйруғи ва Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 27.04.2024 й. 421-7-107-ТВ/2024-сон буйруқлари билан

амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларда имплантни мушак – апоневротик лахтакнинг барча қаватларидан ўтказилган П – симон чоклар ёрдамида «onlay» ва «onlay+sublay» фиксация қилиш орқали қорин олдинги деворини коррекцияловчи операциялар кўрсатма ҳисобланади, чунки бунда протезнинг пастга силжиши, ёки унинг бужмайишининг олди олинади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вентрал чурралар ва абдоминоптозда герниоаллопластиканинг таранглашмаган усуллари дерматолипэктомия билан бирга бажариш орқали умумий ўртача 1 280 600 сўм сарфланади (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Беморларга юқоридаги тавсия қилинган комплекс даво натижасида ижобий натижалар 2 баробар кўп ҳолатда кузатилганлигини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 3 821 500 сўмни ташкил этади. Хулоса: вентрал чурралар ва абдоминоптозда герниоаллопластиканинг таранглашмаган усуллари дерматолипэктомия билан бирга бажариш орқали аралашувлар қўлланилиши 1 йилда 5 721 600 сўмни иқтисод қилиш имконини беради, шундан 1 416 480 сўм бюджет маблағлари, 3 355 130 сўм бюджетдан ташқари маблағлар. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: «Қорин олд девори вентрал чурраларининг абдоминоптоз асорати билан оғриган беморлар пластикаси» мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ ректори томонидан 2024 йил 22-июндаги 6109-сонли хат юборилган.

Учинчи илмий янгилик: беморларда чурра ўлчамлари ва абдоминоптоз даражасига боғлиқ ҳолда қўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: беморларда чурра ўлчамлари ва абдоминоптоз даражасига боғлиқ ҳолда қўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми бўйича таклифлар Самарқанд давлат тиббиёт университети қошидаги Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 29 апрелдаги 73-сонли хулосаси билан тасдиқланган «Пластика передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: СамДТУ кўп тармоқли клиникаси 18.05.2024 й. 81-сон буйруғи ва Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 27.04.2024 й. 421-7-107-ТВ/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: беморларда чурра ўлчамлари ва абдоминоптоз даражасига боғлиқ ҳолда қўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми ёрдамида беморларнинг оператив даво натижасида эстетик жihatдан ҳаёт тарзи яхшиланишига имкон берди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: чурра ўлчамлари ва абдоминоптоз даражасига боғлиқ ҳолда қўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми билан одатда умумий ўртача 1 180 400 сўм

сарфланади (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Беморларга юқоридаги тавсия қилинган микрохолецистектомия жарроҳликни ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 5 311 800 сўмни ташкил этади. Хулоса: чурра ўлчамлари ва абдоминоптоз даражасига боғлиқ ҳолда кўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми қўлланилиши 1 йилда 5 311 800 сўмни иқтисод қилиш имконини беради, шундан 1 593 540 сўм бюджет маблағлари, 3 718 260 сўм бюджетдан ташқари маблағлар. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: «Қорин олд девори вентрал чурраларининг абдоминоптоз асорати билан оғриган беморлар пластикаси» мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ ректори томонидан 2024 йил 22-июндаги 6109-сонли хат юборилган.

Тўртинчи илмий янгилик: операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра кўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомиянинг зарурати клиник асосланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра кўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомиянинг зарурати бўйича таклифлар Самарқанд давлат тиббиёт университети қошидаги Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 29 апрелдаги 73-сонли хулосаси билан тасдиқланган «Пластика передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: СамДТУ кўп тармоқли клиникаси 18.05.2024 й. 81-сон буйруғи ва Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 27.04.2024 й. 421-7-107-ТВ/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: дерматолипэктомия семизлик даражасининг яққол камайиши, ташқи нафас, юрак – қон томир тизими кўрсаткичларининг меъёрлашиши ҳисобига жисмоний, ҳамда ижтимоий реабилитациянинг объектив ва субъектив белгиларини яхшилайти. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра кўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомиянинг зарурати билан беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 6 893 350 сўм (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра) сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 6 648 800 сўмни (2 нафар беморга) ташкил этади. Хулоса: операциядан кейинги эрта ва кечки даврлардаги даволаш натижаларига кўра кўшма герниоаллопластика ва дерматолипэктомиянинг қўлланилиши 1 йилда 6 674 800 сўмни, шундан 2 196 940 сўм бюджет маблағлари, 3 451 810 сўм бюджетдан ташқари маблағлар иқтисод қилиш имконини берган. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: «Қорин олд девори вентрал чурраларининг абдоминоптоз асорати билан оғриган беморлар пластикаси» мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ ректори томонидан 2024 йил 22-июндаги 6109-сонли хат юборилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 3 та халқаро ва 2 та Республика илмий-амалий конференцияларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 22 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 11 та мақола, жумладан 5 таси маҳаллий ва 6 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, беш боб, хулоса, амалий тавсиялардан ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 111 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги, тадқиқот мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Абдоминоптоз билан беморларда вентрал чурраларни жарроҳлик даволаш хусусиятлари»** номли биринчи бобида семизлик ва абдоминоптоз билан беморларда вентрал чурра муаммолари, этиопатогенези, даволаш ва ташхислашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патология билан беморларни юритишнинг долзарб масалалари моҳиятини очиб берувчи адабиётлар шарҳи берилган. Ушбу бобда муаммонинг ҳолати, ҳамроҳ абдоминоптоз билан қўшилиб келган вентрал чурра жарроҳлигида қўлланиладиган герниопластика усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифлари келтирилган. Чурралар жарроҳлигидаги дерматолипэктомия замонавий жаҳон адабиётига кўра алоҳида тавсифланган.

Диссертациянинг **«Клиник материал ва қўлланилган текшириш усуллари»** деб номланган иккинчи бобида материаллар ва текшириш усуллари баён этилган. Тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университетининг Умумий хирургия кафедраси базасида 2017-2022-йй. давомида вентрал чурра ва абдоминоптоз ташхиси билан операция ўтказилган 105 нафар беморнинг текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Барча беморларга режали равишда оператив даво ўтказилган, ҳамда даволаш тактикасини танлашга кўра беморлар икки гуруҳга бўлинган. Биринчи, таққослаш гуруҳини вентрал чурра ва абдоминоптоз билан бўлган 34 нафар бемор ташкил қилган бўлиб, ушбу беморларга фақатгина герниоаллоластика бажарилган. Иккинчи, асосий гуруҳни 71 нафар бемор

ташқил қилиб, уларга герниоаллопластикага қўшиб дерматолипэктомия ҳам бажарилган.

105 бемордан эркаклар 33 (31,4%) нафарни, аёллар – 72 (68,6%) нафарни ташқил этди. Беморларни ёшига кўра тақсимланиши: 45 ёшгача – 19 (18,1%) нафар, 46-59 ёш – 58 (55,2%) нафар, 60-74 ёш - 25 (23,8%) нафар, 75-80 ёш – 3 (2,9%) нафар бемор аниқланди.

Ортиқча вазн ЖССТ экспертлари томонидан таклиф қилинган таснифга мувофиқ баҳоланди. Қорин олд девори осилишининг даражасига кўра беморлар А. Matarasso (1989) таснифи бўйича тақсимланди. Минимал ва ўртача осилиш (I-II даража) мос равишда III-IV даражали семизлик билан бўлган 34 ва 42 нафар беморда кузатилди. Ўртача ва оғир птоз (III-IV даража) III-IV даражали семизлиги бўлган мос равишда 20 ва 25 нафар беморларда қайд этилди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларнинг абдоминоптоз ва семизлик даражасига кўра тақсимланиши

| Семизлик | Таққослаш гуруҳи (n=34) | | Асосий гуруҳ (n=71) | | Жами (n=105) | |
|----------|-------------------------|--------|---------------------|--------|--------------|--------|
| | Абдоминоптоз | | | | | |
| | I-II | III-IV | I-II | III-IV | I-II | III-IV |
| III-IV | 20 | 14 | 38 | 33 | 58 | 47 |

Тадқиқот гуруҳларидаги 63 (60,0%) нафар беморда чурранинг асоратланмаган шакллари, 42 (40,0%) нафар беморларда эса тўғриланмаслик каби асорати кузатилди. Чурра қисилиши ва чурра халтасининг яллиғланиши каби асоратлар бизнинг тадқиқотимизда киритилмади.

105 нафар бемордан 86 нафарида (81,9%) ҳамроҳ коморбид касалликлар кузатилди. Улардан 49 нафар беморда 1, 29 нафар беморда 2, ҳамда 8 нафарида 3 тагача бошқа аъзо ва тизимларнинг ҳамроҳ касалликлари мавжуд эди. Ҳамроҳ касалликлар орасида юрак-қон томир тизими касалликлари 82,6% ҳолларда, нафас олиш тизимининг патологияси 19 (18,1%), оёқ веналарининг варикоз касаллиги 20 (19,0%), қандли диабет 32 (30,5%) беморларда кузатилди.

Жарроҳлик тактикасини белгиловчи энг муҳим омиллар чурранинг жойлашиши, нуқсоннинг катталиги ва анамнезида қайталанишлар бор, ёки йўқлиги ҳисобланади. Chervel J.P. ва Rath A.M. таснифига кўра (1999 й) беморларнинг асосий қисмида (93-88,6%) киндик устки (M_1) ва киндик атрофидаги (M_2) чурралар аниқланди. Кам сонли беморларда латерал (Л) 9 (8,6%) ва комбинациялашган ($M+Л$) 3 (2,8%) вентрал чурралар кузатилди. 46 (43,8%) беморларда катта (W_3) ва гигант (W_4) чурралар ривожланган. 105 нафар бемордан 40 (38,1%) нафарида бирламчи чурра, 42 (40,0%) беморда операциядан кейинги вентрал чурра (R_0) ва 23 (21,5%) беморда қайталанган чурралар (R_n) кузатилди.

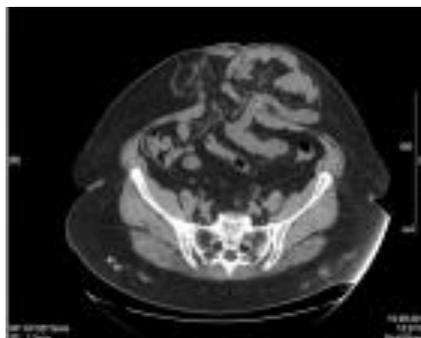
Компютер томографияли герниоабдоминометрия асосий гуруҳдаги 58 (86,6%) нафар беморда қўлланилди.

КТГА ни ўтказишда ДЛЭни бажариш имкониятини баҳолашда қорин олд девори тери ости ёғ қаватининг қалинлиги ва тақсимланишининг бир хиллигига эътибор қаратилди. 34 нафар беморда чурра чиқиши проекциясидаги нуқсон яққол кўрсатилди. Улар узунлиги 50 дан 250 миллиметргача, кенлиги 50 дан 180 миллиметргача бўлган ҳосилалар бўлди. Чурра дарвозаси проекциясида катта чарви элементлари, ингичка ичак қовузлоқлари, шунингдек, йўғон ичакнинг энг ҳаракатчан қисмлари топилди (1-расм).

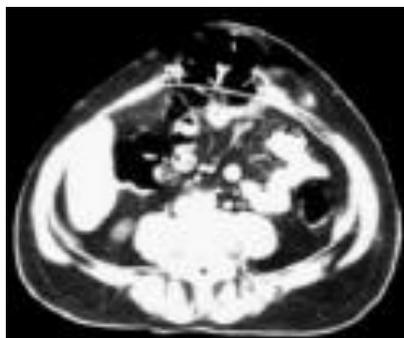
Чурра халтаси таркиби ва унинг деворлари ўртасидаги битишмалар аниқланди. Қорин олд деворининг чурра дарвозаси соҳасидаги қалинлиги жуда юпқа бўлиб, унинг қалинлиги баъзан 3-4 мм га етади ($p < 0,05$). Унинг асосий таркибий қисми тери ва қорин парданинг париетал варағидан иборат (2-расм).

Операциядан кейинги вентрал чурра билан бўлган 21 (36,2%) нафар беморларда қорин тўғри мушакларининг ўзгармаган тўқимаси гомоген структурада кўринди, унинг зичлиги 40-50 НУ бирликда, қалинлиги бир сантиметрдан ортиқ, аниқ, текис, ўзгармаган контурлар билан ($p > 0,05$). 37 (63,8%) наар беморларда *m. rectus abdominis* нинг кескин юпқалашиши, тўқималарнинг парчаланиш жойлари мавжудлиги аниқланди ($p < 0,05$).

