

**SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI HUZURIDAGI  
ILMIY DARAJALARI BERUVCHI DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03  
RAQAMLI ILMIY KENGASH**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**АЛЛАБЕРГАНОВ КАҲРАМОН БАҚДУРДИЕВИЧ**

**ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАР АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКАСИДАН КЕЙИН  
АСОРАТЛАРНИНГ КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИКАСИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27- Хирургия**

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

**Самарқанд-2024**

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

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

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Аллаберганов Қахрамон Бакдурдиевич**

Вентрал чурралар аллогерниопластикасидан кейин асоратларнинг комплекс профилактикасини такомиллаштириш..... 3

**Аллаберганов Қахрамон Бакдурдиевич**

Совершенствование комплексной профилактики осложнений после аллогерниопластики вентральных грыж..... 33

**Allaberganov Kakhramon Bakdurdievich**

Improving the comprehensive prevention of complications after ventral hernia allohernioplasty ..... 63

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works..... 67

**SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI HUZURIDAGI  
ILMIY DARAJALARI BERUVCHI DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03  
RAQAMLI ILMIY KENGASH**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**АЛЛАБЕРГАНОВ КАҲРАМОН БАҚДУРДИЕВИЧ**

**ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАР АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКАСИДАН КЕЙИН  
АСОРАТЛАРНИНГ КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИКАСИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27- Хирургия**

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

**Самарқанд-2024**

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертация мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.2.PhD/Тиб4681 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилди.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (хулоса)) Илмий Кенгашнинг интернет саҳифасида ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) ва "Зиёнет" ахборот-таълим порталида ([www.ziyounet.uz](http://www.ziyounet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Якубов Фарход Раджабович**

тиббиёт фанлари доктори

**расмий оппонентлар:**

тиббиёт фанлари доктори

тиббиёт фанлари доктори

**Етақчи ташкилот:**

Диссертация химояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/05.05.2023.Тиб.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2024 йил "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси 6 уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; Факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto: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 Темура 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. Шмирина**

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

**З.Б. Курбаниязов**

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

## Кириш (номзодлик диссертациясининг аннотацияси (PhD))

**Диссертация мавзусининг долзарблиги.** Чурра жарроҳлиги енг кўп бажариладиган умумий жарроҳлик амалиётидир. Биргина Қўшма Штатларда ҳар йили 350 000 дан ортиқ бундай операциялар ўтказилади, Европада эса бу кўрсаткич 450 000 ни ташкил қилади, бу ўзх ўрнида тўлиқ даволаниш ва кейинги реабилитация учун катта харажатларга олиб келади. Poulouse тадқиқотига кўра, Қўшма Штатлар вентрал чурра билан оғриган беморларни даволаш учун ҳар йили ўртача 3,2 миллиард доллар сарфлайди. Рецидив ҳолатларида чурралар ҳар бир бемор учун харажатлар 65 000 долларгача етиши мумкин<sup>1, 2</sup>.

Кекса ёшдаги беморлар семизлик, тикланиш қобилиятининг пасайиши, қорин олд деворининг анатомик ва функционал етишмовчилиги, шунингдек, чурранинг пайдо бўлиш частотаси ва кейинги қайталаниши бўйича юқорида санаб ўтилган кўплаб қўшма омилларнинг мавжудлиги учун етакчи ҳисобланади.

Вентрал ва айниқса операциядан кейинги чурралар (ОКЧ) барча қорин чурраларининг 20-22% ни ташкил қилиб, чов чурралардан кейин иккинчи ўринни эгаллайди<sup>3</sup>. Лапаротомиядан кейинги асорат сифатида ҳосил бўлган чурралар 5% ни ташкил этади<sup>4</sup>.

Профилактик чора-тадбирлар Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан тан олинган 3 та йўналишда олиб борилиши керак: операциядан олдинги, операция ва операциядан кейинги давр профилактика чоралари<sup>5</sup>.

Вентрал чурралар аллопластикасининг нафақат техник жиҳатлар, балки даволаш ва профилактика дастурини оптималлаштириш, шунингдек, кейинги реабилитацияни тўғри ўтказиш ва физиотерапияни танлаш долзарб ҳисобланади. Физиотерапия маҳаллий ёки тизимли бўлиши мумкин<sup>6</sup>.

Ўзбекистон Республикасининг ривожланишнинг бешта устувор йўналиши бўйича 2017-2021 йилларга мўлжалланган ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг кам таъминланган тоифаларига уларнинг тўлақонли ҳаётини таъминлаш учун тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш бўйича вазифалар белгиланган.

Операциядан кейинги асоратларнинг олдини олишга тактик ва техник ёндашувларни такомиллаштириш орқали вентрал чурраларни жарроҳлик

<sup>1</sup>Базанов К.В. Эффективность биомеханического моделирования абдоминопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород: Изд-во Нижнегородск. гос. мед. акад., 2003. – 23 с.

<sup>2</sup>Веретенник, Г.И. Хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки / Г.И. Веретенник, Г.И. Алексеев // Вестн. Росс. ун-та дружбы народов. – 1999. – № 1. – С. 131-133.

<sup>3</sup>Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота. – Минск: Беларусь., 1986. – 156 с.

<sup>4</sup>Белоконов В.И. Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконов, С.Ю. Пушкин, Т.А. Федорина, С.В. Нагапетян // Вестник хирургии 2000. N5. –С. 23-27.

<sup>5</sup>World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2018. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, 2nd Ed. pp. 10665–277399.

<sup>6</sup>Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш, шу жумладан ушбу вазифаларни амалга ошириш ва рецидивни олдини олиш энг долзарб йўналишлардан биридир. Ушбу диссертация тадқиқотлари Ўзбекистон Республикаси Президентининг "шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида" ги Фармонлари билан тасдиқланган вазифаларни маълум даражада бажаришга хизмат қилади. ПФ-4985 йил 16 мартдаги 2017 ва" Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан яхшилаш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида " ги ПФ-5590 йил 7 декабрдаги 2018-сонли Ўзбекистон Республикаси Президентининг "жарроҳлик хизматини ўзгартириш, ҳудудларда жарроҳлик операциялари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида" ги қарори. 5254 йил 4 октябрдаги ПҚ-2021.

**Тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги.** Диссертация тадқиқотлари республика VI "Тиббиёт ва фармакология"фани ва технологиясини ривожлантиришнинг устувор йўналишига мувофиқ олиб борилди.

**Муаммони ўрганилганлик даражаси.** Адабиётларга мурожаат қилар эканмиз, Қўшма Штатларда ҳар йили қорин бўшлиғи ва унинг фъзоларида 2 миллиондан ортиқ очик турдаги жарроҳлик аралашувлар амалга оширилади.

Сўнгги йилларда адабиётларда операция ярасини инфицирланиши, қорин бўшлиғи битишма касаллиги, протезнинг миграцияси ва бошқа асоратлар сонининг кўпайиши натижасида парапротез чурралар ривожланиши кўплаб кузатилмоқда<sup>7</sup>. Жаҳон статистик маълумотларига кўра, ҳар йили 20 миллиондан ортиқ чурра амалга оширилади, бу барча жарроҳлик аралашувларнинг 10-15% га тўғри келади. Аммо беморларнинг атиги 13-15 фоизи жарроҳлик ёрдами учун соғлиқни сақлаш муассасаларига боришини ҳисобга олсак, чурра билан оғриган беморларнинг ҳақиқий сони кўпчилик томонидан операция қилинганлар сонидан ошиб кетиши мумкин<sup>8</sup>.

Хусусан, ОКЧ пайдо бўлиши жарроҳлик таъсир турига боғлиқ: беморларнинг 6% аппендектомиядан кейин, тахминан 10% ошқозон операциясидан кейин, тахминан 14% холецистектомиядан кейин ОКЧ ривожланади. ОКЧ кўп учрайдиган операциялар булар шошилич операциялар бўлиб, бу жуда юқори кўрсаткич ҳисобланади. Аммо рецидивнинг энг юқори даражаси, 42% хавф билан, дастлабки бактериал ифлосланиш шароитида операция қилинган беморлар ҳисобланади. Бунинг сабаби ичакнинг сиқилган қисмининг некрози ёки ичак фистулеси соҳасида парастомал чурралар пайдо бўлиши мумкин.

В.К. Лядовнинг сўзларига кўра, шошилич лапаротомия пайтида чурралар пайдо бўлиши 40% дан ошади. ОКЧ билан оғриган беморларнинг

<sup>7</sup>Веронский, Г.И. Применение никелид-титановых сплавов при пластике передней брюшной стенки /Г.И. Веронский, В.А.Зотов // Вестн. хир. – 2000. – № 5. – С. 92-97.

<sup>8</sup>Базанов К.В. Эффективность биомеханического моделирования абдоминопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород: Изд-во Нижнегородск. гос. мед. акад., 2003. – 23 с.

60% дан ортиғи фаол иш билан шуғулланадиган одамлардир, бу эса ушбу фуқароларнинг ногиронлиги билан боғлиқ иқтисодий муаммоларни келтириб чиқаради, касаллик таътиллари ва ногиронлик нафақалари миқдорини оширади.

Хозирги кунда чурра нуқсонларини жарроҳлик даволашнинг 220 дан ортиқ усуллари мавжуд бўлиб, улар ауто тўқималардан фойдаланади ва қайталаниш даражаси 25-60%.

Маълумки, операциядан кейинги эрта асоратлар ОКЧ ривожланишининг асосий сабаблари бўлиб, келажакда қорин деворининг мушаклари ва апоневрозларида нуқсонларнинг ривожланишига олиб келади (яра йиринглаши, апоневроз чокларининг ечилиши). Операциядан кейинги даврнинг кеч босқичларида жарроҳлик ярасида репаратив жараёнлар катта аҳамиятга эга, масалан тўқималарни тортиб тикишда тўқима ишемияси; чандиқ етарлича кучли бўлгунга қадар ҳал қилинадиган иплар билан апоневрозни тикиш; бир жойда бир нечта операциялар пайтида чандиқли ўзгарган тўқималарни тикиш. Тўқималарда атрофик ва дистрофик жараёнлар қўйидаги ҳолларда тез-тез кузатилган: ортиқча вазн; сурункали диабет; эрта жисмоний зўриқиш; қорин бўшлиғи босимининг ошиши, қорин олд деворининг механик кучининг заифлашишига олиб келади. ОКЧ гигант ўлчамдагилари, такрорий чурраларнинг мураккаб шаклларида даволаш натижалари ҳали ҳам қониқарсиз, рецидивлар частотаси 10 дан 47,2%.

Лигатураларнинг кучини дозалаш ва тенг тақсимлаш қийин бўлган кучланиш зоналарини яратиши, тикувлар билан стандарт маҳкамлашнинг камчиликлари ҳисобланади. Шу билан бирга, ип "кесиш" хусусиятларига эга бўлади ва фиксация зоналарига зарар етказиши ва бу чурра янада ривожланиши билан лигатурани ечилиши ва эндопротезнинг силжиши каби зарарларга олиб келади.

Яра асоратлари ривожланишининг олдини олиш, инфилтратларнинг шаклланиши; зардоб ишлаб чиқариш ва тўпланиши; жарроҳлик ярасининг йиринглаши; протезнинг силжиши; постпротез чурра ривожланиши долзарб муаммо ҳисобланади.

Юқоридаги далилларга асосланиб, такомиллаштиришга қизиқиш ортиб бормоқда: операциядан кейин вентрал чурра ривожланишининг олдини олиш; эрта ташхис қўйиш усуллари, оптимал даволаш усуллари, парапротез чурра ривожланишини истисно қиладиган операциядан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олиш чоралари сифатида индивидуал реабилитация дастурларини ишлаб чиқиш устида ишланмоқда.

Юқорида айтилганларнинг барчаси ушбу йўналишда илмий изланишларни давом еттириш зарурлигини тақозо этади.

**Диссертация бажарилган илмий-тадқиқот, муассасасининг тадқиқот режалари билан ўзаро боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқотлари Тошкент тиббиёт Академиясининг илмий-тадқиқот режасига мувофиқ "Одам хирургик касалликларини ташхислаш ва даволашда янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш" (2018-2023) илмий лойиҳаси доирасида олиб борилди.

**Тадқиқотнинг мақсади:** Вентрал чурраларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш ва операциядан кейинги асоратларини олдини олиш.

**Тадқиқот вазифалари:**

аллотрансплантант ишлатилган вентрал чурраларнинг операциядан кейинги асоратларининг сабабларини ва хирургик даволаш натижаларини ўрганиш;

вентрал чурра аллогерниопластикасининг янги усулини ишлаб чиқиш;  
операциядан кейинги даврда ултратовуш терапияси ва глюкокортикоидларни маҳаллий қўллаш самарадорлиги бўйича тадқиқот ўтказиш;

операциядан кейинги асоратларни олдини олиш учун комплекс чоратадбирларни қўлланилган беморларда гуморал биорегуляторларни динамикасини ўрганиш;

клиник амалиётда тавсия этилган усулнинг самарадорлигини баҳолаш ва вентрал чурраларни даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот объектлари.** Хоразм вилоятий кўп тармоқли тиббиёт маркази ва Хива тумани тиббиёт бирлашмаси жарроҳлик бўлимида 2017 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда вентрал чурраси билан ётқизилган 219 беморни даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат эди.

**Тадқиқот предмети** аллогерниопластика жарроҳлигидан кейинги асоратларнинг сабабларини ўрганиш, асоратларнинг олдини олишда паст частотали ултратовуш текшируви самарадорлигини баҳолаш ва чурра рецидивни ривожланишидаги турли жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлигини қиёсий таҳлил қилишдир.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилган: умумий клиник, биокимёвий, инструментал, гуморал биорегуляторларни ўрганиш ва статистик усуллар.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

қорин олд деворининг аллогерниопластикасидан сўнг беморларни тадқиқ қилишда биринчи марта аллогерниопластики операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун кам қувватли ултратовушдан фойдаланиш имкониятлари ўрганилди ва маҳаллий ултратовуш терапиясининг яра жараёни динамикасига ижобий таъсири аниқланди;

яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва кечишида гуморал биорегуляторлар кўрсаткичларининг аҳамияти, шунингдек даволаш самарадорлигини баҳолаш аниқланди;

вентрал чурралар учун аллогерниопластиканинги янги усули ишлаб чиқилган бўлиб, у икки қатламли протезни, бирламчи чурранинги чиқиш жойига тикиш билан тавсифланади, бу парапротез чурра ҳосил бўлиш хавфини камайтиради ва латерал вентрал чурралар учун жарроҳликнинг энг самарали усули Sublay ва In lay ҳолатлардаги пластика ҳисобланади;

жарроҳликдан олдин ва кейин гормон терапиясини, хусусан Дипраспан препаратини қўллаш операциядан кейинги яраларни даволашда ижобий динамикага олиб келиши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

медиал ва латерал чурраларнинг аллогерниопластикасида ретенцион асоратлари билан бирга келиши аниқланди, бу эса аллогерниопластика усуллариани такомиллаштиришни талаб қилади;

чурра нуқсонини қониқарли равишда бартараф қилмаслик, протездан кейинги постпротез чурралар пайдо бўлишига олиб келувчи омил эканлиги аниқланди, бу эса асоратлар хавфини камайтириш учун қорин олд девори нуқсонини самарали бартараф этишни талаб қилади;

клиник тадқиқотлар натижасида вентрал чурралар учун тавсия этилган аллогерниопластика усули, қорин олд деворининг етарли даражада мустаҳкамланишига эришиш, постпротез чурра ривожланиш частотасини камайтириш имконини беради;

кам қувватли ултратовуш билан таъсир қилиш, аллогернопластикадан кейинги биринчи кунда ҳосил бўладиган операциядан кейинги асоратларни ривожланишига тўсқинлик қилиши ва гуморал биорегуляторлар кўрсаткичларининг сезиларли пасайиши билан бирга келиши аниқланди;

операциядан кейинги ярада УТ нинг профилактика салоҳиятини амалга оширишнинг оптимал алгоритми аниқланади, бу кунига 2 марта таъсир қилишдан иборат, интенсивлиги 0,05 Вт / см<sup>2</sup> ва давомийлиги 10 дақиқагача даволаш курси 4-6 курс (БТЛ 5000 қурилмаси) жарроҳлик ярасида. Бу тананинг ҳимоя функцияларини юқорида айтиб ўтилган омилларнинг бошланишига тўсқинлик қилиши ёки унинг намоён бўлишини сезиларли даражада камайтириши ва репаратив жараёнларнинг нормаллашишига ёрдам беради.

аллогерниопластика операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун профилактика чоралари комплексидан фойдаланиш, асоратларининг частотасини камайтириши ва реабилитация даврини қисқартириш мумкинлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Натижаларнинг ишончлилиги объектив баҳолаш ва беморнинг аҳволи, замонавий диагностика усуллари ва даволаш усуллари, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлиллардан фойдаланиш билан асосланади, диссертацияда кўриб чиқилган муаммоларни ҳал қилиш вентрал чуррали беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш бўйича замонавий илмий ва амалий ғояларга асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Ушбу ишнинг илмий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот давомида олинган натижалар беморнинг танасида ултратовуш негизида биорегуляторларнинг динамикасини аниқлаш орқали вентрал чурралардаги аллогерниопластика асоратларининг тузилиши ва клиник хусусиятлари тўғрисида мавжуд тушунчаларни кенгайтиришга катта ҳисса қўшади, асоратларни ривожланиш хавфини башорат қилувчилар, протезни маҳкамлашнинг янги усулини қўллаш орқали репаратив жараёнларни кучайтириш механизмлари ва жароҳатни даволаш жараёнини яхшилайдди.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар асосида протез аллогерниопластиканинг тактик ва техник жиҳатлари оптималлаштирилади, протез аллогерниопластикадан сўнг яра юзасини ултратовуш стимуляцияси хусусиятлари аниқланади, бу комплексини профилактика чораларини кучайтиради, маҳаллий асоратларни ривожлантириш, вентрал жарроҳлик усули ишлаб чиқилган бўлиб, бирламчи чурранинг чиқиш жойига маҳкамкамланган икки қатламли имплант билан тавсифланади, бу операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиради.

**Тадқиқот натижаларини амалга ошириш.** Вентрал чурраларни жарроҳлик даволаш бўйича илмий тадқиқот натижаларига кўра:

Вентрал чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашда аллогерниопластика усули ишлаб чиқилган (ихтиро учун patent №IAP 07415 24 мая 2023 йил Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигида). Апоневрозни икки қаватли тўрли имплант билан мустаҳкамлаш вентрал чурраларни аллогерниопластиканинг тавсия этилган усули асоратлар сонини камайтириш, даволаш вақтини қисқартириш ва чурранинг қайталаниш хавфини камайтириш имконини берди;

"Вентрал чурраларни жарроҳлик даволаш усули" (Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигининг фойдали модел патенти. №FAP 2412 от 08 феврал 2024 йил). Таклиф этилган усул яранинг йирингли-яллиғланишли асоратлари частотасини камайтиришга ва аллогерниопластикадан кейин беморларни реабилитация қилиш муддатини қисқартиришга имкон берди;

"вентрал чурраларнинг аллогерниопластикасидан кейинги асоратларнинг комплекс профилактикасини такомиллаштириш" услубий тавсияномаи ишлаб чиқилган. Таклиф этилган тавсиялар, вентрал чурраси бўлган беморларда аллогерниопластиканинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш имконини берди.

Олинган илмий натижалар амалий соғлиқни сақлаш фаолиятида, хусусан, Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг, Абдоминал хирургия бўлимида ва Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалининг 1-сонли шошилич жарроҳлик бўлимида амалга оширилди. Тадқиқот натижаларини клиник амалиётга жорий этиш вентрал чурраларда аллогерниопластиканинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштиришни таъминлади, бу эса ўзига хос эрта асоратларни 33,1% дан 16,3% гача камайтирди, шунингдек, узок муддатли асоратлар эҳтимолини 26,1% дан 8,6% гача камайтирди.

**Тадқиқот натижалари апробациялари.** Ушбу тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан 2 та халқаро ва 4 та миллий конференцияларда муҳокама қилинди.

**Тадқиқот натижаларини чоп этилиши.** Диссертация мавзуси бўйича 15 та илмий мақола чоп этилган, шу жумладан 1 ихтирога патент, 1та фойдали моделга патент, 1 та услубий тавсия, 5 та журнал мақолалари, шундан 1 таси Миллий ва 4 таси хорижий журналда Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан тавсия этилган

докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини, шунингдек 7 та тезисни нашр этиш учун, улардан 5 таси миллий конференциялар тўпламларида ва 2 таси халқаро конференциялар тўпламларида нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми** . Диссертация кириш, адабиётлар шарҳи, ўз тадқиқотларининг учта боби, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва келтирилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Матн материалининг ҳажми 158 саҳифани ташкил қилади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Диссертациянинг кириш** қисмида диссертация ишининг долзарблигига асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилган, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти, иш натижаларини апробация қилиш ва нашр этиш, диссертациянинг кўлами ва тузилиши тўғрисида маълумотлар берилган.

**"Вентрал чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш муаммосининг ҳозирги ҳолати"** диссертациясининг биринчи бобида вентрал чурралар пайдо бўлишининг частотаси ва рецидив (постпротез чурралар) ривожланиши учун хавф омилларини акс эттирувчи бешта кичик бобдан иборат адабиётлар шарҳи келтирилган. Постпротез вентрал чурраларнинг қайталанишини ривожланишига мойил, шунингдек латерал чурраларнинг хусусиятлари ҳақида маълумот беради. Турли жарроҳлик аралашувлардан кейин такрорий вентрал чурраларнинг частотаси, уларнинг этиологияси, патоморфологияси ва патогенези батафсил кўрсатилган. Беморларни операциядан кейинги реабилитация қилишнинг ўзига хос хусусиятлари масаласи батафсил муҳокама қилинади. Хулоса кўшимча тадқиқотларни талаб қиладиган мунозарали фикрларни ўз ичига олади.

