

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ТЕРМИЗ ФИЛИАЛИ

ХАИТОВ АКМАЛ АЛИЯРОВИЧ

**ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИНГ КЕЧКИ ПАРАПРОТЕЗЛИ ЙИРИНГЛИ
АСОРАТЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИНГ
ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
Content of the abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD)

Хаитов Акмал Алиярович

Қорин чурраларининг кечки парапротезли йирингли асоратларида ташхислаш ва даволаш тактикасининг ўзига хослиги..... 3

Хаитов Акмал Алиярович

Особенности диагностики и тактики лечения поздних парапротезных гнойных осложнений при грыжах живота..... 29

Khaitov Akmal Aliyarovich

Features of diagnostics and treatment tactics of late paraprosthetic purulent complications in abdominal hernias..... 55

Эълон қилинган нашрлар рўйхати

Список опубликованных работ
Lists of published works..... 60

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ТЕРМИЗ ФИЛИАЛИ

ХАИТОВ АКМАЛ АЛИЯРОВИЧ

**ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИНГ КЕЧКИ ПАРАПРОТЕЗЛИ ЙИРИНГЛИ
АСОРАТЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИНГ
ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2024.3.PhD/Tib4339 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиалида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Мустафакулов Ишназар Бойназарович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар

Сафоев Бақодир Барноевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Курбаниязов Зафар Бабажанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот

Ча университетининг Бунданг тиббиёт маркази
(Жанубий Корея Республикаси)

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил "3" Июнь куни соат 12:30 даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (39 рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2025 йил "21" Май куни тарқатилди.
(2025 йил "21" Май даги 27 рақамли реестр баённомаси).



Ш.Т. Уроқов
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Н. Казакова
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

Б.З. Хамдамов
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори (DSc), профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Сўнгги 20 йил ичида бирламчи ва операциядан кейинги чурраларни даволаш натижаларининг яхшиланишига турли хил материаллардан тайёрланган синтетик протезларни амалиётга жорий қилиш ҳисобига эришилган. Аниқланишича, «...протезли герниопластика амалиёти чурра билан беморларни хирургик даволаш кўрсатмаларини кенгайтиришга, оғир ҳамроҳ касалликлари туфайли, шу жумладан қари ва кекса ёшдаги беморларда операциядан бош тортиш ҳолатларни камайтиришга имкон берган...»¹. Замонавий илм-фан ютуқларига қарамасдан, яллиғланиш жараёнлари чегараланган шакллардан тарқалган ва оғирроқ шаклларга ўтмоқда. Бу ҳолат катта ёшдаги ва қария ёшдаги беморларга ҳам тааллуқлидир. Бундай ёндашув чурра билан касалланган беморларда гиподинамия ва доимий асоратлар хавфининг олдини олиш орқали операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини ва давомийлигини оширишга ёрдам берган.

Жаҳон миқёсида узоқ йиллар давомида протезли герниопластика чурра билан беморларнинг клиник, тиббий - ижтимоий, экспериментал ва лаборатор жихатларини ўрганиш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда. Ушбу «...патологик ҳолатларнинг даволаш – диагностик, профилактик жихатлари муваффақиятли ҳал қилинмоқда, турли ёш тоифаларида ушбу касалликларнинг асоратларини даволаш усуллари ишлаб чиқилган...»². Ушбу патологиянинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси бўйича бир қатор концептуал ёндашувлар тасвирланган. Шу билан бирга, адабиётларда бу муаммога бағишланган илмий ишлар кам. Аутопластик усулларда пластик операциядан кейинги вентрал чурраларнинг қайта ривожланиш суръати 20% дан 46% гача ташкил этиб, протезли усулларда эса бу кўрсаткич 8% дан 15,3% гача қисқаради. Бироқ, статистика маълумотларига кўра, бундай ҳолатлар сони мунтазам ортиб бормоқда.

Маълум бўлган омиллар қаторида протезли пластикадан сўнг чурра ривожланишининг қўшимча сабаблари ҳам мавжуд, бу сабаблар ҳозирги кунгача етарлича ўрганилмаган. Ҳозирги пайтда чурраларнинг қайта ривожланиш патогенези протез атрофидаги тўқималарда доимий ривожланаётган маҳаллий яллиғланиш жараёни нуқтаи назаридан кўриб чиқилади, бу эса қайта операцияларда жароҳат асоратлари хавфининг ошишидан далолат беради. Шу билан бирга, асоратларнинг ва чурра рецидивларининг олдини олиш усуллари етарли даражада ишлаб чиқилмаган.

Мамлакатимизда аҳолига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш, аҳолининг чурралар, хусусан унинг асоратлари билан ассоциацияланган касалланиш даражасини аниқлаш, ташҳис қўйиш, даволаш ва ушбу патологиянинг профилактикаси йўллари ишлаб чиқиш бўйича катта

¹ Каримов Ж.К., Юлдашев Ф.М. Оценка эффективности использования полипропиленовых сеток в герниопластике // Хирургический вестник Узбекистана. – Тошкент, 2023. – №3. – С.24-32.

² Нагимова Н.Г. Опыт применения современных методов пластики при лечении послеоперационных вентральных грыж. – Журнал “Современные проблемы науки и образования”, 2020. - №3-4. – с.125-131.

ҳажмдаги ишлар олиб борилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясининг 7 та устувор йўналишининг 56-мақсад, 4-қисмида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2023 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»³ бўйича қатор вазифалар белгиланган. Шунга асосланиб, корин чурраларини даволаш хусусиятларини ўрганиш долзарб ҳисобланади.

Ушбу диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисидаги” ва 2022 йил 25 апрельдаги ПҚ-215-сон “Бирламчи тиббий санитария ёрдамини аҳолига яқинлаштириш ва тиббий хизматлар самарадорлигини ошириш бўйича кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Операциядан кейинги вентрал чурра билан беморларда аутопластик усуллар кўлланилганда, рецидивлар 46% га, протезлаш усулларидадан кейин эса 15,3% га етади (Гогия Б.Ш. ва ҳаммуал., 2018; Петрова Е.Ю. ва ҳаммуал., 2023; Сажин А.В. ва ҳаммуал., 2023). Агар бирламчи чурра билан беморларни даволаш тактикаси аллақачон батафсил ишлаб чиқилган бўлса, унда уларнинг ривожланиш сабаблари ҳақида етарли маълумот йўқлиги сабабли такрорий чурраларни даволаш, айниқса, герниопластиканинг протезлаш усулларидадан сўнг, кейинги тадқиқотларни талаб қилади, бу эса уларни хирургик даволаш усулини танлашни асослашга қаратилган бўлиши лозим (Поляков А.В. ва ҳаммуал. 2021; Павлов А.К. ва ҳаммуал., 2023; Кулиев С.А. ва ҳаммуал., 2019; Богдан В.Г. ва ҳаммуал., 2013; Ахмедов И.Н. ва ҳаммуал., 2023). Пластика қилишнинг аутопластик ва протезли усулларидадан сўнг такрорий вентрал чурра билан беморларда операция вариантини аниқлаш бўйича илмий асосланган тавсияларнинг йўқлиги тадқиқот мавзусини, объектини, мақсади ва вазифаларини аниқлаган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш

³ «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон фармони

бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади: операциядан кейинги рецидив вентрал чурра билан касалланган беморларни хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қорин олд деворининг турли усулларда пластик жарроҳлик амалиётидан сўнг қайталанувчи қорин чурраларининг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш;

қорин олд девори вентрал чурралари операциясидан кейинги жароҳат йирингли асоратларининг чурранинг рецидивланишида ўрни ва сабабларини аниқлаш;

рецидив чурраларнинг олдини олишда чурра аллопластикасининг таранглашмаган протезни П-симон чокларни қўллаш билан янгича усулларида фойдаланиш натижаларини таҳлил қилиш;

олинган тадқиқот натижалари асосида қорин олд девори рецидив чурраларини хирургик даволашнинг такомиллашган самарали усулини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2017-2022 йиллар давомида РШТЎИМ Сурхондарё филиали ва Сурхондарё вилояти КТТМ жарроҳлик бўлимларида операциядан кейинги вентрал чурра билан даволанган 172 нафар беморлар ташкил этган.

Тадқиқотнинг предмети операциядан кейинги вентрал чурра билан беморларни комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш бўлиб, операция усулини танлаш учун тавсия этилган мезонлардан келиб чиққан ҳолда чурра аллопластика усулини танлашга дифференциал ёндашувдан фойдаланган ҳолда амалга оширилган.

Тадқиқотнинг усуллари: умумий клиник, биокимёвий, инструментал, гистологик ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк маротоба анъанавий аутопластика ҳамда протезли аллопластикадан сўнги йирингли асоратлар вентрал чурраларнинг қайталанишига сабаб бўлиши исботланган;

илк маротоба операциядан сўнги вентрал чурраси қайталанган беморларни даволашда такомиллаштирилган профилактика усулидан фойдаланишнинг юқори клиник самарадорлиги исботланган;

илк маротоба операциядан кейинги вентрал чурраси қайталанган беморларда чурранинг ўлчамларига қараб дифференциалашган пластика қилиш усулларини қўлланилиши, асоратларни кескин камайишига сабаб бўлиши аниқланган;

беморларда далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан, қайталанган вентрал чурраларини хирургик даволашда протезли аллопластика амалиёти вақтида П-симон чоклардан ҳамда йирингли асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида 2% ли декасан эритмасидан фойдаланиш чуррани

қайталанишини 15,0% дан 3,8% гача камайтириш имконини бериши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

аутопластик ва протезли аралашувлардан сўнг такрорий вентрал чурра шаклланишининг сабаблари аниқланган;

операциянинг ауто- ва аллопластик усулларида сўнг беморларда тўқималарда макро- ва микроскопик морфологик ўзгаришлар аниқланган, бу бизга пластика усулларидаги такомиллаштирилган таранглашмаган протезлаш усулларидаги такрорий аралашувлар учун танлов операцияси сифатида тавсия қилиш имконини берган;

таранглашган ва таранглашмаган протезли пластика усулларида сўнг касалликнинг қайталаниш хавфини камайтириш учун такрорий вентрал чуррада қилинадиган операция вариантлари такомиллаштирилган;

операциядан кейинги вентрал чурра билан беморларни хирургик даволашнинг самарали клиник натижалари касалликнинг қайталаниш суръатини сезиларли даражада камайтирган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончилиги замонавий, кенг қўлланиладиган клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқот усулларидаги фойдаланиш билан тасдиқланган. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилларга исботланган тиббиёт тамойилларига асосланган. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифлар ўзига хос назарий аҳамиятга эга бўлиб, улар операциядан кейинги вентрал чурра билан беморларни ташхислаш ва хирургик даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшган. Рецидив вентрал чурра билан беморларда касалликнинг клиник кўриниши олдинги герниопластика техникасига боғлиқлиги аниқланган. Маҳаллий тўқималар билан пластика қилиш ва таранглашган протезлаш герниопластика усулидан сўнг, кўпинча касалликнинг тўлиқ қайталаниши, таранглашмаган протезлаш усулларида сўнг эса чурранинг қисман қайталаниши кузатилган. Қайталанган чурра билан беморларда қорин девори тўқималаридаги макро- ва микроскопик ўзгаришларнинг олдинги жарроҳлик усулига боғлиқлиги аниқланган. Операциядан кейинги W3-W4 вентрал чурралар учун чурра аллопластикасининг таранглашмаган "onlay" усулини апоневрозга П - шаклидаги чокларни олдиндан қўллаш ва имплантнинг "onlay + sublay" дубликатини яратиш билан эндопротезни бириктиришнинг комбинациялашган усулини бажаришнинг техник жиҳатлари оптималлаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, беморларда маҳаллий тўқималар билан пластика қилиш ва таранглашган протезли герниопластика усулларида сўнг, рецидив вентрал чурраларни даволашда такомиллаштирилган таранглашмаган протезлаш усулларидаги фойдаланишга кўрсатма берилган. Катта ва гигант (W3-W4) ўлчамдаги чурралар учун чурра аллопластикасининг таранглашмаган протезлаш усулларидаги фойдаланиш "компаратмент-синдром"нинг олдини олади, имплантнинг апоневрозга П-

шаклидаги чоклар билан бириктириш унинг силжишини олдини олади ва шу билан чурранинг қайталанишига йўл қўймайди. Операциядан кейинги вентрал чурраси билан беморларни чурра аллопластикасининг такомиллаштирилган усуллари қўллаш асосида даволаш операциядан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайталаниш суръатини сезиларли даражада камайтирган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Илмий техник кенгашининг 2024 йил 13 ноябрдаги 08/70-сонли хулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: илк маротоба анъанавий аутопластика ҳамда протезли аллопластикадан сўнги йирингли асоратлар вентрал чурраларнинг қайталанишига сабаб бўлиши исботланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифлар ўзига хос назарий аҳамиятга эга бўлиб, улар операциядан кейинги вентрал чурра беморларни ташхислаш ва хирургик даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий натижалар РШТЁИМ Сурхондарё филиали (18.07.2024 йил, № 06 буйруғи) ва Сурхондарё вилояти КТТМ хирургик бўлимларига (11.07.2024 йил, № 37-4 буйруғи) амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* аутопластик ва протез аралашувидан сўнг такрорий вентрал чурра шаклланишининг сабаблари аниқланган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* бактериологик текширув, яъни микробларнинг антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш, антибактериал дори воситаларни аниқ билиб қўллаш нозокомиал инфекциялар ва инфекция асоратларни камайишига олиб келган. Бу эса цефтриаксон ва цефеперазон+сульбактам каби қимматбаҳо антибиотикларни қисқартиришга, сарф-харажатларни ҳар бир бемор учун ўртача 170000 дан 190000 сўмгача тежаш имконини берган. *Хулоса:* анъанавий аутопластика ҳамда протезли аллопластикадан сўнги йирингли асоратлар вентрал чурраларнинг қайталанишига сабаб бўлиши исботланганлиги, асоратларни олдини олиш чора тадбирларини қўллаш имконини берган;

иккинчи илмий янгилик: илк маротоба операциядан сўнги вентрал чурраси қайталанган беморларни даволашда такомиллаштирилган профилактика усулидан фойдаланишнинг юқори клиник самарадорлиги исботланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* илк маротоба операциядан сўнги вентрал чурраси қайталанган беморларни даволашда такомиллаштирилган профилактика усулидан фойдаланишнинг юқори клиник самарадорлиги исботланганлиги, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш имконини берган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий натижалар РШТЁИМ Сурхондарё филиали (18.07.2024 йил, № 06 буйруғи) ва Сурхондарё вилояти КТТМ хирургик бўлимларига (11.07.2024 йил, № 37-4 буйруғи) амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* операциядан сўнги вентрал чурраси қайталанган беморларни даволашда такомиллаштирилган профилактика усулидан фойдаланиш орқали, ривожланиши мумкин бўлган

асоратларни олди олинган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* илк маротоба операциядан сўнги вентрал чурраси қайталанган беморларни даволашда такомиллаштирилган профилактика усулидан фойдаланишнинг юқори клиник самарадорлиги исботланганлиги натижасида ҳар 1 нафар беморга сарфланадиган бюджет маблағларини 600000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* операциядан сўнги вентрал чурраси қайталанган беморларни даволашда такомиллаштирилган профилактика усулидан фойдаланиш ҳисобига ҳар 1 нафар беморга сарфланадиган бюджет маблағларини 600000 сўмга иқтисод қилишга эришилган;