Зичликнинг диффуз пасайиши фонида мушак элементларини бириктирувчи тўқима билан алмашилиш жойлари яққол аниқланди ($p < 0,05$) ва қорин бўшлиғи тўғри мушагининг гуруҳланган мушак толалари ўртасида ёғ тўқималарининг пайдо бўлиши кузатилди (3-расм) ($p < 0,05$).



1-расм. Бемор П., 56 ёш.
Операциядан кейинги қайталанган вентрал чуррада ($M_2W_3R_1$) қорин олд девори ҳолатининг кўриниши ва компютерли герниоабдоминометрияси



2-расм. Бемор К., 52 ёш.
Операциядан кейинги вентрал чуррада ($M_2W_2R_0$) қорин олдинги деворининг кўриниши ва компютерли герниоабдоминометрияси



3-расм. Бемор Г., 54 ёш.
Операциядан кейинги вентрал чуррада (MLW_3R_2) қорин олдинги деворининг кўриниши ва компютерли герниоабдоминометрияси

Чурра ва қорин бўшлиғининг чаноқ бўшлиғи билан ҳажмини тўғридан-тўғри КТ техникаси билан ҳар бир кесимни кузатиш ва уларнинг натижаларини қўшиш орқали ўлчанди. Бир қатор муаллифлар (Rodrigues A.J., 2003) чурра - шар эканлигини тахмин қилганлиги сабабли, унинг ҳажми $a \times b \times c \times 0,52 = \text{см}^3$ формуласи билан ўлчанган, бу ерда a , b , c - чурранинг кўндаланг, олдинги-орқа ўлчами ва узунлиги ҳисобланади.

ҚББ даражаси сув устунисидаги см ларда ўлчанди, рақамли маълумот кийматлари P мм сим.ст. = P см сув уси./1,36. Формуласи бўйича мм сим.уст.га ўтказилди. ҚББ кўрсаткичининг 12 мм сим.уст.дан ошши интраабдоминал гипертензия (ИАГ) деб ҳисобланади. ҚББ ошиш даражасини аниқлашда J. Burch (1996) таснифидан фойдаланилди.

Диссертациянинг «**Вентрал чурра ва абдоминоптоз билан бўлган беморларда қорин олд девори пластика усулини танлашга дифференциал ёндашув**» номли учинчи бобида тадқиқот гуруҳларидаги беморларда ўтказилган даволаш усуллари кўрсатилган. Таққослаш гуруҳидаги беморларда ($n=34$) герниоаллопластика 19 (55,9%) нафарида қорин олд деворини реконструкция, ҳамда 15 (44,1%) нафарида қорин олд деворини коррекция қилиш орқали амалга оширилди.

Асосий гуруҳда оптимал герниопластика усулини танлаш дифференциаллашган тарзда амалга оширилди. Бунинг учун вентрал чурра ва абдоминоптоз билан бўлган беморларда жарроҳлик даволаш усулини танлаш дастури ишлаб чиқилди (ЭХМ учун дастурнинг № DGU 33040-сонли давлат рўйхатидан ўтказилганлиги тўғрисидаги гувоҳнома, Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлиги – 2024 йил).

Компютерли герниоабдоминометрия маълумотларига кўра чурра бўртмасининг ҳажми қорин бўшлиғи ҳажмининг 14% игача, ҳамда чурра нуқсони 10 см гача бўлганда дастлаб апоневроз нуқсони дубликатурасиз тикилиб, эндопротезни «onlay» имплантацияси бажарилди (4 – расм). Бу гуруҳни вентрал чурра ва абдоминоптоз билан бўлган 26 (36,6%) нафар бемор ташкил этган бўлиб, уларга, шунингдек, дерматолипэктомия (ДЛЭ) бажарилди.

Чурра бўртмасининг ҳажми қорин бўшлиғи ҳажмининг 14,1% идан юқори, ҳамда чурра нуқсони 10 см дан катта бўлганда таранглашмаган пластика – қорин олд деворининг коррекциясини бажардик. Қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш, АКС ривожланишининг олдини олиш учун қорин бўшлиғини чурра халтаси кесмаси билан чегаралагандан сўнг, қорин олд деворини апоневрозга тикмасдан тўр қўйиш орқали пластика ўтказилди. Эндопротез П-симон чоклар билан фиксацияланди. Бу чоклар қорин бўшлиғини чурра халтасини ёпишдан олдин қўйилади, улар қорин пардасигача мушак-апоневротик деворининг барча қатламларидан ўтган бўлади (5-расм). Протезловчи пластиканинг ушбу тури 31 нафар беморда бажарилди.



4-расм. Қорин олдинги деворининг реконструкцияси. Чурра нуқсонини дубликатурасиз тикиш ва эндопротезни «onlay» имплантацияси



5 – расм. Қорин олдинги деворининг коррекцияси. Чурра нуқсонини тикмасдан эндопротезни П – симон чоклар билан «onlay» имплантацияси

Асосий гуруҳнинг 14 (19,7%) нафар беморларига, компютерли герниоабдоминометрия маълумотларига кўра чурра бўртмасининг ҳажми қорин бўшлиғи ҳажмининг 18% идан юқори, ҳамда чурра нуқсони 15 см дан катта бўлганда қорин олдинги деворининг коррекцияси - «onlay + sublay» таранглашмаган герниоаллопластика бажарилди, яъни биринчи имплантат қорин бўшлиғини чурра халтаси қуроқлари билан чегаралагандан кейин мушак – апоневротик қаватнинг орқасига жойлаштирилган бўлса, иккинчи имплантат апоневроз устида жойлаштирилди.

Қорин бўшлиғи қорин парда билан чегаралагандан сўнг, периметри бўйлаб ўлчами чурра нуқсоннинг ўлчамидан 3 см каттароқ бўлган имплант кесилди, сўнгра тўр имплантининг четлари П-симон чоклар билан олдиндан тикилди, имплантга дастлабки чоклар қўйиш уни фиксациялаш техникасини сезиларли даражада осонлаштиради (6-расм).

Шундан сўнг, эндопротез «sublay» усули бўйича жойлаштирилади (7-расм), олдиндан қўйилган П-симон чоклар апоневроз устидаги барча қатламлардан ўтказилади ва шу чокларга «onlay» жойлаштирилган иккинчи эндопротез маҳкамланди (8-расм).



6-расм. Тўрсимон имплант четларини П-симон чоклар билан тикиш



7-расм. Аввалдан қўйилган П-симон чоклар билан эндопротезни қорин олдинги деворига «sublay» фиксацияси



8 – расм. Қорин олд деворини чурра нуқсони тикмасдан таранглашмаган «onlay + sublay» герниопластика билан коррекцияси, эндопротезни мушак-апоневроз қатлам олдинги деворига тикиш

Шунингдек, эндопротезлар орасига тугунли чоклар ҳам қўйилиб, қорин бўшлиғининг сунъий "оқ чизиғи" ҳосил қилинди. Ушбу усулнинг алоҳида аҳамияти қорин олд девори, ҳамда қорин оқ чизиғининг анатомик ва физиологик коррекцияси ҳисобланади. Ушбу усулнинг клиникада қўлланилиши $W_3 - W_4$ даражали чурраларда ижобий анатомик ва функционал натижа берди.

2 – жадвал

Асосий гуруҳда ўтказилган герниоаллопластика турлари

| Операция тури | Сони | % |
|---|-----------|------------|
| Қорин олд деворининг реконструкцияси | | |
| Чурра нуқсонини тикиш билан эндопротезни «onlay» имплантацияси + ДЛЭ | 26 | 36,6 |
| Қорин олд деворининг коррекцияси | | |
| Чурра нуқсонини тикмасдан эндопротезни П – симон чоклар билан «onlay» имплантацияси + ДЛЭ | 31 | 43,7 |
| Чурра нуқсонини тикмасдан эндопротезни дубликатура ҳосил қилиб «onlay + sublay» имплантацияси + ДЛЭ | 14 | 19,7 |
| Жами | 71 | 100 |

Асосий гуруҳдаги барча беморларда қорин олд девори пластикаси тугатилгандан кейин дерматолипэктомия бажарилди.

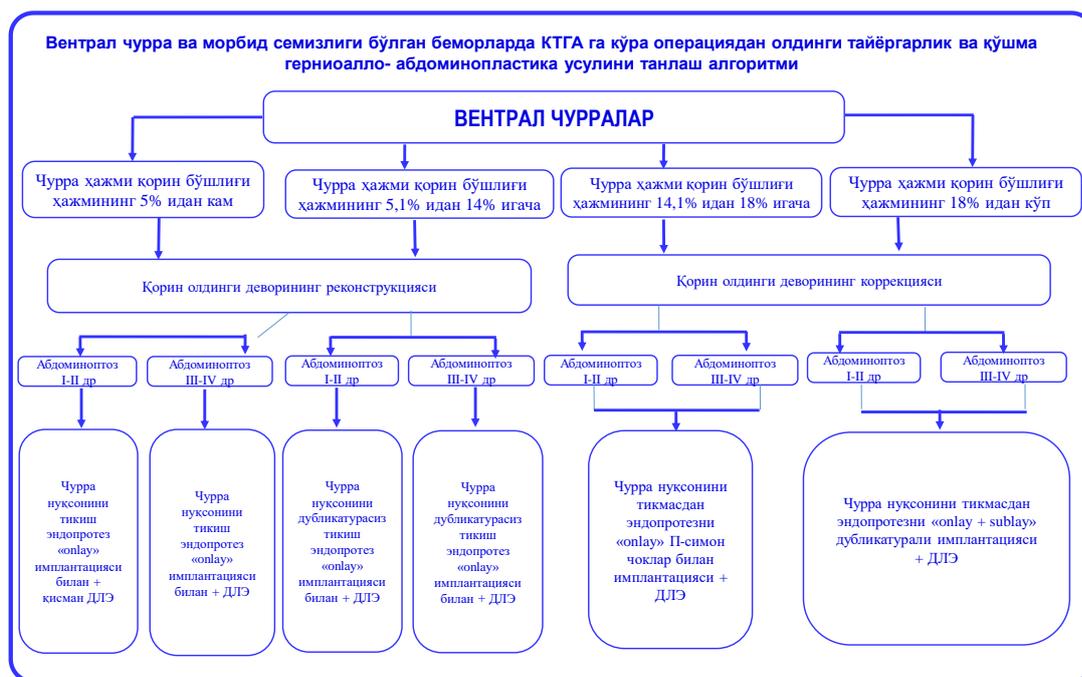
Бевосита, операциядан олдин терига белгилар қўйилди. Бемор тик турган ҳолатда чурра ҳосиласи, операциядан кейинги эски чандиқ ва тери-ёғ қатлами билан чегарадош олиб ташланадиган тери майдони аниқланди (9-расм).



9-расм. ДЛЭ учун терига “Лангар” типдаги белгининг қўйилиши (Castanares бўйича)

Аксарият ҳолларда тери- ёғ кесмаси мобилизация қилинмади ва апоневрозда ёғ тўқималарининг қатлами қолдирилмади, бу операциядан кейинги даврда қон ва лимфа томирларининг яхлитлигини сақлашга ва трофик бузилишлар туфайли маҳаллий асоратларни олдини олишга имкон берди.

Жароҳатнинг четларини бир-бирига яқинлаштириш учун, агар керак бўлса, тери-ёғ кесмасини минимал мобилизация қилинди, перфрант томирлар сақлаб қолинди, тери ости ёғини апоневроздан эҳтиёткорлик билан ажратилди, перфрант томирлар боғланмади. Ортиқча тери-ёғли кесманинг оғирлиги 6 дан 15 кг гача бўлди.



10 – расм. Вентрал чурра ва морбид семизлиги бўлган беморларда операциядан олдинги тайёргарлик ва қўшма герниоалло- абдоминопластика усулини танлаш алгоритми

Морбид семизлик бўлган беморларда вентрал чурраларнинг тавсия этилган тактик ва техник жиҳатлари самарадорлигини қиёсий таҳлил қилиш асосида герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган (10-расм).

Диссертациянинг «**Вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларни жароҳлик даволаш натижалари**» номли тўртинчи бобида олинган натижаларни ишончли баҳолашнинг барча жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилган даволаш усуллари жорий этиш натижалари келтирилган.