Диссертациянинг иккинчи бобида **"Вентрал чурраси бўлган беморларнинг клиник жиҳатлари ва тадқиқот усуллари"** барча қўлланиладиган клиник материалларни батафсил тавсифлайди. Диссертация тадқиқотлари икки қисмга бўлинган. Тадқиқотларнинг клиник қисми 2018 йил апрелдан 2023 йил августгача бўлган даврда Хоразм вилоятининг иккита тиббиёт муассасасида: Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида – 151 (68,9%) бемор; Хива туман тиббиёт бирлашмасида – 68 (31,1%) та операция қилинган беморлар ўртасида ўтказилди. Жами 219 бемор турли хил вентрал чурралар бўйича операция қилинди. Асосий гуруҳда 104 бемор (2021-2023) биз таклиф қилган аллогерниопластиканинг янги усули билан даволанди, бу икки қаторли тўрни дубликат шаклида ишлатади, бир хил кучланишли боғланиш ҳосил бўлади. Хар томондан апоневрознинг катта майдонининг ўзаро боғлиқлиги ва уланиши, улар табиий рецидив бўлиши мумкин бўлган жойида иккинчи қават такрорий тўр билан қорин бўшлиғининг асосий нуқсонини ишончли тарзда мустаҳкамлайди ва глюкокортикостероидларни (Дипроспан) қўллаш , фаол бошқариладиган дренаж ва операциядан кейинги даврда аллогерниопластикадан кейинги асоратларни олдини олиш учун

ультратовуш терапиясидан фойдаланиш, парапротез чурра ҳосил бўлиш хавфини таққослаш гуруҳида 5,2% дан, асосий гуруҳида 0% гача камайтиради.

Таққослаш гуруҳида анъанавий усулларида фойдаланган 115 беморда (2018-2021) аллогерниопластики турли позицияларда (onlay, sublay, inlay) киритилган. Эркаклар ва аёллар нисбати тенг эмас эди, барча беморларнинг 65% аёллар эди. Ёши бўйича беморларнинг энг кўп сони 18 ёшдан 44 ёшгача бўлган ёш гуруҳида – таққослаш гуруҳида 70 (60,9%) ва асосий гуруҳида 58 (55,8%).

Кўп ҳолларда аллогерниопластикани келтириб чиқарган этиологик касалликлар орасида иккала гуруҳ ҳам қорин бўшлиғига жарроҳлик аралашувидан ўтган: асосий гуруҳидаги беморларда 45% ва таққослаш гуруҳида 53% ҳолатлар. Иккинчи ўринни эркакларда қорин олд деворининг шикастланиши (33%), аёлларда эса Кесер кесиш (23%) эгаллади.

**"Қорин девори чурраларини жарроҳлик даволашнинг турли вариантларидан кейинги асоратларнинг клиник ривожланиши"** диссертациясининг учинчи бобида вентрал чурраларни жарроҳлик даволаш натижалари ва асоратларнинг сабаблари келтирилган. Бобнинг қисқача мазмуни операциясидан кейин такрорий вентрал чурралар ривожланишининг асосий сабабларини кўрсатган.

Вентрал чурралар бўйича операциялар нисбатан кўп амалга оширилади ва соғлиқни сақлашнинг барча тизимида бажарилади. Жарроҳлик даволаш усулини танлашга турли хил ёндашувлар ва уларнинг самарадорлиги нуқтаи назаридан ноаниқлик туфайли ушбу патологияга оид тактик жиҳатлар мунозарали масалалар тоифасида қолмоқда.

Хоразм вилоятидаги иккита тиббиёт муассасасидан 2018-2021 йиллар давомида таҳлил қилинган маълумотларга кўра, аслида беморларнинг учдан бир қисми (26,1,% - 57 кишидан 219 таси) вентрал чурраларнинг рецидив шакллари бўйича операция қилинган, бу эса самарасиз бирламчи аралашув эҳтимоли юқори эканлигидан далолат беради. Шунини инобатга олган ҳолда, биз вентрал чурраларни даволашнинг турли усуллари натижаларини таҳлил қилдик, чурранинг жойлашиши ва ҳажмига қараб жарроҳлик ёндашувлари самарадорлигининг ўзига хос жиҳатларига таъсир қилувчи омилларни аниқладик.

Натижалар вентрал чурралар учун турли позицияларда аллогерниопластикадан ўтган таққослаш гуруҳидаги 115 бемор ўртасида таҳлил қилинди. Шунини таъкидлаш керакки, операциядан кейинги даврда беморларнинг аксарияти (81%) бандажни тартибсиз ва нотўғри тақишган. Бу операциядан кейинги даврда тўқималарнинг асосий имплантни силжиши ва ишқаланишининг пайдо бўлишига ёрдам берди, бу сероманинг шаклланишини ва яллиғланишни кучайтирди.

Беморларнинг кўпчилиги Onlay ҳолатида амалиёт бажарилган, бу 74,8%ни ташкил этди. Sublay ҳолатидаги беморларнинг 16,6% In lay ҳолатидаги беморларнинг 8,6% операция қилинди (3.1-жадвал).

Жадвал 3.1

**Таққослаш гуруҳида турли позицияларда тугалланган  
аллогерниопластикалар**

Аралашув	Onlay	Sublay	In lay	Жами
Бирламчи чурра	35	8	3	46
Бирламчи операциядан кейинги чурра	29	6	4	39
Такрорий операциядан кейинги чурра	17	4	3	24
Такрорий постпротез чурра	5	1	0	6
Жами	86	19	10	115

Операциядан кейинги биринчи кунида 3 бемор дренаж тизимидан оз миқдорда қизил қон чиқди, улар гемостатик терапиядан сўнг тўхтади. Операциядан кейинги эрта асоратлар операциядан кейинги яра инфилтрацияси, серома тўпланиши ва яра йиринглаши, такрорий чурраларда (19 ҳолат) ва операциядан кейинги бирламчи чуррада (15 ҳолат) кўпроқ учрайди. Ярадан ташқари асорат 8 та ҳолат, операциядан кейинги плевропулмонар асорат; ўткир бронхит-3, операциядан кейинги постинтубацион пневмония-5. Операциядан кейинги 7-куни битта бемор операциядан кейинги компарт синдромидан вафот этди (3.2-жадвал2).

Жадвал 3.22

**Таққослаш гуруҳида операциядан кейинги эрта асоратларнинг  
частотаси**

Асорат	Бирламчи чурра		Операциядан кейинги бирламчи чурра		Рецидив чурра		Рецидив протездан кейинги чурра		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Қон кетиши (гематома)			1	2,5	1	4,1	1	16,6	3	2,6
Серома	3	6.5	7	17.9	9	37.5	3	50	22	19.1
Инфилтрат	1	2.2	2	5.1	2	8.2	1	16.6	6	5.2
Йиринглаш			2	5.1	4	16.4	1	16.6	7	6.08
Плеурупулмонар	2	4.3	2	5.1	1	4.1			6	6.08
ЎТЕ			1	2.5	1	4.1			2	1.7
Леталлик					1	4.1			1	0.9
Жами асоратлар	6	13.04	15	38.4	19	79.2	6	100	47	40.8

Бундан ташқари, ушбу асоратларнинг кўпи 27 беморнинг Onlay ҳолатида аллогерниопластикадан кейин аниқланган. Sublay позицияларида фақат бир нечта ҳолатлар бўлган ва Inlay позицияларида асорат умуман содир бўлмаган.

Onlay ва Inlay позицияларида аллогерниопластикадан кейин операциядан кейинги энг тез-тез учрайдиган асорат, бу операцион бўшлиқда серомаларнинг тўпланиши бўлиб, бу мос равишда 20,9% ва 19,1% ни ташкил қилади.

Фақат Sublay позицияларида операцион бўшлиқда инфилтратнинг шаклланиши етакчи ўринни эгаллади ва 15,7% ни ташкил этди, бу Onlay ҳолатига нисбатан 6,82 баравар юқори onlay ва Inlay ҳолатида 3 баравар юқори. Йиринглашнинг энг юқори даражаси Sublay ҳолатида кузатилди ва 10,5% ни ташкил этди, бу Onlay ҳолатига нисбатан 2,28 баравар юқори ва Inlay ҳолатига нисбатан 1,7 баравар юқори (3.3-жадвал).

Таққослаш гуруҳидаги барча 115 беморнинг 38/33% қисмида операциядан кейинги эрта асоратлар кузатилган. Беморларнинг 3%, беморларнинг қолган 77/66.6% эса операциядан кейинги эрта асоратлар бўлмаган.

### Жадвал 3.3

#### Турли позицияларда аллогерниопластикадан кейинги асоратлар сони (таққослаш гуруҳида)

Асорат	Onlay		Sublay		Inlay		Жами	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Қон кетиши (гематома)	3	3.4					3	2.6
Серома	18	20.9	2	10.5	2	20	22	19.1
Инфилтрат	2	2.3	3	15.7	1	10	6	5.2
Йиринглаш	4	4.6	2	10.5	1	10	7	6.1
Жами	27	31.9	7	36.8	4	40	38	33.1

Асоратларнинг йўқлиги бўйича onlay позицияси 76,6% билан етакчи ҳисобланади ва улар орасида энг орқада inlay қолгани 9% ни ташкил этган. Қизиғи шундаки onlay позицияси асоратлари бўлган беморлар орасида ҳам етакчи ҳисобланади, бунинг сабаби onlay позициясидан фойдаланишнинг юқори частотаси onlay, буни беморлар орасида onlay позициясининг устунлиги нисбати билан тушунтириш мумкин. Onlay позицияси асоратлари бўлган беморларда 3,85 marta, асоратлари бўлмаган беморларда 8,42 marta тез-тез қўлланилади.

Операциядан кейинги эрта асоратларни ва чурраларнинг жойлашишига қараб уларнинг нисбатларини ўргангандан сўнг, чурра жойлашган жойдан қатъи назар, энг тез-тез учрайдиган ва 69% ҳолларда кузатилганлиги

аниқланди. Операциядан кейинги эрта даврда қон кетиш латерал чурраси бўлган беморларда 2,36 марта кўп кузатилган.

Тиббиёт муассасаларида, айниқса периферияда, ушбу турдаги операция (Onlay позициялари) кўп ҳолларда амалга оширилади, чунки унинг бажарилиши sublay ва Inlay усулларига қараганда осонроқ. Кўпгина вилоят ва барча туман тиббиёт муассасаларида onlay усули қўлланилади. Хива туман тиббиёт бирлашмаси сўнгги 5 йил ичида чурралар учун sub-ва Inlay ҳолатида операция қилиш ҳолатлари умуман кузатилмаган. Вилоят даражада операцияларнинг тахминан 5-10% onlay позицияларида амалга оширилди.

Кўп ҳолларда Onlay позицияда чурра жарроҳлиги амалга оширилишининг сабаби, бу усул нафақат бошқа позицияларга қараганда техник жиҳатдан содда, жарроҳ қорин деворига нисбатан тажовузкор ҳаракатлар қилмайди, чунки бошқа усуллар қорин бўшлиғини апоневроздан ажратиш ёки parietal қорин пардасини кўндаланг қорин мушагидан ажратиши керак бўлади.

Жарроҳ кўп ҳолларда қорин бўшлиғини очмайди ёки уни очса ҳам, қорин бўшлиғида фаол манипуляцияни амалга оширмайди, айниқса операциядан олдин бузилмаган физиологик ҳолат, яъни операция давомида аниқланган чандиқлар деярли ажратилмайди, чунки бундай битишмалар билан операция олдин одатда ичак фаолият кўрсатиб турган.

Операциядан кейинги даврнинг Onlay позицияси билан жарроҳлик яраси осонликча назорат қилинади ва жарроҳ жараён тери ости ёғ тўқимасида ривожланади ва тери остига тушадиган жараён қорин бўшлиғига тарқалмаслигига кўпроқ ишонади, бошқа позициялар эса эҳтимолдан йироқ ва асоратлар хавфи юқори. Кўп ҳолларда Onlay ҳолатида юзага келадиган асосий асорат, Sublay ва inlay усулларидан фарқли ўлароқ, бемор учун ачинарли натижага- олиб келмайди, бу эса реллапаротомиядан кейин витал асоратларга олиб келади.

Дастлабки даврда дренаж трубкаси орқали қон чиқиши чурранинг ўрта жойлашуви бўлган битта беморда ва латерал жойлашуви бўлган 2 беморда кузатилган. Бу асорат гемостатик чоралардан сўнг бартараф қилинган. Шунини таъкидлаш керакки, барча беморлар пассив дренажда бўлган.

Дренаж трубкаси орқали серома чиқиш ҳодисаси 22,2% ҳолларда чурраларнинг ўрта жойлашуви ва 8% чурраларнинг латерал жойлашуви билан жуда кенг тарқалган бўлиб, бу медиал чурраларга қараганда 2,72 баравар кам учрайди.

Дренаж трубкаси орқали фибриноз-йирингли суюқликнинг чиқиши тез-тез бўлмаган ва чурранинг ўрта ҳолатида бўлган 8 беморда ва чурранинг латерал ҳолатида бўлган 5 беморда кузатилган, бу ўрта ҳолатга қараганда 1,6 баравар кам учрайди.

Жарроҳлик ярасидан турли хил суюқликларнинг (кулранг, инфилтрат, фибро-йирингли суюқлик) кўп миқдорда оқиши ва улар билан дренаж найчасининг тикилиб қолиши туфайли 5 та ҳолатда қайта дренажлаш амалга оширилган, шундан 4 таси медиал ва 1 таси латерал чурра эди (3.4-жадвал).

Дренаж трубкасини олиб ташлаш жуда муҳим нукта эди, операциядан кейинги даврга қараб, дренаж трубкаси операциядан кейинги қуйидаги вақт оралиғида олиб ташланди:

Дренажнинг энг қисқа давомийлиги операциядан кейин 2 дан 4 кунгача бўлиб, у 68 беморда кузатилган ва бу беморларнинг 5/58,9% медиал чурра ва 15/60% латерал чурралар билан;

Дренаж найча 4-7 кун операциядан кейин олиб ташлаш амалга оширилди ( 15 бемор), ва улардан 4 чурраси бир латерал чурра бўлиб, медиал чуррадан деярли 3 марта нисбатан камроқ;

**Жадвал 3.4**

**Чурралар жойлашишига қараб аллогерниопластикадан кейинги даврнинг кечиши**

Мезонлар	Медиал чурраларда 90		Латерал чурраларда 25		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дренаж орқали қон	1	1,1	2	8	3	2,6
Дренаж орқали серома	20	22,2	2	8	22	19,1
Дренаж орқали фибриноз-йирингли суюқлик	8	8,8	5	20	13	11,3
Қайта дренажлаш	4	4,4	1	4	5	4.34
Дренажни 2-4 кун давомида олиб ташлаш	53	58,9	15	60	68	59,1
Дренажни 4-7 кун олиб ташлаш	11	12,2	4	16	15	13.04
7-10 кунда дренажни олиб ташлаш	16	17.8	4	16	20	17.4
1-2 ойдан кейин дренажни олиб ташлаш	10	11.1	2	8	12	10.4

Жарроҳликдан кейин 7-10 кун ичида дренажни олиб ташлаш жуда кенг тарқалган бўлиб, 20 беморда амалга оширилди, шундан 16 бемор чурра медиал жойлашган эди, бу латерал жойлашувга қараганда 4 баравар кенг тарқалган;

Дренаж найчасини қўйишнинг энг узок даври операциядан 1-2 ой ўтгач эди. Дренаж найчасини қўйишнинг бундай узок муддати 12 беморда кузатилган, улардан 10 тасида медиал ҳолатдаги чурра бор эди. Ушбу маълумотлар операциядан кейинги асоратларни бартараф этиш бўйича қўлланиладиган чора-тадбирларнинг самарасизлигини кўрсатади.

Операциядан кейинги эрта асоратларни ҳал қилишда қуйидаги маълумотлар олинган:

Гемостатик чоралар 3 беморда қўлланилган ва уларнинг барчаси onlay ҳолатида операция қилинган. Барча гемостатик чоралар қон кетишини тўхтатишда тўлиқ ижобий таъсир кўрсатди;

Антибактериал терапия 7 беморда қўлланилган, улардан 4 onlay ҳолатида, 2 таси sublay ҳолатида ва 1 бемор inlay ҳолатида операция қилинган. Антибактериал терапиядан фойдаланиш inlay ҳолатига қараганда onlay ҳолатида 4 marta кўп амалга оширилди. Ушбу муолажаларни барчаси жарроҳлик ярасининг йиринглашини даволашда тўлиқ ижобий таъсир кўрсатди. Антибактериал терапия sublay ҳолатида узоқроқ ўтказилди;

22 беморда жарроҳлик бўшлиғи пункциялари ўтказилди, улардан 18 onlay ҳолатида, 2 таси sublay ҳолатида, қолган иккитаси inlay ҳолатида операция қилинди. Жарроҳлик бўшлиғи onlay пункциялари onlay ҳолатида sublay ва inlay ҳолатларига қараганда 9 marta кўп амалга оширилди.

Аллогерниопластика ҳолатига қараб, кеч даврда операциядан кейинги асоратларни ўрганилганда:

полипропилен тўрли протезнинг бужмайиши 7 беморда кузатилган. Onlay ва sublay позицияларида бу асорат энг кенг тарқалган бўлиб, onlay ҳолатига эга бўлган 4 беморда ва sublay ҳолатига эга бўлган 2 беморда, бу inlay ётиш ҳолатига қараганда 6 барабар кўп; тери протез оқмаси 8 беморда юзага келган, улардан 7 таси Onlay, улардан 1 sublay ҳолатида позицияси операция қилинган. Тери протез оқмасининг onlay ҳолатида ривожланишининг энг кўп намоён бўлиши, бу sublay ҳолатига қараганда 7 барабар кўп учрайди; парапротез чурранинг ривожланиши аллогерниопластиканинг операциядан кейинги барча кеч асоратлари орасида энг салбийси ҳисобланади, чунки патология ушбу касаллик дастлаб бўлган жойда такрорланади. Жарроҳ психологияси билан тиббий амалиётнинг бундай натижаси мос келмайди. Бундай асоратлар 6 беморда кузатилган. Яна ҳаммаси onlay ҳолатида. Бошқа барча позицияларда бу асорат умуман кузатилмади. Бизнинг тадқиқотимизда қизиқ нарса шундаки, пайдо бўлган бу чурра жарроҳлик пайтида бартараф этилган ва устига имплант қўйилган бирламчи нуқсондан чиқди. Қорин олд деворида янги ҳосил бўлган нуқсон орқали протездан кейинги чурра ҳосил бўлиб, ҳаммаси эски нуқсондан чиққан (3.1-расм).

Қорин олд деворининг инфилтрати 4 беморда кузатилган, улардан 2 таси sublay ҳолатида, 2 таси inlay ҳолатида. Нима энг қизиқарли қорин олд деворининг яширин инфилтрати, onlay ҳолатда кузатилмаган;



### 3.1-расм. Операциядан кейинги кеч асоратларнинг ҳар хил турларининг частотаси

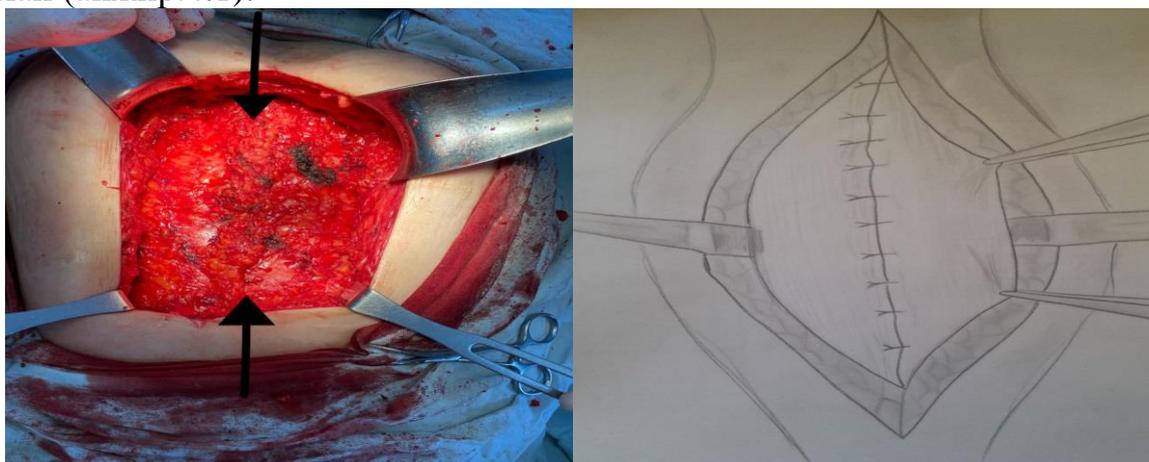
Қорин олд деворининг хўппози 5 беморда кузатишган, улардан 1 onlay ҳолатида, 2 таси sublay ҳолатида ва 2 таси inlay ҳолатида. Қорин олд деворининг хўппозининг энг кўп намоён бўлиши sublay ва inlay позицияларида, 4 беморда кузатишган, бу onlay позицияларига қараганда 2 баравар кўп onlay-позициясида учрайди.

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида ушбу барча тестларни ўтказгандан сўнг, биз аллогернипластикада операциядан кейинги асоратларни ривожланишида бир нечта асосий омилларни ажратиб кўрсатдик.

Диссертациянинг тўртинчи бобида "Қорин олд деворининг чурраларини даволашни такомиллаштириш" усули тасвирланган.

**Усул қуйидагича амалга оширилади.**

**Биринчи босқич.** Чурранинг кесиш (масалан, 7\*5\*3 см катталиги бўлган чурра), чурра эксизиясидан сўнг, фасция ва апоневрознинг қирралари рецидивнинг табиий жойида -парапротез/ такрорий чурранинг чиқиши, монополипропилен билан мовий ранг HR-35 ип билан узлуксиз тикилади билан (анжир.4.1).



**Рис. 4.1-расм. Рецидивнинг табиий жойида фасция қирралари ва апоневрозни тикиш**

**Иккинчи босқич.** Чурра кесмасининг ўлчамларини ўлчаш учун стерил ўлчагичдан фойдаланинг: кенглиги ва узунлиги. Қайчи керакли ўлчамдаги 2

та тўр имплантини кесиб ташлади, полипропилендан тайёрланган тўр имплантидан фойдаланинг.