учинчи илмий янгилик: илк маротоба операциядан кейинги вентрал чурраси қайталанган беморларда чурранинг ўлчамларига қараб дифференциалашган пластика қилиш усуллари қўлланилиши, асоратларни кескин камайишига сабаб бўлиши аниқланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* операциядан кейинги вентрал чурраси қайталанган беморларда чурранинг ўлчамларига қараб дифференциалашган пластика қилиш усуллари қўлланилиши орқали, кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш имкони яралган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий натижалар РШТЎИМ Сурхондарё филиали (18.07.2024 йил, № 06 буйруғи) ва Сурхондарё вилояти КТТМ хирургик бўлимларига (11.07.2024 йил, № 37-4 буйруғи) амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* операциядан кейинги вентрал чурраси қайталанган беморларда чурранинг ўлчамларига қараб дифференциалашган пластика қилиш усуллари орқали клиник самарадорликга эришилган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* операциядан кейинги вентрал чурраси қайталанган беморларда чурранинг ўлчамларига қараб дифференциалашган пластика қилиш усуллари қўлланилиши ҳисобига ҳар 1 нафар беморга сарфланадиган бюджет маблағларини 1800000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* операциядан кейинги вентрал чурраси қайталанган беморларда чурранинг ўлчамларига қараб дифференциалашган пластика қилиш усулларидан фойдаланиш, даволаниш самарадорлигини кескин оширилиши имконини берган;

тўртинчи илмий янгилик: беморларда далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан, қайталанган вентрал чурраларини хирургик даволашда протезли аллопластика амалиёти вақтида П-симон чоклардан ҳамда йирингли асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида 2% ли декасан эритмасидан фойдаланиш чуррани қайталанишини 15,0% дан 3,8% гача камайтириш имконини бериши исботланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* олинган илмий натижалар РШТЎИМ Сурхондарё филиали (18.07.2024 йил, № 06 буйруғи) ва Сурхондарё вилояти КТТМ хирургик бўлимларига (11.07.2024 йил, № 37-4 буйруғи) амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* қайталанган вентрал чурраларини хирургик даволашда протезли аллопластика амалиёти вақтида П-симон чоклардан ҳамда йирингли асоратлар

ривожланишини олдини олиш мақсадида 2% ли декасан эритмасидан фойдаланиш чуррани қайталанишини 15,0% дан 3,8% гача камайтириш имконини бериб, ётоқ кунларни қисқаришига олиб келган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат:* протезли аллопластика амалиёти вақтида П-симон чоклардан ҳамда йирингли асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида 2% ли декасан эритмасидан фойдаланиш, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиши орқали ҳар 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 1800000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* қайталанган вентрал чурраларини хирургик даволашда протезли аллопластика амалиёти вақтида П-симон чоклардан ҳамда йирингли асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида 2% ли декасан эритмасидан фойдаланиш чуррани қайталанишини 15,0% дан 3,8% гача камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 5 та халқаро ва 1 та республика миқёсидаги илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 29 та илмий ишлар чоп этилган бўлиб, шундан 8 та журнал мақоласи, шулардан 7 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижалари чоп этилган.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация кириш, тўрт боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва келтирилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Матн материалининг ҳажми 119 бет.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурлиги асосланади, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари белгиланган, объект ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг республика илмий-технологик тараққиётнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгилик ва амалиётга қўшган ҳиссаси, тадқиқот натижалари ва уларнинг амалиётга жорий қилинганлиги тўғрисида маълумотлар берилган. Шунингдек, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби «**Маҳаллий тўқималар ва протезлардан фойдаланган ҳолда пластикадан кейин вентрал чурраларнинг қайта ривожланиш сабаблари, патогенези ва даволаш усуллари**» адабиётлар шарҳи сифатида тақдим этилган. Унда протезли пластикани қўллаш усуллари таранглашган ва таранглашмаган турларга бўлиниши қайд этилган. Ачинарлиси шундаки, маҳаллий тўқималардан ёки протезлардан фойдаланган пластикадан сўнг йирингли асоратлар ҳам касалликни қайта ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бироқ, қайта жарроҳлик амалиётлари зарур бўлган беморларда техник шароитлар бир-биридан сезиларли даражада фарқ қилади ва кўп омилларга боғлиқдир. Чурра пластикаси усуллари орасида ҳам бирламчи, ҳам қайта ривожланган ҳолларда энг ишончли деб ҳисоблангани комбинацияланган усуллар бўлиб, улар ўз тўқималарининг функциясини

тиклашга қаратилган. Шунингдек, маҳаллий тўқималар ва протезлардан фойдаланган ҳолда қайта ривожланган чурраларда даволаш тактикаси ва усуллари етарлича ишлаб чиқилмагани исботланган. Мазкур диссертация ушбу масалаларни ҳал этишга қаратилган.

Диссертациянинг иккинчи боби «Тадқиқот материаллари ва усуллари» тадқиқот асосини ташкил этган. Диссертацион тадқиқот Тошкент тиббиёт академияси Термез филиали умумий хирургия, болалар хирургияси, урология ва болалар урологияси кафедрасининг илмий изланишларига асосланиб, РШТЁИМ Сурхондарё филиали ва Сурхондарё вилоят КТТМ хирургик бўлимларида даволанган 172 нафар операциядан кейинги вентрал чурра билан беморларнинг таҳлилига асосланган.

Барча 172 нафар беморнинг ёши 28 дан 75 гача бўлиб (ўртача ёш $57,2 \pm 9,02$ йил), улар операциядан кейин ривожланган вентрал чурра билан қайд этилган. Улар 2 гуруҳга ажратилган. I гуруҳ 146 нафар беморни ўз ичига олган, уларда чурра таранглашган герниопластикадан сўнг ривожланган (1-жадвал).

1 жадвал

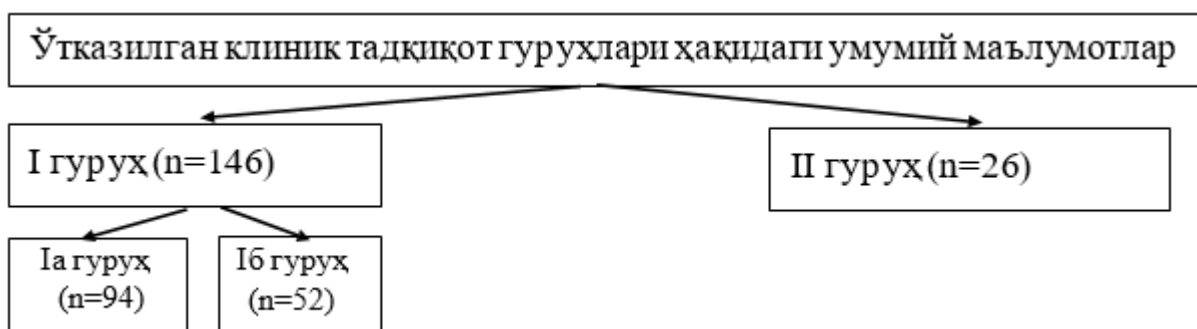
Беморларни даволаш усулига боғлиқ ҳолда тақсимланиши

Гуруҳлар	Даволаш усули	Сони	%
I (n=146)	Ia	94	54,7
	Ib	52	30,2
II (n=26)	II-симон чоклар билан таранглашмаган протезли пластика+йирингли асорат профилактикаси	26	15,1
Жами		172	100

• Ia кичик гуруҳи: Мейо, Сапежко ва қиррадан қиррага пластика усуллари бажарилган таранглашган герниопластикадан сўнг 94 нафар беморлар ташкил этган.

• Ib кичик гуруҳи: 52 нафар бемор таранглашган протезли герниопластикадан кейин, синтетик протез “on lay,” “sub lay” ва “in lay” позицияларида жойлаштирилган ҳолда қайта ривожланган.

II гуруҳ: 26 нафар беморни ўз ичига олган бўлиб, уларда касаллик синтетик протезлардан фойдаланган ҳолда бажарилган таранглашмаган комбинацияланган усуллардан сўнг қайта ривожланган (1-расм).



1-расм. Клиник тадқиқот гуруҳлари ҳақида қисқача маълумот

Аксарият ҳолатларда гинекологик операциялардан сўнг – 23,2%, кўпинча бошқа касалликлар, жумладан, қорин аъзолари травмаси ва қорин бўшлиғи

бошқа касалликлари – 22,1%, гепатобилиар тизимидаги жарроҳлик аралашувлари – 16,2%, ва киндик чурраси бўйича амалга оширилган жарроҳликлардан сўнг – 15,1% чурралар ривожланган.

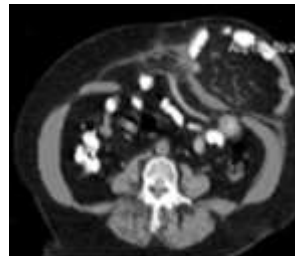
172 нафар қайта ривожланган операциядан кейинги вентрал чурра билан беморларда чурра ташувчилик давомийлиги бир неча ойдан 20 йилгачани ташкил этган. Чурра ташувчилик давомийлиги 6 ойгача бўлган беморлар 36 нафар, 6 ойдан 1 йилгача бўлганлар 50 нафар, 1 йилдан 3 йилгача – 40 нафар, 3 йилдан 10 йилгача – 8 нафар, ва 10 йилдан ортиқ – 2 нафарни ташкил этган.

Беморлар J.P. Chevrel ва A.M. Rath (SWR – классификация 2000) бўйича рецидив чурраларнинг ўлчами, локализацияси ва учраш суръатига қараб тақсимланган.

Бунда ўрта қисм локализациясидаги чурра билан боғлиқ беморлар катта ўрин эгаллаб, уларнинг сони 150 нафарни (87,2%) ташкил этган, кейин олд-ёнбош чурралар – 14 нафар (8,1%) ва ёнбош чурралар – 8 нафар (4,7%) ҳолатларда қайд этилган.

Рецидив чурраларининг ўлчамига кўра тақсимланиши: кичик (W1) чурралар 32 нафар беморда (18,6%), ўрта (W2) – 60 нафар (34,9%), катта (W3) – 54 нафар (31,4%), ва гигант (W4) – 26 нафар (15,1%) беморда кузатилган.

Тадқиқотда инструментал текширув усуллари, жумладан, жарроҳлик аралашувидан олдин ва сўнг УТТ, КТ алоҳида эътибор берилган (2, 3-расм).



2-расм. Операциядан кейинги вентрал рецидив чурраси (M2W3R1) билан 56 ёшли бемор П.нинг қорин олд деворининг кўриниши ва компьютер томографияси.

3-расм. Операциядан кейинги вентрал рецидив чурраси (L1W3R2) билан 54 ёшли бемор Г.нинг қорин олд деворининг кўриниши ва компьютер томографияси.

Операциядан кейинги вентрал чурра (ОКВЧ) билан беморларда КТ текшируви орқали чурранинг чиқиш жойи, унинг ўлчамлари, чурра ичидаги элементларнинг идентификацияси, тери ва ёғ қатламининг қалинлиги, ҳамда қорин деворининг мушак-апоневроз каркаси ҳолатини аниқ тасвирлаш имконини берган.

Рецидив чурралар билан беморларда морфологик тадқиқот учун операция давомида олдин имплантация қилинган протезнинг бўлаклари, чурра дарвозаси ҳудудидан тўқималар (рецидив жойидан бевосита ва чурранинг аввалги ўлчамига қараб 5-15 см масофада) ва суюқлик ҳосилалари ҳамда оқмаларнинг деворларидан (улар бўлган тақдирда) олинган.

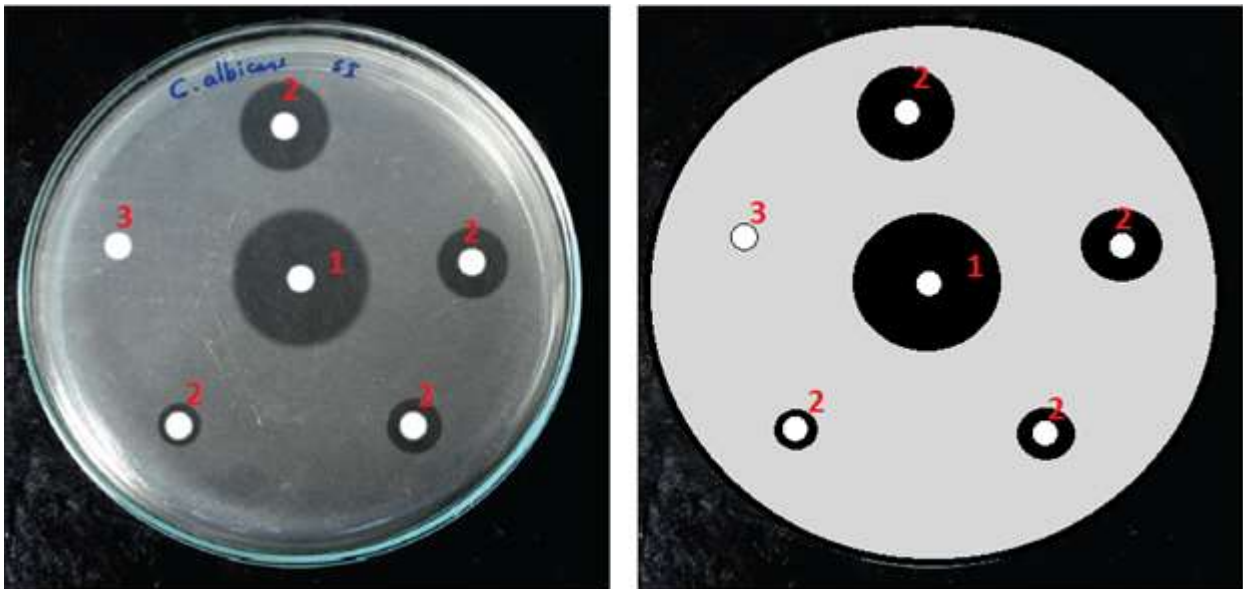
Протезли усуллардан сўнг чурра рецидивлари кузатилган беморларда пластика ҳудудини ўраб турган тўқималар ҳамда протез-тўқима чегарасидан

олинган намуналар ўрганилган. Гистологик намуналар СамДТУ гистология, эмбриология ва цитология кафедрасида Olympus BX 41 микроскоп базасидаги визуализация тизими ёрдамида тадқиқ қилинган. Тузилмаларнинг морфометрик ўлчовлари тасвирлар олинганидан сўнг «Морфология 5.2» дастури орқали амалга оширилган.

Микробиологик таҳлил жароҳат инфекциясини сифат ва миқдорий баҳолаш, шунингдек, турли антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш билан жароҳатдан ажралма йиғиш орқали амалга оширилган.

Эксудатни умумий қабул қилинган схема бўйича аэроблар мавжудлиги учун текширилди. Бундан ташқари, жароҳлик аралашуви пайтида экспресс бактериоскопия учун жароҳатдан суртма олинди, Грам бўйича бўялди. Транспорт шишаси текшириш учун бактериологик лабораторияга юборилган. Ультрабинафша нурланишдан фойдаланиб, аэробларнинг люминесцент хоссалари аниқланган, сўнгра эхма амалга оширилган.