Таққослаш гуруҳидаги 2 (5,9%) нафар беморда АКС (компаратмент) ривожланиши кузатилиб, беморга нафас машқлари билан узоқ муддатли ўпка сунъий вентилияцияси талаб қилиниб, консерватив даволанди. Бронх-ўпка асоратлари 6 (5,7%) ҳолатда қайд этилди. Юрак – қон томир асоратлари 3 (2,8%) нафар беморда кузатилди. Нафас тизими каби юрак-қон томир тизими асоратлари ҳам катта вентрал чуррани герниопластикаси туфайли қорин бўшлиғи компрессияси билан боғлиқ бўлди. Жароҳатга оид асоратлар орасида операциядан кейинги гематомалар таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳда мос равишда 2 (3,7%) ва 1 (1,2%) ҳолатда, серомалар 2 (3,7%) ва 1 (1,5%) нафар беморда кузатилди. 3 (2,5%) нафар беморда лимфорея қайд этилиб, уларнинг 2 нафари таққослаш гуруҳида ва 1 нафари асосий гуруҳидаги беморларда кузатилди. Жароҳатнинг йиринглаши таққослаш гуруҳида 1 (1,8%) нафар беморда, жароҳат четларининг некрози таққослаш гуруҳида 2 (3,7%) ва асосий гуруҳда 1 (1,5%) ҳолатларда кузатилди.

Шуни таъкидлаш керакки, таққослаш гуруҳидаги ҳар бир нафар беморга ўртача ҳисобда 2-3 турдаги, бронх-ўпка ва/ёки юрак-қон томир асоратлари билан бирга жароҳатга оид асоратлар кузатилди. Умуман

олганда, таққослаш гуруҳидаги 10 (29,4%) нафар беморларда турли хилдаги асоратлар кузатилган бўлиб, улардан 9 (26,4%) ҳолатда жароҳатга оид асоратлар ва 6 (17,6%) ҳолатда умумий, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар ривожланди.

Асосий гуруҳдаги 10 (14,1%) нафар беморда турли хилдаги, жумладан 8 нафарида (11,3%) жароҳатга оид асоратлар, яна 4 нафарида (5,6%) умумий асоратлар кузатилди. Асоратлар сони бўйича қиёсланганда, асосий гуруҳда аҳамиятли яхшиланишга эришилди (меъзон $\chi^2=4,043$; $Df=1$; $p=0,045$) (2 – жадвал).

Сарфланган вақт давомийлиги бўйича солиштирилганда, тактик ва техник жиҳатларнинг такомиллаштирилиши операция барча даврлари қисқаришини таъминлаганлиги қайд этилди. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги беморлар РИТБ да ўртача $1,7\pm 0,1$ кунни, асосий гуруҳидаги беморлар эса $1,3\pm 0,1$ кунни ўтказдилар ($p<0,01$); операциядан кейинги госпитализация муддати мос равишда $11,7\pm 0,5$ кунга нисбатан $6,7\pm 0,3$ кунни ($p<0,001$); жами кунлар - $15,7\pm 0,6$ кунга нисбатан $10,2\pm 0,4$ кунни ташкил этди ($p<0,001$). Ўз навбатида, асосий гуруҳда операция ўртача давомийлигининг аҳамиятли ошиши кузатилмади $63,4\pm 4,1$ дан $67,7\pm 3,4$ минутгача ($p<0,05$), зарур дренажлаш даври эса $3,9\pm 0,4$ дан $3,5\pm 0,3$ минутгача камайди ($p<0,001$).

2-жадвал

Операциядан кейинги эрта асоратлар

| Асоратлар | Таққослаш гуруҳи (n=34) | | Асосий гуруҳ (n=71) | | Жами (n=105) | |
|---|-------------------------|------|---------------------|------|--------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| <i>Абдоминал асоратлар</i> | | | | | | |
| Ичак парези | 2 | 5,9 | 2 | 2,8 | 4 | 3,8 |
| Сийдик тутилиши | 2 | 5,9 | 3 | 4,2 | 5 | 4,8 |
| <i>Қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар</i> | | | | | | |
| Бронх – ўпка асоратлари | 3 | 8,8 | 3 | 4,2 | 6 | 5,7 |
| Юрак – қон томир асоратлари | 2 | 5,9 | 1 | 1,4 | 3 | 2,8 |
| Компартмен синдроми | 2 | 5,9 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 |
| <i>Жароҳатга оид асоратлар</i> | | | | | | |
| Гематома | 2 | 5,9 | 2 | 2,8 | 4 | 3,8 |
| Серома | 2 | 5,9 | 3 | 4,2 | 5 | 4,8 |
| Лимфорея | 1 | 2,9 | 2 | 2,8 | 3 | 2,8 |
| Жароҳатнинг йиринглаши | 2 | 5,9 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 |
| Тери қуроқлари қирраларининг некрози | 2 | 5,9 | 1 | 1,4 | 3 | 2,8 |
| Жами беморлар | 10 | 29,4 | 10 | 14,1 | 20 | 19,0 |

Шундай қилиб, вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларни жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда алгоритмни қўллаш операциядан кейинги асоратлар умумий даражасини 29,4% дан 14,1% гача ($p= 0,045$), шу жумладан жароҳатга оид асоратларни 26,4% дан 11,3% гача ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратларни 17,6% дан 5,6% гача камайтириш, шунингдек, жарроҳлик даволаш муддатини, реабилитация даврларини ва турли хил герниопластика вариантларидан кейинги стационар даволанишнинг умумий давомийлигини сезиларли даражада қисқартириш имконини берди.

Кечки муддатларда кузатилган 88 нафар бемордан, таққослаш гуруҳидаги 5 (14,7%) нафар беморда вентрал чурранинг қайталаниши қайд этилди. Эндопротезни II – симон чоклар билан «onlay+sublay» усулида имплантацияси ва ДЛЭ билан қўшиб бажариладиган герниоаллопластиканинг таранглашмаган усуллари тактик ва техник жиҳатларининг такомиллаштирилиши касаллик қайталанишини олдини олиш имконини берди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда касаллик қайталаниши юқори кўрсаткичларининг сабаби қуйидаги омиллар бўлди:

Таққослаш гуруҳидаги 3 нафар қайталаниш ҳолатида ДЛЭ ўтказилмаган, бу эса чурра қайталанишининг омили бўлган, чунки қорин бўшлиғи ичи босими ва тери-ёғ "фартук" нинг тортишиш кучи таъсирида тўрсимон протезнинг апоневрозга фиксация қилган чокларининг кесилиши ва ажралиши кузатилган. Нтижада эндопротез пастга силжиган ва шу билан протезнинг юқори қисми мустаҳкамлаган қорин деворининг кучсиз жойи очилиб қолиб, протез атрофидан чурра юзага келган;

Герниопластика ва ДЛЭ бажарилган барча беморларда ижобий эстетик самарага эришилди, беморлар тери-тери ости бурмасидан халос бўлдилар, қорин текис бўлиб, тортилди, чок чизиғи ёнбош суягининг қирраларини боғлайдиган чизик бўйлаб ўтади ва деярли кўринмайди. Барча беморлар олинган эстетик натижадан мамнун бўлдилар (11-расм).



11-расм. Бемор Ж., 56 ёш. Қўшма герниоаллопластика ва ДЛЭ дан кейинги кечки муддатлардаги (операциядан 1 йил 6 ойдан кейин) беморнинг кўриниши

Функционал самара жихатидан операциядан олдинги тайёргарликнинг мақбул схемаси, дерматолипэктомия бажарилиши туфайли ташқи нафас олиш фаолиятининг яхшиланиши, ҳамда юрак-қон томир тизимида оид асоратларнинг камайтирилишига эришилди. Операциядан олдинги ва кейинги спирография кўрсаткичлари таққосланганда яхшиланди, яъни барча беморларда нафас олиш ҳажми ва ўпка тириклик сифимининг барқарор ошиши кузатилди.

Тадқиқот гуруҳларида дастлаб 67 (63,8%) нафар беморда турли даражадаги артериал гипертензия аниқланди. Динамик кузатув давомида таққослаш гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги кечки даврда артериал гипертензиянинг янада оғир даражаларига ўтиш тенденцияси билан юқори қон босими кўрсаткичларининг сақланиши қайд этилди. Асосий гуруҳдаги беморларда артериал гипертензиянинг енгил даражаларига ўтиш тенденцияси билан юқори қон босими кўрсаткичларининг пасайиши қайд этилди (3-жадвал).

3 – жадвал

Беморларнинг операциядан кейинги кечки муддатларда ҳамроҳ коморбид касалликлар бўйича тақсимланиши

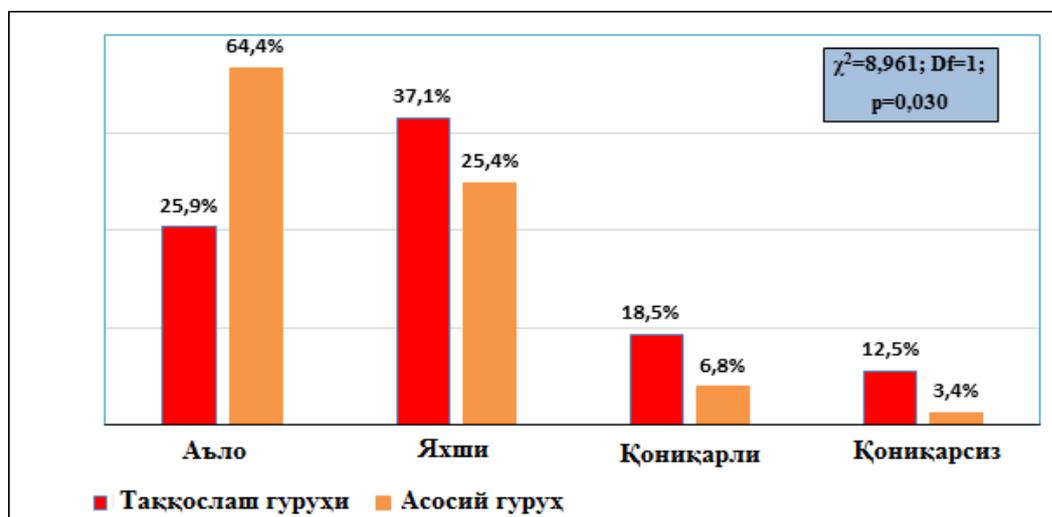
| Кўрсаткичлари | Тадқиқот гуруҳлари | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------|------|----------------|------|---------------------|------|----------------|------|
| | Таққослаш гуруҳи (n=27) | | | | Асосий гуруҳ (n=59) | | | |
| | операциягача | | Кечки муддатда | | операциягача | | Кечки муддатда | |
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| Гипертония кас. | 20 | 74,1 | 21 | 77,8 | 36 | 67,9 | 23 | 57,5 |
| ЮИК | 11 | 40,7 | 15 | 55,6 | 15 | 28,3 | 7 | 13,2 |
| ЎСОК | 5 | 18,5 | 5 | 18,5 | 4 | 7,5 | 3 | 5,7 |
| Сахарный диабет | 11 | 40,7 | 11 | 40,7 | 18 | 33,9 | 7 | 13,2 |

Тана вазни индекси 30 кг/м² дан юқори ва тери-ёғ фартуги (А. Matarasso бўйича III-IV даража, 1989 й.) бўлган беморларда дерматолипэктомия ўтказиш беморларнинг ҳам эстетик, ҳам функционал ҳолатини яхшилайдиган асосланган операция усули ҳисобланади.

Яшаш сифатини аниқлаш бўйича ишлаб чиқилган дастурга мувофиқ операциядан кейинги кечки даврда кузатилган беморларнинг 86 (93,5%) нафари баҳоланди. Улардан 27 нафари таққослаш гуруҳидан ва 59 нафари асосий гуруҳдан.

Олинган натижалар симултан аралашувнинг (герниоаллопластика + ДЛЭ) амалга оширилиши чурралар ҳажмидан қатъий назар, ушбу патологияга эга беморлар яшаш сифатини сезиларли даражада яхшилади, деган хулосага келишимизга имкон беради. Асосий гуруҳдаги беморларда барча ўрганилган кўрсаткичлар сезиларли даражада яхшиланди (фарқлар аҳамиятли).

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида 7 (25,9%) беморда аъло, 10 (37,1%) беморда яхши, 5 (18,5%) беморда қониқарли ва 5 (18,5%) ҳолатда қониқарсиз натижаларга эришилди. Ўз навбатида, асосий гуруҳдаги 59 беморнинг 38 (64,4%) нафарида аъло, 15 (25,4%) нафарида яхши, 4 (6,8%) нафарида қониқарли ва фақат 2 (3,4%) нафар беморда қониқарсиз натижалар кузатилди (12-расм).