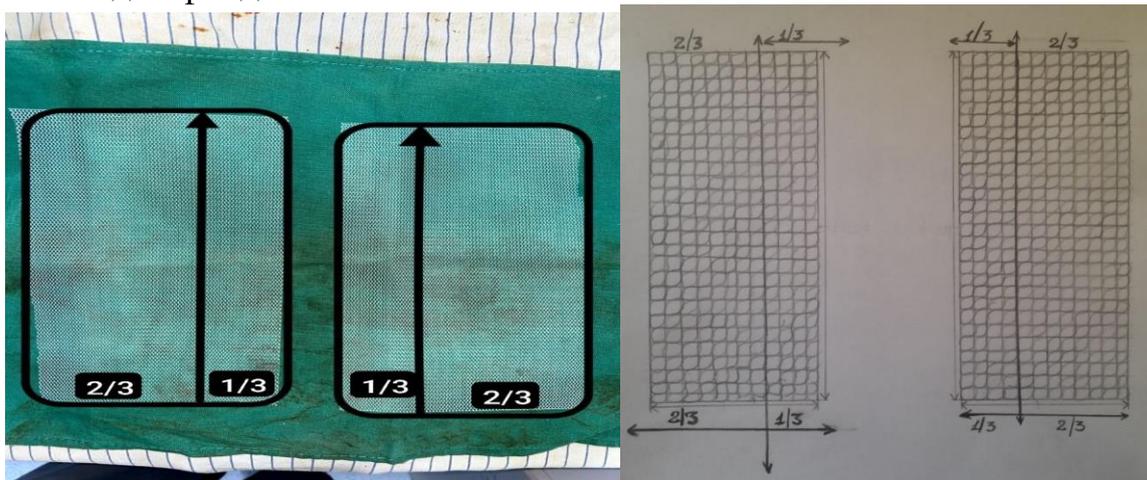
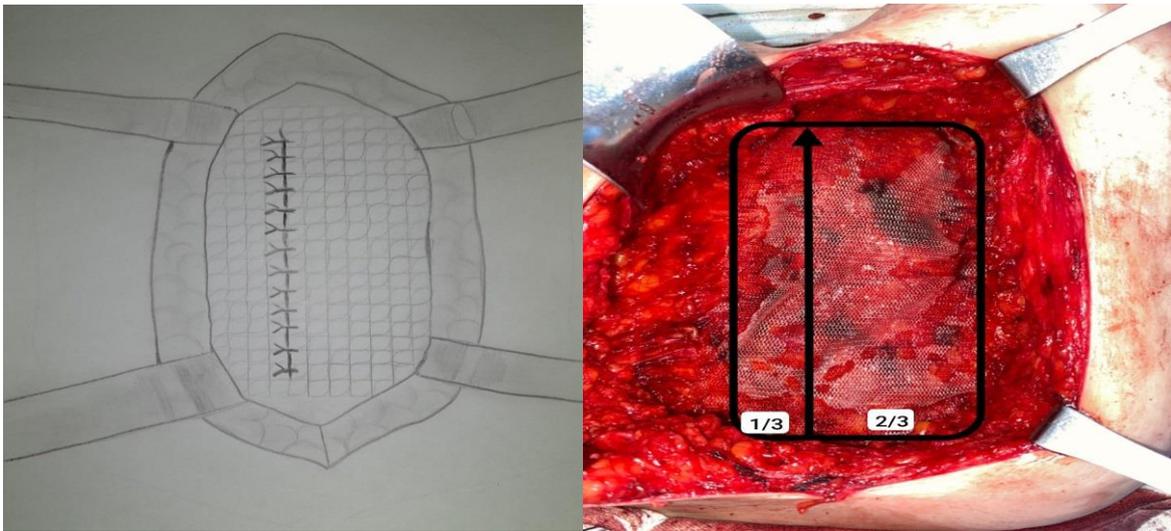


Рис. 4.2-расм. 2 та Тўр имплантлари қайчи билан кесилади

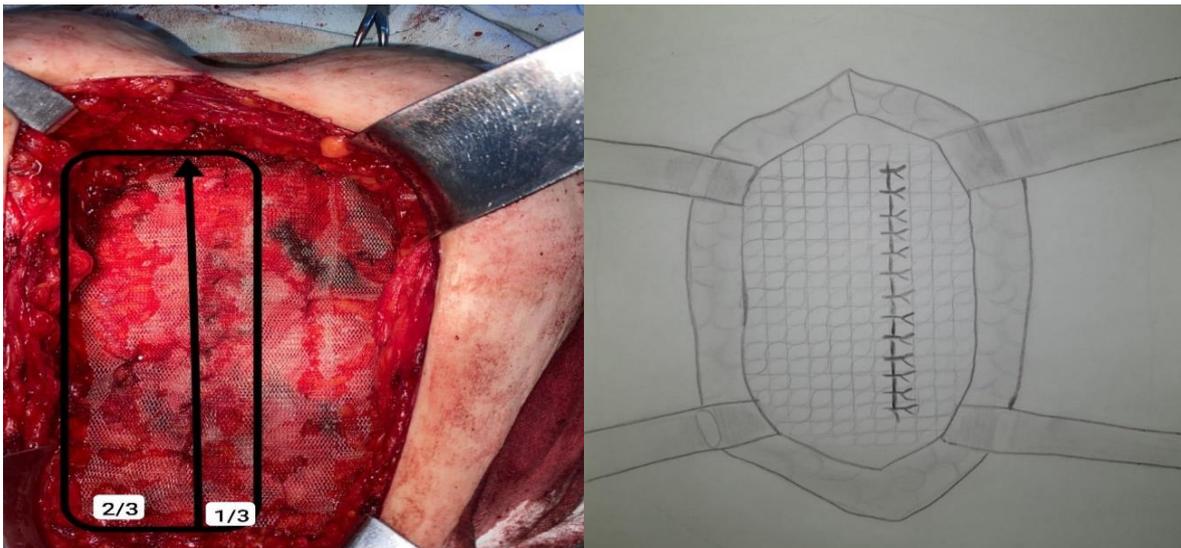
Имплантнинг қирралари қайчи билан текисланади (4.2-расм). Тўр имплантнинг узунлиги табиий тақдорланиш жойидаги тикув узунлигидан 1-1 га ошади. Ҳар бир учида 5 см. Имплантнинг *minimal* кенглиги 6 см. Рецидивнинг табиий жойининг четидан *minimal* масофа 4 см, қолган 2 см рецидивнинг табиий жойининг тикувининг қарама-қарши томонига ўтади.

**Учинчи босқич.** Биринчи тўрли *implant* чап томонга, рецидивнинг табиий жойининг четидан *minimal* масофада жойлаштирилади (масалан, у 4 см, яъни  $2/3$ , қолган 2 см, яъни  $1/3$ , табиий жойнинг тикувидан қарама-қарши томонга ўтади. Биринчидан, тўрнинг четидан 0,3-0,5 см орқага чекиниб, тўр имплантациясининг *distal* қирраси бўйлаб узлуксиз тикув амалга оширилади. Юк остида кучланишни тенг равишда тақсимлаш учун тўр имплантнинг енгил таранглиги қўлланилади, сўнгра тўр имплантациясининг  $2/3$  қисми ўртасида, рецидивнинг табиий жойининг тикувидан тахминан 2 см масофада иккинчи узлуксиз тикув қилинади. Қўшимча барқарорлик ва кучланишни қайта тақсимлаш учун-кучланиш тенг тақсимланади апоневроза ва пайванд имплантида. Кейинги чок (узлуксиз чок) тўр (тўр жойлаштирадиган) четига 0,5 см чекиниб, тўр (тўр жойлаштирадиган а)  $1/3$  бўлган жойлаштирадиган проксимал четига), оширилади (4.3-расм).



**Расм 4.3. Биринчи тўр имплантацияси чап томонга жойлаштирилган**

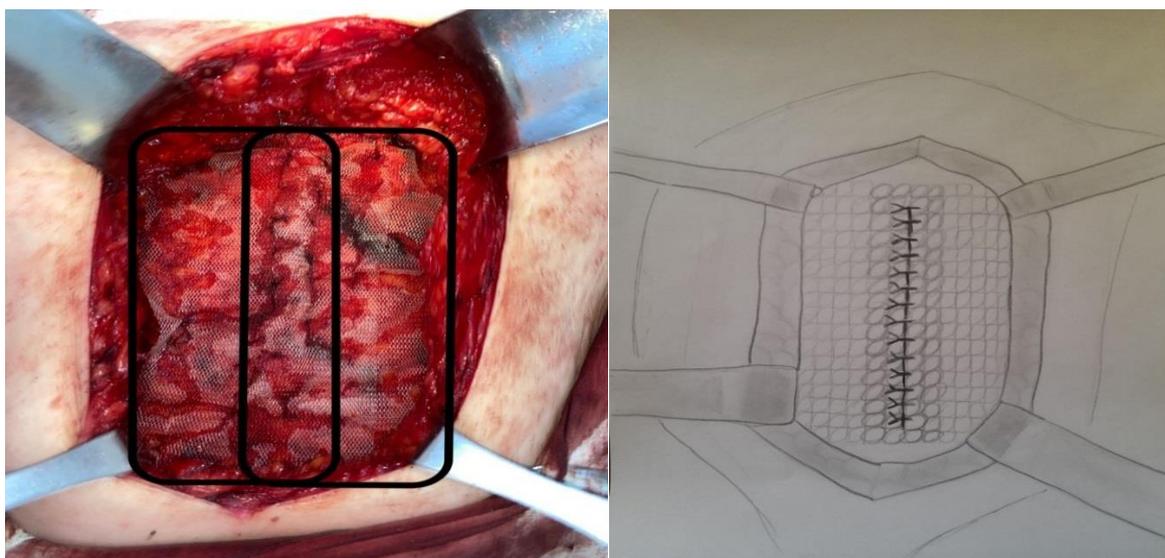
Иккинчи тўрли implant ўнг томонга жойлаштирилади, рецидивнинг табиий жойининг четидан *minimal* масофа 4 см, яъни 2/3, қолган 2 см, яъни 1/3, релапснинг табиий жойининг тикувидан қарама-қарши томонга ўтади (расм. 4.4).



**Рис. 4.4-расм. Иккинчи тўр имплантацияси ўнг томонга жойлаштирилган**

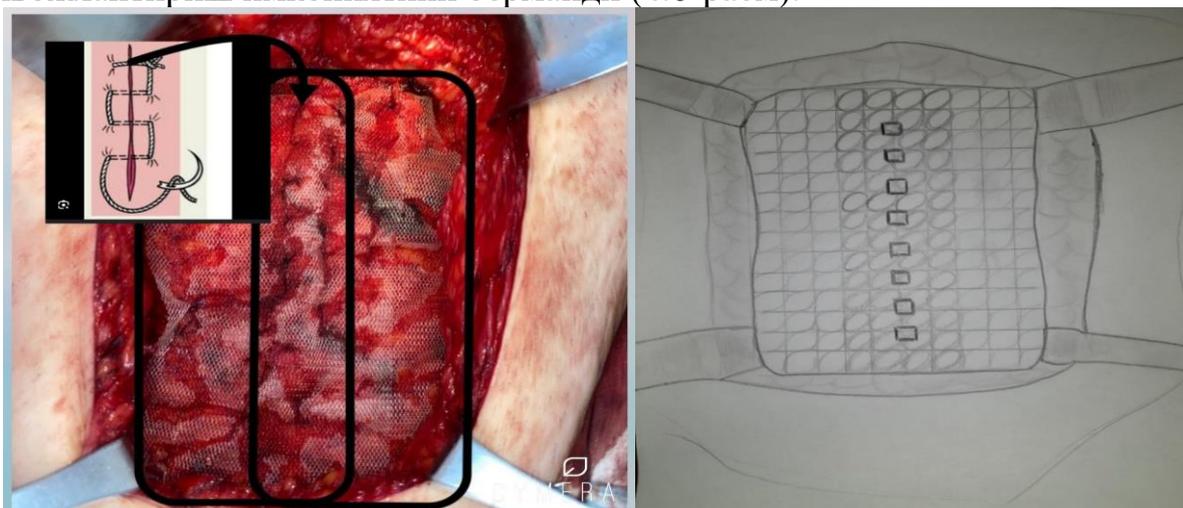
Биринчидан, тўрнинг четидан 0,3-0,5 см орқага чекиниб, тўр имплантининг *distal* қирраси бўйлаб узлуксиз тикув амалга оширилади. Юк остида кучланишни тенг равишда тақсимлаш учун тўр имплантининг заиф кучланиши қўлланилади, сўнгра тўр имплантининг 2/3 қисми ўртасида, рецидивнинг табиий жойининг тикувидан тахминан 2 см масофада иккинчи узлуксиз тикув амалга оширилади. Қўшимча барқарорлик ва кучланишни қайта тақсимлаш учун-кучланиш имплантида тенг равишда, апоневроз ва тўр имплант соҳасида. Кейинги узлуксиз чок, тўр (тўр жойлаштирадиган) четига 0,5 см чекиниб, тўр (тўр жойлаштирадиган) 1/3 бўлган жойлаштирадиган проксимал четига амалга оширилади. Ва шундан сўнг, табиий рецидив

соҳасида полипропилен имплантдан тайёрланган икки қатламли тўр қопқоғи ҳосил бўлади (4.5-расм)..



**Рис. 4.5-расм. Иккала тўр имплантлари ҳам тикилган**

**Тўртинчи босқич.** Бу (ҳар бир п-симон шаклидаги чок 0,5 см масофада, тикувга апоневроз қўшилиши билан икки қатламли тўр қопқоғи (полипропилен имплантнинг дубликацияси) соҳасида п-симон шаклидаги чок қўйишдан иборат. Шундай қилиб, табиий рецидив жойида апоневрозлар ўртасида битта узлуксиз тикув ҳосил бўлади; икки қатламли тўрли implant билан иккита узлуксиз тикув, кучланишни бир текис тақсимлаш учун-тўр имплантацияси соҳасидаги апоневрозда кучланиш тенг равишда ва тармоқ имплантацияси билан боғланган п-симон шаклидаги чок. апоневрознинг иккала томони ва тўр имплантациясининг 2 қатлами, бу кучланиш-кучланиш комбинациясининг бир текис тақсимланишини ва рецидивнинг табиий жойининг барқарор, кучли химоясини ҳосил қилади, бу рецидивни ривожлантириш имкониятини бермайди (4.6-расм).



**Рис. 4.6-расм. Икки қаватли тўр қопқоғи соҳасида п-симон шаклидаги чок қўйиш**

**Бешинчи босқич.** Ярадан сероманинг чиқиб кетишини яхшилаш ва тезроқ шифо бериш учун иккита дренажни ўрнатинг, бири чап ва иккинчиси кесма жойининг ўнг томонига. Дренажларни маҳкамлаш (4.7- расм).

**Олтинчи босқич.** Тери ости ёғ тўқимасини викрил иплари билан тикиш. Жараёнга қараб терига косметик ёк узлукли чоклар қўйилади.



**Рис. 4.7-расм. Иккита Редон дренаж тизимини яратиш**

**Вентрал чурраларни жарроҳлик даволашда аллогерниопластика усули.**

**Ихтиро** Вентрал чурраларни жарроҳлик даволашда аллогерниопластика усули билан боғлиқ, шу жумладан чурра қопини изоляция қилиш билан ўрта лапаротомия, чурра қопини очиш, майдонни аллогерниопластика учун тайёрлаш, чурра дарвозасининг ҳажмини аниқлаш, полипропилен тўрни кесиш. Чурра дарвозанинг четларига дренаж ва қатламли тикув, иккита усул қўлланилиши билан тавсифланади: бунинг учун рецидивнинг табиий жойининг тикувидан биринчи тўр қатламининг 2/3 қисми чап томонга ўрнатилади. Апоневрознинг қирраси ва биринчи тўрнинг 1/3 қисми. рецидив табиий жойининг тикув қатлами апоневрознинг ўнг четига, рецидив табиий жойининг тикувидан иккинчи тўр қатламининг 1/3 қисми апоневрознинг чап четига ва 2/3 қисмига ўрнатилади. Табиий жойининг тикувининг биринчи тўр қатлами. рецидив апоневрознинг ўнг четига ўрнатилади ва рецидивнинг табиий жойининг тикувидан иккинчи тўр қатламининг 2/3 қисми апоневрознинг чап четига ўрнатилади. Рецидивнинг табиий жойининг тикувидан тўрнинг иккинчи қатлами апоневрознинг ўнг четига бир хил кучланиш ҳосил бўлиши билан ўрнатилади, тўрнинг distal қирралари эса апоневрознинг четларига узлуксиз тикув билан маҳкамланади, кейин тўрнинг биринчи қатлами иккинчи қатлам билан тикилади - п-симон шаклли чок қўйилади, тикувга апоневроз қўшилиши билан, тикувлар орасидаги масофа 0,5 см. га тенг.

**Даъво қилинган усулнинг афзаллиги:**

А) Бизнинг усулимиз дубликат шаклида икки қаторли панжарадан фойдаланади, ҳар бир панжаранинг 2/3 қисми чап томонга, иккинчиси апоневроз четининг ўнг томонига бириктирилган, бир хил кучланиш-

кучланиш ҳосил бўлиши билан, апоневрознинг катта қисмининг ўзаро боғлиқлиги туфайли. ҳар бир томони ва узлуксиз тикув билан тикув томонидан таъқиб табиий ва қарама-қарши томонида ҳар бир тўр 1/3 ўтиш бўйича кўпайтирилади.

Б) Тўғридан-тўғри п-симон чок билан биз тўр дубликациясини тўғридан-тўғри қорин бўшлиғида ёпилган тикувга мустаҳкамлаймиз, у герметик ва маҳкам ёпилади, кесма жойини барқарор сақлайди.

Шундай қилиб, таклиф қилинган усул аллогерниопластикани амалга ошириш учун оптималлаштирилган кўрсаткичлар билан биргаликда қорин олд деворининг пластик жарроҳлигининг янгилиги ва ишончилиги билан ажралиб туради. Patent (ихтиро учун patent. ИАП 07415, 24.05.2023) ушбу усул учун Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигида олинган ("Вентрал чурраларни химоя йўли билан даволашда аллогерниопластика усули").

Бундан ташқари, эндопротез жойида фибрознинг ривожланиши деформацияларга ва бужмайишларга олиб келади. Чунки бужмайишлар ҳақиқатан ҳам мавжуд бўлган жараёнدير. Бу кўпол толали бириктирувчи тўқималарнинг ҳаддан ташқари ўсиши билан содир бўлади, бу имплантнинг бириктирилган жойидан ҳаракатланишига олиб келади ва бужмайишларга олиб келади. Дубликат усули имплантнинг аралашishi ва буришиши жиҳатидан толали бириктирувчи тўқималарнинг кўпол тарқалишига қарши туради, чунки механик каркас анъанавий усулга қараганда анча кучли.

Асосий гуруҳдан 48 (46,1%) бемор янги жарроҳлик усулидан фойдаланилган, бунинг учун ихтирога patent олинган. Барча 48 бемор Onlay операциясидан ўтди.

Ушбу model lateral чурраси бўлган 19 (18,2%) беморларда ишлатилган. Улар орасида Onlay-8 (42,1%) бемор, Sublay-5 (26,3%) бемор ва Inlay-6 (31,5%) бемор. **Ушбу усул учун фойдали model патенти олинган** (табл. 4.1-жадвал1)..

**Жадвал 4.11**

**Асосий гуруҳдаги беморларни жарроҳлик турлари бўйича тақсимлаш**

№	#	Onlay	Sublay	Inlay	Жами
1.	Янги усул	48	0	0	<b>48</b>
2.	Фойдали model	8	5	6	<b>19</b>
3.	Бошқа усуллар	24	5	8	<b>37</b>
	<b>жами</b>	<b>80</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>104</b>

Бошқа усуллар 37 (35,6%) беморларда қўлланилган. Улардан 24 (64,8%) бемор Onlay ҳолатидан Sublay -5 (13,5%) бемор ва Inlay позицияларида-8 (21,6%) бемор еди.

Асосий гуруҳдаги жами 104 беморга Onlay ҳолатидан 80 (76,9%) бемор, Sublay-10 (9,6%) бемор ва Inlay позицияда-14 (13,5%) бемор киритилган.

Таҳлил қўйидаги хулосага келиш имконини берди:

Қорин олд деворининг аллогерниопластикасининг таклиф қилинган янги усули дубликат шаклида икки қаторли тўрдан фойдаланади, ҳар бир тўрнинг 2/3 қисми апоневроз қиррасининг чап томониға, иккинчиси эса ўнг томониға бириктирилган. Ўзаро боғлиқлик туфайли бир хил кучланиш-кучланиш шаклланиши билан, ҳар бир томонда апоневрознинг катта майдони ва уларнинг қарама-қарши томонда ҳар бир тўрнинг табиий рецидив жойи такрорий тўр билан уланиши, сўнгра узлуксиз тикув. Тўғридан-тўғри п-симон шаклидаги тикув билан биз такрорий тўрни тўғридан-тўғри қорин бўшлиғида ёпилган тикувға мустаҳкамлаймиз, у герметик ва маҳкам ёпилади ва кесма жойини барқарор сақлайди.

Операциядан кейинги эрта даврда комбинацияланган физиотерапия учун БТЛ-5000 серияли паст частотали ултратовуш аппарати ёрдамида БТЛ-5720 СОНО модели маҳаллий қон айланишини яхшилашға имкон берди, бу метоболизмнинг яхшиланишиға, ҳароратнинг ошиши билан қон томирларининг кенгайишиға олиб келди ва шу билан капилляр ўтказувчанликни оширади, бу эса серомани тез сўрилишиға олиб келди. Гелнинг золға айланиши фибриногеннинг фибринға, гематомалар ва шишларнинг гелға айланишидан келиб чиқади. Амалдаги ултратовуш бу гелни эритади ва реабсорбцияни тезлаштиради. Фибриногеннинг фибринға айланиши шифо жараёнининг асосий характеристикаси ҳисобланади.