Аэроб микроорганизмларнинг сезувчанлиги одатдаги дисклардан зич озуқа муҳитида тарқалиш йўли билан аниқланган (4-расм).



4-расм. Микробларни антибиотикка сезувчанлигини текширишнинг Диско-диффузион усули.

Рецидив ОКВЧ учун пластика усуллари қуйидагича бўлган:

«Onlay» усулида эндопротез имплантацияси чурра дефектини тикилиши билан - таранглашган пластика 40 (23,2%) беморда бажарилган, бунда чурра дефектини мустақамлаш аутопластика устидан трансплантатни тикиш орқали амалга оширилган.

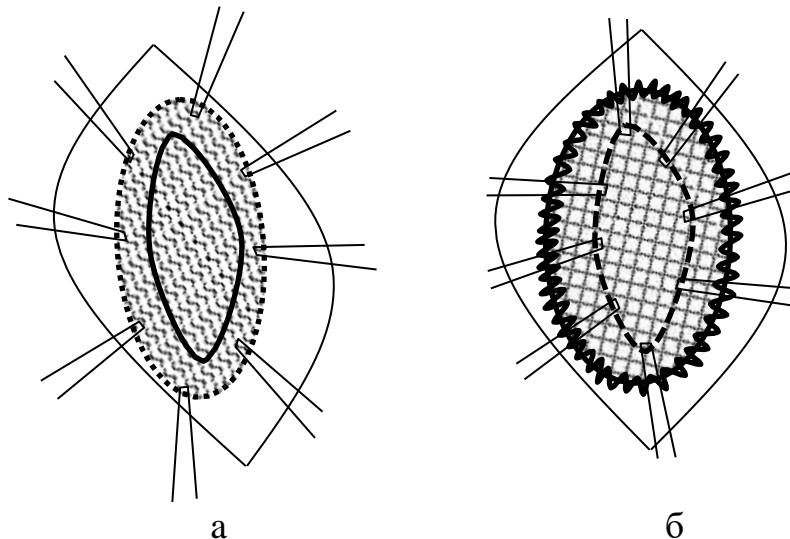
Чурра дефектининг четлари тугунли чоклар ёрдамида зич тарзда яқинлаштирилди ёки дубликатура шакллантирилди. Сўнгра мушак-апоневротик қатламнинг олд қисми 8-10 смгача тери ёғ қатлаmidан икки томондан ҳам ажратилиб, трансплантат апоневроз устидан тугунли чоклар билан тикилган.

Дефект тикилмасдан «Onlay» усулида эндопротез имплантацияси -: таранглашмаган пластикада тактика қуйидагича бўлган. Чурра қопи ва

дарвозаси ажратилгач апоневрозни ажратдик, кейин полипропилен имплантат чурра дарвозасининг ҳар томонидан 4-5 см каттароқ ўлчамда тайёрланди. Чурра қопи қорин бўшлиғига юборилиб, чурра дарвозаси периметрияси бўйлаб имплантат жойлаштирилди, апоневрозга полипропилен ишлар ёрдамида тугунли чоклар ёрдамида тикилган (№ 0 ёки 1 диаметри).

Биз такомиллаштирган «Onlay» герниопластикада дефектни тикмасдан эндопротезни П-шаклидаги чоклар ёрдамида имплантация қилиш 98 (56,9%) беморда бажарилган. АКС ривожланишини профилактикаси борасида қорин бўшлиғи ҳажмини катталаштириш мақсадида чурра қопининг қийқими билан қорин бўшлиғи чегараланиб, апоневроз тикилмасдан эндопротез қўйилган. Эндопротезни П-симон чоклар ёрдамида фиксация қилиш амалга оширилган. Ушбу чоклар чурра қопининг қийқими билан қорин бўшлиғи ёпилгунига қадар қорин пардагача барча мушак-апоневроз қаватлари орқали ўтказилган эди (5-расм).

Эндопротезни П-симон чоклар билан қорин деворининг барча қатламлари орқали фиксация қилишнинг асосий боиси илгари операция қилинган беморларда ривожланган салбий натижалар бўлиб, унда таранглашмаган пластикани амалга ошириш жараёнида протез имплантацияси “onlay” усули ёрдамида фақат апоневрозга мустаҳкамланганлигидир. Шу тарзда жойлашган ва апоневрознинг четига ўрнатилган эндопротез операциядан сўнг дарҳол асосий функционал оғирликни ўзига олади, бу айниқса ортиқча вазнли семиз беморларда яққол тасвирланиб ОКВЧ га сабаб бўлган.



5-расм. Қорин олд деворининг пластика усуллари: а) Эндопротезни П -симон чоклар билан имплантация қилиш билан қорин олд девори дефектини тикмасдан “onlay” усулида герниоаллопластика. б) дубликатура ҳосил қилиш учун П-симон чоклар ёрдамида дефектни тикмасдан комбинациялашган усулда "onlay+sublay" герниаллопластика.

«Onlay + sublay» усулида таранглашмаган чурра пластикаси: Чурра дефектининг ўлчами 10 смдан катта бўлган 34 (19,7%) беморда бажарилди. Биринчи имплантат мушак-апоневротик қатламнинг ортига жойлаштирилди,

иккинчи имплантат апоневроз устига қўйилди. Эндопротезлар орасига тугунлар қўйилиб, сунъий «оқ чизик» ҳосил қилинди. Бу усул қорин девори олд ҳамда оқ чизикнинг анатомик ва физиологик реконструкциясига имкон беради (5б-расм).

Диссертациянинг **“Маҳаллий тўқималар билан таранглашган пластика ва уларни синтетик протез билан мустаҳкамлашдан кейин чурранинг қайталаниш сабаблари”** деб номланган учинчи боби. Маҳаллий тўқималар ёрдамида таранглашган пластика амалга оширилган беморлар (Iа гуруҳ) ўртасида чурра қайта пайдо бўлиши 94 нафарда (54,7%) кузатилган, синтетик протезлар қўлланилган ҳолларда (Iб гуруҳ) эса бу кўрсаткич 52 нафарни (30,2%) ташкил этган.

Iа гуруҳдаги беморларнинг 14 нафари (14,9%) эркаклар, 80 нафари (85,1%) аёллар бўлган. Беморларнинг ёши 18 ёшдан 79 ёшгача бўлиб, 80 нафарда (85,1%) чурра ўрта чизик бўйича жойлашган, 10 нафарда (10,6%) олд-ёнбош, 4 нафарда (4,3%) эса ёнбош чурра қайд этилган. Чурра ўлчамларига кўра W1 тоифадаги чурралар 12 (12,8%) беморда, W2 – 32 (34,0%) беморда, W3 – 32 (34,0%) беморда ва W4 – 18 (19,1%) беморда кузатилган. Шифохонага ётиш вақтида бирламчи қайталанган чурра (R1) 68 (72,3%) беморда, иккиламчи қайталаниш (R2) – 20 (21,3%) беморда, учинчи марта (R3) – 4 (4,3%) беморда, ва саккизинчи марта (R8) қайталаниш – 2 (2,1%) беморда аниқланган.

Iб гуруҳда эса 12 нафар (23,1%) эркаклар ва 40 нафарини (76,9%) аёллар ташкил этган, беморларнинг ёшлари 18 ёшдан 79 ёшгача бўлган. 48 (92,4%) беморларда чурра ўрта чизик бўйича жойлашувда, 2 (3,8%) беморда олд-ёнбош ва 2 (3,8%) беморда ёнбош томонда жойлашган. W1 тоифадаги чурралар 4 (7,7%) беморда, W2 – 18 (34,6%) беморда, W3 – 22 (42,3%) беморда ва W4 – 8 (15,4%) беморда кузатилган. Шифохонага ётиш вақтида қайталаниш ҳолатлари бўйича R1 – 26 (50,0%), R2 – 14 (26,9%), R3 – 8 (15,4%), R4 – 2 (3,85%) ва R7 – 2 (3,85%) беморда қайд этилган.

Маҳаллий тўқималар орқали (Iа гуруҳ) ва синтетик протез билан мустаҳкамланган ҳолларда (Iб гуруҳ) бажарилган пластик амалиётларда чурра қайталанишининг сабабларини аниқлаш учун даволанган беморларда операциялар тўғрисида ретроспектив таҳлил ўтказилган.

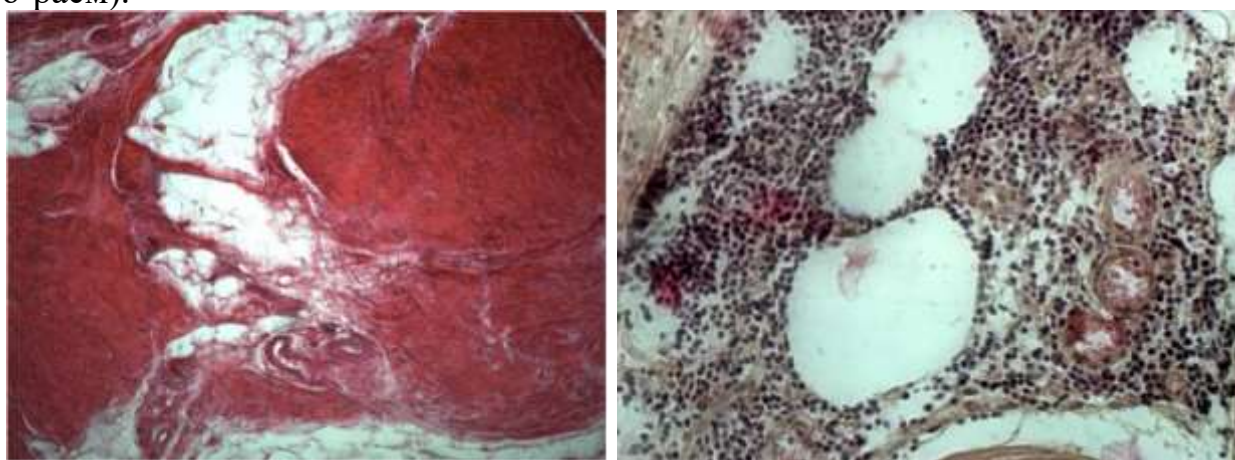
Маҳаллий тўқималар билан пластикадан сўнг чурра қайталанган беморларда (Iа гуруҳ) касалликнинг тўлиқ рецидивни кузатилган. Операция пайтида илгари тикилган тўқималар чети бўйлаб чок ва тугунларнинг бутунлиги сақланган ҳолда чокларнинг ажралганлиги, бу ҳолат тўқиманинг кесилиб кетганини, аммо бу ҳолат ипнинг узилмаганлигидан дарак беради. Маҳаллий тўқималар билан пластикадан сўнг қайталаниш ҳажми чурра ўлчами билан боғлиқ бўлиб, бу кўрсаткич операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғи босими ошиши билан боғлиқдир. Қорин бўшлиғи босими ошишига имкон туғдирадиган бу катта чурраларда қўлланилган пластика усулининг номуносивблигини тасдиқлайди.

Микроскопик текширувларда Iа гуруҳдаги беморларда чурра рецидивлари зонасида операцияни амалга ошириш жараёнида техник жиҳатдан қийинчиликларга сабаб бўлувчи негизан ҳали тўлиқ шаклланмаган тўқима

билан қопланган бўлиб, бу жойда анатомик мураккабликлар юзага келган. 2-6 ой оралиғида қайд этилган рецидивларда чандиқ тўқимаси шаклланган, лекин фиброзга хос бўлган трансформация белгиларсиз бўлган. Коллаген толалари асосан тарам тарам кўринишида тўпланган, аммо улардаги толаларнинг қалинлиги ва зичлиги нотекис бўлган.

Тўқималарда яллиғланиш белгилари ва лимфоцитар инфильтрация борлиги қайд этилган (6 а-расм).

16 гуруҳда синтетик протез қўлланилган ҳолатларда ўхшаш микроскопик ўзгаришлар аниқланган. 6 ойгача бўлган рецидивларда синтетик протезнинг атрофида яраланган капсула тўлиқ шаклланмаган, протез яқинида тўқима ва тола орасида "бўшлиқлар" юзага келган. Бу "бўшлиқлар" чандиқни қайта ривожланишига ва синтетик материални тўғри қўшилмаслигига олиб келган (6 б-расм).



6-расм. 1а (а), 1б (б) гуруҳидаги беморларда рецидив зонаси тўқималарида микроскопик ўзгаришлар. Гематоксилин ва эозин билан бўялган: а - шиш ва яллиғланиш белгилари билан пластик жарроҳлик жойида чандиқнинг липоматози (100 катт.); б - синтетик полипропилен протез толалари атрофида яққол ривожланган яллиғланиш ҳолатлари (400 катт.)

Шундай қилиб, тўқималарнинг тортилиши натижасида пластикадан сўнгги рецидивларда асосий сабаблар сифатида яллиғланиш жараёнлари ва сунъий материалнинг нотўғри интеграцияси кўрсатилган. 1а гуруҳидаги беморлар орасида 36 беморда таранглашган усулда протезли пластика бажарилган, улардан 5 тасида (13,9%) касалликнинг қайталаниши кузатилган. 58 нафар беморга такомиллаштирилган усуллар ёрдамида таранглашмаган протезли пластик жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Шу билан бирга, 50 нафар беморга II-симон шаклидаги чоклар билан эндопротез имплантацияси билан дефектни тикмасдан “onlay” герниалопластика, беморларнинг 8 нафарида дубликат ҳосил қилиб дефектни тикмасдан “onlay+sublay” герниалопластика амалга оширилган. 1а гуруҳидаги беморларда операцияларнинг хусусиятлари 3 ва 4-жадвалларда келтирилган.

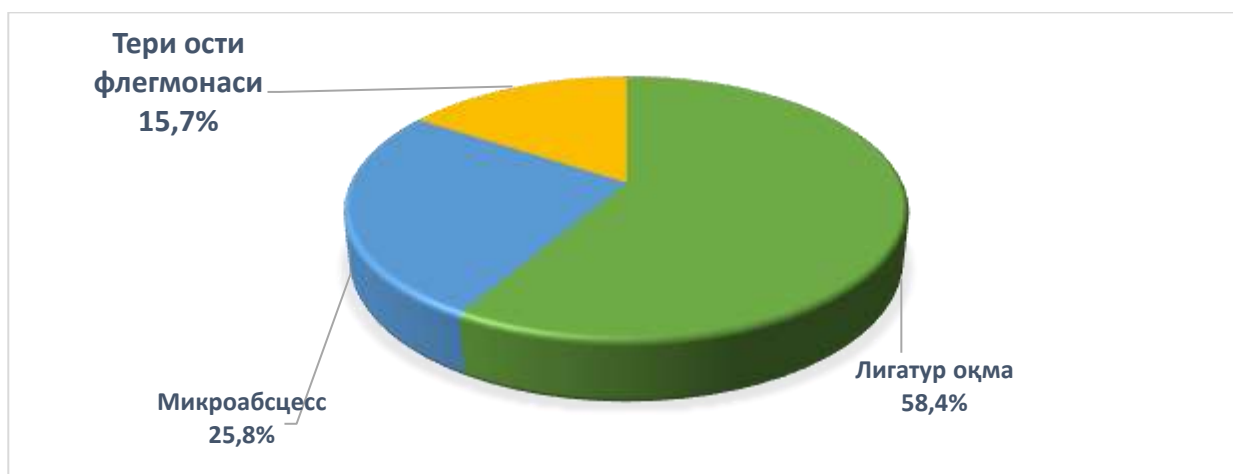
Рецидив ОКВЧ йирингли асоратлари, биринчи ва иккинчи таққослаш гуруҳидаги беморларнинг инфекцияланган жароҳат экссудатидан ажратилган микрофлоранинг аниқланган тур таркиби 7-расмда келтирилган.