12 – расм. Тадқиқот гуруҳидаги беморлар яшаш сифатини баҳолаш

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот натижасида куйидаги хулосага келиш мумкин:

Вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларда адекват операциядан олдинги тайёрлаш, ҳамда герниоаллопластика ва дерматолипэктомия усулини танлаш учун тавсия этилган алгоритмнинг қўлланилиши операциядан кейинги асоратлар частотасини 29,4% дан 14,1% гача ($p=0,045$), шу жумладан жароҳатга оид асоратларни 28,4% дан 11,3% гача камайтириш имконини берди.

Қорин олд деворини коррекция қилиш – эндопротезни II – симон чоклар билан имплантация қилиш орқали бажариладиган герниоаллопластиканинг таранглашмаган «onlay», ҳамда протез дубликатурасини ҳосил қилиш орқали бажариладиган «onlay+sublay» усулларини дерматолипэктомия билан бирга бажариш техник жиҳатларининг такомиллаштирилиши касаллик қайталанишини яққол камайтириш имконини берди.

Вентрал чурра ва III-IV даражали абдоминоптозда герниоаллопластиканинг дерматолипэктомия билан бирга бажарилиши эстетик ва функционал ҳолатни яхшилаб, аъло ва яхши кечки асоратлар улушини 63,1% дан 89,8% гача ошириш, ҳамда қониқарсиз натижалар улушини 18,5% дан 3,4% гача камайтириш орқали беморлар яшаш сифатини ошириш имконини берди ($p=0,030$).

ХУЛОСАЛАР

«Қорин олдинги девори чурраларида бирга келадиган абдоминоптоз билан оғриган беморларда қорин олд девори пластикасини танлашда дифференциал ёндашув» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация иши бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Вентрал чурра ва абдоминоптоз билан беморларда қорин олдинги деворини пластика қилиш усулини танлашда чурра ҳажмининг қорин бўшлиғи ҳажмига нисбатини аниқлаш учун ўтказилган КТ маълумотларига таяниш лозим. Ҳажм нисбати 14,0% гача бўлган чурраларда қорин олд деворини реконструкция қилиш, 14,1% ва ундан юқори бўлган чурраларда эса қорин олдинги деворини коррекция қилиш бўйича операция ўтказиш мақсадга мувофиқ.

2. W_3 - W_4 ўлчамдаги вентрал чурра билан беморларда, ишлаб чиқилган протезни П – симон чоклар билан «onlay» фиксация қилиш, ҳамда «onlay+sublay» усулида протез дубликатурасини ҳосил қилиш орқали бажариладиган қорин олдинги деворини таранглашмаган коррекция усуллариининг қўлланилиши компартмент синдром юзага келиш хавфини яққол пасайтириш, нафас ва юрак – қон томир тизими асоратларини 17,6% дан 5,6% гача камайтириш имконини берди.

3. Вентрал чурра ва ҳамроҳ абдоминоптоз билан беморларда, тавсия этилган алгоритмга кўра қорин олдинги девори пластикаси, ҳамда дерматолипэктомия усулини танлашга дифференциал ёндашув операциядан кейинги асоратлар частотасини 29,4% дан 14,1% гача, шунингдек, жароҳатга оид асоратларни 28,4% дан 11,3% гача пасайтириш имконини берди ($p=0,045$).

4. Вентрал чурра ва III-IV даражали абдоминоптозда герниоаллопластика ва дерматолипэктомияни симултан бажарилиши аъло ва яхши кечки асоратлар улушини 63,1% дан 89,8% гача ошириш, ҳамда қониқарсиз натижалар улушини 18,5% дан 3,4% гача камайтириш орқали беморлар яшаш сифатини яхшилади ($p=0,030$).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ХАЙДАРОВА ЛАЙЛО ОЛИМДЖОНЗОДА

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ПЛАСТИКИ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНОЙ
ГРЫЖЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ АБДОМИНОПТОЗОМ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под № В2023.3.PhD/Tib3914.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

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

Научный руководитель: Шербеков Улугбек Ахрарович
доктор медицинских наук (DSc)

Официальные оппоненты: Рузибоев Санжар Абдусаломович
доктор медицинских наук, доцент.

Назаров Шохин Куватович
доктор медицинских наук, профессор.

Ведущая организация: Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского (Российская Федерация)

Защита состоится «__» _____ 2024 г. в ____ часов на заседании Научного Совета ДСс.04/05.05.2023.Тиб.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-маил: sammu@sammu.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № __). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2024 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2024 года).

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. На сегодняшний день по данным Всемирной организации здравоохранения «...большую распространенность и тенденцию к росту среди населения получило ожирение...»¹. Ожирение является не только первопричиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, «...гормональные нарушения, значительно повышающих риск преждевременной смерти, но и способствует появлению вентральных грыж, как первичных, так и после различных вмешательств на органах брюшной полости...»². Как правило, такой контингент больных представляет определенную сложность для хирургов по причине имеющихся серьезных сопутствующих заболеваний, вероятных предстоящих технических трудностей во время операции, а также высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде. Часто такие пациенты получают отказ в плановом оперативном лечении с рекомендациями «сначала похудеть, потом оперироваться». «...Операция, выполненная по экстренным показаниям, сопровождается в несколько раз более высоким операционным риском у этих пациентов...»³. Обусловленный наличием грыжи сниженный фон настроения вплоть до депрессии, гиподинамией способствуют еще большему нарастанию массы тела, и, как следствие, увеличению грыжи. Неадекватно выполненная операция с последующим рецидивом еще больше ухудшает качество жизни пациентов, снижает веру в возможность излечения и возвращения к нормальной жизни.

Во всем мире увеличение количества пациентов с сопутствующими ожирению заболеваниями, в том числе с вентральными грыжами диктует необходимость выявления особенностей хирургического лечения грыж у таких пациентов, разработки оптимальных хирургических методов, выявления возможных осложнений в послеоперационном периоде, разработки мер по их предупреждению. Существующее сегодня разнообразие хирургических школ, методик герниопластики, иногда диаметрально противоположные взгляды разных хирургов на одну и ту же проблему, диктуют необходимость систематизации и правильной оценки имеющихся знаний по данной проблеме. Таким образом, очевидно, что пока среди хирургов нет единого мнения в выборе способа и объема оперативного вмешательства у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, имеющих вентральные и рецидивные послеоперационные грыжи. Помимо выработки единой концепции, актуальны следующие задачи: не только выполнить герниопластику у тучного пациента без рецидива, но и не

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

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

³ Тешаев О. Р., Хайитов И. Б. Экспериментальное моделирование грыжи передней брюшной стенки с абдомино-висцеральным ожирением //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 4. – С. 23-25.

пренебрегать эстетическим компонентом. В связи с этим необходима оптимизация и разработка алгоритмов хирургического лечения для данной категории больных.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»⁴.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Увеличение числа абдоминальных оперативных вмешательств и хирургической агрессии, симультанных, расширенных, комбинированных операций и преобладание среди оперированных больных с ожирением III-IV степени привели к заметному увеличению вентральных грыж (Verrevoet F. et al. 2017).

Даже при благоприятном течение заживления послеоперационной раны – вентральные грыжи развиваются у больных с морбидным ожирением, который приводит к прогрессирующей морфофункциональной недостаточности тканей, что наиболее характерно для больных с рецидивными грыжами, с последующим развитием у них грыжевой болезни (Куликова Н. А. 2018).

Одним из причин возникновения вентральных грыж является наличие ожирения. Пациенты, имеющие ожирение разной степени, составляют от 50 до 70% всех больных вентральными грыжами, у 34% - морбидное ожирение. Ожирение, с одной стороны, приводит к формированию грыжи, с другой –

⁴ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

прогрессирует при ее появлении, т.е. ожирение как этиологический фактор в появлении или рецидивных вентральных грыж признается неоспоримо. «Частота возникновения рецидивов после герниопластики составляет 3-13%, а при морбидном ожирении достигает 28%» (Baylón K. et al. 2017).

В настоящее время широко применяются сетчатые эндопротезы из полипропилена и политетрафтороэтилена. Однако возможности их применения на практике нередко ограничены в виду различных факторов, включая развитие послеоперационных осложнений (Магеррамов Д.М., Медеубеков У.Ш. 2017).

Актуальной проблемой лечения вентральных грыж являются ранние осложнения, поскольку это основная причина затяжного течения послеоперационного периода, дополнительных моральных и физических страданий пациента и возможных летальных исходов. Одной из значимых проблем лечения больших и гигантских вентральных грыж, кроме технических аспектов, является повышение внутрибрюшного давления (ВБД), которое приводит к развитию синдрома внутрибрюшной гипертензии, дыхательной и сердечной недостаточности, что значительно ухудшает течение раннего послеоперационного периода, с высокой частотой летальности (Калиш Ю. И. и др. 2015).

Слабость передней брюшной стенки, процесс герниогенеза протекает на фоне нарушение баланса между ВБД и способностью стенок живота ему противодействовать. Иначе говоря, процесс формирования вентральной грыжи на сегодняшний день – это сочетание множества факторов, основными действующими механизмами которого являются несостоятельность соединительно-тканых структур брюшной стенки в процессе заживления раны на фоне повышенного ВБД (Мухтаров З. М., Малков И. С., Алишев О. Т. 2014).

В настоящее время абдоминопластика достаточно распространена в пластической хирургии. Широкая мобилизация кожно-жирового лоскута позволяет оценить состояние тканей вокруг дефекта апоневроза, выявить добавочные грыжевые ворота и слабые участки. Но отношение к ней, выполняемой симультантно при грыжесечении, среди хирургов неоднозначное. Многие согласны с утверждением, что ожирение является доминирующим фактором в развитии послеоперационных грыж и лишь немногие отмечают необходимость удаления при вентральном грыжесечении кожно-жирового фартука. Одни хирурги согласны с тем, что применение абдоминопластики у больных с вентральными грыжами и ожирением улучшает течение послеоперационного периода, уменьшает число осложнений и дает лучшие ближайшие и отдаленные результаты. По мере восстановления целостности апоневроза, улучшения силуэта фигуры создается относительный комфорт без устранения основной причины ожирения.

Но существует и другая точка зрения. Подкожно-жировая клетчатка весьма чувствительна к любой травме, поэтому противники абдоминопластики, выполняемой симультантно с герниопластикой, объясняют свою позицию значительным увеличением частоты местных

осложнений - гематом, инфекции, некрозов. Во всех методиках этап абдоминопластики предполагает проведение значительной отслойки кожно-жировой ткани, что и приводит к возникновению осложнений.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что снижение массы тела у пациентов, имеющих вентральные грыжи и страдающих ожирением, является ключевым этиопатогенетическим фактором в предупреждении рецидива грыжи, о чем указывают большинство авторов. Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области. Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в практику оптимальных подходов к хирургическому лечению вентральных грыж у больных морбидным ожирением.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения вентральных грыж» (2020-2023 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных вентральными грыжами и абдоминоптозом путем дифференцированного выбора способа пластики передней брюшной стенки.

Задачи исследования:

определить критерии выбора способа реконструкции и коррекции методов передней брюшной стенки по данным компьютернотомографической герниоабдоминометрии у больных вентральными грыжами и абдоминоптозом;

разработать методы выполнения ненатяжных методов герниоаллопластики с целью снижения риска интра- и послеоперационных осложнений;

разработать алгоритм выбора способа герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом;

обосновать клиническую эффективность сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных с вентральными грыжами и сопутствующим абдоминоптозом.

Объектом исследования явились 105 больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением, находившихся на стационарном лечении в клинике общей хирургии на базе многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в сроки с 2017 по 2022 годы.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом с использованием дифференцированного подхода к выбору метода герниоаллопластики и дерматолипэктомии.

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:

доказана высокая информативность компьютерной томографии и герниоабдоминометрии позволяющей до операции выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объем грыжи к объему брюшной полости и выбрать способ пластики реконструкции или коррекции передней брюшной стенки;

разработаны и внедрены методы коррекции передней брюшной стенки выполнением ненатяжных методов герниоаллопластики в сочетании с дерматолипэктомией при вентральных грыжах с абдоминоптозом;

разработан алгоритм выбора способа сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных в соответствии с размерами грыж и абдоминоптоза;

клинически обоснована необходимость сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом по результатам лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

определено, что основной причиной рецидива грыж у этой категории больных явилось оставление после герниоаллопластики значительного кожно-жирового фартука, которое вследствие внутрибрюшного давления смещает имплант книзу, оголив слабые места брюшной стенки с образованием парапротезных грыж и дегенеративно-дистрофические изменения в тканях приводящие к сморщиванию импланта;

разработаны и внедрены ненатяжные методы герниоаллопластики «onlay» с фиксацией эндопротеза П-образными швами с захватом всех слоев мышечно-апоневротической стенки и ненатяжная герниоаллопластика «onlay+sublay» с созданием протезной дубликатуры в сочетании с дерматолипэктомией позволившей нивелировать рецидив болезни;

обоснована клиническая эффективность сочетанной герниоаллопластики с дерматолипэктомией у больных с грыжами живота и абдоминоптозом снижением частоты внеабдоминальных и раневых осложнений, значительным уменьшением степени ожирения, улучшением показателей внешнего дыхания, тенденции к снижению высоких цифр АД и сахарного диабета.