Қуйидаги тавсиялар ҳам таъкидланган:

Операциядан кейинги эрта асоратларнинг, операциядан кейинги аллогерниопластиканинг етарли даражада олдини олиш учун тери ости ёғ тўқимасини мутлақ иммобилизация қилиш учун паст частотали ултратовуш терапиясини маҳаллий қўллаш ва икки кун давомида кечаю кундуз бандаж кийишни ўз ичига олган мураккаб чораларни қўллаш керак.

Бўшлиқни ёпиш жараёнини тезлаштириш ва яллиғланишға қарши мақсадларда операциядан олдин 1 мл Дипраспанни parenteral юбориш тавсия этилади ва операциядан кейинги даврда 1-3 кун ичида 1 мл тери остидаги бўшлиғиға 15 дақиқа давомида таъсир қилиш билан дренаж трубкаси орқали киритилди.

Операциядан кейинги ярани иккита Редон дренаж тизимини яратиш ёрдамида амалға оширилиши керак.

Диссертациянинг бешинчи бобида **“Қорин олд деворининг чурралари учун турли хил даволаш усулларининг натижалари ва қиёсий баҳолаш”**. Қиёсий гуруҳдаги беморларни ўрганиш ва такрорий қорин чурралари ривожланишининг бир қанча асосий сабабларини топиш, табиий такрорланиш жойида жарроҳлик усули ўзгартирилди, операциядан кейинги реабилитацияни яхшилаш ва тезлаштириш чоралари кўрилди. Шундан сўнг, қорин олд деворининг чурраси бўлган беморларни операция ва операциядан кейинги реабилитациядаги ўзгаришлардан кейин ижобий натижаларнинг яхшиланиш даражасини баҳолаш мақсадида асосий гуруҳдаги беморларни батафсил ўрганиш ўтказилди. Асосий тадқиқот гуруҳи 104 бемордан иборат бўлиб, улар орасида аллогерниопластика турли усуллар бўйича ўтказилган.

Операция усуллари гуруҳлар орасида таққослаганда жуда яқин бўлган натижалар кўрсатилди. Onlay позициясини танлаган ҳолда аллогерниопластика операцияси энг кўп ишлатиладиган усул бўлиб, бу 75,7% ҳолатларда амалга оширилган, шулардан 86/51,8% бемор солиштириш гуруҳида, қолгани 80/48,2% ( $\chi^2=9,692857143$ ;  $df=2$ ; ишончли  $p<0,007$ ) (жадвал 5.1).

**Жадвал 5.1**

**Қорин олд девори чурраларини жарроҳлик даволашнинг асосий тури бўйича беморларни тақсимлаш.**

Операцион тури	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Onlay</b>	86	74.7	80	76.9	166	75.7
<b>Sublay</b>	19	16.6	10	9.6	29	13.3
<b>Inlay</b>	10	8.7	14	13.5	24	11
<b>жами</b>	115	100	104	100	219	100
$\chi^2=9,692857143$ ; $df=2$ ; <b>достоверно <math>p&lt;0,007</math></b>						

Аллогерниопластика ҳолатига қараб операциядан кейинги турли хил асоратларнинг частотасини ўрганишда таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳ ўртасида куйидаги натижаларга эришилди:

Иккала гуруҳ орасида энг кўп ишлатиладиган Onlay позицияси билан беморларнинг 166/75,7% операциядан кейинги асоратларнинг энг паст даражасига эга эди, бу асосий гуруҳ беморларида бу жиҳатдан сезиларли устунликка эга эди. Операциядан кейинги асоратларнинг ҳар бир турини гуруҳлар ўртасида аллогерниопластиканинг Onlay позицияси билан таққослаб, асосий гуруҳ беморларида аниқ ижобий тенденцияни кўриш мумкин. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 3,4 фоизида қон кетиши кузатилди, бу асосий гуруҳдаги беморларга қараганда 2,61 (беморларнинг 1,3%) баравар кўп. Қорин олд деворининг ҳосил бўлган бўшлиғида серомаларнинг тўпланиши асосий гуруҳдаги беморларнинг 10 фоизида кузатилган, бу таққослаш гуруҳидаги беморларга қараганда 2,09 баравар кам (20,9%). Ҳосил бўлган бўшлиқда инфилтратнинг тўпланиши асосий гуруҳдаги беморларнинг 1,3 фоизида кузатилган, бу қиёсий гуруҳдаги беморларга қараганда 1,9 баравар кам. Операцион жароҳатни йиринглаш жараёнининг ривожланиши асосий гуруҳдаги беморларнинг 2,6 фоизида кузатилган, бу таққослаш гуруҳига қараганда 1,76 баравар кам. Операциядан кейинги плевра-ўпка асоратлари бир хил частотада иккала гуруҳда ҳам кузатилган (беморларнинг 2,4%). Onlay позициясига эга бўлган иккала гуруҳда ўлим кузатилмади. Иккала гуруҳда ҳам ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги мавжуд эмас эди. Умуман, операциядан кейинги асоратлар

таққослаш гуруҳи (17,5%) нисбатан 1,92 марта кам тарқалган асосий гуруҳ, беморларига 33,7% қараганда (ДФ =6; сезиларли даражада  $p < 0.003$ );

Sublay позициясини танлаган беморларда ижобий натижалар тенденцияси Onlay позициясига ўхшаш ҳолда сақланади, бироқ, ёлғиз ўлим ҳолати бутун танланган намунанинг фақат солиштириш гуруҳида Sublay позициясида кузатилган, лекин асосий гуруҳда бундай салбий натижалар йўқ. Тафсилотлар билан айтганда, ҳар икки гуруҳда ҳам қон кетиш ҳолати кузатилмаган. Шаклланган бўшлиқда сероманинг тўпланиши солиштириш гуруҳида 10% ва асосий гуруҳда 10,5% беморларда кузатилди. Шаклланган бўшлиқда инфилтратнинг тўпланиши асосий гуруҳда 1 беморда ва солиштириш гуруҳида 3 беморда кузатилди. Операцион жароҳатни йиринглаши асосий гуруҳда 1 беморда, солиштириш гуруҳида эса 2 беморда кузатилган. Ўткир юрак-қон томир етишмовчилигининг асоратлари бир хил частотали иккала гуруҳда ҳам кузатилди (ҳар бир гуруҳдаги 1та беморда). Таққослаш гуруҳидаги 1 беморда ва таққослаш гуруҳидаги 2 беморда плевра-ўпка асоратлари кузатилди. Умуман олганда, операциядан кейинги асоратлар таққослаш гуруҳида 57,9% беморларда кузатилди ( $\chi^2 = 7$ ;  $df = 6$ ; ишончсиз  $p > 0,05$ ).

**Жадвал 5.2**

**Турли усуллардан кейин ерта асоратларнинг частотаси**

Асоратлар	Onlay		Sublay		Inlay		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Таққослаш гуруҳ</b>								
Қон кетиши (гематома)	3	3.4	-	-	-	-	3	2.6
Серома	18	20.9	2	10.5	2	20	22	19.1
Инфилтрат	2	2.3	3	15.7	1	10	6	5.2
Йиринглаш	4	4.6	2	10.5	1	10	7	6.1
Плевро-ўпка	2	2.3	2	10.5	1	10	5	4.3
Ў. Ю.К.Т. етишмовчилиги	0	0	1	5.2	1	10	2	1.7
Леталлик	0	0	1	5.2	0	0	1	0.9
Асорат кузатилган	29	33.7	11	57.9	6	60	46	40
Асорат кузатилмаган	57	66.3	8	42.1	4	40	69	60
<b>Асосий гуруҳ</b>								
Қон кетиши (гематома)	1	1.3	-	-	-	-	1	0.9
Серома	8	10	1	10	1	7.1	10	9.6
Инфилтрат	1	1.3	1	10	--	-	2	1.9
Йиринглаш	2	2.6	1	10	1	7.1	4	3.8
Плевро-ўпка	2	2.5	1	10	1	7.1	4	3.8
Ў. Ю.К.Т. етишмовчилиги	0	0	1	10	1	7.1	2	1.9
Леталлик	-	-	-	-	-	-	-	-
Асорат кузатилган	14	17.5	5	50	4	28.5	23	22.1
Асорат кузатилмаган	66	82.5	5	50	10	71.5	81	77.9
Мезон $\chi^2$	$\chi^2 = 28.9$ ; $df = 6$ ; сезиларли $p < 0.05$							

Inlay позициясини килинган беморларда аллогерниопластика натижаларининг яхшиланиш тенденцияси асосий гуруҳда, таққослаш гуруҳига қараганда анча юқори бўлган. Хосил бўлган бўшлиқда

серомаларнинг тўпланиши асосий гуруҳдаги беморларнинг 7,1 фоизида кузатилган, бу таққослаш гуруҳига қараганда 2,81 баравар кам.

Хосил бўлган бўшлиқда инфилтратнинг тўпланиши асосий гуруҳдаги беморларда ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 10 фоизида кузатилган.

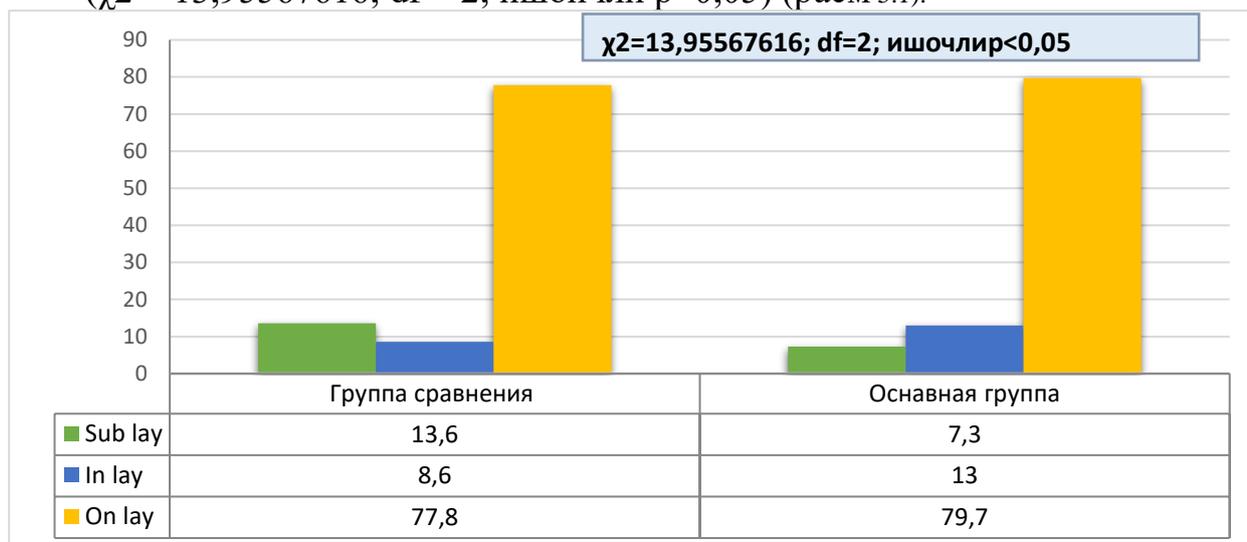
Операцион жароҳни йиринглаш жараёнининг ривожланиши иккала гуруҳдаги 1 беморда кузатилди. Ўткир юрак-қон томир етишмовчилигининг асоратлари бир хил частотали иккала гуруҳда ҳам кузатилди (ҳар бир гуруҳдаги 1 беморда). Плевропулмонар асоратлар ўткир нафас етишмовчилиги каби асоратлар кузатилмаган. Умуман олганда, операциядан кейинги асоратлар асосий гуруҳдаги беморларнинг 28,5 фоизида содир бўлган, бу таққослаш гуруҳига қараганда 2,1 баравар кам учрайди. ( $\chi^2 = 1$ ;  $df = 6$ ; ишончсиз  $p > 0,05$ ).

Операциядан кейинги асоратлари бўлган беморлар сони асосий гуруҳда аллогерниопластика позициялари бўйича тақсимланмаган ҳолда 22,1% ни ташкил этади, солиштириш гуруҳида эса бу 60 % ни ташкил этади, бу асосий гуруҳга нисбатан 2,7 баробар кўп ( $\chi^2 = 28,9$ ;  $df = 6$ ; ишончли  $p < 0,05$ ) (жадвал 5.2). Солиштириш гуруҳи ва асосий гуруҳ ўртасида ҳисоблашда натижалар қуйидагича бўлган:  $\chi^2 = 20,5$ ;  $df = 3$ ; ишончли  $p < 0,05$ .

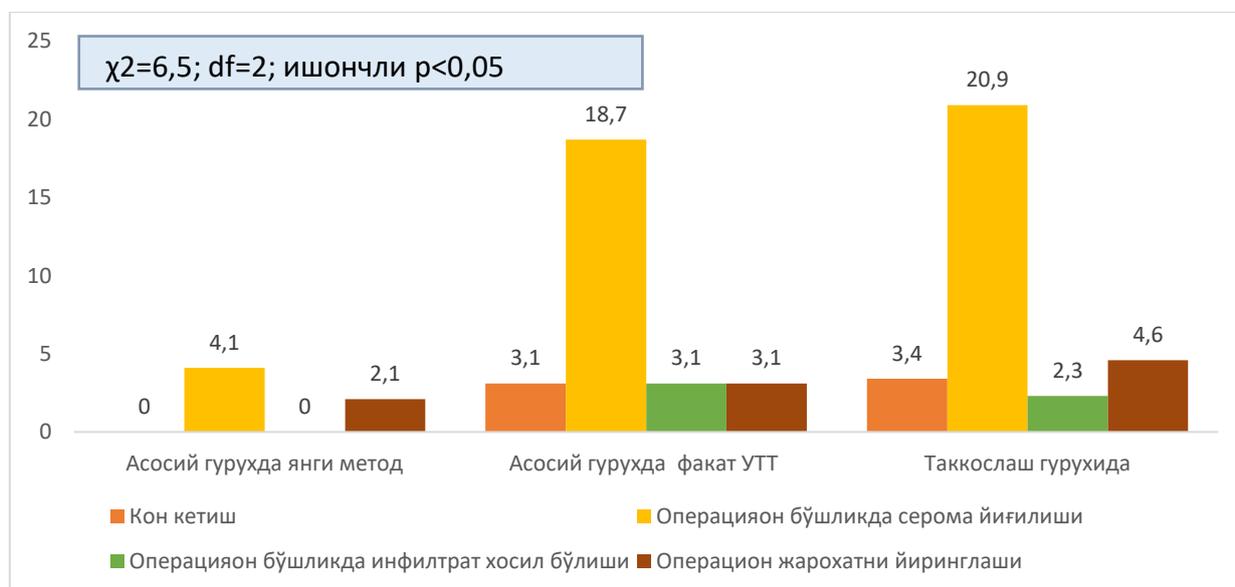
Операциядан кейинги реабилитациянинг чуқур ўрганилиши учун, операциядан кейинги муддатда беморларнинг саломатлигини кузатиш ишлари олиб борилди. Бу жараён, аллогерниопластика усули ва операциядан кейинги реабилитация чораларининг ижобий таъсирини исботлаш мақсадида амалга оширилди.

Солиштириш гуруҳида операциядан кейинги муддатда кузатилган беморлар сони 104 беморни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда 84 бемор кузатилган. Солиштириш гуруҳидаги 104 бемордан 81/77,8% беморлар Onlay позициясида, 14/13,46% беморлар Sublay позициясида, ва 9/8,6% беморлар Inlay позициясида операция қилинган. Асосий гуруҳ беморларида эса, Onlay, Sublay ва Inlay позицияларида операция қилинган беморлар сони солиштириш гуруҳига нисбатан катта фарқ қилмайди, бу эса натижаларни аниқ ёритишга ёрдам беради. Асосий гуруҳдан 84 бемордан 67/79,7% беморлар Onlay позициясида, 6/7,3% беморлар Sublay позициясида, ва қолган 11/13% беморлар Inlay позициясида операция қилинган

( $\chi^2 = 13,95567616$ ;  $df = 2$ ; ишончли  $p < 0,05$ ) (расм 5.1).



**Рис. 5.1-расм. Операциядан кейинги узок муддат кузатилган беморлар таксимланиши.**



**Рис. 5.2-расм. Аллогерниопластика операциядан кейинги эрта ҳар хил турладаги асоратларнинг учраш частотаси.**

Олиб борилган таҳлил қуйидаги хулосага келишга имкон берди: Янги усулда аллогерниопластика ўтказиш жараёни туфайли тўпланган бўшлиқда асоратларнинг ривожланиш эҳтимоли 28,1% дан 6,2% га камайди. Бунинг ичида солиштириш гуруҳида 8,7% аммо асосий гуруҳда нисбатан 6,6% ҳолатлар консерватив равишда ҳал этилган. Солиштириш гуруҳида 23,4% беморларга қайта миниинвазив аралашувлар амалга оширилиши керак бўлган, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 12,5% ташкил этди.

( $\chi^2 = 6,164$ ;  $df = 2$ ; ишончли  $p < 0,05$ ) (расм 5.2 ва 5.3).



**Рис. 5.3-расм. Қорин олд деворининг аллогерниопластикасининг янги усулини қўллашга қараб операциядан кейинги эрта асоратларнинг учраш частотаси.**

УТ терапиясини қўллаш асоратларнинг ривожланиш эҳтимолини солиштириш гуруҳида 20% дан асосий гуруҳда 5,8% га камайтиришга имкон берди. ( $\chi^2 = 9,950$ ;  $df = 3$ ; ишончли  $p < 0,05$ ) (жадвал 5.3, рәсм 5.4).

**Жадвал 5.3**

**Аллогернопластика ҳолатига қараб ултратовуш терапиясидан кейинги асоратларнинг учраш частотаси**

Аралашув	УТТ (n=51)				УЗТ арадашувисиз (n=25)			
	Асоратланган		Асоратларсиз		Асоратланган		Асоратларсиз	
	Абс	Абс %	..	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Onlay</b>	Онлай 3	5.8	48	94.2	2	10,5	17	89,5
<b>Sublay</b>	0	0	0	0	2	8	1	4
<b>Inlay</b>	0	0	0	0	4	16	2	8
<b>жами</b>	<b>3</b>	<b>5.8</b>	<b>48</b>	<b>94.22</b>	<b>8</b>	<b>28.5</b>	<b>20</b>	<b>71.5</b>
<b>Мезон</b> $\chi^2_{\text{мезон}}$	$\chi^2=6.5$ ; $df=2$ ; ишончли $p < 0.05$							



**Рис. 5.4-расм. Ультратовуш терапиясидан фойдаланишга қараб асоратлар даражаси.**

Дипраспан препаратини антисером терапияси сифатида қўллаш операция жароҳатидан келиб чиқувчи асоратларнинг ривожланиш частотасини 20,8% дан 10,3% га ва шунга мос равишда қайта аралашувларга эҳтиёж камайтиришга имкон берди ( $\chi^2 = 4,690; df = 1; \text{ишончли } p < 0,05$ ) ( $\chi^2 = 3,901; df = 1; \text{ишончли } p < 0,05$ ) (жадвал 5.4).

**Жадвал 5.4.4**

**Гормонал терапияни қабул қилишга қараб эрта асоратларнинг учраш частотаси**

Аралашув	Гормонал терапия килинмаганда. (n=24)			Гармонал терапия килинганда (n=29)		
	Абс.	Асоратлар	%	Абс.	ОҚийинчиликлар ҳақида	%
<b>асосий гуруҳ</b>						
<b>Onlay</b>	Онлай 18	2	8.3	17	1	3.4
<b>Sublay</b>	2	1	4.1	5	--	-
<b>Inlay</b>	4	2	8.3	7	2	6.8
жами асоратлар		<b>5</b>	<b>20.8</b>		<b>3</b>	<b>10.3</b>
асоратларсиз		<b>19</b>	<b>79.2</b>		<b>26</b>	<b>89.7</b>
<b>мезон <math>\chi^2</math></b>	$\chi^2=131; df=2; \text{ишончли } p < 0,05$					

Бандаж кийиш орқали тери ости ёғ тўқималарининг мутлақ ҳаракаессизлигини таъминлаш операциядан кейинги даврни яхшироқ ўтиши ҳисобига яллиғланиш ва серома тўпланиш эҳтимолини камайтиришга имкон беради. Бу кўрсаткич 11,0% дан 27,4% га ошди ( $\chi^2=23,617; df=3; \text{ишончли } p < 0,05$ ).

## ХУЛОСА

1. Аллогерниопластикадан кейин рецидив, хусусан парапротез чурралар, асосан корин олдинги девори чурраларини биринчи чиқиш жойидан ривожланади ва бизнинг тадқиқотимизда бу кўрсаткич солиштириш гуруҳида 5,2% ва асосий гуруҳида 5,8% бўлди. Таклиф этилган усулда икки қаторли тўрлар дубликатураси шаклида ишлатилади, бу билан раво бир хил текисликдаги тортишишни юзага келтирилади. Ҳар бир томондан кенг апоневроз учлари бир-бирига боғланиши ва уларнинг дубликатура тўри билан чурра дарвозаси жойидан корин олд деворидаги бирламчи нуқсон мустаҳкамланади ва парапротез чурраси ривожланиш эҳтимоли солиштириш гуруҳида 5,2% дан асосий гуруҳида 0% га камайтирди.

2. Операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун тавсия этилган ултратовуш терапия усули, гелнинг золга айланиши орқали маҳаллий кон айланишни яхшилашга асосланган, натижада фибриногеннинг фибринга айланиши ва гематомалар ҳамда шишларнинг сўрилишига олиб келади, чунки фибриногеннинг фибринга айланиши жароҳатни битишининг муҳим хусусияти ҳисобланади. Бу усул операциядан кейинги асоратларни 33,1% дан 17,3% га камайтиришга имкон берди.

3. Биорегуляторларни ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, ултратовуш терапиясини қўллаш, камроқ интенсив тарздаги яллиғланиш ўзгаришларининг ривожланиши ва маҳаллий пролифератив жараённинг устунлик қилишига олиб келган ҳолда, эрта асоратларнинг шаклланиш хавфини камайтиради. Бунинг натижасида қондан АКТГ (бошланғич қиймат 37 пг/мл, 2-кун УЗТ 60,5 пг/мл, 4-кун УЗТ 56,5 пг/мл) ва инсулиннинг (бошланғич қиймат 16 ммоль/л, 2-кун УЗТ 24,3 ммоль/л, 4-кун УЗТ 22,9 ммоль/л) миқдори ошган.