7-расм. I ва II гуруҳ беморларда микрофлоранинг ассоциацияда учраш даражаси.

Энг кўп патоген стафилококклар 50 нафар беморда аниқланган, улардан 24 (26,9%) монокултура сифатида ва 26 (29,2%) ассоциацияларда мавжуд. 47 та кузатувда Ичак таёқчаси ажратилган, улар 20 (22,5%) ҳолатда монокултура сифатида ва 27 (30,3%) ҳолатда микробли ассоциациялар таркибида мавжуд. Кейинги тез-тез аниқланган Протей - 30 та кузатув, 15(16,9%) ҳолатда монокултура сифатида ва 15 (16,9%) ҳолатда микробли бирлашмаларнинг бир қисми сифатида экилган. Кейинги ўринларда 26 та кузатувда аниқланган энтерококклар, 14 таси (15,8%) монокултура ва 12 таси (13,5%) ассоциациялар кўринишида, 14 та кузатувда стрептококклар, 9 таси (10,1%) — монокултуралар ва 5 таси (5,6%) ассоциацияда аниқланган. Кўк йиринг таёқчаси 7 (7,8%) беморда монокултура сифатида ва 4 (4,5%) микробли ассоциациялар таркибида эҳма қилинган.

Қайд этилганидек, I гуруҳидаги йирингли жароҳат билан 89 беморнинг 52 нафарида (58,4%) лигатур оқма, 23 нафарида микроабсцесс (25,8%), 14 нафарида (15,7%) тери ости флегмонаси кузатилган (8-расм).



8-расм. I гуруҳ беморларининг патология бўйича тақсимланиши.

Ушбу беморларни даволашда 52 нафар (58,4%) беморга лигатурани олиб ташлаш жароҳат бўшлиғини 3%ли водород пероксид эритмаси билан ишлов

бериш операцияси бажарилган. 23 нафар (25,8%) беморга микроабсцессни очиш, протезни қисман резекция қилиш ва жароҳат бўшлиғини 3%ли водород пероксид эритмаси ва левомикол билан ишлов берилди. Юқоридаги 75 нафар (84,3%) беморга бир босқичли операция бажарилган.

I гуруҳ рецидив вентрал чурраларда йирингли асоратланишларини даволашда интоксикация кўрсаткичларининг динамикаси 2-жадвалда келтирилган.

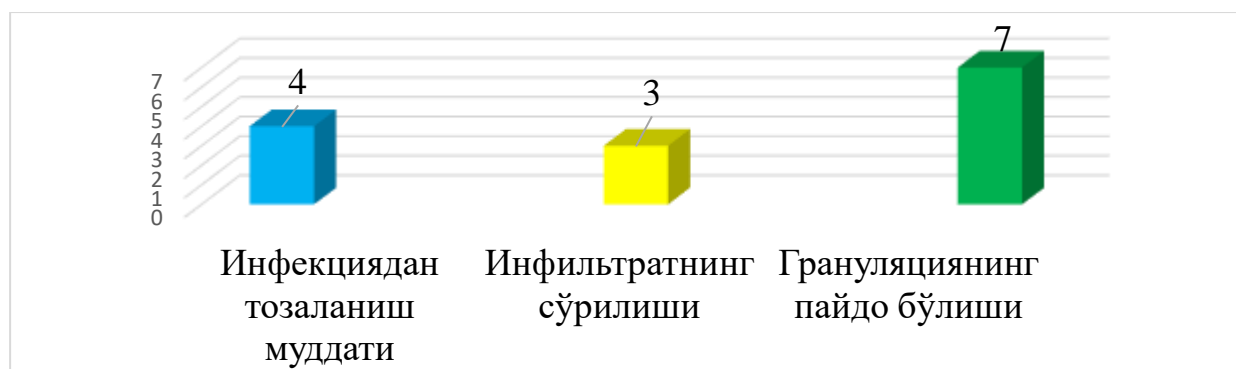
2-жадвал

Йирингли жароҳатли I гуруҳ беморларда интоксикация кўрсаткичлари динамикаси (n=89)

Кўрсаткичлар	Кузатув даври			
	Келган куни	3 кун	5 кун	7 кун
Тана ҳарорати t ⁰ C	38,9±0,06	37,8±0,06	37,1±0,06***	36,5±0,06***
Қондаги лейкоцит ×10 ⁹ /л	9,6±0,51	8,6±0,45	7,4±0,33**	6,2±0,39
МСМ бирлиги	0,219±0,013	0,179±0,008	0,147±0,007***	0,080±0,006**
ЛИИ бирлиги	2,7±0,13	2,3±0,15	1,8±0,06***	0,7±0,04***
ЭЧТ мм/с	48,6±1,85	40,7±1,69	29,6±1,48***	11,8±0,79***
Жароҳатнинг рН муҳити	4,2±0,26	4,6±0,29	5,8±0,34	7,2±0,25***

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (** - P<0,01, *** - P<0,001)

I (назорат) гуруҳ беморларини анъанавий усулда даволанганда жароҳатнинг инфекциядан тозаланиш муддати ўртача 5 кунни ташкил қилган, инфилтратнинг сўрилиш муддати ўртача 4 кунни ташкил қилган, грануляциянинг пайдо бўлиш вақти эса ўртача 7 кунни ташкил қилган. Беморларнинг тўлиқ ётиб даволаниш койка куни ўртача 7-9 кунни ташкил этган (9-расм).



9-расм. I гуруҳидаги рецидив вентрал чурраларнинг йирингли асоратлари бўлган беморларда жароҳатни тозалаш ва даволаш вақти (n=89)

Iа гуруҳидаги 36 нафар (100%) беморда қайта операция аллопластик пластика усулларини қўллаган ҳолда ўтказилган бўлиб, уларда 5 (13,9%) ҳолатда касаллик рецидиви қайд этилган. Iа гуруҳидаги беморларда ўтказилган операцияларнинг батафсил тавсифи 3 ва 4-жадвалларда берилган.

3-жадвал

Чурранинг жойлашиши ва қайта операция қилиш вариантыга боғлиқ ҳолда рецидив ОКВЧ (1а гуруҳи) бўлган беморларда натижалар

Рецидив чурра локализацияси (J.P.Chevreil ва A.M.Rath классификацияси бўйича)	Такрорий операциялар вариантлари							
	Таранглашган протезланувчи пластика n=36		Таранглашмаган протезланувчи пластика n=58					
	Аввалдан дефект тикиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда (%)	Дефект тикмасдан эндопротезни П-симон чоклар орқали имплантация қилиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда (%)	Дефект тикмасдан дубликатура яратиш «onlay+sublay» герниоаллопластика усули	Фоизда (%)	Жами	Фоизда (%)
M	7/1	19,4/ 2,8	2	4	-	-	2	3,4
M1	5	13,9	22/1	44	4	50	26/1	44,8/1,7
M2	6/1	16,7/ 2,8	14/1	28/2	2	25	16/1	27,6/1,7
M3	10/1	27,8/ 2,8	12	24	2	25	14	24,1
ML	4/1	11,1/ 2,8	-	-	-	-	-	-
L	4/1	11,1/ 2,8	-	-	-	-	-	-
Жами	36/5	100/ 13,9	50/2	100/4	8	100	58/2	100/3,4

* Эслатма: сонларнинг махражида чурраларнинг қайталаниши сони кўрсатилган

4-жадвал

Чурра ўлчамига ва қайта операция қилиш вариантыга боғлиқ ҳолда рецидив ОКВЧ (1а гуруҳи) билан беморларда натижалар

Рецидив чурра ўлчами (J.P.Chevreil ва A.M.Rath классификацияси бўйича)	Такрорий операциялар вариантлари							
	Таранглашган протезланувчи пластика n=36		Таранглашмаган протезланувчи пластика n=58					
	Аввалдан дефект тикиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Дефект тикмасдан эндопротезни П-симон чоклар орқали имплантация қилиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Дефект тикмасдан дубликатура яратиш «onlay+sublay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Жами	Фоизда %
W1	4/1	11,1/2,8	4	8	-	-	4	6,9
W2	13/1	36,1/2,8	22/1	44/4	-	-	22/1	37,9/1,7
W3	15/1	41,7/2,8	18/1	36/4	2	25	20/1	34,5/1,7
W4	4/2	11,1/5,6	6	12	6	75	12	20,7
Жами	36/5	100/13,9	50/2	100/4	8	100	58/2	100/3,4

* Эслатма: сонлар махражида чурраларнинг қайталаниши сони кўрсатилган

Протезли таранглашган герниопластикада 8 беморнинг 4 нафарида олдинги-ёнбошдаги ва 4 нафарида ёнбошдаги чурраларнинг ўрта, катта ва гигант ўлчамлари бўйича ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг фақат гигант ёнбош чурраси бўлган 2 беморда чурранинг рецидиви кузатилган.

5 ва 6-жадвалларда 16 гуруҳи беморларида рецидивли чурранинг локализацияси ва ўлчамига қараб даволаш натижалари келтирилган.

5-жадвал

Чурранинг жойлашишига ва қайта операция қилиш вариантыга боғлиқ ҳолда такрорий ОКВЧ (16 гуруҳи) бўлган беморларда натижалар

Рецидив чурра локализацияси (J.P.Chevrel ва A.M.Rath классификацияси бўйича)	Такрорий операциялар вариантлари							
	Таранглашган протезланувчи пластика n=4		Таранглашмаган протезланувчи пластика n=48					
	Аввалдан дефектни тикиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Дефектни тикмасдан эндопротезни П-симон чоклар орқали имплантация қилиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Дефектни тикмасдан дубликатур а яратиш «onlay+sublay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Жами	Фоизда %
М	4/1	100/25	14	46,7	4	22,2	18	34,6
М1	-	-	2	6,7	-	-	2	3,8
М2	-	-	4	13,3	6/1	33,3/5,6	10/1	19,2/1,9
М3	-	-	6/1	20/3,3	4	22,2	10/1	19,2/1,9
М4	-	-	4	13,3	-	-	4	7,6
ML	-	-	-	-	2	11,1	2	3,8
L	-	-	-	-	2	11,1	2	3,8
Жами	4/1	100/25	30/1	100/3,3	18/1	100/5,6	48/2	100/3,8

* Эслатма: сонлар махражида чурраларнинг қайталаниши сони кўрсатилган

6-жадвал

Қайталанувчи ОКВЧ (16 гуруҳи) бўлган беморларда чурра ҳажмига ва қайта операция қилиш вариантыга қараб натижалар

Рецидив чурра ўлчами (J.P.Chevrel ва A.M.Rath классификацияси бўйича)	Такрорий операциялар вариантлари							
	Таранглашган протезланувчи пластика n=4		Таранглашмаган протезланувчи пластика n=48					
	Аввалдан дефектни тикиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Дефектни тикмасдан эндопротезни П-симон чоклар орқали имплантация қилиш билан «onlay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Дефектни тикмасдан дубликатур а яратиш «onlay+sublay» герниоаллопластика усули	Фоизда %	Жами	Фоизда %
W1	2	50	2	6,7	-	-	2	3,8
W2	2/1	50/25	10/1	33,3/3,3	4	22,2	14/1	26,9/1,9
W3	-	-	14	46,7	8	44,4	22	42,3
W4	-	-	4	13,3	6/1	33,3/5,6	10/1	19,2/1,9
Жами	4/1	100/25	30/1	100/3,3	18/1	100/5,6	48/2	100/3,8

* Эслатма: сонлар махражида чурраларнинг қайталаниши сони кўрсатилган

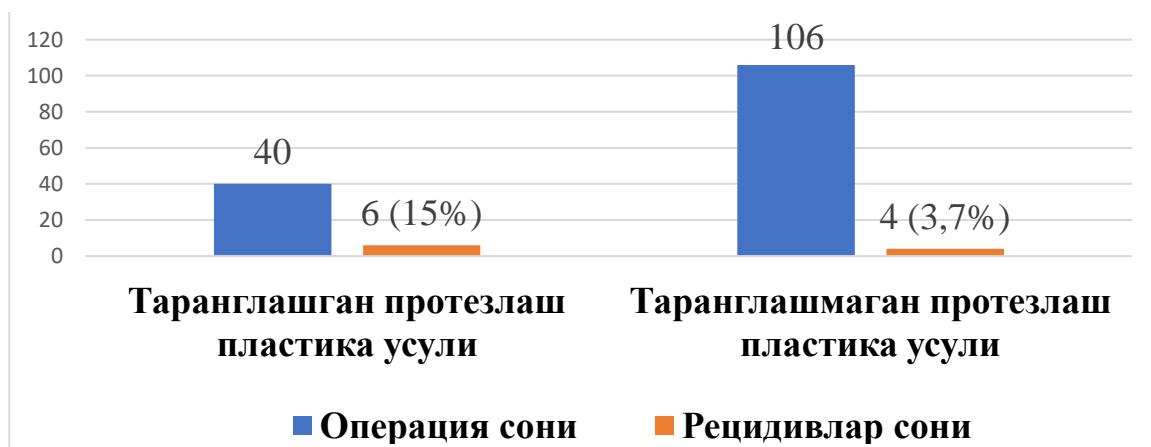
16 гуруҳи беморларида такрорий протезли таранглашган пластика 4 беморга ўтказилган, шундан 1 нафариди (25%) касаллик рецидиви қайд этилган. 48 беморда эса рецидив чуррани протезли таранглашмаган пластика

орқали такомиллаштирилган усуллар билан даволаш олиб борилган. Бунинг натижасида фақат 2 беморда (3,8%) рецидив қайд этилган (5 ва 6-жадваллар).

Қуйидаги усуллардан фойдаланилган:

Герниоаллопротезлаш 30 нафар беморга нуқсонни ўзини тикмасдан «onlay» усулда П-симон чоклар билан эндопротез имплантацияси (рецидив – 1 нафар), 18 нафар беморга эса дубликат ҳосил қилиб нуқсонни ўзини тикмасдан «onlay+sublay» усулда герниаллопластика амалга оширилган (рецидив 1 нафар).

Рецидивли чурралари бўлган беморларда (Ia ва Ib гуруҳи) маҳаллий тўқималар ҳамда протездан фойдаланган ҳолда ўтказилган пластика амалиётлари натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ушбу усулларни такрорий қўллаш юқори рецидив кўрсаткичлари билан кузатилиб, касалликнинг қайта такрорланиш эҳтимоли 15% гача етиши мумкин. Аксинча, такомиллаштирилган таранглашмаган пластика усуларини қўллаш рецидив ҳолатларини 3,7% гача қисқартиришга имкон берган (10-расм).