Достоверность результатов исследования обосновывается на современном, взаимодополняющем теоретическом подходе и методах, используемых в исследовательской работе, методологической корректности проведенного исследования, подборе достаточного материала, сравнении используемых методов с данными международных и отечественных авторов, подтверждении полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что

полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с вентральной грыжей и абдоминоптозом. Усовершенствованы технические аспекты реконструкции и коррекции передней брюшной стенки у больных абдоминоптозом. Предложен алгоритм выбора сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии позволяющей сократить частоту послеоперационных ранних и внеабдоминальных осложнений, нивелировать случаи рецидива болезни. Уточнены клинико-инструментальные критерии для специфической унификации шкалы оценки качества жизни пациентов после перенесенной герниоаллопластики и дерматолипэктомии по поводу вентральных грыж и абдоминоптоза с дифференциацией значения физической, психической и социальной повседневной активности.

Практическая ценность работы заключается в том, что КТ герниоабдонометрия позволяет выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объем грыжи к объему брюшной полости, наметить адекватную предоперационную подготовку и выбрать оптимальный способ пластики. Использование у больных с абдоминоптозом на этапах операции по фиксации импланта предложенных ранорасширителя и пневматического устройства для предотвращения интраоперационных повреждений органов брюшной полости значительно облегчает техническое исполнение реконструктивно-пластических операций. Сочетание герниоаллопластики и дерматолипэктомии значительно улучшает эстетическое и функциональное состояние оперированных больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением, улучшает качество жизни пациентов, что доказывается результатами объективных и субъективных признаков на основе предложенной программы.

Внедрение результатов исследования. По результатам исследований, проведенных по дифференцированному подходу к выбору пластических операций передней брюшной стенки у больных с абдоминоптозом, сопровождающимся грыжами передней брюшной стенки (заключение Научно-технического совета при ССВ Республики Узбекистан от 07.08.2024 № 02/40):

Первая научная новизна: доказана высокая информативность компьютерной томографии и герниоабдонометрии позволяющей до операции выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объем грыжи к объему брюшной полости и выбрать способ пластики реконструкции или коррекции передней брюшной стенки. Суть научной новизны: предложения о высокой информативности герниоабдонометрии с компьютерной томографией, позволяющей определить топографию дефектов передней брюшной стенки и соотношение размеров грыжи к размерам брюшной полости до операции, а также выбрать наиболее оптимальный метод пластической хирургии, одобренный Экспертным советом Самаркандского государственного медицинского университета с заключением от 29.04.2024г. №73 включенным в содержание

методической рекомендации «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом». Внедрение научной новизны: многопрофильной клиники СамГМУ от 18.05.2024. Приказ №81 и Самаркандской городской медицинской объединении от 27.04.2024. 421-7-107-ТБ/2024 введен в медицинскую практику. Социальная эффективность научной новизны: сохранение кожно-жирового фартука после герниоаллопластики у пациентов с абдоминоптозом является основной причиной образования грыж вокруг протеза вследствие смещения имплантата или его ненабухания и рецидива заболевания, что обусловила необходимость выполнения дерматолипэктомии. Экономическая эффективность научной новизны: стоимость стационарного лечения больных с вентральной грыжей и абдоминоптозом обычно составляет 4 576 480 сум (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГМУ). На все лабораторно-инструментальные обследования пациентов потрачено 855,3 тыс. сумов. По пациентам годовой экономический показатель составляет 1 810 900 сум (на одного пациента). Заключение: применение рекомендованного метода комплексного лечения больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом позволяет сэкономить за 1 год 1 510 800 сум, из них 453 240 сум - бюджетные средства, 1 057 560 сум - внебюджетные средства. Расширенное использование научной новизны: «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом» на тему внедрения научной новизны в другие учреждения здравоохранения, письмо №6109 от 22 июня 2024 года направлено ректором СамГМУ в Министерство здравоохранения.

Вторая научная новизна: разработаны и внедрены методы коррекции передней брюшной стенки выполнением ненатяжных методов герниоаллопластики в сочетании с дерматолипэктомией при вентральных грыжах с абдоминоптозом. Суть научной новизны: разработаны и внедрены методы коррекции передней брюшной стенки выполнением ненатяжных методов герниоаллопластики в сочетании с дерматолипэктомией при вентральных грыжах одобренный Экспертным советом Самаркандского государственного медицинского университета с заключением от 29.04.2024г. №73 включенным в содержание методической рекомендации «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом». Внедрение научной новизны: многопрофильной клиники СамГМУ от 18.05.2024. Приказ №81 и Самаркандской городской медицинской объединении от 27.04.2024. 421-7-107-ТБ/2024 введен в медицинскую практику. Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем: у больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом операции по коррекции передней стенки живота путем фиксации имплантата с помощью П-образных швов проходят через все слои мышечно-апоневротического тромба. указаны, он не может двигаться или опухать. Экономическая эффективность научной новизны: в среднем на выполнение ненатяжных методов герниоаллопластики при вентральных грыжах и абдоминоптозе наряду с дерматолипэктомией (согласно

прейскуранту многопрофильной клиники СамГМУ) освоено в среднем 1 280 600 сумов. С учетом того, что в результате рекомендованного пациентам комплексного лечения положительные результаты наблюдались в 2 раза чаще, годовой экономический показатель составляет 3 821 500 сумов. Заключение: при вентральных грыжах и абдоминоптозе применение вмешательств путем выполнения ненапряженных методов герниоаллопластики совместно с дерматолипэктомией позволяет сэкономить за 1 год 5 721 600 сум, из них 1 416 480 сум - бюджетные средства, 3 355 130 сум - внебюджетные средства. Расширенное использование научной новизны: «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом» на тему внедрения научной новизны в другие учреждения здравоохранения, письмо №6109 от 22 июня 2024 года направлено ректором СамГМУ в Министерство здравоохранения.

Третья научная новизна: разработан алгоритм выбора способа сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных в соответствии с размерами грыж и абдоминоптоза. Суть научной новизны: разработан алгоритм выбора способа сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных в соответствии с размерами грыж одобренный Экспертным советом Самаркандского государственного медицинского университета с заключением от 29.04.2024г. №73 включенным в содержание методической рекомендации «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом». Внедрение научной новизны: многопрофильной клиники СамГМУ от 18.05.2024. Приказ №81 и Самаркандской городской медицинской объединении от 27.04.2024. 421-7-107-ТБ/2024 введен в медицинскую практику. Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем: она позволила пациентам улучшить свой образ жизни с эстетической точки зрения в результате оперативного лечения с помощью алгоритма выбора метода суставной герниоаллопластики и дерматолипэктомии в зависимости от размеров грыжа и степень абдоминоптоза. Экономическая эффективность научной новизны: в зависимости от размера грыжи и степени абдоминоптоза с учетом алгоритма выбора метода суставной герниоаллопластики и дерматолипэктомии обычно затрачивается в среднем 1 180 400 сум (по данным прейскурант многопрофильной клиники СамГМУ). С учетом рекомендованной выше операции по микрохолецистэктомии пациентам годовой экономический показатель составляет 5 311 800 сумов. Заключение: в зависимости от размеров грыжи и степени абдоминоптоза применение алгоритма выбора метода суставной герниоаллопластики и дерматолипэктомии позволяет сэкономить за 1 год 5 311 800 сум, из них 1 593 540 сум - бюджетные средства, 3 718 260 сум - внеплановые. бюджетные средства. Расширенное использование научной новизны: «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом» на тему внедрения научной новизны в другие учреждения здравоохранения, письмо

№6109 от 22 июня 2024 года направлено ректором СамГМУ в Министерство здравоохранения.

Четвертая научная новизна: клинически обоснована необходимость сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом по результатам лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Суть научной новизны: клинически обоснована необходимость сочетанной герниоаллопластики и дерматолипэктомии у больных с вентральными грыжами одобренный Экспертным советом Самаркандского государственного медицинского университета с заключением от 29.04.2024г. №73 включенным в содержание методической рекомендации «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом». Внедрение научной новизны: многопрофильной клиники СамГМУ от 18.05.2024. Приказ №81 и Самаркандской городской медицинской объединении от 27.04.2024. 421-7-107-ТБ/2024 введен в медицинскую практику. Социальная эффективность научной новизны: дерматолипэктомия улучшает объективные и субъективные признаки физической и социальной реабилитации за счет значительного снижения уровня ожирения, нормализации внешнего дыхания, показателей сердечно-сосудистой системы. Экономическая эффективность научной новизны: стационарное лечение больных с необходимостью суставной герниоаллопластики и дерматолипэктомии по результатам лечения в раннем и позднем послеоперационном периодах обычно обходится в 6 893 350 сум (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГМУ). Годовой экономический показатель составляет 6 648 800 сум (на 2 больных). Заключение: по результатам раннего и позднего послеоперационного лечения применение суставной герниоаллопластики и дерматолипэктомии позволило сэкономить за 1 год 6 674 800 сум, из них 2 196 940 сум - бюджетные средства и 3 451 810 внебюджетные средства. Расширенное использование научной новизны: «Пластика передней брюшной стенки у больничной вентральной грыжи и сопутствующим абдоминоптозом» на тему внедрения научной новизны в другие учреждения здравоохранения, письмо №6109 от 22 июня 2024 года направлено ректором СамГМУ в Министерство здравоохранения.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе 3 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 22 научных работ, из них 11 журнальных статей, 5 из которых в республиканских и 6 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка

цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 111 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации **«Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с абдоминоптозом»** представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы вентральной грыжи у больных ожирением и абдоминоптозом, ее этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, способы герниопластики, применяемые в хирургии вентральных грыж у больных сопутствующим абдоминоптозом и их сравнительная характеристика. Также отдельно описана дерматолипэктомия в хирургии грыж по данным современной мировой литературы.

Во второй главе диссертации представлен **«Клинический материал и примененные методы исследования»**. Исследование основано на результатах обследования и лечения 105 больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом, которые оперированы на базе кафедры общей хирургии Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2017 по 2022 гг. Все пациенты были оперированы в плановом порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы. Группу сравнения составили 34 больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом, которым осуществлялась только герниаллоопластика. Основную группу составили 71 больной, которым герниоаллоопластика дополнено дерматолипэктомией.

Из 105 больных мужчин было 33 (31,4%), женщин – 72 (68,6%). Распределение по возрасту: до 45 лет – 19 (18,2%), 46-59 лет – 58 (55,4%), 60-74 лет - 23 (23,9%), 75-80 лет – 3 (2,5%).

Избыточную массы тела оценивали по классификации предложенной экспертами ВОЗ. Пациентов по степени птоза передней брюшной стенки распределяли по классификации А. Matarasso (1989 г.). Минимальный и средний птоз (I-II степень) отмечено у 34 и 42 больных с ожирением III-IV степени соответственно в исследуемых группах. Умеренный и выраженный

птоз (III-IV степень) отмечено у 20 и 25 больных ожирением III-IV степени (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов с морбидным ожирением по степени абдоминоптоза

| Ожирение III-IV | Группа сравнения (n=54) | | Основная группа (n=67) | | Всего (n=121) | |
|--------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | Абдоминоптоз | | | | | |
| | I-II | III-IV | I-II | III-IV | I-II | III-IV |
| | 34 (62,9%) | 20 (37,1%) | 42 (62,7%) | 25 (37,3%) | 76 (62,8%) | 45 (37,2%) |

В исследуемых группах 63 (60,0%) больных были с неосложненными формами грыж и у 42 (40,0%) имело место такое осложнение, как невраправимость. В исследование не включены больные с ущемлением грыжи.

Из 105 больного с вентральными грыжами и абдоминоптозом у 86 (81,9%) имелись сопутствующие коморбидные заболевания. Из них 49 больных имели ещё 1 сопутствующую патологию, 29 – 2 и 8 – 3 сопутствующих заболеваний других органов и систем. Среди сопутствующих патологий часто встречались сердечно-сосудистые заболевания в 82,6% случаев, патология дыхательной системы у 19 (18,1%) больных, варикозная болезнь нижних конечностей у 20 (19,0%) больных и сахарный диабет у 32 (30,5%) больных.