4. Глюкокортикостероидларни операциядан олдин ва операциядан кейинги даврда қўллаш, Дипраспан препаратининг яллиғланишга қарши таъсири туфайли операциядан кейинги ярани даволаш жараёнини тезлаштиради ва даволаш самарадорлигини оширади ва ушбу патология билан операциядан кейинги асоратларни 20,8% дан 10,3% гача камайтиради.

5. Клиник тадқиқотларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, вентрал чурралар учун тавсия этилган жарроҳлик бўйича тактик ва техник тавсиялардан фойдаланиш яра асоратлари кузатилишини 33,1% дан 17,3% гача камайтирди (сезиларли даражада  $p < 0,001$ ), шу жумладан клиник жиҳатдан аҳамиятли серомаларнинг ҳосил бўлиши 19,1% дан 9,6% гача (сезиларли даражада  $p < 0,05$ ), дренаж трубкалар туриш муддати 7 кундан ошмаслигини 27,8% дан 11,4% га (сезиларли  $p < 0,05$ ) кискарттирди. Вентрал чурралар учун протезлаш жарроҳликнинг такомиллаштирилган техникасини жорий этиш, яра асоратлари ривожланишининг олдини олиш учун таклиф этилган тавсияларни қўллаш билан ярадаги кузатилиши мумкин бўлган асоратларни, шу жумладан серомаларнинг ҳосил бўлиш частотасини 26,1% дан 8,6% гача камайтирди (сезиларли даражада  $p < 0,005$ ).

6. Вентрал чурра бўйича протезлаштиришнинг такомиллаштирилган методикасини ва таклиф этилган яра асоратларининг олдини олиш усулини жорий этиш, узоқ муддатли асоратларнинг кузатилишини 26,1% дан 8,6% га камайтиришга имкон берди (ишончли  $p < 0,005$ ), шу жумладан протезнинг бужмайиши 6,1% дан 1,9% га, тери-протез оқмаларининг шаклланиши 6,96% дан 1,9% га, инфекцион асоратлар 7,7% дан 4,7% га, ва парапротез чурраларнинг шаклланиши 5,2% дан 0% га камайди (ишончли  $p < 0,05$ ).

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

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**АЛЛАБЕРГАНОВ КАХРАМОН БАКДУРДИЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ  
ГРЫЖ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Самарканд – 2024**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2024.2.PhD/Tib4681.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:**

**Якубов Фархад Раджабович**  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук

доктор медицинских наук

**Ведущая организация:**

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете. (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай, дом 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № \_\_\_\_\_). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. А.Темура, дом 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-08-41; [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

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. Шмирина**

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, кандидат медицинских наук, и.о. 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.** Операция по грыже иссечению выполняемых общехирургических вмешательств наиболее часто. Ежегодно только в США проводится более 350 000 таких операций, а в Европе этот показатель равняется – 450 000, что приводит к высоким затратам для полноценного лечения, и дальнейшей реабилитации. По данным исследования Roulose, выяснилось, что США ежегодно расходует на лечение пациентов с вентральными грыжами в среднем, около 3,2 миллиардов долларов. В случаи развития рецидива грыжи на каждого пациента могут достичь до 65 000 долларов<sup>9, 10</sup>.

Лидируют по частоте возникновения грыжи, и дальнейшего рецидива вентральных грыж, пациенты пожилого и старческого возраста с ожирением, пониженной способностью к регенерации, признаками анатомо-функциональной недостаточностью передней брюшной стенки, а также наличием множества сопутствующих факторов.

Вентральные грыжи, особенно послеоперационные (ПОВГ) составляют до 20-22% от всех грыж живота и занимают второе место после паховых грыж<sup>i</sup>. При формировании ПОВГ, как осложнение лапаротомии встречается более 5% всех больных<sup>ii</sup>.

Профилактические мероприятия должны быть комплексно направлены на 3 направления признанных организацией Всемирного здравоохранения: предоперационные; интраоперационные; и послеоперационные профилактические меры<sup>iii</sup>.

И не только технические аспекты являются актуальным вопросом аллопластики при вентральных грыжах, но и оптимизация лечебно-профилактической программы, а также правильное составлении дальнейшей реабилитации, и подбор лечебной физической культуры (ЛФК). Которые могут быть локальными или же системными<sup>11</sup>.

В стратегию действий Республики Узбекистан на 2017-2021 годы по пяти приоритетным направлениям развития поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности.

Улучшение результатов хирургического лечения вентральных грыж в том числе, реализация данных задач и профилактика развития рецидива, путем совершенствования тактико-технических подходов к профилактике развития послеоперационных осложнений является одним из актуальных направлений. Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики

<sup>9</sup>Базанов К.В. Эффективность биомеханического моделирования абдоминопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород: Изд-во Нижнегородск. гос. мед. акад., 2003. – 23 с.

<sup>10</sup>Веретенник, Г.И. Хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки /Г.И. Веретенник, Г.И. Алексеев // Вестн. Росс. ун-та дружбы народов. – 1999. – № 1. – С. 131-133.

<sup>11</sup>Базанов К.В. Эффективность биомеханического моделирования абдоминопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород: Изд-во Нижнегородск. гос. мед. акад., 2003. – 23 с.

Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года и «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 7 декабря 2018 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года.

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

**Степень изученности проблемы.** Делая отсылку от литературы известно, что в США каждый год выполняются, операционные вмешательства открытого типа на брюшной полости и её органах, с частотой более 2 миллионов.

За последние годы, в литературе наблюдается увеличение числа случаев раневой инфекции, формирования внутрибрюшных спаек, миграции протеза и других осложнений, с последующим развитием парапротезной грыжи. По данным мировой статистики, ежегодно проводятся более 20 миллионов грыжесечений, что соответствует 10-15% от всех хирургических вмешательств. Но учитывая, то факт, что только около 13-15% больных обращаются в здравоохранительные учреждения, за хирургической помощью, то актуальное число больных с грыжами, может превышает число прооперированных на много.

В частности, встречаемость ПОВГ зависит от вида оперативного действия: у 6% пациентов ПОВГ развивается после аппендэктомии, около у 10% пациентов, после операций на желудке, примерно у 14% пациентов, после проведения холецистэктомии, самыми частыми операции после которых развивается ПОВГ – это экстренные операции, что является очень высоким показателем<sup>12</sup>. Но самый высокий показатель развития рецидива, с 42% риском является операции при условиях с исходной бактериальной контаминацией. Причиной которых может быть некроз ущемлённой части кишечника, или же при парастомальных грыжах с образованием кишечного свища<sup>11</sup>.

По данным Лядова В.К., частота возникновения грыж условиях экстренной лапаротомии увеличивается до 40%. Свыше 60% больных с ПОВГ лица которые занимается активным трудом, что провоцирует экономические проблемы, связанные с нетрудоспособностью этих граждан, увеличивая сумму пособия на больничные, и по инвалидности.

В ходе развития хирургии, до сегодняшнего дня, существует более 220 способов хирургического лечения грыжевых дефектов, с использованием ауто тканей, и рецидив при этом достигает 25-60%.

---

<sup>12</sup>Измайлов С.Г. Лечение послеоперационных вентральных грыж аппаратным способом под контролем внутрибрюшного давления // Вестн. герниол. – 2004. – № 4. - С. 36-40.

Как нам известно, ранние послеоперационных осложнений является основными причинами развития ПОВГ, в перспективе приводящие к развитию дефектов в мышцах и апоневрозах брюшной стенки (нагноение раны, прорезывание швов апоневроза). В поздние сроки послеоперационного периоде репаративные процессы имеют большое значение в операционной ране, такие как: ишемия тканей при сшивании тканей под натяжением; зашивание апоневроза нитями, рассасывающимися до наступления достаточной прочности рубца; сшивание рубцово-измененных тканей при многократных операциях на одной и том же месте. Атрофические и дистрофические процессы наблюдались в тканях чаще всего при: избыточном весе; хроническом сахарном диабете; преждевременной физической нагрузке; при повышении внутрибрюшного давления (ВБД) которые ослабевают способствуют к ослаблению механической прочности передней брюшной стенки. При сложных формах ПОВГ – гигантских, рецидивных, рецидивирующих грыжах, результаты лечения до сих пор остаются неудовлетворительными, частота рецидивов составляет от 10 до 47,2%.

То, что лигатуры создают зоны натяжения, силу которого трудно дозировать, и равномерно распределить, является недостатками стандартной фиксации сетки швами. При этом нить приобретает “пилящие” свойство, и повреждает зоны фиксации, и это приводит к таким повреждениям как прорезывание лигатуры, смещению эндопротеза, с дальнейшим развитием грыжи.

Посейчас остаётся актуальным вопросом аллогерниопластики профилактика развития раневых осложнений, как: образования инфильтратов; продукция и скопления сером; нагноение операционной раны; смещение протеза; рецидив болезни, с развитием парапротезной грыжи.

Исходя из выше изложенных фактов, нарастает интерес на совершенствование: профилактики развития после операционных вентральных грыж; методик ранней диагностики, оптимальных методов лечения, мероприятий по профилактики развития послеоперационных осложнений, исключая развитие парапротезных грыж; в разработке индивидуальных реабилитационных программ.

Все вышеизложенное диктует необходимость продолжения научных исследований в этом направлении.

**Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии плана научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии в рамках научного проекта «Разработка и внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургических заболеваний человека» (2018-2023 гг.).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения и профилактики послеоперационных осложнений вентральных грыж.

### **Задачи исследования:**

изучить результаты хирургического лечения и причины послеоперационных осложнений вентральных грыж с использованием сетки;

разработать новый способ аллогерниопластики вентральных грыж;

произвести исследование по изучению эффективности местного применения ультразвуковой терапии и глюкокортикоидов в послеоперационном периоде;

изучить гуморальных биорегуляторов у больных, при использовании комплексных мер предотвращающих послеоперационных осложнений;

сравнительно оценить эффективность предложенного метода в клинической практике и разработать алгоритм лечения вентральных грыж.

**Объектом исследования** явился анализ результатов лечения 219 больных с вентральными грыжами, из Хорезмского областной многопрофильного медицинского центра и медицинского объединения Хивинского района, пролеченных в отделении хирургии за период с 2017 по 2023 гг.

**Предмет исследования** составляет изучения причин осложнений после аллогерниопластики, оценка эффективности низкочастотного ультразвука в профилактики осложнений и сравнительный анализ эффективности различных хирургических вмешательств в аспекте развития осложнений и рецидивов грыжи.

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

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

впервые в исследованиях на больных после аллогерниопластики передней брюшной стенки, изучены возможности применения ультразвука низкой мощности для профилактики послеоперационных осложнений и выявлена положительное влияние локального применения ультразвуковой терапии на динамику течения раневого процесса;

установлена значимость показателей гуморальных биорегуляторов в развитии и течение воспалительного процесса, а также оценке эффективности лечения;

разработан новый способ аллогерниопластики при вентральных грыжах, характеризующийся двухслойной протезной пластики, место выхода первичной грыжи, что снижает риск образования парапротезной грыжи и определено при боковых вентральных грыжах наиболее эффективным методом операции является Sublay и In lay позиции аллогерниопластики;

доказано, что применение гормонотерапии до и послеоперационном периоде в частности препарат Дипраспана приведет к положительной динамике при заживлении послеоперационной раны.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определено, при аллогерниопластики срединных и боковых грыж во всех случаях сопровождается ретенционными осложнениями, что требует улучшения методов аллогерниопластики;

уточнено, что не удовлетворительное устранение грыжевого дефекта, являются предрасполагающим фактором к возникновению постпротезных грыж, что соответственно требуют повышения эффективного укрепления дефекта передней брюшной стенки, чтобы снизить риск развития осложнений;

определено по клиническом исследовании, что предложенный способ аллогерниопластики при вентральных грыжах, позволяет добиться адекватной укрепления передней брюшной стенки, снизить частоту развития постпротезной грыжи;

установлено, что воздействие ультразвуком низкой мощности предупреждает развития послеоперационных осложнений, которые формируются в первые сутки после аллогерниопластики и сопровождаются выраженным снижением показателей гуморальных биорегуляторов;

выявлен оптимальный алгоритм реализации профилактического потенциала УЗТ на послеоперационную рану, который заключается в воздействии 2 раз в день, интенсивностью 0,05 Вт/см<sup>2</sup> и продолжительность до 10 минут с числом процедур 4-6 на курс (аппарата «BTL 5000») на операционную рану, способно предупредить наступление вышеуказанной угнетение защитных функций организма или существенно уменьшить ее проявления и способствует нормализации репаративных процессов в тканях.

доказано, что применение комплекс профилактических мер по снижению послеоперационных осложнений после аллогерниопластики вентральных грыж, позволяет снизить частоту ретенционных осложнений и сократить реабилитационный период.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов обоснована использованием объективных оценки состояния больных, диагностических современных методов и лечения, применением методологических подходов и статистического анализа, решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях к диагностике и хирургическому лечению больных с вентральными грыжами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость этой работы состоит в том что, результаты полученные во время исследование вносят существенный вклад в расширение существующих представлений о структуре и клинических особенностях осложнений аллогерниопластики при вентральных грыжах, путем выявления особенности динамики биорегуляторов в организме больного на фоне применения ультразвуковой терапии после аллогерниопластики, изучения предикторов риска развития ближайших осложнений, механизмов усиления репаративных процессов за счет применения нового способа фиксации протеза и улучшить процесс заживления раны.

Практическая значимость исследования состоит в том, что на основании полученных результатов оптимизированы тактико-технические аспекты протезной аллогерниопластики, раскрыты особенности ультразвуковой стимуляции раневой поверхности после протезной аллогерниопластики, усиливающие комплекс профилактических мер по развитию локальной осложнений, разработан способ операции при вентральных грыжах, характеризующийся двухслойным наложением импланта, который плотно прикрепляется к месту выхода первичной грыжи, благодаря чему снизился риск развития послеоперационных осложнений.

**Внедрение результатов исследования.** По полученным результатам научного исследования по хирургические лечения вентральных грыж:

разработан «Ventral churralarni jarrohlik yo'li bilan davolashda allogernioplastika usuli» (патент на изобретение №IAP 07415 от 24 мая 2023 года на изобретение в агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан). Предложенный способ аллогерниопластики вентральных грыж с укреплением апоневроза с двухслойным сетчатым имплантатом позволил уменьшить число осложнений, сократить сроки лечения и снизить риск рецидива грыжи;

разработан «Ventral churralarni jarrohlik davolash usuli» (патент на полезную модель Агентства интеллектуальной собственности РУз №FAP 2412 от 08 февраля 2024 года). Предложенный способ позволил снизить частоту раневых гнойно-воспалительных осложнений и сократить период реабилитации пациентов после аллогерниопластики;

разработаны методические рекомендации «Совершенствование комплексной профилактики осложнения после аллогерниопластики вентральных грыж». Предложенные рекомендации позволили оптимизировать тактико-технические аспекты аллогерниопластики у больных вентральными грыжами;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделение Абдоминальной хирургии Хорезмского областной многопрофильного медицинского центра и отделения экстренной хирургии №1 Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Внедрение результатов исследования в клиническую практику обеспечило совершенствование тактико-технических аспектов аллогерниопластики при вентральных грыжах позволило снизить частоту развития специфических ближайших осложнений с 33.1% до 16,3%, а также уменьшить вероятность формирования отдаленных осложнений с 26.1% до 8.6%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе, на 2 международных и 4 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 1 патент на изобретение, 1 патент на полезную модель, 1 методические рекомендации, 5 журнальных статей, 1 из которых в Республиканских и 4 в зарубежном журнале,

рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций, а также 7 тезисов, 5 из которых опубликованных в сборниках Республиканских конференций и 2 в сборниках международных конференций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 158 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** диссертации обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы хирургического лечения больных с вентральными грыжами»** приведен обзор литературы, состоящий из пяти подглав, где отражены вопросы частоты возникновения и факторы риска развития рецидива (постпротезных грыж) вентральных грыж, изложены шкалы оценки факторов, предрасполагающих к развитию рецидива вентральных грыж, а также дана информация о особенностях латеральных грыж. Подробно показана частота развития рецидива вентральных грыж, после разных операционных вмешательств, их этиология, патоморфология и патогенез развития. Подробно открыт вопрос о особенностях послеоперационной реабилитации пациентов. В резюме приведены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего исследования.

Во второй главе диссертации **«Характеристика больных с вентральными грыжами клиническом аспекте и методы исследования»** подробно изложен весь примененный клинико-экспериментальный материал. Диссертационное исследование разделено на две части. Клиническая часть исследований проведена среди пациентов, оперированных за период от апреля 2018 до августа 2023 гг. в двух медицинских учреждениях Хорезмской области: Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр – 151 (68,9%) пациентов; Хивинское районное медицинское объединение – 68 (31,1%) пациентов. Всего было 219 пациентов, прооперированных с различными видами вентральных грыж. В основной группе 104 больным (2021-2023 гг) в которых был применён предложенный нами новый метод аллогерниопластики, при котором используется двух рядовая сетка в виде дубликата, с образованием равномерного натяжения-напряжения, из-за взаимосвязывания большого участка апоневроза с каждой стороны и соединение их дубликатурой сетки на месте естественного рецидива позволяет надежна укрепит первичный дефект брюшной стенки и снижает риск образование парапротезной грыжи от 5,2% группе сравнение,

до 0% основной группе. Также применения глюкокортикостероидов (ГКС) - Дипроспана, активного управляемого дренирования, и применение УЗТ в послеоперационном периоде для профилактики послеоперационных осложнений после проведенной аллогерниопластики. В группу сравнения включено 115 пациента (2018-2021 гг), применяли традиционные методы аллогерниопластики, в разных позициях (onlay, Sublay, in lay). Соотношение мужчин и женщин не были равны, 65% из всех пациентов были женщины. В возрастном аспекте наибольшее количество пациентов было в возрастной группе от 18 до 44 лет – 70 (60,9%) в группе сравнения, и 58 (55,8%) в основной группе.

Среди этиологических заболеваний, послуживших причиной выполнения аллогерниопластики в большинстве случаев, в обеих группах было проведенное оперативное вмешательство в брюшной полости: 45% случаев у пациентов основной группы, и 53% случаев в группе сравнения. На втором месте было травма передней брюшной стенки у мужчин (33%), а у женщин проведенное Кесарево сечение (23%).

В третьей главе диссертации **«Клиническое развитие осложнений после различных вариантов хирургического лечения грыж брюшной стенки»** приведены результаты хирургического лечения вентральных грыж и причины осложнений. В резюме по главе приведены основные причины развития рецидива вентральных грыж после аллогерниопластики.

Операции по поводу вентральных грыж выполняются относительно часто, причем фактически на любом уровне здравоохранения, тактические аспекты в отношении этой патологии остаются в разряде спорных вопросов, ввиду разносторонних подходов к выбору способа хирургического лечения и неоднозначности в плане их результативности.

По анализированному материалу из двух медицинских учреждений Хорезмской области за 2018-2021 гг. фактически третья часть пациентов (26,1% - 57 из 219 человек) оперированы по поводу рецидивных форм вентральных грыж, что говорит о высокой вероятности неэффективного первично выполненного вмешательства. С учетом этого, мы провели анализ результатов различных методов лечения вентральных грыж с выделением факторов, которые влияют на специфические аспекты эффективности хирургических подходов в зависимости от локализации и размеров грыж.

Анализ результатов проведен среди 115 пациентов в группе сравнения, которым выполнены аллогерниопластики в разных позициях при вентральных грыжах. При этом надо отметить что, послеоперационном периоде у большинства (81%) больных носили бандаж нерегулярно и неправильно. Это способствовала в раннем послеоперационном периоде возникновению смещения и трения тканей о подлежащую сетку, что усиливала образование сером и усиление воспаления.

В Onlay позиции выполнена самое больше количеств больных она составила 74,8%. В Sublay позиции 16.6% больных и в In lay позиции 8.6% больных прооперированы (табл. 3.1).

**Таблица 3.1**

**Количество выполненных аллогерниопластики в разных позициях  
в группе сравнения**

Вмешательство	Onlay позиции	Sublay позиции	In lay позиции	Всего
Первичная грыжа	35	8	3	46
Первичная послеоперационная грыжа	29	6	4	39
Рецидивная послеоперационная грыжа	17	4	3	24
Рецидивная постпротезная грыжа	5	1	0	6
<b>Всего</b>	<b>86</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>115</b>

Первые сутки после операции у 3 больных из дренажа поступала кровь алого цвета в незначительном количестве, которые после гомеостатической терапии остановились. Ранние послеоперационные осложнения инфильтрат послеоперационной ране, скопление серомы и нагноение раны чаще встречались при рецидивных грыжах 19 случаев, при первичном послеоперационной грыже 15 случаев. Не раневые осложнения 8 случаях виде послеоперационной плевропюльмональных осложнения; острый бронхит-3, послеоперационная постинтубационная пневмония-5. Одна больная умерла послеоперационного компартмент синдрома в 7- сутки послеоперации (табл. 3.2).

**Таблица 3.2**

**Частота ранних послеоперационных осложнений в группе сравнения**

Осложнение	Первичная грыжа		Первичная послеопера- ционная грыжа		Рецидив- ная грыжа		Рецидивная постпротезная грыжа		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Кровотечение (гематома)</b>			1	2.5	1	4.1	1	16.6	3	2.6
<b>Серома</b>	3	6.5	7	17.9	9	37.5	3	50	22	19.1
<b>Инфильтрат</b>	1	2.2	2	5.1	2	8.2	1	16.6	6	5.2
<b>Нагноение</b>			2	5.1	4	16.4	1	16.6	7	6.08
<b>Плевро- пюльмональ- ные</b>	2	4.3	2	5.1	1	4.1			6	6.08
<b>ОССН</b>			1	2.5	1	4.1			2	1.7
<b>Летальность</b>					1	4.1			1	0.9
<b>Больных с осложнениями</b>	6	13.04	15	38.4	19	79.2	6	100	47	40.8

При чем самый больше этих осложнение выявлялись при операции аллогерниопластики в Onlay позиции 27 больных. В Sublay позиции единичный случаев, а Inlay позиции этих осложнение вообще не встречались.