10-расм. Ia ва Ib гуруҳдаги рецидивланган чуррали беморларда «onlay» таранглашган герниоаллопластика ва эндопротезни «onlay» таранглашмаган П-симон чоклар билан имплантация қилинган беморларда даволаш натижалари.

Диссертациянинг тўртинчи бобида “Таранглашмаган протезли пластика усулидан кейин чурранинг қайталаниши сабаблари. Операция усуллари ва даволаш натижалари”. Таранглашмаган протезли пластиканинг комбинацияланган усулларидадан кейин чурра рецидиви базавий тиббиёт муассасасида биз томонимиздан операция қилинган 26 беморда аниқланган.

26 бемордан 22 нафарида ўрта чизик бўйича вентрал чурралар (6 та эпигастрал, 2 та мезогастрал, 10 та гипогастрал, 4 та номаълум локализация) қайд этилган. 2 беморда чурра олд-ён, яна 2 нафарида эса ёнбош жойлашувдаги рецидив ҳолатлари кузатилган.

Рецидивли чурралар W1 кичик ўлчамли бўлиб, улар 10 беморда, W2 ўрта ўлчамли – 7 беморда, W3 катта ўлчамли – 7 беморда ва W4 улкан ўлчамли чурралар – 2 беморда аниқланган. Шунинг қайд этиш жоизки, комбинацияланган протезли пластика усулларидадан кейинги чурра рецидивлари асосан аввалги турли операция усуллари натижасида бир неча бор рецидивларга учраган беморларда кузатилган. 26 бемордан 12 нафарида 2 марта, 8 нафарида 4 марта, 2 нафарида 8 марта ва 4 беморда 14 марта рецидивлар қайд этилган бўлиб, бу қорин девори тўқималаридаги жиддий бузилишлар касаллик рецидивига сабаб

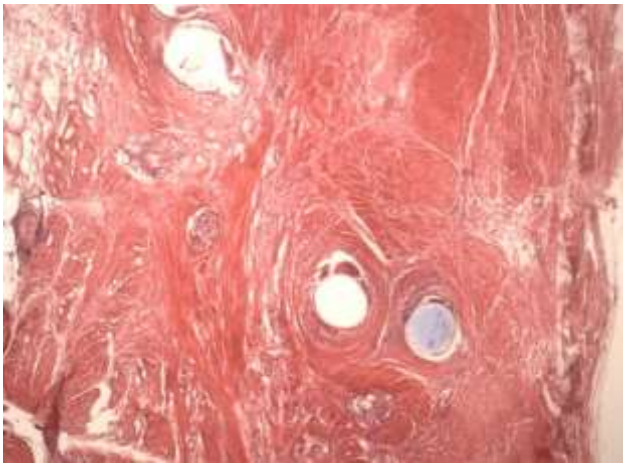
бўлганлигидан далолат берган.

Таранглашмаган протезли комбинацияланган пластикадан кейин рецидивли чурралар билан беморларда операция жараёнида тери ва тери ости ёғ тўқималари кесилганда, протезни тўқималарга бириккан ҳолда аниқ кўриш мумкин бўлган. Бу эса ўрта чизик бўйича чурраларда тўғри мушаклар ёстиқчасининг олд деворини ҳосил қилган. Локализациясига қарамасдан (эпи-, мезо-, гипогастрал, олд-ён ёки ёнбош), рецидив чурралар 20 беморда пластиканинг пастки қисмида, 4 беморда пастки-ён қисмида ва 2 беморда юқори қисмида қайд этилган. Шу боис, чурра дарвозалари пастки ёки юқори қисмида протез, пастки ва юқори қисмида эса тўғри мушаклар апоневрози билан шаклланган бўлиб, чурра халтаси ортикча таранглашган ёки гипертрофияланган кўшимча фасция тўқимасидан иборат бўлган. Ҳеч бир ҳолатда рецидив чурра халтаси ичида аввалги операция вақтида ўрнатилган протез кузатилмаган. Чурра дарвозаларида протезни мустаҳкамлаш учун қўлланилган чок материаллари топилмаган, чунки беморларга викрил ёки полигликолид каби сўрилиб кетадиган тикув материаллари қўлланилган.

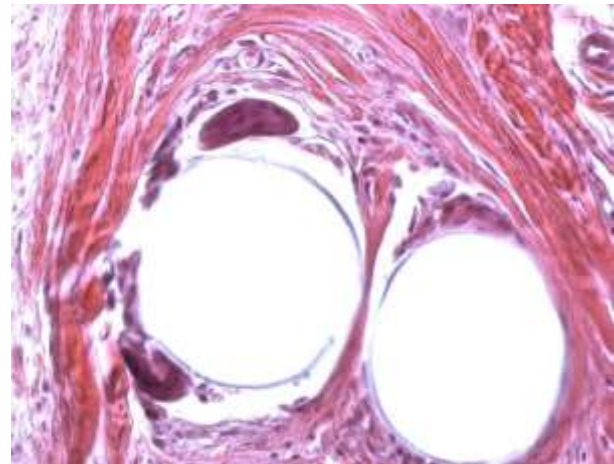
Шунингдек, чурра ўлчамлари унинг шакллана бошлаган вақтига боғлиқ бўлган. Вақт ўтгани сари чурранинг ўлчами катталашган, бу эса ҳам чурра дарвозалари, ҳам халтаси ҳисобига юз берган. Чурра дарвозалари пастки қисмида тўқималарни таранглашиб ёки йиртилиб кетиши ҳисобига кенгайган ва натижада протез ўз жойидан кўчиб кетган. Бу ҳолат пастки ва ён қисмлардаги зич фиброз ҳалқа билан тасдиқланган. Юқори қисмида эса чурра ҳалқаси протезнинг фиброз тўқима билан бирикмаган қисми билан бу ҳақда гувоҳлик берган.

Клиник кузатувлар шуни кўрсатадики, II гуруҳдаги беморларда чурра рецидивлари 6 ойдан 1,5 йилгача бўлган муддатларда ривожланган. Интраоперацион жараёнда аниқланишича, барча рецидивли чурралар тўлиқ бўлмаган ва асосан протезнинг пастки қисмида қайд этилган. Рецидив зонасининг морфологик тадқиқоти шуни кўрсатдики, протез атрофида етук туташувчи тўқимадан иборат қалин капсула, фиброзга айланиш ҳолатлари ва диффуз-ўчоқли липоматоз кузатилган. Материал толалари билан биринчи «таъсирлашув чизиғи»да 18 дан 38 тагача ядроси бўлган улкан ҳужайралар жойлашган, уларнинг барчаси биргина гистологик кесимда қайд этилган. Барча ҳолатларда гранулематоз яллиғланиш белгилари мавжуд бўлган, уларнинг айниқса толалар боғланган жойларда кучли эканлиги кузатилган. Бу ҳудудларда $263 \pm 44,5$ мкм ўлчамдаги бўшлиқлар бўлган. Рецидивнинг тўғридан-тўғри зонаси тўқималари лимфоцитлар билан ўртача инфильтрацияланган, тўқималар эса қонга тўлган грануляцион тўқима билан берилган (11 ва 12-расмлар).

Рецидив ҳосил бўлган жойдан узоқда жойлашган ҳудудларда протез материалининг толалари билан ўзаро таъсирланувчи биринчи «ўзаро таъсир ҳужайралари» 16 дан 28 гача бўлган ядроли, бир хил гистологик кесим сатҳида кўринувчи, кўп сонли гигант ёт ҳужайралари бўлган. Айланма капсулаларнинг асосий таркиби янги ҳосил бўлган кўп сонли қон томирларидан иборат грануляцион тўқима бўлиб, улар якка лимфоцитлар ва макрофаглар билан инфильтрацияланган. Протез толалари атрофидаги грануляцион тўқиманинг қалинлиги $263 \pm 44,5$ мкм га етган.



11-расм. Микрофотосурат. Синтетик протез жойлашган хуудда чурра рецидиви пайтида тўқималарнинг ҳолати. Бемор К. Ташхис: операциядан кейинги вентрал чурра MW4R2. Гематоксилин ва эозин билан бўялган. Катг. 100



12-расм. Микрофотосурат. Полипропилен протезнинг толалари ва атрофдаги грануляция тўқималари думалоқ капсуланинг бир қисми сифатида бегона жисмларнинг улкан хужайралари билан. Бемор Л. Ташхис: операциядан кейинги вентрал чурра MW3R1. Гематоксилин-эозин билан бўялган. Катг. 400

Рецидив ҳосил бўлган чандиқ зонасидан олинган гистологик препаратларда ёт гигант хужайралари сони узоқ хуудлардаги каби кўрсаткичга эга бўлган, бироқ бир хил кесим сатҳида кўринган ядролар сони 20 дан 42 гача ўзгариб турганлиги аниқланган. Протез толалари атрофидаги грануляцион тўқимада яққол хроник яллиғланиш белгилари кузатилган, ундаги қон томирлари кенгайган, тўлақонлик ва уларда эритроцитлар стази кузатилган. Протез толалари атрофидаги грануляцион тўқиманинг қалинлиги $488 \pm 38,5$ мкм га етган.

7-жадвал

Микробларни антибиотикка сезувчанлигини диско-диффузион усулда аниқлаш натижалари

Антибио-тиklar	Staphylococcus aureus	Escherichia coli	Enterococcus	Streptococcus	Proteus	Pseudomonas aeruginosa
Ampicilinium	++	++	+	+	+	+
Cefazolinium	++	++	++	++	+	+
Ceftriaxonium	++	++	++	++	++	+
Decasanum	+++	+++	+++	+++	++	++

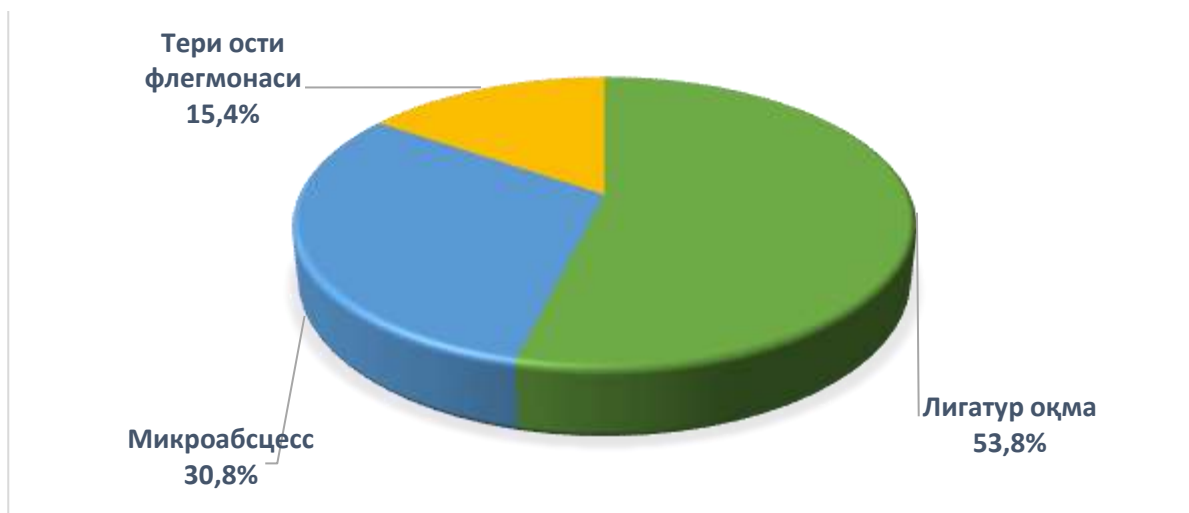
*Эслатма-(+) ишорасининг сони сезувчанлик даражасини англатади.

Атрофидаги тўқималарни жароҳатловчи протез материалнинг толалари атрофидаги грануляцион тўқима, имплантация қилинган материал юзасидаги реакция билан бирга бўшлиқларнинг ривожланишига олиб келган, уларнинг ҳажми грануляцион тўқима қалинлигига тенг бўлган. Рецидив зонасида протез атрофидаги умумий бириктирувчи тўқима капсуласи яхлитлигининг бузилиши ҳам қайд этилган. Ҳар бир кузатувда ҳосил бўлган дефект грануляцион тўқима билан тўлган бўлиб, у кенгайган, қон билан тўлган қон томирлари ва хроник яллиғланиш хужайралари билан инфильтрацияланган.

Йирингли жароҳатдан олинган биоматериалларни микробиологик

текшируви антибиотикларга сезувчанлиги диско-диффузион усулда таҳлил қилинган (7-жадвал). Декасаннинг 2% эритмасидан фойдаланиш натижалари самарадорлиги қорин олд девори рецидив чурраларида йирингли асоратлари бўлган 26 (22,6%) II гуруҳ беморларда ўрганилди. Қуйида беморларнинг ушбу гуруҳида олинган натижаларнинг алоҳида таҳлилини тақдим этамиз.

Қайд этилганидек, II гуруҳидаги 26 беморнинг 14 нафарида (53,8%) лигатур оқма, 8 нафарида микроабсцесс (30,8%), 4 нафарида (15,4%) тери ости флегмонаси кузатилган (13-расм).



13-расм. II гуруҳ беморларининг патология бўйича тақсимланиши.

II гуруҳ рецидив вентрал чурраларда йирингли асоратланишларини даволашда интоксикация кўрсаткичларининг динамикаси 8-жадвалда акс эттирилган.

8-жадвал

Йирингли жароҳатли II гуруҳ беморларда интоксикация кўрсаткичлари динамикаси (n=26)

Кўрсаткичлар	Кузатув даври		
	Келган куни	3 кун	5 кун
Тана ҳарорати t ⁰ C	38,3±0,05	37,2±0,06	36,5±0,08***
Қондаги лейкоцит ×10 ⁹ /л	9,5±0,45	8,0±0,38	6,1±0,35**
МСМ бирлиги	0,209±0,009	0,164±0,007	0,091±0,006***
ЛИИ бирлиги	2,4±0,14	1,8±0,16	0,9±0,06***
ЭЧТ мм/с	36,5±1,76	29,7±1,65	12,2±0,61***
Жароҳатнинг рН муҳити	4,9±0,25	6,3±0,22	7,2±0,19

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (** - P<0,01; *** - P<0,001)

Таҳлил қилинаётган иккала гуруҳдаги йирингли жароҳатларнинг тузалиш даражасини динамик мониторинг қилиш натижасида қуйидаги 14-расмда келтирилган.

14-расмдан кўриниб турибдики, II (асосий) гуруҳ беморларида янги даволаш усулини қўлганимизда жароҳатнинг инфекциядан тозаланиш муддати ўртача 3 кунни ташкил қилган, инфильтратнинг сўрилиш муддати ўртача 2 кунни ташкил қилди, грануляциянинг пайдо бўлиш вақти эса ўртача 5 кунни ташкил қилган. Беморларнинг тўлиқ ётиб даволаниш ётоқ куни ўртача 5,2±0,3 кунни ташкил этган.



14-расм. I (n=89) ва II (n=26) гуруҳидаги жами (n=115) рецидив вентрал чурраларнинг йирингли асоратлари бўлган беморларда жароҳатни тозалаш ва даволаш вақти.