Важнейшими факторами, определяющим хирургическую тактику, являлись локализация грыжи, размер грыжевого дефекта и наличие рецидивов в анамнезе. Согласно классификации, Chervel J.P. и Rath A.M. (1999 г.) у подавляющего большинства больных (93 – 88,6%) были надпупочные (M₁) и околопупочные (M₂) грыжи. Наименьшее количество больных было с боковыми (L) 9 (8,6%) и сочетанными (M+L) 3 (2,8%) вентральными грыжами. У 46 (43,8%) больных были большие (W₃) и гигантские (W₄) грыжи. Из 105 больного у 40 (38,1%) они были первичными, у 42 (40,0%) больных были послеоперационные вентральные грыжи (R₀) и у 23 (21,5%) больного - рецидивные (R_n).

Компьютерная томография с герниоабдоинометрией была выполнена 54 (72,9%) пациентам основной группы.

При выполнении КТГА обращали внимание на толщину и равномерность распределения подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, оценивая при этом возможность выполнения ДЛЭ. У 34 больных достоверно визуализирован дефект в проекции грыжевого выпячивания. По своей протяженности это были образования от 50 до 250 мм, с шириной от 50

до 180 мм. В проекции грыжевых ворот выявляли элементы сальника, петли тонкой кишки, а также наиболее мобильные части толстого кишечника (рис. 1).

Между содержимым грыжевого мешка и его стенками выявляли спайки. Каркас передней брюшной стенки в зоне грыжевых ворот был истончен, его толщина доходила порой до 3-4 миллиметров ($p < 0,05$). Его основная масса была представлена кожным покровом и париетальным листком брюшины (рис. 2).

Неизмененная ткань *m. rectus abdominis* прямых мышц у 21 (36,2%) больного с послеоперационной вентральной грыжей визуализировалась однородной, плотность её структуры составила до 40-50 единиц НУ, толщиной более одного сантиметра, и четкими, ровными, неизмененными контурами ($p > 0,05$). У 37 (63,8%) обследуемых в *m. rectus abdominis* наблюдалось резкое истончение, участки разволокнения тканей ($p < 0,05$).

На фоне диффузного снижения плотности достоверно определялись участки замещения мышечных элементов соединительной тканью ($p < 0,05$), а также наблюдалось появление жировой клетчатки между группами мышечных волокон прямых мышц живота (рис. 3) ($p < 0,05$).



Рис. 1. Компьютерная герниоабдонометрия больной П., 56 лет с послеоперационной рецидивной вентральной грыжей (M₂W₃R₁)

Рис. 2. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдонометрия больной К., 52 лет с послеоперационной

Рис. 3. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдонометрия больной Г., 54 лет с послеоперационной вентральной грыжей (MLW₃R₂)

Объем грыжи и брюшной полости с тазом измеряли по прямой КТметодике путем обводки каждого среза и сложения их результатов. Поскольку рядом авторов (Rodriques A.J., 2003) принимается, что грыжа – это шар, то объем ее измеряли по формуле $a \times b \times c \times 0,52 = \text{см}^3$, где *a*, *b*, *c* – поперечный, переднезадний размеры и протяженность грыжи.

Уровень ВБД измерялся в см вод. ст., значения цифровых данных переводились в мм рт.ст. по формуле $P \text{ мм рт.ст.} = P \text{ см вод.ст.} / 1,36$. Показатель ВБД выше 12 мм рт. ст считался внутрибрюшной гипертензией.

Для определения степени ВБГ мы придерживались классификации J. Burch (1996).

Третья глава диссертации «**Дифференцированный подход к выбору пластики передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом**». Больным в группе сравнения (n=34) 19 (55,9%) пациентам выполнена реконструкция передней брюшной стенки и у 15 (44,1%) – коррекция передней брюшной стенки.

В основной группе выбор оптимальной герниоаллопластики был дифференцированным. Для этого была разработана программа выбора способа хирургического лечения больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 10983, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан – 2021 год).

Пациентам при объеме грыжевого выпячивания до 14% от объема брюшной полости и размерам грыжевого дефекта до 10 см по данным компьютерной герниоабдонометрии выполняли реконструкцию передней брюшной стенки имплантацией эндопротеза «onlay» с предварительным ушиванием дефекта апоневроза без создания дубликатуры (рис. 4). Эту группу составили 26 (36,6%) пациентов с вентральными грыжами и абдоминоптозом и всем им выполнена симультанно дерматолипэктомия (ДЛЭ).

Пациентам с объемом грыжевого выпячивания более 14,1% от объема брюшной полости и размером грыжевого дефекта более 10 см мы выполняли ненатяжную пластику – коррекцию передней брюшной стенки. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития САК, 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 (рис. 5). Данный способ протезной пластики выполнен 31 пациенту.



Рис. 4. Реконструкция передней брюшной стенки. Имплантация эндопротеза «onlay» с предварительным ушиванием дефекта апоневроза без дубликатуры



Рис. 5. Коррекция передней брюшной стенки. Имплантация эндопротеза П-образными швами «onlay» без ушивания дефекта

У 14 (19,7%) больных в основной группы с размерами грыжевого дефекта более 15 см и объемом грыжевого выпячивания более 18% от объема брюшной полости по данным КТГА была выполнена коррекция передней брюшной стенки – 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 (рис. 6).

Далее эндопротез размещали по типу «sublay» (рис. 7), ранее наложенные П-образные швы проводили через все слои над апоневрозом и к этим швам фиксировали второй эндопротез размещенной «onlay» (рис. 8).



Рис. 6. Предварительное прошивание краев сетчатого импланта П-образными швами



Рис. 7. Фиксация эндопротеза размещенной «sublay» заранее наложенными П-образными швами



Рис. 8. Коррекция передней брюшной стенки ненатяжной герниопластикой «onlay + sublay» без ушивания дефекта. фиксация эндопротеза к передней стенке мышечно-апоневротического слоя

Также накладывали узловые швы между эндопротезами создавая искусственную «белую линию» живота. Особое значение этого метода является анатомическая и физиологическая коррекция передней брюшной стенки, а также белой линии живота. Использование этого метода в клинике дало хороший функциональный результат при грыжах $W_3 - W_4$.

Таблица 1

Виды герниоаллопластики в основной группе

| Вид операции | Количество | % |
|---|------------|------|
| Реконструкция передней брюшной стенки | | |
| Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием грыжевого дефекта + ДЛЭ | 26 | 36,6 |

| Коррекция передней брюшной стенки | | |
|--|-----------|------------|
| Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта П-образными швами + ДЛЭ | 31 | 43,7 |
| Имплантация эндопротеза способом «onlay + sublay» созданием дубликатуры без ушивания дефекта + ДЛЭ | 14 | 19,7 |
| Всего | 71 | 100 |

В основной группе всем больным после завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматолипэктомию.

Непосредственно перед операцией выполняли «разметку» кожи. Кожную зону, подлежащую удалению, которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку определяли при положении пациента стоя (рис. 9).



Рис. 9. Разметка кожи типа "якоря" (разрез по Castanares) при ДЛЭ

Мобилизацию кожно-жирового лоскута в большинстве случаев не производили, на апоневрозе не оставляли прослойку жировой ткани, что позволяло сохранить целостность кровеносных и лимфатических сосудов и избежать в послеоперационном периоде локальных осложнений из-за трофических нарушений.

Для сближения краев раны при необходимости производили минимальную мобилизацию кожно-жирового лоскута с сохранением перфорантных сосудов, аккуратно отслаивая подкожно-жировую клетчатку от апоневроза, перфорантные сосуды не перевязывали. Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 6 до 15 кг.

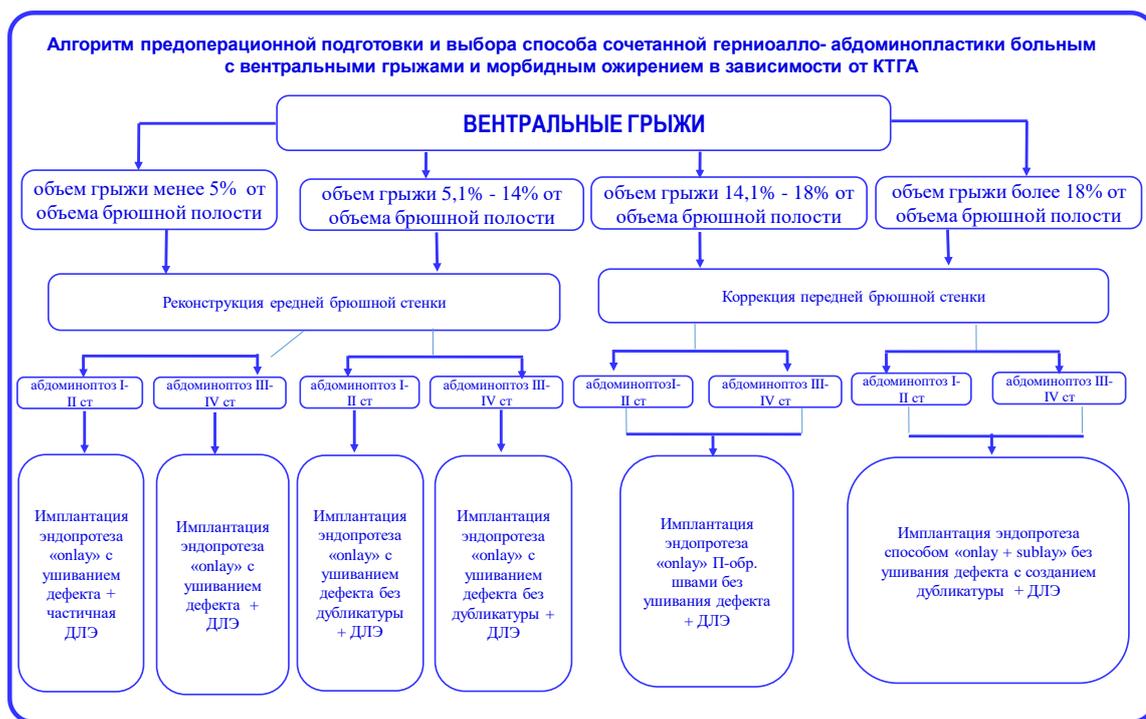


Рис. 10. Алгоритм выбора способа сочетанной герниоаллопластики и ДЛЭ больным с ventральными грыжами и абдоминоптозом

На основе сравнительного анализа эффективности предложенных тактико-технических аспектов при ventральных грыжах у больных морбидным ожирением был разработан алгоритм выбора способа герниоаллопластики и дерматолипэктомии (рис. 10).

В четвертой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения больных ventральными грыжами и абдоминоптозом**» приведены результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов.

Развитие САК (компаратмент) произошло у 2 (5,9%) пациентов группы сравнения, больным потребовалась длительная ИВЛ с тренировкой дыхания, которое было пролечено консервативно. Бронхолегочные осложнения отмечены в 6 (5,7%) случаях. Сердечно-сосудистые осложнения наблюдались у 3 (2,8%) пациентов. Как дыхательные, так и сердечно-сосудистые осложнения были связаны с абдоминальной компрессией за счет герниопластики больших ventральных грыж. Среди раневых осложнений послеоперационные гематомы отмечены в 2 (5,9%) и 2 (2,8%) случаев соответственно, серомы у 2 (5,9%) и 3 (4,2%) больных, лимфорей у 3 (2,8%) больных, в 1 и 2 случае в группе сравнения и в основной группах соответственно, нагноение раны у 2 (5,9%) больных в группе сравнения и некроз края кожного лоскута в 2 (5,9%) и 1 (1,4%) случаях.

Следует отметить, что в среднем на одного больного группы сравнения приходилось 2-3 осложнения в виде сочетания бронхо-легочных или (и) сердечно-сосудистых с раневыми осложнениями. В целом в группе

сравнения было 10 (29,4%) больных с различными осложнениями, из которых у 9 (26,4%) отмечены раневые осложнения и у 6 (17,6%) – общие внеабдоминальные осложнения.

В основной группе было 10 (14,1%) больных с различными осложнениями, у 8 (11,3%) – раневые и ещё у 4 (5,6%) - общие. По сравнительному признаку по количеству осложнений получено достоверное улучшение в основной группе (Критерий $\chi^2 = 4,043$; Df=1; p=0,045) (табл. 2).