Самым частым раннем послеоперационным осложнением после аллогерниопластики в позициях onlay и inlay, является скопление сером в операционной полости, соответственно равнясь 20,9% и 19,1%.

Только при sublay позициях лидировало образование инфильтрата в операционной полости, и составляло 15,7%, что на 6,82 раза выше, чем при onlay позиции, и на 3 при inlay позиции. Самая высокая частота развития нагноения наблюдалось, при sublay позиции, и составляла 10,5%, что на 2,28 раза выше чем при onlay позициях, и на 1,7 раза чем при inlay позиции (табл. 3.3).

Из всех 115 пациентов в группе сравнения, ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 38/33,3% пациентов, у остальных 77/66,6% пациентов ранние послеоперационные осложнения так таково не наблюдались.

**Таблица 3.3**

**Количество осложнения после аллогерниопластики в разных позиции в группе сравнения**

Осложнение	Onlay позиции		Sublay позиции		In lay позиции		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Кровотечение (гематома)	3	3.4					3	2.6
Серома	18	20.9	2	10.5	2	20	22	19.1
Инфильтрат	2	2.3	3	15.7	1	10	6	5.2
Нагноение	4	4.6	2	10.5	1	10	7	6.1
Всего	27	31.9	7	36.8	4	40	38	33.1

По отсутствию осложнений onlay позиция лидирует с 76,6%, а самым отстающим среди них это in lay позиция с 9%. Интересным является то, что onlay позиция является лидирующим и среди пациентов с осложнениями, виной этому является высокая частота применения onlay позиции, это можно понять при соотношении кратности превосходства onlay позиции среди пациентов без осложнений и с осложнениями. Onlay позиция применяется в 3,85 раза чаще среди больными с осложнениями, а среди больных без явных осложнений в 8,42 раза.

После изучения ранних послеоперационных осложнений и их соотношение в зависимости от локализации грыж выяснилось, что в независимости от локализации грыжи самым частым и наблюдалось в 69% случаях. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде наблюдалось на 2,36 раза чаще при боковых грыжах.

В медицинских учреждениях особенно в перифериях этот вид операции (Onlay позиции) больше всего выполняется, потому что технический выполнение проще чем sublay и inlay методы. Во многих областных и всех районных медицинских учреждениях выполняется onlay метод. В Хивинском районном медицинском объединении в течение последних 5 лет ни одного случая выполнения операции при грыжах sub- и inlay позициях. В областном уровне около 5-10% операции выполнялись ни onlay позициях.

Причиной того что больше всего при грыжах операция делается onlay позициях, этот метод кроме того, что технический прост, чем другие позиции, хирург не выполняет агрессивных действий в отношении брюшной стенки, так как в других методах придется оголять от апоневроза прямые мышцы живота или отделять париетальную брюшину от поперечной мышцы живота.

Хирург в большинстве случаев брюшную полость не вскрывает или если вскрывает, то активной манипуляции в брюшной полости не выполняет, тем самым то физиологическое состояние которое до операции было не нарушается, то есть спайки, которые обнаружилась во время операции не полностью устраняется, так как желудочно-кишечный тракт нормально функционировала до операции при таких спайках.

При onlay позиции в послеоперационном периоде, операционная рана легко контролируется и у врача хирурга больше уверенности что процесс, который протекает подкожно жировой клетчатки не иррадируется в брюшную полость, а в других позициях этого маловероятно и риск, осложнение который вовлекается в брюшную полость велик. Главные осложнения, которое встречается при onlay позиции в большинстве случаев не приведет к плачевному исходу для больного, отличие от sub- и inlay методов который приведет к полостным осложнениям требующим релапаротомии.

В раннем периоде отток крови по дренажной трубке наблюдалось у одного пациента со срединным расположением грыжи, и у 2 пациентов с боковым расположением, которые были устранены после проведения гемостатических мероприятий. Надо отметить у всех больных производили пассивное дренирование.

Явление как отток сером по дренажной трубке встречалось довольно часто в 22,2% случаях при срединном расположении грыж, и 8% боковым расположении грыж, что в 2,72 раза реже чем при срединном расположении.

Отток фибринозно-гноющей жидкости по дренажной трубке, являлся случаем не частым, и наблюдался у 8 пациентов со срединным расположением грыжи и у 5 пациентов со боковым расположением грыжи, что в 1,6 раза реже, чем при срединном расположении.

Из-за обильного количества выделений из операционной раны разного типа жидкостей (сером, инфильтрат, фибринозно-гноющая жидкость), и засаривании ими трубки дренажа пришлось проводить редренирование в 5 случаях, из них 4 были срединного расположения, и 1 бокового (табл. 3.4).

Немало важным моментом было удаление дренажной трубки, в зависимости от протекания послеоперационного периода, производилось удаление дренажной трубки в следующих периодах времени после операции:

Самым коротким сроком ношения дренажа является от 2 до 4 суток после операции, и оно производилось в 68 пациентов, и 5 /58.9% из этих пациентов имели срединное расположение грыж, и 15/60% при боковых грыжах;

Удаление дренажной трубки на 4-7 сутки после операции производились у 15 пациентов, и 4 из них имели боковое расположение грыж, что в почти 3 раза меньше, чем при срединном расположении;

**Таблица 3.4**

**Особенности течения после аллогерниопластики в зависимости от локализации грыж**

Критерий	Срединных грыжах 90		Боковых грыжах 25		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Кровь по дренажу</b>	1	1.1	2	8	3	2.6
<b>Серома по дренажу</b>	20	22.2	2	8	22	19.1
<b>Фибринозно-гнойный жидкость по дренажу</b>	8	8.8	5	20	13	11.3
<b>Редренирование</b>	4	4.4	1	4	5	4.34
<b>Удаление дренажа на 2-4 сутки</b>	53	58.9	15	60	68	59.1
<b>Удаление дренажа на 4-7 сутки</b>	11	12.2	4	16	15	13.04
<b>Удаление дренажа на 7-10 сутки</b>	16	17.8	4	16	20	17.4
<b>Удаление дренажа через 1-2 месяца</b>	10	11.1	2	8	12	10.4

Удаление дренажа на 7-10 сутки после операции, были довольно частым явлением, и производились у 20 пациентов, из них 16 пациентов имели срединное расположение грыж, что в 4 раза чаще, чем боковое расположение;

Самым длинным периодом ношения дренажной трубки составило 1-2 месяца после операции. Такой длинный период ношения дренажной трубки, наблюдалось у 12 пациентов, 10 из них имели срединное расположение грыж. Эти данные свидетельствуют о неэффективности примененных мер для устранения послеоперационных осложнений.

При разрешении ранних послеоперационных осложнений, были получены следующие данные:

Гемостатические мероприятия были применены у 3 пациентов, и все они были прооперированы в onlay позиции. Все гемостатические мероприятия имели полный положительный эффект при остановке кровотечений;

Антибактериальная терапия была применена у 7 пациентов, 4 из них были прооперированы в onlay позиции, 2 из них в sublay позиции, и у 1 пациента в inlay позиции. Применение антибактериальной терапии производилось в 4 раза чаще при onlay позиции, чем при inlay позиции. Все эти процедуры имели полный положительный эффект при лечении нагноения операционной раны. Антибактериальная терапия проводилась дольше при sublay позиции;

Проведение пункций операционной полости проводилось у 22 пациентов, 18 из них были прооперированы в onlay позиции, 2 из них в sublay позиции, и остальные двое в inlay позиции. Проведение пункций операционной полости применялось в 9 раз чаще при onlay позиции, чем при sublay и inlay позициях;

После изучения послеоперационных осложнений в позднем периоде, в зависимости от позиции аллогерниопластики:

сморщивание протеза полипропиленовой сетки наблюдалось у 7 пациентов. При onlay и sublay позициях, это осложнение было самым часто встречающимся, у 4 пациентов при onlay позиции, и у 2 пациентов при sublay позиции, что в 6 раз чаще, чем при in lay позиции; кожно-протезный свищ развивался у 8 пациентов, 7 из них были прооперированы в позиции onlay, 1 из них в sublay позиции. Самое частое проявление развития кожно-протезный свищ при onlay позиции, что в 7 раз чаще, чем при sublay позиции; развитие парапротезной грыжи является самым не приятным, из всех поздних послеоперационных осложнений аллогерниопластики, так как патология повторяется том месте где первично этот недуг находилась, такой исход медицинской практики с психологией хирурга не совместим. Таких осложнение наблюдались у 6 пациентов. При чем все в onlay позиции. Остальных позициях, это осложнение вовсе не наблюдалось. Что интересно в нашем исследовании все эти появившийся грыжевое выпячивание выходили из первичного дефекта, который при операции ликвидировали и накладывали сверху сетку. Нет ни одного случае который постпротезная грыжа образовалась через новообразованный дефект в передней брюшной стенки, минуя старый рубец апоневроза (рис. 3.1).

Дремлющая осумкованный инфильтрат передней брюшной стенки, наблюдался у 4 пациентов, 2 из них при sublay позиции, 2 из них при in lay позиции. Что самое интересное проявление дремлющей осумкованной инфильтрата передней брюшной стенки, не наблюдалось при onlay позиции.



**Рис. 3.1. Частота развития разных видов, поздних послеоперационных осложнений**

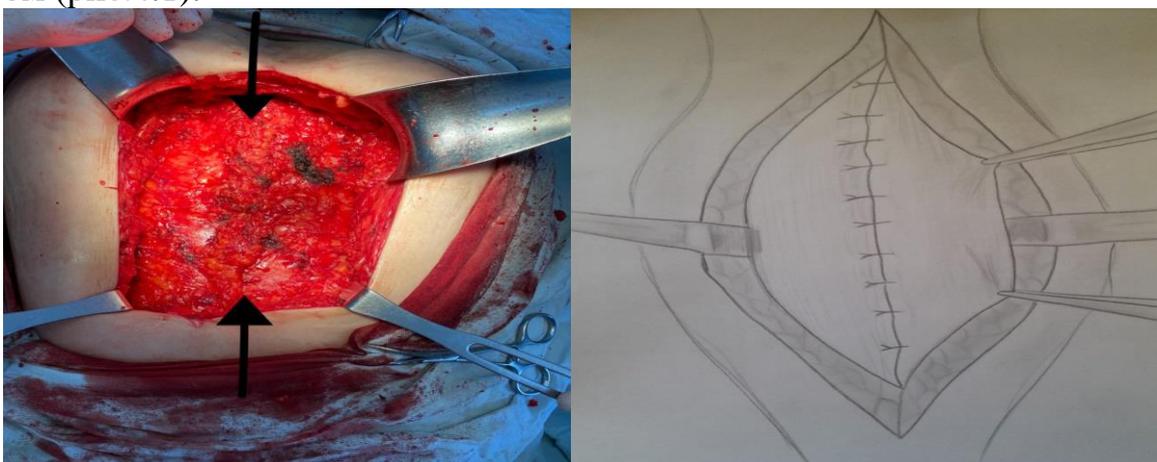
Дремлющая осумкованный абсцесс передней брюшной стенки, наблюдался у 5 пациентов, 1 из них при onlay позиции, 2 из них при sublay позиции и 2 в inlay позиции. Самое частое проявление дремлющей осумкованный абсцесс передней брюшной стенки, наблюдалось при sublay и inlay позиции, у 4 пациентов, что в 2 раза чаще, чем при onlay позиции.

Таким образом, после проведения всех этих анализов в группе сравнения, нам удалось подчеркнуть несколько ключевых факторов в развитии послеоперационных осложнений при аллогернипластике.

В четвертой главе диссертации описаны «Совершенствование методов лечения грыж передней стенки живота».

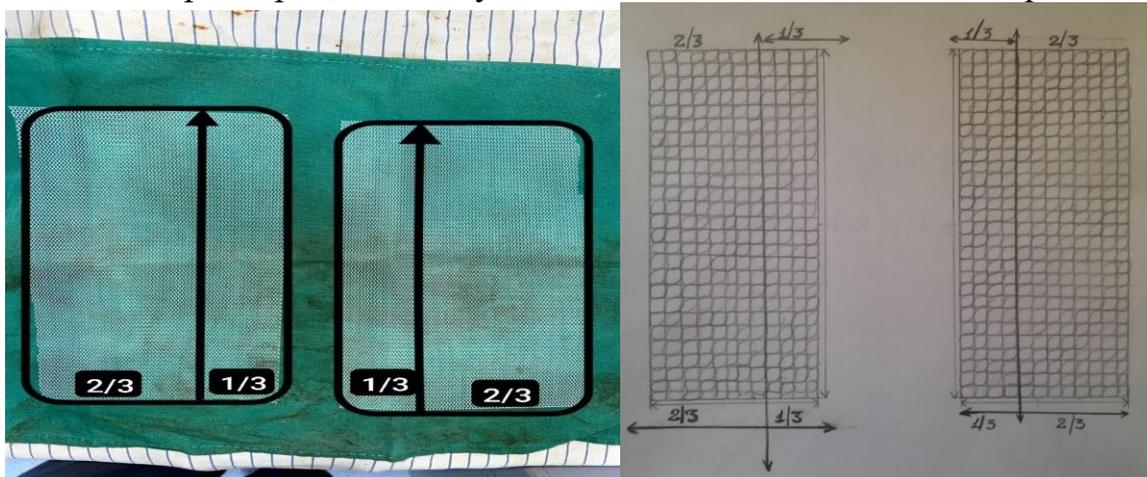
**Способ выполняют следующим образом.**

**Первый этап.** Иссечение грыжи (например, грыжи с размерами 7\*5\*3 см), после иссечения грыжи проводят сшивание краёв фасций и апоневроза естественного места рецидива –выхождения парапротезной / повторной грыжи, монополипропиленовой нитью с синим окрасом HR-35, непрерывным швом (рис.4.1).



**Рис. 4.1. Сшивание краёв фасций и апоневроза естественного места рецидива**

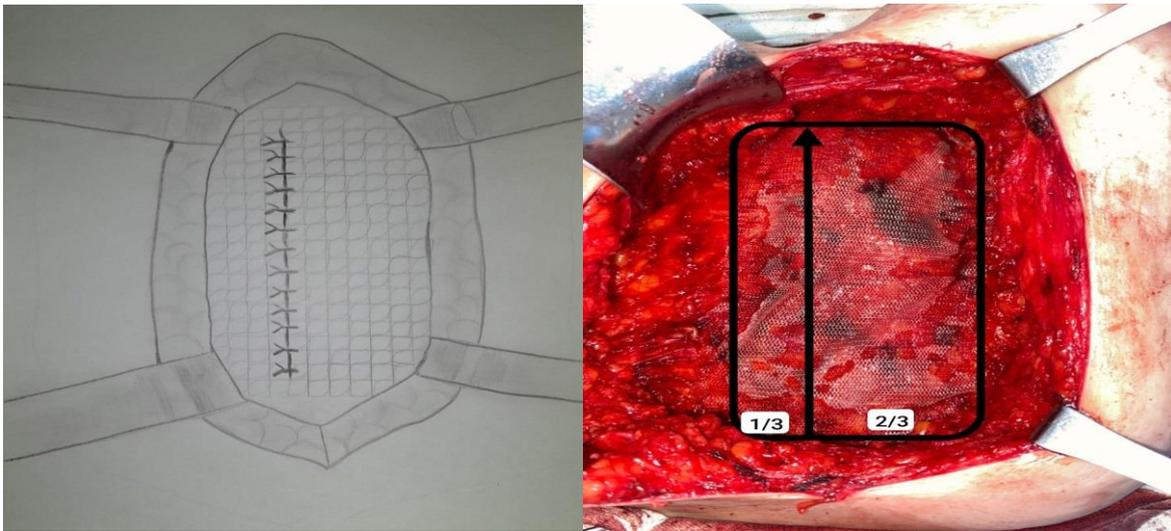
**Второй этап.** Стерильной линейкой измеряют размеры разреза грыжи: ширина и длина. Ножницами выкраивают 2 сетчатых имплантата необходимых размеров, используют сетчатый имплантат из полипропилена



**Рис. 4.2. Ножницами выкраивают 2 сетчатых имплантата**

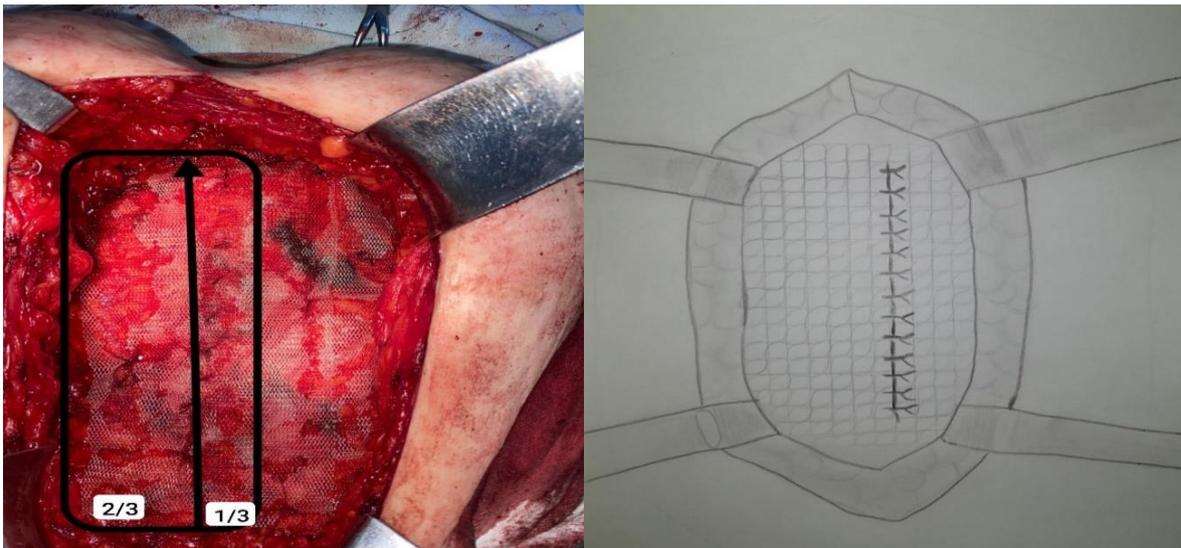
Края сетчатого имплантата заглаживаются ножницами (рис. 4.2). Длина сетчатого имплантата превышает длину шва места образования естественного рецидива на 1-1,5 см с каждого конца. Минимальная ширина сетчатого имплантата составляет 6 см. Минимальное расстояние от края естественного места рецидива составляет 4 см, остальные 2 см переходят на противоположную сторону от шва естественного места рецидива.

**Третий этап.** Первый сетчатый имплантат ставится с левой стороны, на минимальном расстоянии от края естественного места рецидива (к примеру, оно составляет 4 см, то есть 2/3, остальные 2 см, то есть 1/3, переходит на противоположную сторону от шва естественного места рецидива. Сначала проводится непрерывный шов по дистальному краю сетчатого имплантата, отступив на 0,3-0,5 см с края сетки. Проводится слабое натяжение сетчатого имплантата, для ровного распределения натяжения при нагрузке, и после проводится второй непрерывный шов по середине 2/3 части сетчатого имплантата, примерно 2 см от шва естественного места рецидива, для дополнительной стойкости и перераспределения натяжения-напряжения поровну в апоневрозе и в сетчатом имплантате. Следующий шов (непрерывный шов) проводят с проксимального края сетчатого имплантата, который составляет 1/3 сетки (сетчатого имплантата), отступив на 0,5 см, от края сетки (сетчатого имплантата) (рис. 4.3).



**Рис. 4.3. Первый сетчатый имплантат ставится с левой стороны**

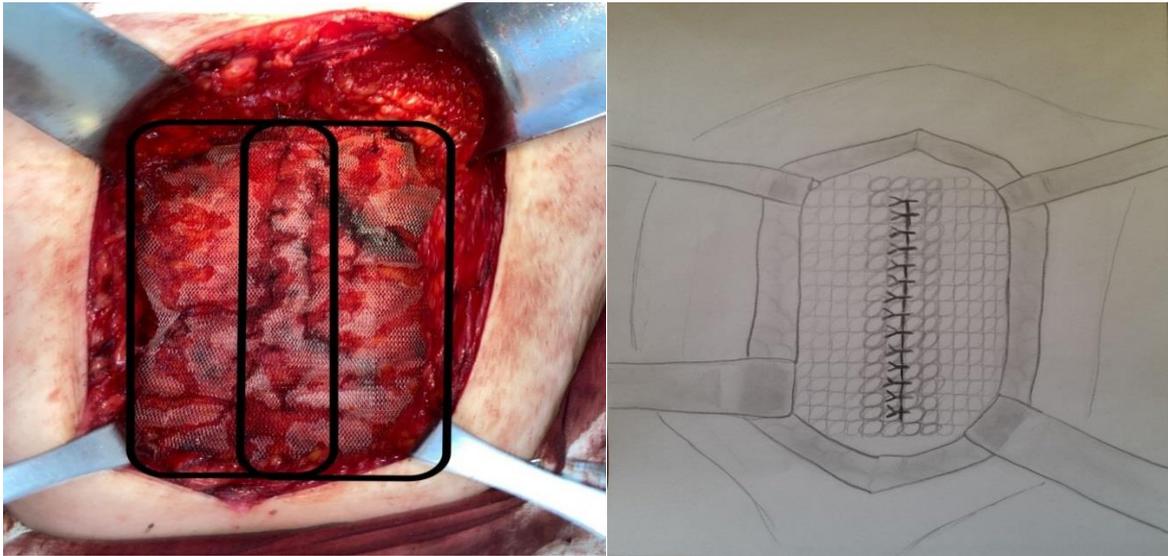
Второй сетчатый имплантат ставят с правой стороны, при этом минимальное расстояние от края естественного места рецидива составляет 4 см, то есть  $2/3$ , остальные 2 см, то есть  $1/3$ , переходит на противоположную сторону от шва естественного места рецидива (рис. 4.4).