Шундай қилиб I (назорат) гуруҳи ва II (асосий) гуруҳларни даволаш натижаларини ўзаро солиштирганимизда, жароҳатнинг инфекциядан тозаланиш муддати ўртача 3-кунда кузатилиб назорат гуруҳига нисбатан 2-2,5 кунга қисқарганлиги, инфилтратнинг сўрилиш муддати ўртача 1,5-2 кунга ва грануляциянинг пайдо бўлиш муддати эса ўртача 2-2,5 кунга, ўртача ётоқ қуни ўртача 2 кунга қисқарганлиги аниқланган. II гуруҳнинг бу контингент беморларда чурра рецидиви кузатилмаган.

Бундан демак шундай хулосага келиш мумкинки, йирингли жароҳат асорати бор бўлган беморларни биз таклиф қилган усулда: -имплантни 2%ли декасан эритмасига 2 дақиқа ботириб қўйиш билан жароҳатни ҳам шу эритма билан ишлов берилиб имплантни чурра дефектига ўрнатиш даволаш сифатига ижобий таъсир қилади ва самарали даволаш усули ҳисобланади.

Тўқималардаги мазкур ўзгаришлар қорин деворининг энг катта кучланиш нуқталарида протезнинг учма уч ўрнатилиши чизиғи бўйлаб силжишга олиб келувчи шароитларни яратган.

9 ва 10-жадвалларда рецидив чурралар учун таранглашмаган протезли қўшма пластика усуллари қўлланилган беморларда амалга оширилган жарроҳлик операциялари усуллари ва сони тўғрисидаги маълумотлар келтирилган (9 ва 10-жадваллар).

9-жадвал

Рецидив вентрал чурра (II гуруҳ) билан беморларда чурранинг жойлашувига боғлиқ ҳолда пластиканинг протезли комбинацияланган пластик жарроҳлик усулларида сўнг даволаш натижалари

Пластика қилиш усули	Чурра локализацияси						Жами
	M	M1	M2	M3	ML	L	
Дефектни аввалдан тикмасдан эндопротезни П-симон чоклар билан имплантация қилиш орқали “onlay” усулида герниоаллопластика	2	6	2	8/1			18/1
Дефектни тикмасдан дубликатура ҳосил қилиш орқали “onlay+sublay” усулида герниоаллопластика	2			2	2	2	8
Жами	4	6	2	10/1	2	2	26/1

**Пластиканинг протезли комбинацияланган пластик усулларидан сўнг
вентрал чурра рецидиви билан беморларни (II гуруҳ) уларнинг хажмига
боғлиқ ҳолда даволаш натижалари**

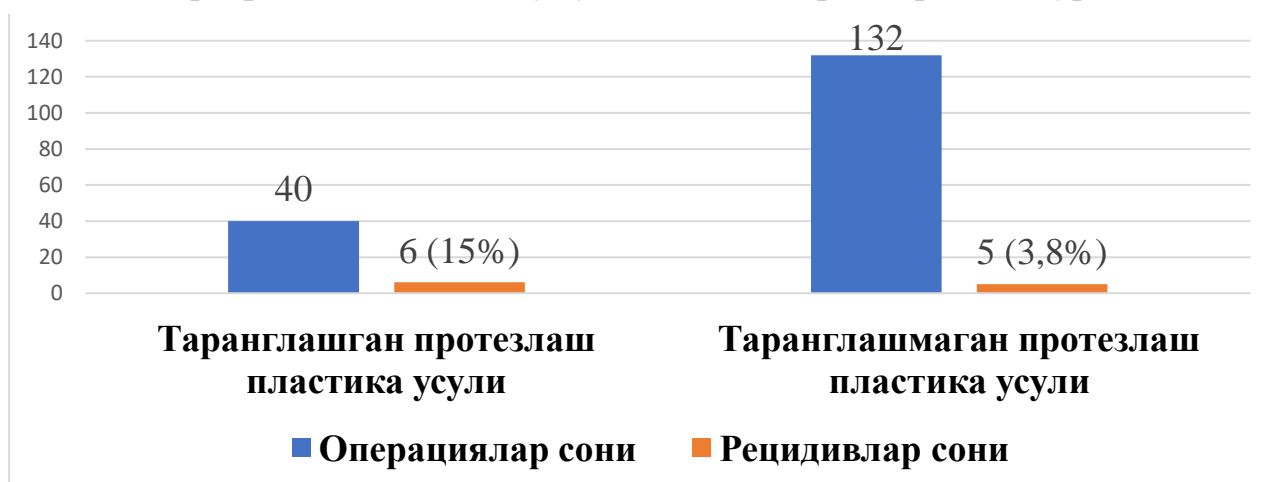
Пластика қилиш усули	Чурра ўлчами				Жами
	W1	W2	W3	W4	
Дефектни аввалдан тикмасдан эндопротезни П-симон чоклар билан имплантация қилиш орқали «onlay» усулида герниоаллопластика	8	4	6/1	-	18/1
Дефектни тикмасдан дубликатура ҳосил қилиш орқали «onlay+sublay» усулида герниоаллопластика	2	3	1	2	8
Жами	10	7	7/1	2	26/1

II гуруҳ беморлари орасида протезли таранглашган пластика қайта амалга оширилмаган. Такомиллаштирилган усуллардаги протезли таранглашмаган пластика барча 26 нафар беморга қўлланилган, уларнинг 1 нафарида (3,8%) рецидив кузатилган. Бунда «onlay» герниоаллопластикаси дефектни тикишсиз ва эндопротезни П-шаклидаги чоклар билан имплантация қилиш усулида 18 беморга (рецидив – 1), «onlay+sublay» герниоаллопластикаси дефектни тикмасдан дубликатура яратиш орқали 8 беморга қўлланилган.

5 ва 6-жадвал маълумотларини таҳлил қилишдан маълум бўлдики, II гуруҳдаги барча беморларга рецидив чурра мавжуд бўлган ҳолларда таранглашмаган пластика такомиллаштирилган 1 ва 2 вариантлар бўйича қайта амалга оширилган. Беморларга операция ўтказишда қийинчиликлар кузатилмаган. Фақат IV-даражали семизликка эга рецидив олд-ёнбош чурралар билан беморларда истисно бўлган.

Клиник-статистик натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, рецидив вентрал чурралар билан беморларда таранглашмаган пластиканинг такомиллаштирилган усулларини қўллаш касалликнинг такрорий ривожланиш хавфини 3,8% гача сезиларли даражада қисқартирган.

Бизнинг тадқиқотимизда операциядан кейинги рецидив вентрал чурралар билан беморларни даволашнинг умумий натижалари 15-расмда кўрсатилган.



15-расм. I ва II гуруҳ чурра рецидиви билан беморларни «onlay» таранглашган герниоаллопластика ва эндопротезни «onlay» таранглашмаган усулда П-симон чоклар орқали имплантация қилинган беморларни даволаш натижалари

Олиб берилган тадқиқот натижалари шундай хулоса қилишга имкон берган, операциядан кейинги вентрал чурраларни хирургик даволашда чурра аллопластикасининг такомиллаштирилган усуллари қўллаш - эндопротезни П-шаклидаги чоклар билан имплантация қилиш орқали дефектни тикмасдан “on lay” (W1-W2 ҳолатларда) ёки протезни дубликатурасини яратишда (W3- W4 ҳолатларда) ““on lay+sub lay” усули тавсия этилади ва бу усуллар мос равишда беморларнинг 56,9% ва 19,8% да қўлланилган.

Таклиф қилинган такомиллаштирилган таранглашмаган протезли пластика усуллари ва 2%ли декасан эритмаси билан профилактик ишлов бериш рецидив вентрал чурралар билан беморларни даволаш самарадорлигини сезиларли даражада ошириб, касаллик рецидиви даражасини 15% дан 3,8% гача қисқартиришга имкон берган.

ХУЛОСА

1. Рецидив вентрал чурралар билан беморларда касалликнинг клиник кўринишлари олдинги герниопластика техникасига боғлиқ. Маҳаллий тўқималар билан пластика ва таранглашган протезлаш герниопластикасидан сўнг, аксарият ҳолатда йирингли инфекция ривожланиши боис касалликнинг тўлиқ рецидиви ривожланади. Комбинацияланган усул билан таранглашмаган протезлаш пластика усулларида протезни тўқималарга фиксация қилишнинг пастки ва юқори контурларида чурра ва протездаги шикастланган дефектлар орқали чурраларнинг қисман рецидиви хосдир.

2. Таранглашган аутопластика қилиш усуллари орқали амалиёт ўтказган беморларда рецидив зонасида атрофияга учраган ва грануляцион тўқималарнинг ўчоқлари билан сурункали яллиғланиш белгиларини кўрсатган чандиқ ривожланади; таранглашган протезлаш усулларида кейин – протез толалари атрофида яллиғланиш реакциясига олиб келувчи синтетик протез толалари атрофида бўшлиқлар шаклланиши; таранглашмаган комбинацияланган пластика усулларида кейин - фиброз трансформация, диффуз-ўчоқли липоматоз ва ўртача лимфоцитар инфильтрация билан етилган чандиқ тўқималар пайдо бўлади. Йирингли яллиғланиш жараёнидан кейин лигатуралар тутмаслиги, фиксация нуқтасининг йўқолиши кузатилади. Ушбу омиллар, шунингдек, қорин ички босимининг ошиши билан бирга чурра рецидивини шаклланишининг асоси бўлади.

3. Операциядан кейинги вентрал чурраларни хирургик даволашда такомиллаштирилган усуллар тавсия этилган, буларга – протезни 2%ли декасан эритмасига 2 дақиқа ботириб қўйиб ишлов бериб сўнг “on lay” усули билан дефектни ёпмасдан эндопротезни П-шаклидаги чоклар билан имплантация қилиш (W1-W2 ҳолатларда) ёки “on lay+sub lay” усули билан протезнинг дубликатурасини яратиш (W3-W4 ҳолатларда), бу усуллар мос тарзда беморларнинг 56,9% ва 19,8% ҳолатларида амалга оширилди.

4. Рецидив вентрал чурралар билан беморларда таранглашмаган протезлаш пластика усуллари такомиллаштириш ва 2%ли декасан эритмаси билан профилактик ишлов бериш натижасида касаллик рецидивини 15% дан 3,8% га қисқартириш орқали даволаш натижалари сезиларли равишда яхшиланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/27.09.2024. Tib.93.03
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**ТЕРМЕЗСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ**

ХАИТОВ АКМАЛ АЛИЯРОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ПОЗДНИХ ПАРАПРОТЕЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухара – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования науки и инноваций Республики Узбекистан за номером B2024.3. PhD/Tib4339..

Диссертация выполнена в Термезском филиале Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научный руководитель

Мустафакулов Ишназар Бойназарович
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты

Сафоев Бакодир Барноевич
доктор медицинских наук, профессор

Курбаниязов Зафар Бабажанович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация

**Медицинский центр Бунданг университета Ча
(Республика-Южная Корея)**

Защита диссертации состоится « 3 » июня 2025 года в 12³⁰ часов на заседании Научного совета DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 по присуждению ученых степеней при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуван, 23. Тел/факс: +998-65 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhmi@mail.ru).

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 39). (Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуван, 23. Тел/факс: +998-65 223 00-50).

Автореферат диссертации разослан « 21 » май 2025 года.

(Протокол рассылки № 27 от « 21 » май 2025 г.)



Ш.Т. Уроков
Председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Казакова
Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

Б.З. Хамдамов
Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук (DSc), профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. За последние 20 лет улучшение результатов лечения больных с первичными и послеоперационными грыжами связано с внедрением в практику синтетических протезов, изготавливаемых из различных материалов. Установлено, что «...практика протезирующей герниопластики позволила расширить показания к хирургическому лечению больных с грыжами, снизить количество случаев отказа от операции из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, в том числе у больных пожилого и старческого возраста...»¹. Несмотря на прогресс современной науки, воспалительные процессы переходят из ограниченных форм в более тяжелые. В связи с этим это касается и пациентов пожилого и старческого возраста. Такой подход позволил повысить качество и продолжительность жизни у грыженосителей, перенесших герниопластику, за счет предотвращения гиподинамии и риска развития стойких осложнений.

Во всем мире на протяжении многих лет проводятся исследования по изучению клинических, медико-социальных, экспериментальных и лабораторных аспектов состояния больных с протезирующей герниопластикой грыжей. «...успешно решаются лечебно-диагностические и профилактические аспекты этих патологических состояний, разработаны методы лечения осложнений этих заболеваний в различных возрастных группах. описан ряд концептуальных подходов к первичной и вторичной профилактике патологии...»². В то же время в литературе мало научных работ, посвященных этой проблеме. Частота рецидивов вентральных грыж после пластик с использованием аутопластических способов составляет от 20 до 46%, после протезирующих способов колеблется от 8 до 15,3 % пациентов. Причем, по данным статистики, их число постоянно увеличивается.

Наряду с известными факторами, приводящими к рецидиву грыжи, у больных после протезирующих способов пластики имеются дополнительные причины, которые до настоящего времени изучены недостаточно. В настоящее время патогенез рецидивных грыж рассматривают с точки зрения развития в тканях вокруг протеза постоянно прогрессирующего локального воспалительного процесса, что свидетельствует о повышении риска раневых осложнений при повторных операциях. При этом способы профилактики осложнений и рецидивов заболевания разработаны недостаточно.

В нашей стране проводится большой объем работы по оказанию специализированной медицинской помощи населению, в частности, по определению степени заболеваемости, связанной с грыжами и рецидивами диагностике, лечению и профилактике этой патологии. В связи с этим 56-я цель, часть 4 из 7 приоритетных направлений стратегии развития страны на

¹ Каримов Ж.К., Юлдашев Ф.М. Оценка эффективности использования полипропиленовых сеток в герниопластике // Хирургический вестник Узбекистана. – Тошкент, 2023. – №3. – С.24-32.

² Нагимова Н.Г. Опыт применения современных методов пластики при лечении послеоперационных вентральных грыж. – Журнал “Современные проблемы науки и образования”, 2020. - №3-4. – с.125-131.

2022-2026 годы, определяет ряд задач по «...охране здоровья населения, повышению потенциала медицинских работников, реализации комплекса мер, направленных на реализацию программы развития системы здравоохранения на 2022-2023 годы...»³. Исходя из этого, актуально изучение особенностей лечения абдоминальных грыж.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», УП-5124 от 25 мая 2021 года «О дополнительных мерах по комплексному развитию сферы здравоохранения» и УП – 215 от 25 апреля 2022 года «О дополнительных мерах по приближению первичной медико-санитарной помощи к населению и повышению эффективности оказания медицинских услуг», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. При использовании у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами аутопластических способов пластики рецидивы достигают 46%, а после протезирующих – 15,3% (Гогия Б.Ш. и соавт., 2018; Петрова Е.Ю. и соавт., 2023; Сажин А.В. и соавт., 2023). Если тактика лечения больных с первичными грыжами уже детально разработана, то лечение рецидивных грыж из-за недостаточности сведений о причинах их развития, особенно после протезирующих способов герниопластики, требует дальнейших исследований, которые должны быть направлены на обоснование выбора способа их оперативного лечения (Поляков А.В. и соавт., 2021; Павлов А.К. и соавт., 2023; Кулиев С.А. и соавт., 2019; Богдан В.Г. и соавт., 2013; Ахмедов И.Н. и соавт., 2023). Отсутствие научно обоснованных рекомендаций по определению варианта операции у больных с рецидивными вентральными грыжами после аутопластических и протезирующих способов пластики определило тему, объект, цель и задачи исследования.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами» (2020-2022 гг.).