При сравнении временных периодов отмечено, что совершенствование тактико-технических аспектов обеспечило сокращение всех основных периоперационных периодов. Так, в ОРИТ пациенты группы сравнения в среднем находились $1,7 \pm 0,1$ суток против $1,3 \pm 0,1$ суток в основной группе ($P < 0,01$); после операции $11,7 \pm 0,5$ суток против $6,7 \pm 0,3$ суток ($P < 0,001$); всего - $15,7 \pm 0,6$ суток против $10,2 \pm 0,4$ суток ($P < 0,001$). В свою очередь средняя длительность операции не увеличилось значимо ($63,4 \pm 4,1$ до $67,7 \pm 3,4$ минут в основной группе ($P < 0,05$), а необходимый период дренирования ($3,9 \pm 0,4$ до $3,5 \pm 0,3$ минут в основной группе ($P < 0,001$)).

Таблица 2

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

| Осложнения | Группа сравнения (n=34) | | Основная группа (n=71) | | Итого (n=105) | |
|------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------------|-------------|------------------|-------------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| <i>Абдоминальные осложнения</i> | | | | | | |
| Парез кишечника | 2 | 5,9 | 2 | 2,8 | 4 | 3,8 |
| Задержка мочи | 2 | 5,9 | 3 | 4,2 | 5 | 4,8 |
| <i>Внеабдоминальные осложнения</i> | | | | | | |
| Бронхолегочные осложнения | 3 | 8,8 | 3 | 4,2 | 6 | 5,7 |
| Сердечно-сосудистые осложнения | 2 | 5,9 | 1 | 1,4 | 3 | 2,8 |
| Компартмент-синдром | 2 | 5,9 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 |
| <i>Раневые осложнения</i> | | | | | | |
| Гематома | 2 | 5,9 | 2 | 2,8 | 4 | 3,8 |
| Серома | 2 | 5,9 | 3 | 4,2 | 5 | 4,8 |
| Лимфоррея | 1 | 2,9 | 2 | 2,8 | 3 | 2,8 |
| Нагноение раны | 2 | 5,9 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 |
| Некроз края кожного лоскута | 2 | 5,9 | 1 | 1,4 | 3 | 2,8 |
| Всего больных | 10 | 29,4 | 10 | 14,1 | 20 | 19,0 |

Таким образом, применение алгоритма с дифференцированным подходом к выбору способа пластики вентральных грыж у больных абдоминоптозом позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 29,4% до 14,1% ($p=0,045$), в том числе раневых с 26,4% до 11,3% и внеабдоминальных с 17,6% до 5,6%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения, периоды реабилитации и общие сроки стационарного лечения после различных вариантов герниопластики.

Из 88 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив вентральной грыжи отмечен у 5 (14,7%) больных в группе сравнения (рис. 4.2). Усовершенствование технических аспектов выполнения ненатяжных методов герниоаллопластики с имплантацией эндопротеза П-образными швами и способом «onlay+sublay» в сочетании с ДЛЭ позволило нивелировать рецидив болезни.

Причинами высокого показателя рецидива болезни у больных в группе сравнения стали следующие факторы:

В 3 случаях рецидива в группе сравнения у больных не было произведено ДЛЭ, что явилось фактором рецидива грыжи, так как под воздействием внутрибрюшного давления и гравитации кожно – жирового “фартука” произошло прорезывание и расхождение швов фиксирующих сетчатый протез к апоневрозу. В связи с чем эндопротез сместился книзу, тем самым, оголяя слабое место в брюшной стенке, где была фиксирована верхняя часть протеза и образовалась парапротезная грыжа;

У всех больных, которым выполнены герниоаллопластика и ДЛЭ, получен положительный эстетический эффект, больные избавились от кожно-подкожной складки, живот стал плоским, натянутым, линия шва проходит по линии соединяющая остистые отростки подвздошной кости и практически не видна. Все больные остались довольными полученным эстетическим результатом (рис. 11).



Рис. 11. Вид больной Ж., 56 лет после сочетанной герниоаллопластики и ДЛЭ в отдаленном периоде (1 год 6 мес. после операции)

В аспекте функционального эффекта, благодаря оптимальной схеме предоперационной подготовки, выполнения абдоминопластики, отмечалось

улучшение показателей внешнего дыхания, а осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы минимизировались. Показатели спирограммы в сравнении до операции и после операции улучшились, т.е. отмечалось стабильное увеличение дыхательного объема и жизненной емкости легких у всех больных.

В исследуемых группах исходно у 67 больных (63,8%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных группы сравнения отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии (табл. 3).

Проведение ДЛЭ у больных с индексом массы тела более 30 кг/м² и наличием кожно-жирового фартука (III-IV степень по А. Matarasso) является оправданной операцией, улучшающей как эстетическое, так и функциональное состояние больных.

Таблица 3

Распределение больных по коморбидной сопутствующей патологии в отдаленном послеоперационном периоде

| Показатели | Исследуемые группы больных | | | | | | | |
|--|----------------------------|------|----------------|------|------------------------|------|----------------|------|
| | Группа сравнения (n=27) | | | | Основная группа (n=59) | | | |
| | до опер | | в отд. периоде | | до опер | | в отд. периоде | |
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| Гипертоническая болезнь | 20 | 74,1 | 21 | 77,8 | 36 | 67,9 | 23 | 57,5 |
| Ишемическая болезнь сердца | 11 | 40,7 | 15 | 55,6 | 15 | 28,3 | 7 | 13,2 |
| Хроническая обструктивная болезнь легких | 5 | 18,5 | 5 | 18,5 | 4 | 7,5 | 3 | 5,7 |
| Сахарный диабет | 11 | 40,7 | 11 | 40,7 | 18 | 33,9 | 7 | 13,2 |

По разработанной программе определения качества жизни пациентов оценены 86 (93,5%) больных, наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 27 больных из группы сравнения и 59 больной из основной группы.

Полученные результаты позволяют заключить, что выполнение сочетанного вмешательства (герниоаллопластики и ДЛЭ) значительно повышает КЖ пациентов с данной патологией вне зависимости от размеров грыж. У

пациентов основной группы все изучаемые показатели улучшились в большей степени (различия достоверны).

Так, в группе сравнения отличные результаты были получены у 7 (25,9%) больных, хорошие у 10 (37,1%), удовлетворительные у 5 (18,5%) пациентов и неудовлетворительные в 5 (18,5%) случаях. В свою очередь в основной группе отличные результаты были получены у 38 из 59 (64,4%) больного, хорошие у 15 (25,4%), удовлетворительные у 4 (6,8%) пациентов и неудовлетворительные только в 2 (3,4%) случае (рис. 12).

Таким образом, проведенные исследования позволили сделать следующее заключение:

Предложенный алгоритм адекватной предоперационной подготовки и выбора способа герниоалло- и абдоминопластики у больных с грыжами живота и абдоминоптозом позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 29,4% до 14,1% ($p=0,045$), в том числе раневых с 28,4% до 11,3%.

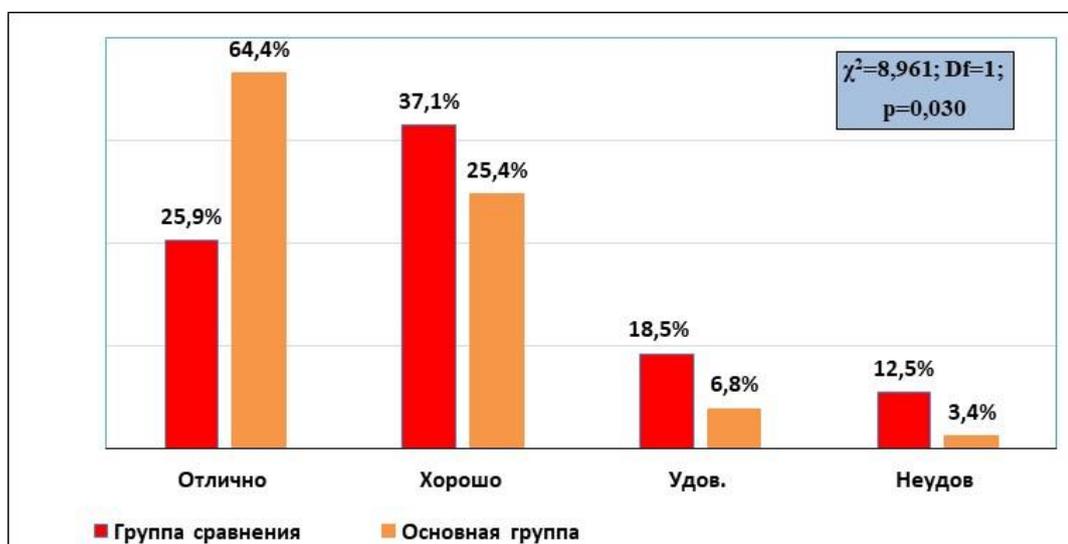


Рис. 12. Оценка качества жизни больных в исследуемых группах

Усовершенствование технических аспектов выполнения коррекции передней брюшной стенки - ненапряжные методы герниоаллопластики «onlay» с имплантацией эндопротеза П-образными швами и способом «onlay+sublay» с формированием протезной дубликатуры в сочетании с дерматолипэктомией позволило значительно снизить рецидив болезни.

Сочетании герниоаллопластики с ДЛЭ у больных с вентральными грыжами и с абдоминоптозом III-IV степени значительно улучшило эстетическое и функциональное состояние больных, повысило качество жизни с увеличением доли отличных и хороших отдаленных результатов с 63,1% до 89,8% и уменьшением неудовлетворительных исходов с 18,5% до 3,4% ($p=0,030$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Дифференцированный подход к выбору пластики передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом»** были сделаны следующие выводы:

1. При выборе способа пластики передней брюшной стенки у больных с вентральными грыжами и абдоминоптозом следует ориентироваться на данные КТ с определением объема грыжи к объему брюшной полости. При относительном объеме до 14,0% возможно выполнение реконструкции, при объеме 14,1% и более предпочтительно операция по коррекции передней брюшной стенки.

2. Разработанные методы ненатяжной коррекции передней брюшной стенки «onlay» с фиксацией протеза П-образными швами, а также пластики «onlay+sublay» созданием протезной дубликатуры у больных вентральными грыжами W_3 - W_4 значительно снижает риск компартмент синдрома, легочных и сердечно-сосудистых осложнений с 17,6% до 5,6%.

3. Дифференцированный подход к выбору пластики передней брюшной стенки и ДЛЭ у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом, согласно предложенному алгоритму, позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 29,4% до 14,1%, в том числе раневых с 28,4% до 11,3% ($p=0,045$).

4. Симультанное выполнение герниоаллопластики с ДЛЭ у больных вентральными грыжами и абдоминоптозом III-IV ст. повысило качество жизни с увеличением доли отличных и хороших отдаленных результатов с 63,1% до 89,8% и уменьшением неудовлетворительных исходов с 18,5% до 3,4% ($p=0,030$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 FOR THE
AWARD OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

KHAYDAROVA LAYLO OLIMJONZODA

**DIFFERENTIATED APPROACH TO THE CHOICE OF ANTERIOR
ABDOMINAL WALL PLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH
VENTRAL HERNIA AND CONCOMITANT ABDOMINOPTOSIS**

14.00.27 – Surgery

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

Samarkand – 2024

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № № B2023.3.PhD/Tib3914.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal “Ziyonet” (www.ziyonet.uz).

Research leader: **Sherbekov Ulugbek Akhrarovich**
Doctor of Medical Sciences

Official opponents: **Ruziboev Sanjar Abdusalomovich**
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Nazarov Shokhin Kuvatovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization: **Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky** (Russian Federation)

The defense will take place “__” _____ 2024 at ____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur St. 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. ____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out “__” _____ 2024.
(mailing protocol register No. ____ dated _____ 2024).

N.N. Abdullaeva

Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

K.V. Shmirina

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

Z.B. Kurbaniazov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

Purpose of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with ventral hernias and abdominoptosis through a differentiated choice of the method of plastic surgery of the anterior abdominal wall.

The subjects of the study were 105 patients with ventral hernias and morbid obesity who were hospitalized in the general surgery clinic at the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University from 2017 to 2022.

The scientific novelty of the study is as follows:

computed tomography and hernioabdominometry have been proven to be highly informative, making 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 method of plastic reconstruction or correction of the anterior abdominal wall;

methods for correcting the anterior abdominal wall using tension-free methods of hernialloplasty in combination with dermatolipectomy for ventral hernias with abdominoptosis have been developed and implemented;

an algorithm has been developed for choosing a method for combined hernia alloplasty and dermatolipectomy in patients in accordance with the size of hernias and abdominoptosis;

the need for combined hernia alloplasty and dermatolipectomy in patients with ventral hernias and abdominoptosis was clinically justified based on the results of treatment in the immediate and late postoperative periods.

Implementation of research results.