**Рис. 4.4. Второй сетчатый имплантат ставится с правой стороны**

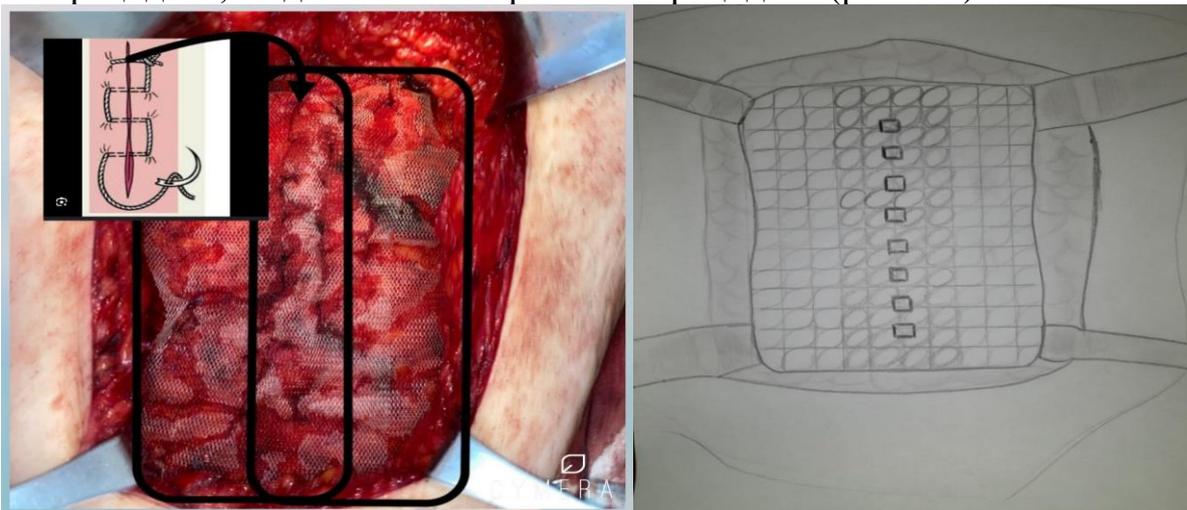
Сначала проводится непрерывный шов по дистальному краю сетчатого имплантата, отступив на 0,3-0,5 см от края сетки. Проводится слабое натяжение сетчатого имплантата, для ровного распределения натяжения при нагрузке, и после проводится второй непрерывный шов посередине  $2/3$  части сетчатого имплантата, примерно 2 см от шва естественного места рецидива, для дополнительной стойкости и перераспределения натяжения-напряжения поровну в апоневрозе и в площади сетчатого имплантата. Следующий шов непрерывный шов проводится с проксимальном края сетчатого имплантата, который составляет  $1/3$  сетки (сетчатого имплантата), отступив на 0,5 см от края сетки (сетчатого имплантата). И после этого в зоне естественного

рецидива образуется двухслойный сетчатый покров из полипропиленового имплантата (рис. 4.5).



**Рис. 4.5. Оба сетчатых имплантата вставлены**

**Четвёртый этап.** Заключается в проведение П - образного шва в зоне двухслойного сетчатого покрова (дубликатуры полипропиленового имплантата), с включением в шов апоневроза, с расстоянием 0,5 см между каждым П - образным швом. Тем самым в месте естественного рецидива, образуются: один непрерывный шов между апоневрозами; два непрерывных шва с двухслойным сетчатым имплантатом, для равномерного распределения натяжения -напряжения поровну в апоневрозе в площади сетчатого имплантата; и П-образный шов с соединением обеих сторон апоневроза и 2 слоёв сетчатого имплантата, что образует равномерное распределение натяжения-напряжения и стабильного, крепкого соединения естественного места рецидива, не давая шансов развитию рецидива (рис. 4.6).



**Рис. 4.6. Проведение П - образного шва в зоне двухслойного сетчатого покрова**

**Пятый этап.** Установление два дренажа, один с левой, второй с правой стороны от места разреза, для улучшения оттока серомы из раны и дальнейшего быстрого заживления. Фиксация дренажей (рис. 4.7).

**Шестой этап.** Прошивание подкожной жировой клетчатки викриловыми нитями. Прошивание кожного покрова, в зависимости от размера иссечения используют косметический или прерывистый шов викриловой нитью.



**Рис. 4.7. Установление два дренажа по Редону**

**Способ аллогерниопластики при хирургическом лечении вентральных грыж.**

**Формула изобретения:** Способ аллогерниопластики при хирургическом лечении вентральных грыж, включающий средне-срединную лапаротомию с выделением грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка, подготовку поля для аллогерниопластики, определение размера грыжевых ворот, выкраивание сетки из полипропилена, фиксацию указанной сетки к краям грыжевых ворот, дренирование и послойное ушивание, отличающийся тем, что используют два слоя сетки/сетчатого импланта с образованием дубликатуры, для этого  $2/3$  первого слоя сетки от шва естественного места рецидива фиксируют к левому краю апоневроза, и  $1/3$  первого слоя сетки шва естественного места рецидива фиксируют к правому краю апоневроза,  $1/3$  второго слоя сетки от шва естественного места рецидива фиксируют к левому краю апоневроза, а  $2/3$  второго слоя сетки от шва естественного места рецидива фиксируют к правому краю апоневроза с образованием равномерного натяжения, при этом фиксируют дистальные края сетки к краям апоневроза непрерывным швом, отступив на 0,3-0,5 см от края сетки, затем сшивают первый слой сетки со вторым слоем в виде дубликатуры в месте естественного рецидива непрерывным П - образным швом, с включением в шов апоневроза, с расстоянием между швами, равным 0,5.

**Преимуществом заявленного способа является:**

А) В нашем методе используется двух рядовая сетка в виде дубликата, с прикреплением  $2/3$  каждой сетки на сторону одну левую и другую на правую сторону края апоневроза, с образованием равномерного натяжения-

напряжения, из-за взаимосвязывания большого участка апоневроза с каждой стороны и соединение их дубликатурой сетки на мете естественного рецидива и переходом 1/3 каждой сетки на противоположную сторону с последующим сшиванием непрерывным швом.

Б) Непосредственным П-образным швом укрепляем дубликатуру сетки прямо в шов, который закрыли на брюшной полости, что герметично и крепко закрывает, стабильно сохраняет место разреза-естественного рецидива.

Таким образом, предложенный способ в совокупности с оптимизированными показаниями для выполнения аллогерниопластики отличается новизной и характеризуется надежной пластики передней брюшной стенки. На данный способ получен патент (патент на изобретение №IAP 07415, 24.05.2023 г.) на изобретение в агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан («Ventral churralarni jarrohlik yo‘li bilan davolashda allogernioplastika usuli»).

Кроме этого развития фиброза в месте установление эндопротеза приводит последнего деформации или сморщивание. Потому что сморщивание это процесс который реально существует. Это происходит при наличие разрастающейся грубой волокнистой соединительной ткани, которые заставляя аллотрансплантата смещаться с места укрепление и приводит к сморщиванию. Дубликатный метод пластики противостоят к грубой разрастающейся волокнистой соединительной ткани в плане смещение и сморщивание имплантата, так как механический каркас является по крепче чем в обычном методе.

Из основной группы у 48 (46,1%) больных применен новый метод операции на которого получен **патент на изобретение**. Все 48 больных оперированы по методу Onlay.

Полезный модель применен у 19 (18.2%) больных, у которых были боковые грыжи. Из них Onlay-8 (42.1%) больных, Sublay-5 (26.3%) больных, и In lay-6 (31.5%) больных. На этот метод получен **патент на полезную модель** (табл. 4.1).

**Таблица 4.1**

**Распределение больных основной группе по видам операции**

№	Методы	Onlay	Sublay	In lay	ВСЕГО
1.	Новый метод	48	0	0	<b>48</b>
2.	Полезный модель	8	5	6	<b>19</b>
3.	Другие методы	24	5	8	<b>37</b>
	<b>ВСЕГО</b>	<b>80</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>104</b>

Другие методы применены у 37 (35.6%) больных. Из них 24 (64.8%)-больных Onlay позиции, Sublay-5 (13.5%) больных, и In lay позиции-8 (21.6%) больных.

Всего из 104 больных основной группы 80 (76.9%)-больных Onlay позиции, Sublay-10 (9.6%) больных, и In lay позиции-14 (13.5%) больных.

Проведенный анализ позволил сделать следующее заключение:

Предложенный новый метод аллогерниопластики передней брюшной стенки используется двух рядовая сетка в виде дубликатуры, с прикреплением 2/3 каждой сетки на сторону одну левую и другую на правую сторону края апоневроза, с образованием равномерного натяжения-напряжения, из-за взаимосвязывания большого участка апоневроза с каждой стороны и соединение их дубликатурой сетки на месте естественного рецидива и переходом 1/3 каждой сетки на противоположную сторону с последующим сшиванием непрерывным швом. Непосредственным П-образным швом укрепляем дубликатуру сетки прямо в шов, который закрыли на брюшной полости, что герметично и крепко закрывает, стабильно сохраняет место разреза-естественного рецидива.

Использование раннем послеоперационном периоде низкочастотный ультразвуковой аппарат для комбинированной физиотерапии BTL-5000 Series, Модель BTL-5720 SONO дала возможность улучшение местной циркуляции, приводящее к улучшению метаболизма, повышением температуры расширяла кровеносные сосуды, тем самым возрастая проницаемости капилляров, что приводила к быстрому поглощению выпотевших тканевых жидкости. Превращение геля в золь происходит в результате превращение фибриногена в фибрин, а гематомы и отек в гель. Использованный ультразвук растворяет этот гель и ускоряет ре-абсорбцию. Так как превращение фибриногена в фибрин является основной характеристикой процесса заживления.

Также выделена следующая рекомендация:

Для достижения адекватной профилактики ранней послеоперационной осложнение, послеоперации аллогерниопластики необходимо применять комплексные меры который включает в себя местное применение низкочастотного УЗИ терапии и круглосуточное ношения бандажа в течение двух суток с целью абсолютной иммобилизации подкожно жировой клетчатки.

Для ускорения процессов закрытия полости и противовоспалительных целях рекомендуется парентерального введение до операции 1 мл Дипраспана и послеоперационном периоде 1-3 сутки через дренажную трубку в просвет полости ввели 1 мл того же препарата с экспозицией в течение 15 минут (дренаж закрываем).

Дренирование послеоперационной раны обязательно должно быть активный по методу Редона.

В пятой главе диссертации **«Результаты и сравнительная оценка различных вариантов лечения грыж передней стенки живота»**. Было изучения больных в сравнительной группе, и нахождения нескольких ключевых причин развития рецидива грыж живота, на месте естественного рецидива, был изменен метод операции проведен мероприятия, направленные на улучшение и ускорения послеоперационной реабилитации,

направленные на снижения ранних и поздних послеоперационных осложнений. После, было проведено детально подробное изучение пациентов основной группы, с целью оценки степени улучшения положительных результатов, после проведённых нами изменений в операции и послеоперационной реабилитации больных с грыжами передней брюшной стенки. В основной группе исследования из 104 больных, среди которых выполнена операция аллогерниопластики по разным методика.

Результаты распределение по позиции операции между группами, были близки к друг другу. Проведение аллогерниопластика в onlay позиции является самым частым методом, и она проводилась в 75,7% случаев, из них 86/51,8% больные в группе сравнения, а остальные 80/48,2% ( $\chi^2=9,692857143$ ;  $df=2$ ; достоверно  $p<0,007$ ) (табл. 5.1).

**Таблица 5.1**

**Распределение больных по основному виду оперативного лечения грыж передней брюшной стенки**

Вид операции	Группа сравнения		Основная группа		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Onlay	86	74.7	80	76.9	166	75.7
Продолжение таблицы 1						
Sublay	19	16.6	10	9.6	29	13.3
In lay	10	8.7	14	13.5	24	11
Всего	115	100	104	100	219	100
<b>Критерий <math>\chi^2</math></b>	$\chi^2=9,692857143$ ; $df=2$ ; достоверно $p<0,007$					

При исследовании частоты различных послеоперационных осложнений в зависимости от позиции аллогерниопластики, между группой сравнения и основной группой, были получены следующие результаты:

При onlay позиции, которая является самой часто применяемой среди обеих групп, у 166/75,7% пациентов, была самая низкая частота послеоперационных осложнений, которая имела существенной преимущество в этом аспекте у пациентов основной группы. Сравнивая каждый вид послеоперационных осложнений между группами с onlay позицией аллогерниопластики, можно увидеть явную позитивную тенденцию у пациентов основной группы. Подробно, кровотечение наблюдалось 3,4% у пациентов в группе сравнения, что в 2,61 раза чаще чем у пациентов основной группы (у 1,3% пациентов). Скопление сером в образованной полости передней брюшной стенки наблюдалось 10% пациентов в основной группе, что в 2,09 раза реже, чем у пациентов группы сравнения (20,9%). Накопление инфильтрата в образованной полости наблюдалось у 1,3% пациентов в основной группе, что в 1,9 раза реже, чем у пациентов сравнительной группы. Развитие процесса нагноения операционной раны

наблюдалось у 2,6% пациентов основной группы, что в 1,76 раза реже, чем в группе сравнения. Послеоперационные плевра-пульмональные осложнения наблюдались у обеих групп с одинаковой частотой (2,4% пациентов). Летальный исход не наблюдался в обеих группах при onlay позиции. Также отсутствовали острые сердечно-сосудистые недостаточности в обеих группах. В общем счёте послеоперационные осложнения встречались у 17,5% пациентов основной группы, что в 1,92 раза реже чем в группе сравнения (33,7%) ( $\chi^2=19,5$ ;  $df=6$ ; достоверно  $p<0,003$ );

При sublay позиции, тенденция положительных результатов остаётся примерно так же, как и при onlay позиции, за исключением того, что единственный летальный исход от всей выборки, наблюдается в группе сравнения именно при sublay позиции, но в основной группе такие отрицательные результаты отсутствуют. Подробно, кровотечение не наблюдалось в обеих группах. Скопление сером в образованной полости наблюдалось 10% и 10,5% пациентов соответственно в группе сравнения и основной группе. Накопление инфильтрата в образованной полости наблюдалось у 1 пациента в основной группе, и у 3 пациентов сравнительной группы. Развитие процесса нагноения операционной раны наблюдалось у 1 пациента в основные группы, и у 2 пациентов в группе сравнения. Острые сердечно-сосудистые недостаточности осложнения наблюдались у обеих группах с одинаковой частотой (у 1 пациента в каждой группе). Плевра-пульмональные осложнения наблюдались у 1 пациента в группе сравнения, и 2 пациентов в сравнительной группе. В общем счёте послеоперационные осложнения встречались у 57,9% пациентов в группе сравнения ( $\chi^2=7$ ;  $df=6$ ; недостоверно  $p> 0,05$ );

**Таблица 5.2**

**Частота ранних осложнений после различных методик**

Осложнения	Onlay		Sublay		Inlay		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Группа сравнения</b>								
Кровотечение (гематома)	3	3.4	-	-	-	-	3	2.6
Серома	18	20.9	2	10.5	2	20	22	19.1
Инфильтрат	2	2.3	3	15.7	1	10	6	5.2
Нагноение	4	4.6	2	10.5	1	10	7	6.1
Плевро-пульмональные	2	2.3	2	10.5	1	10	5	4.3
ОССН	0	0	1	5.2	1	10	2	1.7
Летальность	0	0	1	5.2	0	0	1	0.9
Больных с осложнениями	29	33.7	11	57.9	6	60	46	40
Больных без осложнений	57	66.3	8	42.1	4	40	69	60
<b>Основная группа</b>								
Кровотечение (гематома)	1	1.3	-	-	-	-	1	0.9
Серома	8	10	1	10	1	7.1	10	9.6
Инфильтрат	1	1.3	1	10	-	-	2	1.9
Нагноение	2	2.6	1	10	1	7.1	4	3.8
Плевро-пульмональные	2	2.5	1	10	1	7.1	4	3.8
ОССН	0	0	1	10	1	7.1	2	1.9
Летальность	-	-	-	-	-	-	-	-
Больных с осложнениями	14	17.5	5	50	4	28.5	23	22.1
Больных без осложнений	66	82.5	5	50	10	71.5	81	77.9

При Inlay позиции тенденция улучшения результатов аллогерниопластики, тоже была довольно высокой у основной группы, по сравнению с сравнительной группой. Подробно, кровотечение не наблюдалось в обеих группах. Скопление сером в образованной полости наблюдалось у 7,1% пациентов в основной группе, что в 2,81 раза реже, чем в группе сравнения.

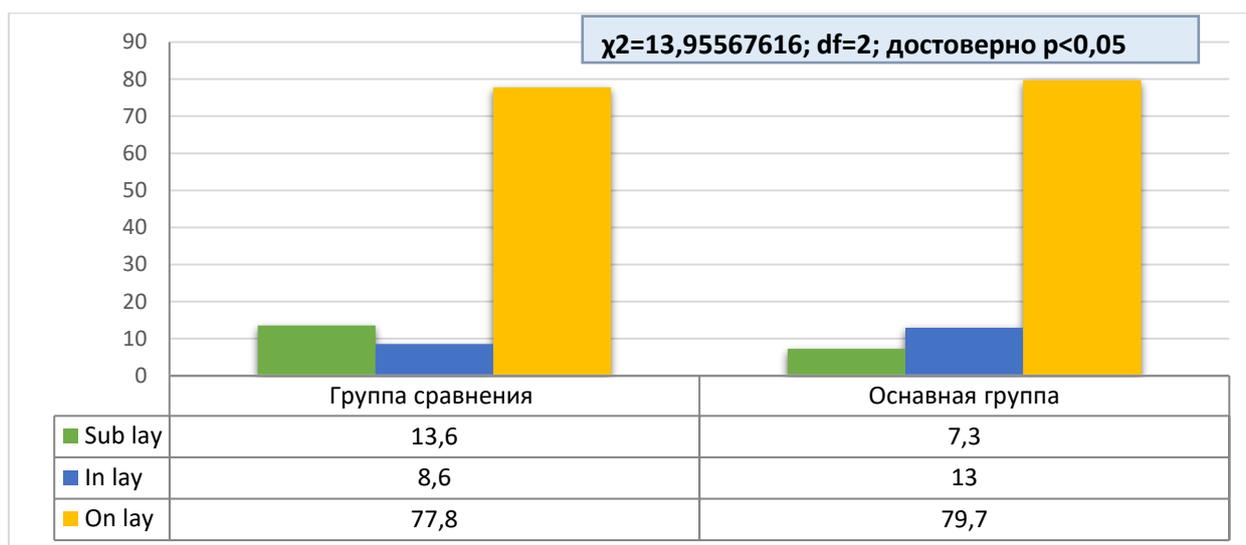
Накопление инфильтрата в образованной полости не наблюдалось у пациентов в основной группе, и у 10% пациентов в группе сравнения. Развитие процесса нагноения операционной раны наблюдалось по 1 пациенту в обеих группах. Острые сердечно-сосудистые недостаточности осложнения наблюдались у обеих группах с одинаковой частотой (у 1 пациента в каждой группе). Плевра-пульмональные осложнения наблюдались так же, как и ОССН. В общем счёте послеоперационные осложнения встречались у 28,5% пациентов в основной группе, что в 2,1 раза реже, чем в группе сравнения ( $\chi^2=1$ ;  $df=6$ ; недостоверно  $p>0,05$ );

Количество пациентов имеющие послеоперационные осложнения в основной группе без распределения по позициям аллогерниопластики равняется 22,1%, а в группе сравнения оно равняется 60%, что в 2,7 раза чаще, чем в основной группе ( $\chi^2=28,9$ ;  $df=6$ ; достоверно  $p<0,05$ ) (табл. 5.2).

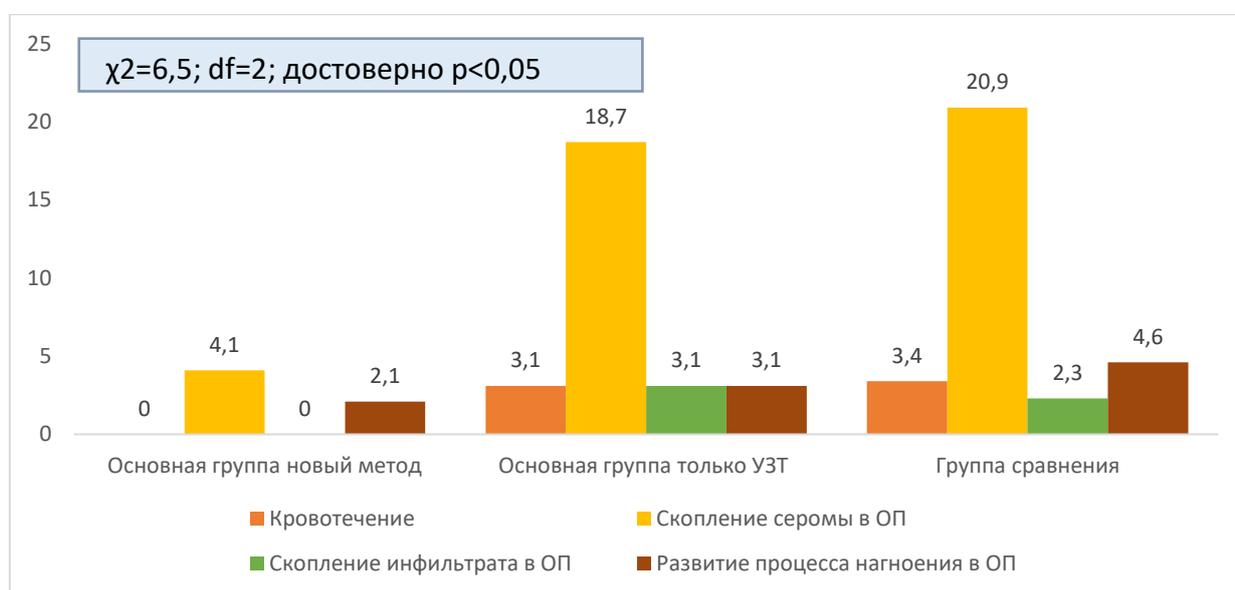
При вычислении  $\chi^2$ ;  $df$ ; достоверно  $p<$  между группой сравнения и основной группой, результаты были следующими:  $\chi^2=20,5$ ;  $df=3$ ; достоверно  $p<0,05$ .