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с

³ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы».

рецидивными послеоперационными вентральными грыжами путем совершенствования способов их хирургического лечения.

Задачи исследования:

изучить особенности клинического течения рецидивных грыж живота после пластики передней брюшной стенки различными способами;

определить роль и причины гнойных осложнений раны после операций по поводу вентральных грыж передней брюшной стенки в рецидиве грыжи;

проанализировать результаты применения новых методов аллопластики грыж с использованием ненатяжных протезов с П-образными швами в профилактике рецидивов грыж;

разработка на основе полученных результатов исследования усовершенствованного эффективного метода хирургического лечения рецидивных грыж передней брюшной стенки.

Объектом исследования: явились 172 больных с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП и Сурхандарьинского областного МПМЦ в сроки с 2017 – по 2022 гг.

Предмет исследования: составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами с использованием дифференцированного подхода к выбору метода герниоаллопластики основанной на предложенных критериях выбора способа операции.

Методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные, гистологические и статистические методы.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

впервые доказано, что гнойные осложнения после традиционной аутопластики и протезной аллопластики вызывают рецидивы вентральных грыж;

впервые доказана высокая клиническая эффективность применения усовершенствованного метода профилактики в лечении больных с рецидивными вентральными грыжами после первой операции;

впервые определено, что применение дифференцированных методов пластики в зависимости от размеров грыжи у больных с рецидивными вентральными грыжами после первой операции привело к резкому снижению осложнений;

со стороны доказательной медицины доказано, что применение 2% раствора декасана при протезирующей аллопластике при хирургическом лечении рецидивных вентральных грыж у больных с наложением П-образного шва и для профилактики развития гнойных осложнений позволяет снизить рецидив грыж с 15,0% до 3,8%.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

установлены причины образования рецидивных вентральных грыж после аутопластических и протезирующих вмешательств;

выявлены макро- и микроскопические морфологические изменения в тканях у больных после ауто- и аллопластических способов операции, что

позволяют рекомендовать усовершенствованные ненатяжные протезирующие способы пластики в качестве операции выбора при повторных вмешательствах; усовершенствованы варианты операций с рецидивной вентральной грыжей позволяющие снизить риск рецидива заболевания после натяжных протезирующих и ненатяжных протезирующих пластик;

улучшены клинические результаты хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами значительным снижением частоты рецидива заболевания.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей. Выявлено, что клинические проявления заболевания у больных с рецидивными вентральными грыжами зависят от техники предшествующей герниопластики. После пластики местными тканями и протезирующей натяжной герниопластики наиболее часто развивается полный рецидив заболевания, после ненатяжной протезирующей пластики – частичный рецидив грыжи. Установлено, что у больных с рецидивными грыжами макро- и микроскопические изменения в тканях брюшной стенки зависят от способа предшествующей операции. Оптимизированы технические аспекты выполнения ненатяжного метода «onlay» герниоаллопластики при послеоперационных вентральных грыжах W_3 - W_4 с предварительным наложением П-образных швов на апоневроз и комбинированного способа фиксации эндопротеза «onlay+sublay» с созданием дубликатуры импланта.

Практическая ценность работы заключается в том, что при лечении рецидивных вентральных грыж у больных после пластики местными тканями и протезирующей натяжной герниопластики показано применение ненатяжной герниоаллопластики усовершенствованными методами. Применение ненатяжных методов герниоаллопластики при грыжах больших и гигантских (W_3 - W_4) размеров предотвращает развитие компартмент-синдрома, фиксация импланта П-образными швами к апоневрозу предотвращает его смещение и тем самым невилурует рецидив грыжи. Лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами основанное на использовании усовершенствованных способов герниоаллопластики позволило значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и рецидива болезни.

Внедрение результатов исследования. Согласно заключению № 08/70 от 13 ноября 2024 года Научно-технического совета в присутствии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан:

первая научная новизна: впервые доказано, что гнойные осложнения после традиционной аутопластики и протезирующей аллопластики могут привести к рецидиву вентральных грыж. *Значимость научной новизны:* научно-практическая значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и предложения имеют уникальную теоретическую значимость и вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные научные результаты в клиническую практику хирургических отделений Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП (приказ от 18.07.2024 года, № 06) и Сурхандарьинского областного МПМЦ (приказ от 11.07.2024 года, № 37-4). *Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:* выявлены причины формирования рецидивных вентральных грыж после аутопластики и протезирующих вмешательств. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* бактериологическое исследование, то есть определение чувствительности микробов к антибиотикам, и точное применение антибактериальных препаратов привели к снижению внутрибольничных инфекций и инфекционных осложнений. Это позволило сократить использование дорогостоящих антибиотиков, таких как цефтриаксон и цефаперазон+сульбактам, и сэкономить от 170000 до 190000 сумов на одного пациента. *Заключение:* Доказано, что гнойные осложнения после традиционной аутопластики и протезирующей аллопластики могут приводить к рецидиву вентральных грыж, что позволяет применять меры профилактики осложнений.

Вторая научная новизна: доказана высокая клиническая эффективность применения усовершенствованного метода профилактики при лечении больных с рецидивными вентральными грыжами после первой операции. *Значимость научной новизны:* доказана высокая клиническая эффективность применения усовершенствованного профилактического метода в лечении больных с рецидивными вентральными грыжами после первой операции, позволяющего предупредить возможные осложнения. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные научные результаты в клиническую практику хирургических отделений Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП (приказ от 18.07.2024 года, № 06) и Сурхандарьинского областного МПМЦ (приказ от 11.07.2024 года, № 37-4). *Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:* за счет использования усовершенствованного метода профилактики при лечении больных с рецидивной вентральной грыжей после операции удалось предотвратить возможные осложнения. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* доказана высокая клиническая эффективность применения усовершенствованного профилактического метода в лечении больных с рецидивными вентральными грыжами после первой операции, что позволило сэкономить 600000 сумов бюджетных средств, затрачиваемых на каждого пациента. *Заключение:* при лечении больных с рецидивной вентральной грыжей после операции за счет применения усовершенствованного метода

профилактики удалось сэкономить 600000 сумов бюджетных средств, затрачиваемых на каждого пациента.

Третья научная новизна: установлено, что применение дифференцированных методов пластической хирургии в зависимости от размеров грыжи у больных с рецидивными вентральными грыжами после первой операции приводит к значительному снижению осложнений. *Значимость научной новизны:* у больных с рецидивными вентральными грыжами после операции возможна профилактика возможных осложнений путем применения дифференцированных методов пластической хирургии в зависимости от размеров грыжи. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные научные результаты в клиническую практику хирургических отделениях Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП (приказ от 18.07.2024 года, № 06) и Сурхандарьинского областного МПМЦ (приказ от 11.07.2024 года, № 37-4). *Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:* клиническая эффективность достигнута за счет применения дифференцированных методов пластической хирургии в зависимости от размеров грыжи у больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* за счет применения дифференцированных методов пластической хирургии в зависимости от размеров грыжи у больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами, это позволило сэкономить бюджетные средства на одного пациента 1800000 сум. *Заключение:* у больных с повторными вентральными грыжами после операции применение дифференцированных методов пластики в зависимости от размеров грыжи позволило повысить эффективность лечения.

Четвертая научная новизна: со стороны доказательной медицины доказано, что применение 2% раствора декасана при протезирующей аллопластике при хирургическом лечении рецидивных вентральных грыж у пациентов с наложением П-образного шва и для профилактики развития гнойных осложнений позволяет снизить рецидив грыж с 15,0% до 3,8%. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные научные результаты в клиническую практику хирургических отделениях Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП (приказ от 18.07.2024 года, № 06) и Сурхандарьинского областного МПМЦ (приказ от 11.07.2024 года, № 37-4). *Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:* применение П-образного шва и с целью профилактики развития гнойных осложнений 2% раствора декасана при протезирующей аллопластике при хирургическом лечении рецидивных вентральных грыж позволило снизить рецидивы грыж с 15,0% до 3,8%, что привело к сокращению сроков пребывания больных в стационаре. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* применение 2% раствора декасана для профилактики развития гнойных осложнений при протезирующей аллопластике и П-образных швах позволило сэкономить бюджетные средства в размере 1800000 сумов на одного пациента за счет профилактики возможных осложнений. *Заключение:* Применение 2% раствора декасана во время протезирующей аллопластики при

хирургическом лечении рецидивных вентральных грыж с целью профилактики развития П-образных швов и гнойных осложнений позволило снизить рецидив грыжи с 15,0% до 3,8%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе 5 международных и 1 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 29 научных работ, из них 8 журнальных статей, 7 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 119 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Причины, патогенез и лечение рецидива вентральных грыж после пластики местными тканями и с использованием протезов**» представлен обзор литературы, где отмечено, что известные варианты протезирующих способов пластики можно разделить на натяжные и ненапряжные. К сожалению, гнойные осложнения после пластических операций с использованием местных тканей или протезов также могут привести к рецидиву заболевания. Однако технические условия у больных в группах при необходимости выполнения повторных вмешательств существенно отличаются и зависят от многих факторов. Среди вариантов герниопластики как первичных, так и рецидивных грыж комбинированные способы в наибольшей степени отвечают принципу надежности, так как направлены на восстановление функции собственных тканей. Доказано, что тактика и способы лечения больных с рецидивными грыжами после пластик местными тканями и с использованием протезов разработаны недостаточно. Решению перечисленных выше вопросов и посвящено данное диссертационное исследование.

Во второй главе диссертации представлен «**Материал и методы исследования**». Диссертационная работа основана на научных исследованиях кафедры общей хирургии, детской хирургии, урологии и детской урологии Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, основанных на анализе 172 больных послеоперационными вентральными грыжами,

пролеченных в хирургических отделениях Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП и Сурхандарьинского областного МПМЦ.

Все 172 больных в возрасте от 28 до 75 лет (средний возраст составил $57,2 \pm 9,02$ лет) с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами разделены на 2 группы. В I группу вошли 146 пациента, у которых рецидив грыжи развился после натяжных способов герниопластики (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от метода лечения

Группы		Метод лечения	Кол-во	%
I (n=146)	Ia	Аутопластика	94	54,7
	Ib	Натяжная протезная пластика	52	30,2
II (n=26)		Ненатяжная протезная пластика с П-образными швами +профилактика гнойных осложнений	26	15,1
Всего			172	100

Ia группу составили 94 пациентов после натяжной герниопластики по способам Мейо, Сапежко, и край в край.

Ib группу составили 52 больных после протезирующей герниопластики, при которой синтетический протез размещался в позициях «on lay», «sub lay» и «in lay».

Во II группу включены 26 пациентов, у которых рецидив заболевания возник после операций ненатяжными комбинированными способами с использованием синтетических протезов (рис. 1)



Рис. 1. Сводные данные о группах клинического исследования

Наиболее часто грыжи формировались после гинекологических операций – 23,2%, прочих заболеваний, включающих травму живота – 22,1%, вмешательств на гепатобилиарной системе 16,2% и грыжесечений по поводу пупочной грыжи – 15,1% и др. Продолжительность грыженосительства у 172 больных с рецидивами ПВГ составляла от нескольких месяцев до 20 лет. Продолжительность грыженосительства до 6 месяцев была у 36 пациентов, от полугода до 1 года была у 50, от 1 до 3 лет – у 40, от 3 до 10 лет – у 8, более 10 лет – у 2.

Распределение больных производилось по размерам, локализации и

частоте рецидивных грыж согласно классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR – classification 2000).

При этом значимое место занимали пациенты с грыжами срединной локализации 150 (87,2%), затем – с переднебоковыми грыжами 14 (8,1%) и с боковыми грыжами 8 (4,7%).

Рецидивные грыжи малых размеров (W1) были у 32 (18,6%) больных, средних (W2) – у 60 (34,9%), больших (W3) – у 54 (31,4%), огромных (W4) – 26 (15,1%).

Особое значение придавали регистрации инструментальных методов исследования: УЗИ, КТ в зоне вмешательства до и после операции (рис. 2,3).

КТ у больных с ПОВГ позволяло достоверно визуализировать дефект в проекции грыжевого выпячивания, его размеры, идентифицировать элементы содержимого грыжи, определить толщину подкожно-жировой клетчатке, состояние мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки.

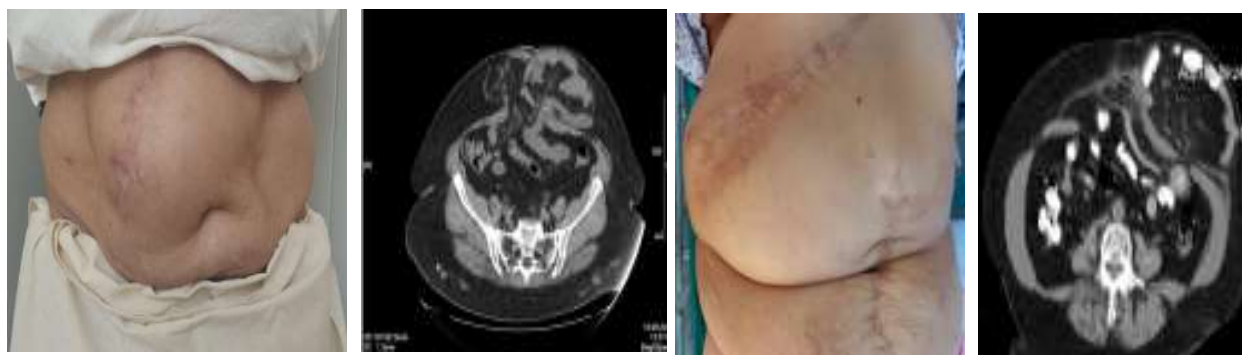


Рис. 2. Вид передней брюшной стенки и компьютерная томография больной П., 56 лет с рецидивной послеоперационной вентральной грыжей (M₂W₃R₁)

Рис. 3. Вид передней брюшной стенки и компьютерная томография больной Г., 54 лет с рецидивной послеоперационной вентральной грыжей (L₁W₃R₂)

Для морфологического исследования у больных с рецидивными грыжами при выполнении вмешательств получали фрагменты ранее имплантированного протеза, ткани из зоны грыжевых ворот непосредственно в месте рецидива грыжи и на расстоянии 5-15 см от них (определено из размера первичной грыжи), стенки жидкостных образований и свищей при их наличии.

У пациентов с рецидивами грыж после протезирующих способов изучали ткани, окружающие зону пластики, а также на границе протез–ткань, полученные во время повторных операций. Гистологические срезы изучали на кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии СамГМУ при помощи системы визуализации на базе микроскопа Olympus VX 41. Морфометрию структур выполняли после получения изображений с использованием программы «Морфология 5.2».

Микробиологический анализ проведён путем сбора экссудата из раны с качественной и количественной оценкой раневой инфекции, а также определением чувствительности к различным антибиотикам.

Экссудат исследовали на наличие аэробов по общепринятой схеме. Кроме

того, во время хирургического вмешательства был взят мазок из раны для экспресс-бактериоскопии, окрашенный по Граму. Транспортный флакон был отправлен в бактериологическую лабораторию для исследования. С помощью ультрафиолетового излучения определяли флуоресцентные свойства аэробов, затем проводили инокуляцию.