Based on the results of studies conducted on a differentiated approach to the choice of plastic surgeries of the anterior abdominal wall in patients with abdominoptosis accompanied by hernias of the anterior abdominal wall (conclusion of the Scientific and Technical Council under the SSS of the Republic of Uzbekistan dated 08/07/2024 No. 02/40):

The first scientific novelty: the high information content of computed tomography and hernioabdominometry has been proven, allowing 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 a method of plastic reconstruction or correction of the anterior abdominal wall. The essence of scientific novelty: proposals on the high information content of hernioabdominometry with computed tomography, which allows determining the topography of defects in the anterior abdominal wall and the ratio of the hernia size to the size of the abdominal cavity before surgery, as well as choosing the most optimal method of plastic surgery, approved by the Expert Council of the Samarkand State Medical University with the conclusion of 04/29/2024 No. 73 included in the content of the methodological recommendation "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis". Implementation of scientific novelty: multidisciplinary clinic of Samara State Medical University dated 05/18/2024. Order No. 81 and Samarkand City Medical Association dated 04/27/2024. 421-7-107-TB / 2024 introduced into

medical practice. Social efficiency of scientific novelty: preservation of the skin-fat apron after hernioalloplasty in patients with abdominoptosis is the main reason for the formation of hernias around the prosthesis due to displacement of the implant or its non-swelling and relapse of the disease, which necessitated dermatolipectomy. Economic efficiency of scientific novelty: the cost of inpatient treatment of patients with ventral hernia and abdominoptosis usually amounts to 4,576,480 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). 855.3 thousand soums were spent on all laboratory and instrumental examinations of patients. For patients, the annual economic indicator is 1,810,900 soums (per patient). Conclusion: the use of the recommended method of complex treatment of patients with ventral hernias and abdominoptosis allows saving 1,510,800 sums in 1 year, of which 453,240 sums are budgetary funds, 1,057,560 sums are extra-budgetary funds. Extended use of scientific novelty: "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis" on the topic of introducing scientific novelty into other healthcare institutions, letter No. 6109 dated June 22, 2024 sent by the rector of SamSMU to the Ministry of Health.

The second scientific novelty: the methods of correction of the anterior abdominal wall by performing tension-free methods of hernioalloplasty in combination with dermatolipectomy for ventral hernias with abdominoptosis have been developed and implemented. The essence of scientific novelty: the methods of correction of the anterior abdominal wall by performing tension-free methods of hernioalloplasty in combination with dermatolipectomy for ventral hernias have been developed and implemented, approved by the Expert Council of the Samarkand State Medical University with the conclusion of 04/29/2024 No. 73 included in the content of the methodological recommendation "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis". Implementation of scientific novelty: multidisciplinary clinic of Samara State Medical University dated 05/18/2024. Order No. 81 and Samarkand City Medical Association dated 04/27/2024. 421-7-107-TB/2024 introduced into medical practice. The social efficiency of scientific novelty is as follows: in patients with ventral hernias and abdominoptosis, operations to correct the anterior abdominal wall by fixing the implant with U-shaped sutures pass through all layers of the muscular-aponeurotic thrombus. indicated, it cannot move or swell. Economic efficiency of scientific novelty: on average, 1,280,600 soums were spent on performing tension-free methods of hernioalloplasty for ventral hernias and abdominoptosis along with dermatolipectomy (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Taking into account that as a result of the complex treatment recommended to patients, positive results were observed 2 times more often, the annual economic indicator is 3,821,500 soums. Conclusion: in ventral hernias and abdominoptosis, the use of interventions by performing non-stressed methods of hernioalloplasty together with dermatolipectomy allows saving 5,721,600 soums in 1 year, of which 1,416,480 soums are budgetary funds, 3,355,130 soums are extra-budgetary funds. Expanded use of scientific novelty: "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and

concomitant abdominoptosis" on the topic of introducing scientific novelty into other healthcare institutions, letter No. 6109 dated June 22, 2024 was sent by the rector of SamSMU to the Ministry of Health.

The third scientific novelty: an algorithm has been developed for selecting the method of combined hernioalloplasty and dermatolipectomy in patients in accordance with the size of hernias and abdominoptosis. The essence of scientific novelty: an algorithm has been developed for selecting the method of combined hernioalloplasty and dermatolipectomy in patients in accordance with the size of hernias approved by the Expert Council of the Samarkand State Medical University with the conclusion of 04/29/2024 No. 73 included in the content of the methodological recommendation "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis". Implementation of scientific novelty: multidisciplinary clinic of Samara State Medical University dated 05/18/2024. Order No. 81 and Samarkand City Medical Association dated 04/27/2024. 421-7-107-TB/2024 has been introduced into medical practice. The social efficiency of the scientific novelty is as follows: it allowed patients to improve their lifestyle from an aesthetic point of view as a result of surgical treatment using the algorithm for choosing the method of joint hernioalloplasty and dermatolipectomy, depending on the size of the hernia and the degree of abdominoptosis. Economic efficiency of the scientific novelty: depending on the size of the hernia and the degree of abdominoptosis, taking into account the algorithm for choosing the method of joint hernioalloplasty and dermatolipectomy, an average of 1,180,400 sums is usually spent (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Taking into account the above-recommended operation on microcholecystectomy for patients, the annual economic indicator is 5,311,800 sums. Conclusion: depending on the size of the hernia and the degree of abdominoptosis, the use of the algorithm for choosing the method of joint hernioalloplasty and dermatolipectomy allows saving 5,311,800 sums in 1 year, of which 1,593,540 sums are budgetary funds, 3,718,260 sums are unscheduled. budgetary funds. Extended use of scientific novelty: "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis" on the topic of introducing scientific novelty into other healthcare institutions, letter No. 6109 dated June 22, 2024 sent by the rector of SamSMU to the Ministry of Health. The fourth scientific novelty: the need for combined hernioalloplasty and dermatolipectomy in patients with ventral hernias and abdominoptosis is clinically substantiated based on the results of treatment in the immediate and late postoperative periods. The essence of scientific novelty: the need for combined hernioalloplasty and dermatolipectomy in patients with ventral hernias is clinically substantiated, approved by the Expert Council of the Samarkand State Medical University with the conclusion of 04/29/2024 No. 73 included in the content of the methodological recommendation "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis". Implementation of scientific novelty: multidisciplinary clinic of Samara State Medical University dated 05/18/2024. Order No. 81 and Samarkand City Medical Association dated 04/27/2024. 421-7-107-TB / 2024 introduced into

medical practice. Social efficiency of scientific novelty: dermatolipectomy improves objective and subjective signs of physical and social rehabilitation due to significant reduction in obesity, normalization of external respiration, cardiovascular system indices. Economic efficiency of scientific novelty: inpatient treatment of patients with the need for joint hernioalloplasty and dermatolipectomy based on the results of treatment in the early and late postoperative periods usually costs 6,893,350 sums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). The annual economic indicator is 6,648,800 sums (for 2 patients). Conclusion: based on the results of early and late postoperative treatment, the use of joint hernioalloplasty and dermatolipectomy allowed saving 6,674,800 sums in 1 year, of which 2,196,940 sums are budgetary funds and 3,451,810 extra-budgetary funds. Extended use of scientific novelty: "Plastic surgery of the anterior abdominal wall in hospital ventral hernia and concomitant abdominoptosis" on the topic of introducing scientific novelty into other healthcare institutions, letter No. 6109 dated June 22, 2024, sent by the rector of SamSMU to the Ministry of Health.

Structure and scope of the dissertation.

The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 111 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Хайдарова Л.О., Юлдашов П.А. Вентрал чурра ва морбид семизлик билан беморларда гернио ва абдоминопластикани асослаш // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. – 2024. № 6. – С.163-167 (14.00.00; №13).
2. Шербеков У.А., Хайдарова Л.О., Абдурахманов Д.Ш. Қорин чурраси ва абдоминоптоз бўлган беморларда қорин олд девори пластикасида дифференциал ёндашув // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2023. - №4 (146). - С. 171-175 (14.00.00; №19).
3. Шербеков У.А., Хайдарова Л.О., Абдурахманов Д.Ш. Комплексный хирургический подход больным с вентральной грыжей и ожирением // Журнал биомедицины и практики. - 2023. - Том 8, № 3. – С. 70-80 (14.00.00; №24).
4. Шербеков У.А., Хайдарова Л.О., Абдурахманов Д.Ш. Вентрал чурра абдоминоптоз билан асоратланган беморларда гернио- ва абдоминопластикани клиник асослаш // Биомедицина ва амалиёт журнали. - 2023. - 8-жилд, 4-сон. – С. 440-445 (14.00.00; №24).
5. Шербеков У.А., Хайдарова Л.О. Хирургическое лечение вентральных грыж у больных с морбидным ожирением и абдоминоптозом (обзор литературы) // Журнал биомедицины и практики. - 2023. - Том 8, № 4. – С. 446-450 (14.00.00; №24).
6. Khaydarova L.O. Surgical Treatment of Ventral Hernias in Patients with Morbid Obesity and Abdominopotosis (Literature Review) // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(2): 198-200 (14.00.00, №2).
7. Хайдарова Л.О. Предикторы осложнений и смертности в хирургии послеоперационных вентральных грыж с абдоминоптозом // International scientific Journal Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 5. – С. 301-307. (SJIF (6.577) UIF (8.3) / 2024).
8. Хайдарова Л.О. Способы хирургического вмешательства при грыжах передней брюшной стенки, абдоминоптозе и с морбидным ожирением // International scientific Journal Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 5. – С. 297-300. (SJIF (6.577) UIF (8.3) / 2024).
9. Хайдарова Л.О. Қорин чурраси ва абдоминоптозда қорин олд девори пластикасини яхшилаш йўллари // International scientific Journal Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 10. – С. 200-208. (SJIF (5.708) UIF (8.3) / 2023).
10. Хайдарова Л.О. Хирургическое лечение вентральных грыж у больных с морбидным ожирением и абдоминоптозом // International scientific Journal Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 10. – С. 193-199. (SJIF (5.708) UIF (8.3) / 2023).

11. Хайдарова Л.О. Выбор метода лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением // International scientific Journal Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 10. – С. 186-192. (SJIF (5.708) UIF (8.3) / 2023).

И бўлим (II часть; part II)

12. Khaydarova L.O. Methods of Combining Liposuction and Abdominoplasty // International Journal of Integrative and Modern Medicine. – Vol. 2, Issue 5, 2024. P.125-127.

13. Хайдарова Л.О. Modern Surgical Treatment of Ventral Hernias in Patients with Morbid Obesity and Abdominopotosis // Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences. 2023. Vol. 04 Issue: 06. P.196-200.

14. Khaydarova L.O. Ways to Improve Anterior Abdominal Wall Plasty for Abdominal Hernia and Abdominopotosis // World Bulletin of Public Health (WBPH). 2023. Vol. 08 P.1-5.

15. Khaydarova L.O. Management Tactics in Patients with Postoperative Ventral Hernia and Obesity // Eurasian Medical Research Periodical. 2023. Vol. 26 P.1-6.

16. Хайдарова Л.О. Хирургия послеоперационных вентральных грыж с абдоминоптозом // Материалы 72 – й научно-практической конф. студентов-медиков и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины» 11-12 май 2018 г. Самарканд. Стр 17.

17. Хайдарова Л.О., Рустамов И.М. Обоснование хирургического метода лечения послеоперационных вентральных грыж // Материалы X Международной научно-практической интернет-конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации»: Сб. науч. трудов. – Переяслав-Хмельницкий, 2016. – Вып. 10.548 с.

18. Хайдарова Л.О., Рустамов И.М. Оптимальные хирургические методы лечения послеоперационных вентральных грыж // Материалы 70 -й научной конференции студентов-медиков с международным участием. 27.05.2016. г. Самарканд. Стр. 25-26.

19. Хайдарова Л.О. Хирургическая тактика при вентральных грыжах с абдоминоптозом // Материалы 69 научной конференции студентов-медиков с международным участием. г. Самарканд. 3-4.04.2015. Стр.80-81.

20. Хайдарова Л.О. Рустамов И.М. Пути улучшения хирургического метода лечения вентральных грыж с ожирением // Международная Научно-Практическая Конференция «Лазеры в медицине и биологии». 30 апрель 2021 г.

21. Шербеков У.А., Хайдарова Л.О. Пластика передней брюшной стенки у больных вентральной грыжей и сопутствующим абдоминоптозом // Методические рекомендации. Самарканд 2024. 19 с.

22. Хайдарова Л.О., Шербеков У.А., Абдурахманов Д.Ш. Вентрал чурра ва абдоминоптоз билан оғриган беморларда жарроҳлик даволаш усулини танлаш дастури // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги хузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 02.02.2024 йил. DGU- 33040.