Для более подробного изучения послеоперационной реабилитации пациентов, было проведено прослеживание в отдалённых сроках после операции. Которое проводилось с целью доказать положительный эффект разработанного нами метода аллогерниопластики передней брюшной стенки и комплекса мер послеоперационной реабилитации.

Больных прослеженных в отдалённые сроки в группе сравнения составило 104 пациента, а в основной группе 84 пациента. Из 104 пациентов в группе сравнения 81/77,8% пациентов были прооперированы в onlay позиции, 14/13,46% пациентов в sublay позиции, и 9/8,6% пациентов в in lay позиции. Что касается пациентов основной группы то количество пациентов, прооперированных в onlay, sublay, in lay позициях не варьируют сильно по сравнению с группой сравнения, что помогает сделать максимально справедливым результаты их соотношения. Из 84 пациентов основной группы 67/79,7% пациентов были прооперированы в onlay позиции, 6/7,3% в sublay позиции, а остальные 11/13% пациентов в in lay позиции ( $\chi^2=14$ ;  $df=2$ ; достоверно  $p<0,05$ ) (рис. 5.1).



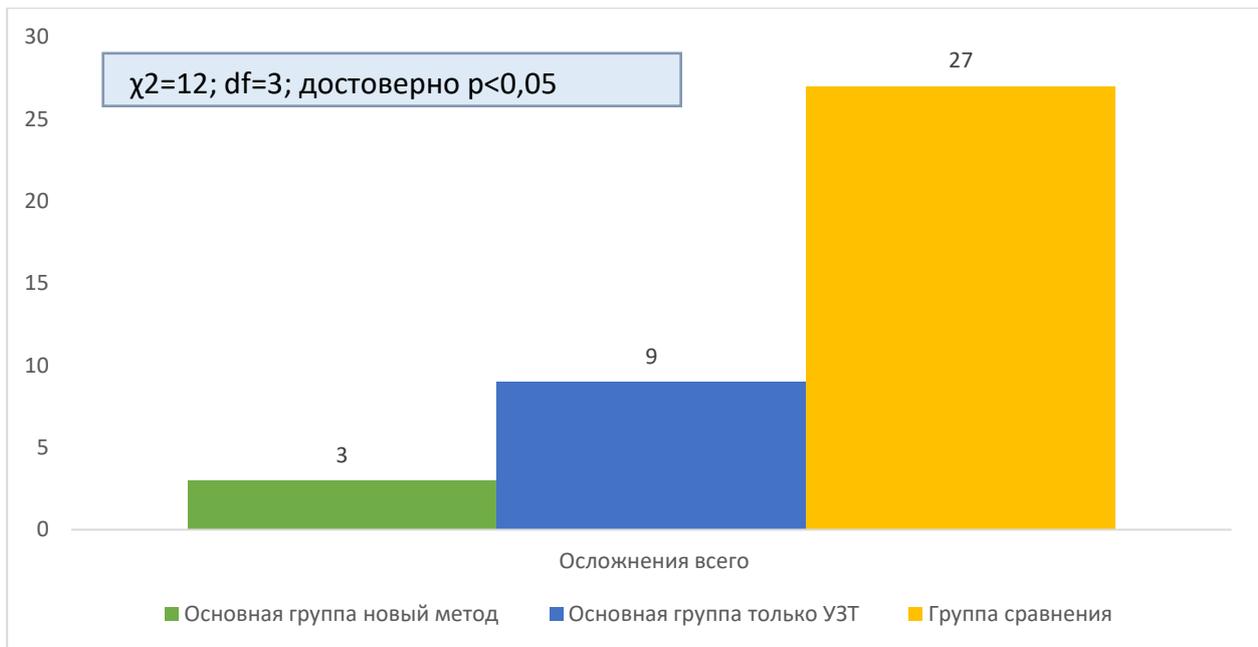
**Рис. 5.1. Распределение больных, прослеженных в отдаленные сроки**



**Рис. 5.2. Частота развития разных видов ранних послеоперационных осложнений, после аллогерниопластики**

Проведенный анализ позволил сделать следующее заключение:

Выполнение аллогерниопластики по новой методики позволило снизить вероятность развития осложнений со стороны образованной полости с 28,1% до 6,2%, в структуре которых в группе сравнения консервативно разрешено 8,7% случаев, но, в отличие от основной группы 6,6% случаев, у 23,4% пациентов группе сравнение потребовалось выполнение повторных миниинвазивных вмешательств, основной группе этот показатель составила 12,5% ( $\chi^2=6,164$ ;  $df=2$ ; достоверно  $p<0,05$ ) (рис. 5.2 и 5.3).



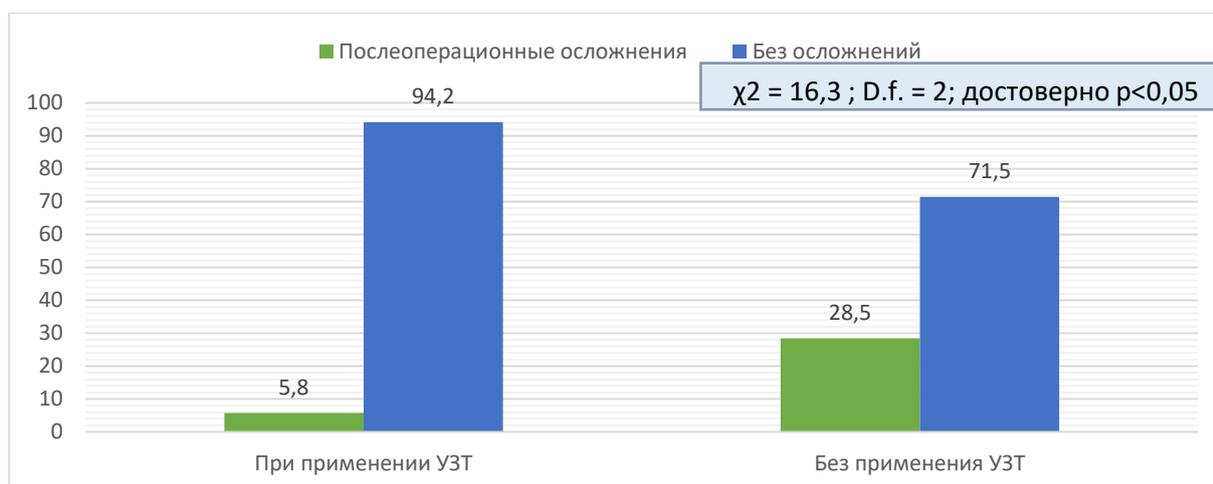
**Рис. 5.3. Частота развития ранних послеоперационных осложнений в зависимости от применения нового метода аллогерниопластики передней брюшной стенки**

Применение УЗИ терапии позволило снизить вероятность развития осложнений с 20% в группе сравнение, до 5.8% в основной группе. ( $\chi^2=9,950$ ;  $df=3$ ; достоверно  $p<0,05$ ) (табл. 5.3, рис. 5.4).

**Таблица 5.3**

**Частота осложнений после ультразвуковой терапии в зависимости от позиции аллогерниопластики**

Вмешательство	УЗТ (n=51)				Без УЗТ (n=25)			
	Осложнения		Без осложнений		Осложнения		Без осложнений	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Onlay</b>	3	5.8	48	94.2	2	10,5	17	89,5
<b>Sublay</b>	0	0	0	0	2	8	1	4
<b>In lay</b>	0	0	0	0	4	16	2	8
<b>Всего</b>	<b>3</b>	<b>5.8</b>	<b>48</b>	<b>94.2</b>	<b>8</b>	<b>28,5</b>	<b>20</b>	<b>71,5</b>
<b>Критерий <math>\chi^2</math></b>	$\chi^2=6,5$ ; $df=2$ ; достоверно $p<0,05$							



**Рис. 5.4. Показатель развития осложнений в зависимости от применения ультразвуковой терапии**

Использование Дипрастана в качестве антисеромных мероприятие позволило снизить частоту осложнений со стороны операционной раны с 20,8% до 10,3% ( $\chi^2=4,690$ ;  $df=1$ ; достоверно  $p<0,05$ ) и соответственно необходимость в повторных вмешательствах ( $\chi^2=3,901$ ;  $df=1$ ; достоверно  $p<0,05$ ) (табл. 5.4).

**Таблица 5.4**

**Частота ранних осложнения в зависимости от получения гормонотерапию**

Вмешательство	Не получали гормонотерапию (n=24)			Получали гормонотерапию (n=29)		
	Абс.	Осложнений	%	Абс.	Осложнений	%
<b>Основная группа</b>						
<b>Onlay</b>	18	2	8.3	17	1	3.4
<b>Sublay</b>	2	1	4.1	5	-	-
<b>In lay</b>	4	2	8.3	7	2	6.8
Всего осложнений		<b>5</b>	<b>20.8</b>		<b>3</b>	<b>10.3</b>
Без осложнений		<b>19</b>	<b>79.2</b>		<b>26</b>	<b>89.7</b>
<b>Критерий <math>\chi^2</math></b>	$\chi^2=131$ ; $df=2$ ; достоверно $p < 0,05$					

Обеспечение абсолютной неподвижности подкожно жировой клетчатки с помощью ношение бандажа позволяет сократить вероятность продолжение воспалительных процессов и образование сером, за счет увеличения доли благоприятного течение послеоперационного периода с 11,0% до 27,4% ( $\chi^2=23,617$ ;  $df=3$ ; достоверно  $p<0,05$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Рецидив после аллогерниопластики в частности парапротезные грыжи, основном исходит из первичного место выходение грыж передней брюшной стенки и в нашем исследовании - это показатель составил 5.2% в группе сравнение, и 5.8% в основной группе. Предложенный способ, при котором используется двух рядовая сетка в виде дубликата, с образованием равномерного натяжения-напряжения, из-за взаимосвязывания большого участка апоневроза с каждой стороны и соединение их дубликатурой сетки на месте естественного рецидива позволяет надежна укрепит первичный дефект брюшной стенки и снижает риск образование парапротезной грыжи от 5.2% группе сравнение, до 0% основной группе.

2. Предложенный метод ультразвуковой терапии для профилактики послеоперационной осложнение, благодаря стимуляции локальной репаративной активности за счет превращение геля в золь, в результате превращение фибриногена в фибрин, а гематомы и отек в гель, так как превращение фибриногена в фибрин является основной характеристикой процесса заживления, дала возможность снизить послеоперационные осложнение с 33,1% до 17,3%.

3. Исследования биорегуляторов показали, что использование ультразвуковой терапии снижает риск формирования ранних осложнений за счет развития менее интенсивных воспалительных изменений и преобладанием локального пролиферативного процесса благодаря увеличением содержание крови АКТГ (исходное значение 37 пг/мл, на 2 сутки УЗТ 60,5 пг/мл, на 4 сутки УЗТ 56,5 пг/мл), и инсулина (исходное значение 16 ммоль/л, на 2 сутки УЗТ 24,3 ммоль/л, на 4 сутки УЗТ 22,9 ммоль/л).

4. Применение глюкокортикоидов до операции и послеоперационном периоде ускоряет процесс заживление послеоперационной раны, благодаря противовоспалительным действиям препарата Дипраспан и повышает эффективность лечение и снижает послеоперационные осложнение с данной патологией от 20,8% до 10,3%.

5. Сравнительный анализ клинических исследований показал, что применение предложенных тактико-технических рекомендаций при протезной пластике по поводу вентральных грыж позволило снизить частоту раневых осложнений с 33,1% до 17,3% (достоверно  $p < 0,001$ ), включая образование клинически значимых сером с 19,1% до 9,6% (достоверно  $p < 0,05$ ), сократить продолжительность дренирования более 7 суток с 27,8% до 11,4% (достоверно  $p < 0,05$ ).

6. Внедрение усовершенствованной методики протезной пластики при вентральной грыже в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений позволило снизить частоту отдаленных осложнений с 26,1% до 8,6% (достоверно  $p < 0,005$ ), включая сморщивание протеза с 6,1% до 1,9%, формирование кожно-протезных

свищей с 6,96% до 1,9%, дремляющие инфекционные осложнения с 7.7% до 4.7% и образование парапротезной грыжи с 5,2% до 0% (достоверно  $p < 0,05$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ON AWARDING  
ACADEMIC DEGREES AT THE SAMARKAND STATE MEDICAL  
UNIVERSITY**

---

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**ALLABERGANOV KAHKRAMON BAKDURDIEVICH**

**IMPROVING THE COMPREHENSIVE PREVENTION OF  
COMPLICATIONS AFTER VENTRAL HERNIA ALLOHERNIOPLASTY**

**14.00.27 – Surgery**

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION  
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN 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 Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under №B2024.2.PhD/Tib4681.**

The dissertation was completed at Tashkent medical academy.

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

**Reaserch leader:**

**Yakubov Farkhod Radjabovich**

Doctor of Medical Sciences, associate professor

**Official opponents:**

Doctor of Medical Sciences, professor

Doctor of Medical Sciences

**Lead organization:**

The defense will be take place « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 at \_\_\_ o'clock 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, Ankaboy st. 6. Tel: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registreted number No\_\_\_\_). Address 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 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 Science, professor

**K.V. Shmirina**

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

**Z.B. Kurbaniyazov**

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of medical science, Professor

## INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

**The aim of the study** is to improve the results of surgical treatment and prevention of postoperative complications of ventral hernias.

**The tasks of the research** are:

to study the results of surgical treatment and the causes of postoperative complications of ventral hernias using mesh;

to develop a new method of allogenioplasty of ventral hernias;

to conduct a study on the effectiveness of topical ultrasound therapy and glucocorticoids in the postoperative period;

to study humoral bioregulators in patients using complex measures to prevent postoperative complications;

comparatively evaluate the effectiveness of the proposed method in clinical practice and develop an algorithm for the treatment of ventral hernias.

**The object of the research** were to analyze the treatment results of 219 patients with ventral hernias from the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center and the medical association of the Khiva district, who were treated in the Department of surgery from 2017 to 2023.

**Scientific novelty of the research** consists of the following:

for the first time in studies on patients after allohernoplasty of the anterior abdominal wall, the possibilities of using low-power ultrasound for the prevention of postoperative complications were studied and the positive effect of local ultrasound therapy on the dynamics of the wound process was revealed;

the importance of indicators of humoral bioregulators in the development and course of the inflammatory process, as well as the assessment of the effectiveness of treatment, has been established;

a new method of allohernoplasty for ventral hernias has been developed, characterized by a two-layer prosthetic plastic surgery, the place of exit of the primary hernia, which reduces the risk of paraprothetic hernia formation and is determined by Sublay and In-lay positions of allohernoplasty for lateral ventral hernias.;

it has been proven that the use of hormone therapy before and after surgery, in particular the drug Dipraspan, will lead to positive dynamics in the healing of postoperative wounds.

**Implementation of the research results.** According to the results of a scientific study on surgical treatment of ventral hernias:

"Allohernoplasty method for surgical treatment of ventral hernias" was developed (patent for invention No. IAP 07415 dated May 24, 2023 for an invention to the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan). The proposed method of allogenioplasty of ventral hernias with strengthening of aponeurosis with a two-layer mesh implant made it possible to reduce the number of complications, shorten the treatment time and reduce the risk of hernia recurrence;

The "Surgical treatment of ventral hernias" was developed (utility model patent of the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan No. FAP

2412 dated February 08, 2024). The proposed method made it possible to reduce the frequency of wound purulent-inflammatory complications and shorten the rehabilitation period of patients after allohernoplasty;

methodological recommendations "Improving the comprehensive prevention of complications after ventral hernia allohernoplasty" have been developed. The proposed recommendations made it possible to optimize the tactical and technical aspects of allohernoplasty in patients with ventral hernias.;

the obtained scientific results have been implemented in practical healthcare activities, in particular, in the Department of Abdominal Surgery of the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center and the Department of Emergency Surgery No. 1 of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. The introduction of the research results into clinical practice ensured the improvement of the tactical and technical aspects of allohernoplasty in ventral hernias, which reduced the incidence of specific immediate complications from 33.1% to 16.3%, and also reduced the likelihood of long-term complications from 26.1% to 8.6%.

Approbation of the research results. The results of this study were discussed at 6 scientific and practical conferences, including 2 international and 4 national ones.

**Publication of research results.** 15 scientific papers have been published on the topic of the dissertation, including 1 patent for an invention, 1 patent for a utility model, 1 methodological recommendation, 5 journal articles, 1 of which is in a National and 4 in a foreign journal recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of doctoral dissertations, as well as 7 theses, 5 of which were published in the collections of Republican conferences and 2 in the collections of international conferences.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, a literature review, three chapters of his own research, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the text is 158 pages.

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

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Yakubov F.R., Allaberganov Q.B., Sapayev D.Sh., Reymberganov J.I. Ventral churralarni jarrohlik yo‘li bilan davolashda allogernioplastika usuli // O‘zbekiston Respublikasi Adliya Vazirligining 2023 yil 24 maydagi IAP 07415-sonli ixtiro uchun patenti

2. Yakubov F.R., Allaberganov Q.B., Sapayev D.Sh., Reymberganov J.I., Marqurbonov N.O. entral churralarni jarrohlik davolash usuli // O‘zbekiston Respublikasi Adliya Vazirligining 2024 yil 08 fevraldagi FAP 2412-sonli foydali model uchun patenti

3. Yakubov F.R., Sapaev D.S., Allaberganov K.B., Xayitboyeva K.Kh. Matqurbonov N.O. Development of Alloherinoplasty Method for Hernias of the Anterior Abdominal Wall, For the Prevention of the Development of Paraprosthetic Ventral Hernia: A Case - Control Study // Journal of Abdominal Wall Reconstruction. 2024; 7(1): 1016. (CrossRef-1,2).  
<https://www.doi.org/10.52768/JabdomWallReconstr/1016>

4. Yakubov F.R., Allaberganov K.B., Sapaev D.S. Evaluation of the Effect of Glucocorticoste-roid Therapy with Diprosan, for the Prevention of Complications in Ventral Hernias with the Dynamic Study of Humoral Bioregulators // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - The USA, 2024, 14(2): 374-381. (14.00.00, №2).

5. Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Аллаберганов К.Б., Маткурбонов Н.О., Шухратова Ш.Ш. Оценка влияния ультразвуковой терапии для профилактики осложнений при вентральных грыжах с динамическим изучением гуморальных биорегуляторов // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2024. –№01 (045). – С. 147-159. (14.00.00, №09)

**II бўлим (II часть; II part)**

6. Якубов Ф.Р., Рузибаев Р.Ю., Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Реймберганов Ж.И. Совершенствование комплексной профилактики осложнения после аллогерниопластики вентральных грыж // Методические рекомендации. Ташкент-2024; 48 с.

7. Yakubov F.R., Sapaev D.S., Allaberganov K.B., Matkurbonov N.O. Results of effective postoperative wound drainage in large and complex ventral hernia // European journal of modern medicine and practice. 2023. -Vol. 3. No. 04. – pp. 30-32. <http://inovatus.es/index.php/ejmmp/article/view/1632>

8. Yakubov F.R., Sapaev D.S., Allaberganov K.B., Matkurbonov N.O. Modern Approach to Effective Drainage of Postoperative Injury in Large and Complex Ventral Hernias // Journal of intellectual property and human rights. 2023. - Volume: 2 Issue: 5. – pp. 32 – 34.  
<http://journals.academiczone.net/index.php/jiphr/article/view/797>

9. Якубов Ф.Р., Аллаберганов К.Б., Маткурбонов Н.О. Улкан ва мураккаб вентрал чурраларда операциядан кейинги жароҳатни самарали дренажлаш натижалари // Journal of Science-Innovative Research in Uzbekistan. 2023. -Vol. 1. Issue 2. -pp. 52-55.

<https://universalpublishings.com/index.php/jsiru/article/view/1169>

10. Якубов Ф.Р., Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Реймберганов Ж.И. Оценка влияния терапии глюко-кортикостероидов препаратом дипроспана, для профилактики осложнений при вентральных грыжах с динамическим изучением гуморальных биорегуляторов // Материалы Международной научно-практической конференции «Роль инноваций в медицине», 26-27 апреля 2024 г. – Ургенч, Узбекистан. – С. 146.

11. Якубов Ф.Р., Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Шухратова Ш.Ш. Оценка влияния ультразвуковой терапии для профилактики осложнений при вентральных грыжах с динамическим изучением гуморальных биорегуляторов // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы неотложной абдоминальной хирургии», приуроченной к 200-летию города Кокшетау и 60-летию НАО «Медицинский университет Астана», 16-18 мая 2024 г., - Кокшетау. - Астана, Казакстан. – С. 84-85.

12. Якубов Ф.Р., Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Маткурбонов Н.О. Шухратова Ш.Ш., Реймберганов Ж.И. Разработка методов аллогерниопластики при грыжах передней брюшной стенки и для профилактики развития парапротезной вентральной грыжи // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы неотложной абдоминальной хирургии», приуроченной к 200-летию города Кокшетау и 60-летию НАО «Медицинский университет Астана», 16-18 мая 2024 г., - Кокшетау. - Астана, Казакстан. – С. 85-86.

13. Якубов Ф.Р., Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Маткурбонов Н.О. Шухратова Ш.Ш. Результаты глюкокортикоидной терапии после аллогерниопластики // Материалы XXVII республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2024» «50-летию Республиканского специализированного научно-практического центра хирургии имени академика В.Вахидова», №3 (103), 26-28 сентябрь 2024 г. – Ташкент, Узбекистан. – С. 91-92.

14. Якубов Ф.Р., Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Маткурбонов Н.О. Шухратова Ш.Ш. Результаты влияния ультразвуковой терапии для профилактики осложнений при вентральных грыжах // XIX Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Критические состояния в экстренной медицине. Вопросы патогенеза, диагностики и интенсивной терапии», 10-11 октября 2024 года, - Хива, Узбекистан. – С. 154-155.

15. Аллаберганов К.Б., Сапаев Д.Ш., Якубов Ф.Р., Маткурбонов Н.О. Использование ультразвуковой терапии для профилактики осложнения после аллогерниопластики // Материалы XXVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2023» «Роль

малоинвазивных, Высокотехнологичных и гибридных оперативных вмешательств в трансформации хирургической службы страны», №3 (99), 26-27 октября 2023 г. – Самарканд, Узбекистан. – С. 28.

---