Восприимчивость аэробных микроорганизмов определялась путем их высева на обычные диски в плотной питательной среде (рис. 4).

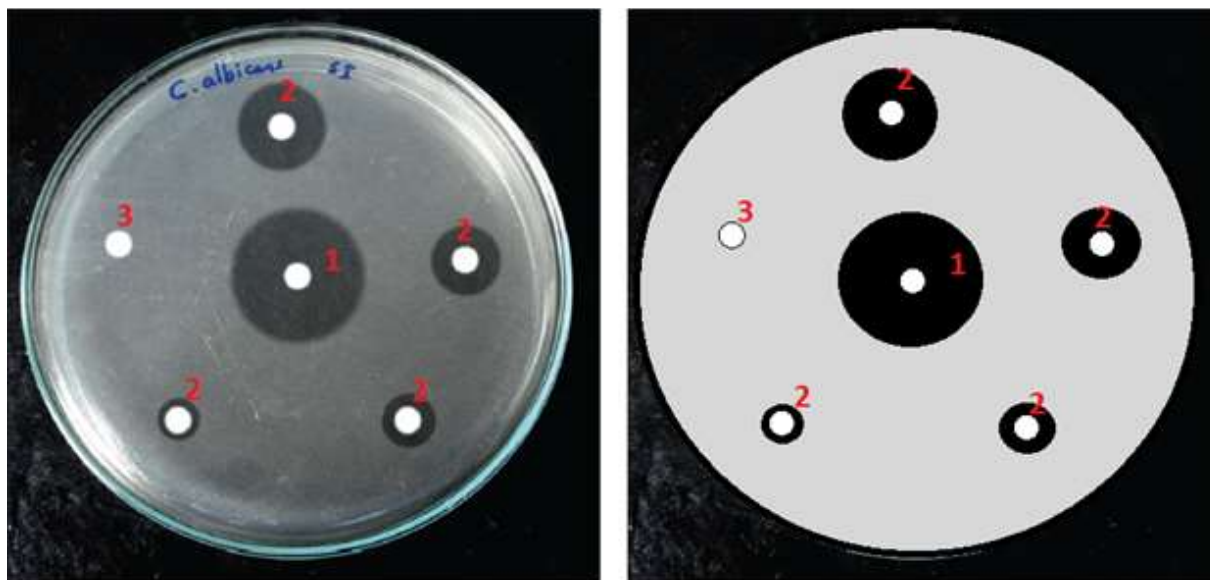


Рис. 4. Диско-диффузионный метод тестирования микробов на чувствительность к антибиотикам.

Способы пластики при рецидивных ПОВГ были следующими:

При имплантации эндопротеза «onlay» с ушиванием грыжевого дефекта - натяжная герниоаллопластика выполнена 40 (23,2%) пациентам, при этом произведён укрепление грыжевых ворот подшиванием трансплантата поверх аутопластики. Края грыжевого дефекта сшивали узловыми швами до плотного соприкосновения или в дубликатуру. Затем переднюю поверхность мышечно-апоневротического слоя отделяли от подкожной клетчатки на протяжении 8-10 см от линии швов в обе стороны и подшивали трансплантат, над апоневрозом узловыми швами.

При имплантации эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта – ненатяжная пластика, тактика была следующей. После выделения грыжевого мешка и грыжевых ворот выделяли апоневроз. Далее выкраивали полипропиленовый имплант, по размерам превышающем грыжевые ворота на 4-5 см с каждой стороны. Грыжевой мешок погружали в брюшную полость, по периметру грыжевых ворот укладывали имплант и подшивали к апоневрозу узловыми швами полипропиленовой нитью (диаметр № 0 или 1).

Мы усовершенствовали герниоаллопластику «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами, что выполнено 98 (56,9%) больным. С целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития САК, после отграничения брюшной полости лоскутом грыжевого мешка, пластика передней брюшной стенки выполнялась

наложением сетки на апоневроз без его ушивания. Фиксацию эндопротеза осуществляли П-образными швами. Эти швы до закрытия брюшной полости лоскутом грыжевого мешка были заранее наложены с захватом всех слоёв мышечно-апоневротической стенки до брюшины (рис. 5а).

Причиной фиксации эндопротеза П-образными швами через все слои брюшной стенки явились неблагоприятные результаты у ранее оперированных больных, которым при ненатяжной пластике имплантат накладывали по методу «onlay» с фиксацией только к апоневрозу. Расположенный таким образом и фиксированный по краям к апоневрозу эндопротез сразу после операции берет на себя основную функциональную нагрузку особенно у больных с морбидным ожирением и явился причиной ПОВГ.

Ненатяжная пластика грыж по методу «Onlay + Sublay»: Операция была выполнена 34 (19,7%) пациентам с размерами грыжевого дефекта более 10 см. Первый имплантат устанавливали позади мышечно-апоневротического слоя, второй – над апоневрозом. Между эндопротезами накладывали узлы и создавали искусственную "белую линию". Этот метод позволяет провести анатомо-физиологическую реконструкцию передней брюшной стенки и белой линии (рис. 5б).

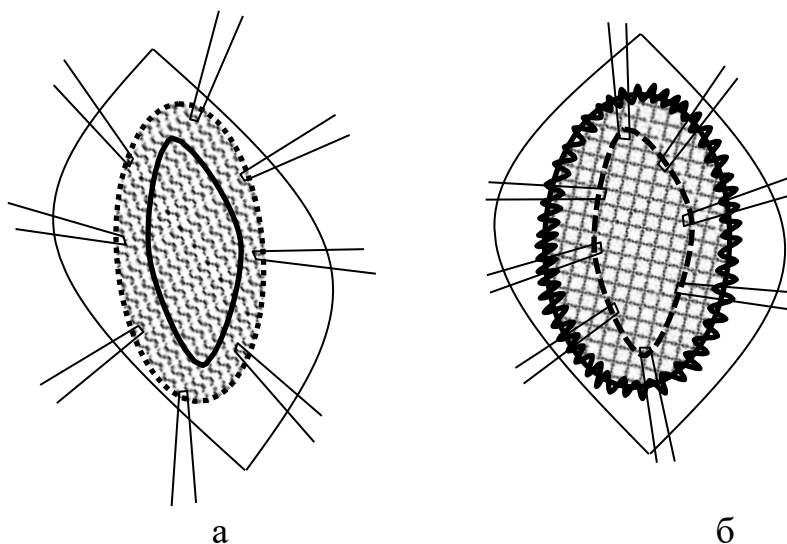


Рис. 5. Способы пластики передней брюшной стенки:

- а) Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта передней брюшной стенки с имплантацией эндопротеза П-образными швами.**
- б) Герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта комбинированным способом П-образными швами созданием дубликатуры**

Третья глава диссертации «Причины рецидивов грыжи после натяжной пластики местными тканями и с укреплением их синтетическим протезом. Способы операций и результаты лечения». Рецидивные грыжи после натяжных пластик местными тканями среди больных Ia группы были у 94 (54,7%), с использованием синтетических протезов (Iб группа) – у 52 (30,2%).

В группе Ia было 14 (14,9%) мужчин и 80 (85,1%) женщин. Возраст

пациентов колебался от 18 до 79 лет. У 80 (85,1%) больных были грыжи срединной локализации, у 10 (10,6%) – переднебоковые, у 4 (4,3%) – боковые. При этом грыжи малых размеров W1 были у 12 (12,8%), W2 – у 32 (34,0%), W3 – у 32 (34,0%), W4 – у 18 (19,1%). К моменту последней госпитализации один рецидив грыжи (R1) был у 68 (72,3%) пациентов, R2 – у 20 (21,3%), R3 – у 4 (4,3%) и у 2 (2,1%) больного был восьмой рецидив грыжи (R8).

В группе Ib было 12 (23,1%) мужчин и 40 (76,9%) женщин. Возраст пациентов колебался от 18 до 79 лет. У 48 (92,4%) больных были грыжи срединной локализации (M), у 2 (3,8%) – переднебоковая (ML), и у 2 (3,8%) – боковая (L). При этом грыжи малых размеров W1 были у 4 (7,7%), W2 – у 18 (34,6%), W3 – у 22 (42,3%), W4 – у 8 (15,4%). К моменту последней госпитализации один рецидив грыжи (R1) был у 26 (50,0%) пациентов, R2 – у 14 (26,9%), R3 – у 8 (15,4%), R4 – у 2 (3,85%) и у 2 (3,85%) больного был седьмой рецидив грыжи (R7).

Для выяснения причин рецидива грыжи у больных после пластического закрытия дефектов в брюшной стенке местными тканями (группа Ia) и с укреплением их синтетическим протезом (группа Ib) был проведен ретроспективный анализ операций у пролеченных пациентов.

У пациентов с рецидивными грыжами после пластики местными тканями (группа Ia) наступил полный рецидив заболевания. Интраоперационно по линии расхождения краев сшитых ранее тканей обнаружены лигатуры с сохранением целостности нити и узла, что свидетельствует о прорезывании тканей, а не о разрыве нити. После пластики местными тканями отмечена связь рецидива грыжи с размером выпячивания, который, в свою очередь, коррелировал с повышенным после операции внутрибрюшным давлением. Это указывает на несоответствие примененного способа пластики при больших размерах грыж, способствующих повышению внутрибрюшного давления.

У больных группы Ia микроскопические исследования тканей после пластики местными тканями показали, что зона рецидива, представленная рубцом, изменяла анатомию передней брюшной стенки при формировании элементов грыжи, создавая технические трудности при проведении операции. При рецидиве в срок от 2 до 6 месяцев основу рубца составляла зрелая соединительная ткань без признаков фиброзной трансформации. Коллагеновые волокна были преимущественно собраны в пучки, однако толщина и плотность расположения в них волокон была неодинаковой. В местах с низкой плотностью были признаки воспаления с отеком ткани и диффузно-очаговой лимфоцитарной инфильтрацией (рис. 6а).

У больных Ib группы с рецидивными грыжами после натяжных протезирующих способов пластики макроскопически были обнаружены аналогичные изменения. При рецидивах до 6 мес раневая капсула вокруг синтетического протеза формировалась не полностью, между тканью и клетчаткой вблизи протеза появлялись в виде «полостей» (рис. 6б).

Таким образом, воспалительные процессы и неправильная интеграция искусственного материала были показаны как основные причины недавних рецидивов пластических операций из-за натяжения тканей.

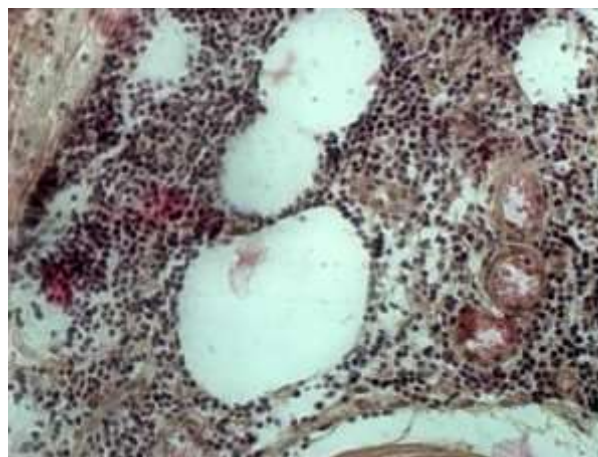
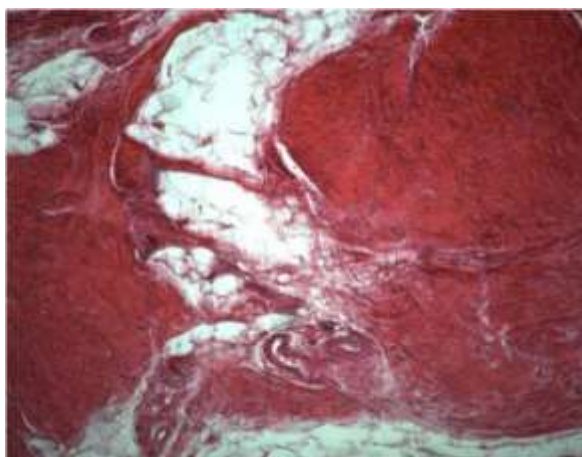


Рис. 6. Микроскопические изменения в тканях зоны рецидива у больных Ia (а), Ib (б) групп. Окраска гематоксилином и эозином: а – липоматоз рубца в месте пластики с явлениями отека и воспаления (ув. 100); б - явления выраженного воспаления вокруг волокон синтетического полипропиленового протеза (ув. 400);

Среди пациентов Ia группы протезирующая натяжная пластика повторно проведено у 36 больных, рецидивы заболевания после них наступили у 5 (13,9%). Протезирующая ненатяжная пластика усовершенствованными способами проведено 58 больным. При этом герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами 50 больным (рецидив – 2), герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта созданием дубликатуры 8 пациентам. Характеристика операций у больных в группе Ia представлена в таблицах 3 и 4.

На рис. 7 представлен определенный видовой состав микрофлоры, выделенной из инфицированного раневого экссудата больных с гнойными осложнениями рецидива ПОВГ первой и второй групп сравнения.

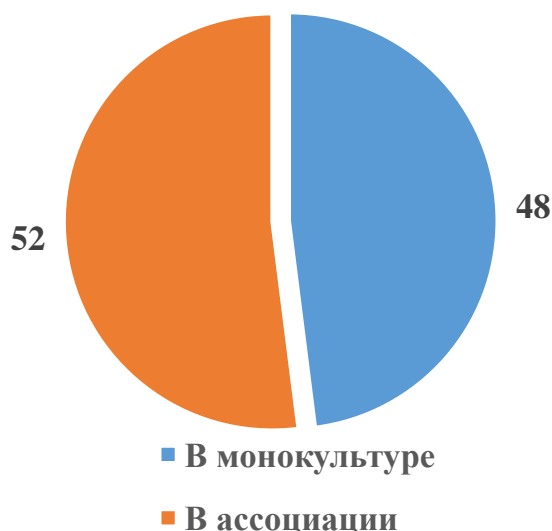


Рис. 7. Уровень ассоциации микрофлоры у пациентов I и II групп.

В больших количествах патогенные стафилококки были выявлены у 50 пациентов, из них у 24 (26,9%) они были обнаружены в виде монокультур, а у 26 (29,2%) – в ассоциациях. *Escherichia coli* была выделена в 47 наблюдениях, в

20 (22,5%) случаях в виде монокультуры и в 27 (30,3%) случаях в составе микробных ассоциаций. Следующий по частоте обнаружения протей был обнаружен в 30 наблюдениях, в 15 (16,9%) случаях в виде монокультуры и в 15 (16,9%) случаях в составе микробных ассоциаций. Энтерококки были обнаружены в 26 наблюдениях, 14 (15,8%) в монокультуре и 12 (13,5%) в ассоциациях, стрептококки – в 14 наблюдениях, 9 (10,1%) в монокультурах и 5 (5,6%) в ассоциациях. У 7 (7,8%) пациентов *Pseudomonas aeruginosa* была выделена в виде монокультуры, а у 4 (4,5%) — в виде микробных ассоциаций.

Как было отмечено, из 89 больных с гнойными ранами в I группе у 52 (58,4%) имелись лигатурные свищи, у 23 (25,8%) – микроабсцессы и у 14 (15,7%) – подкожные флегмоны (рис. 8).

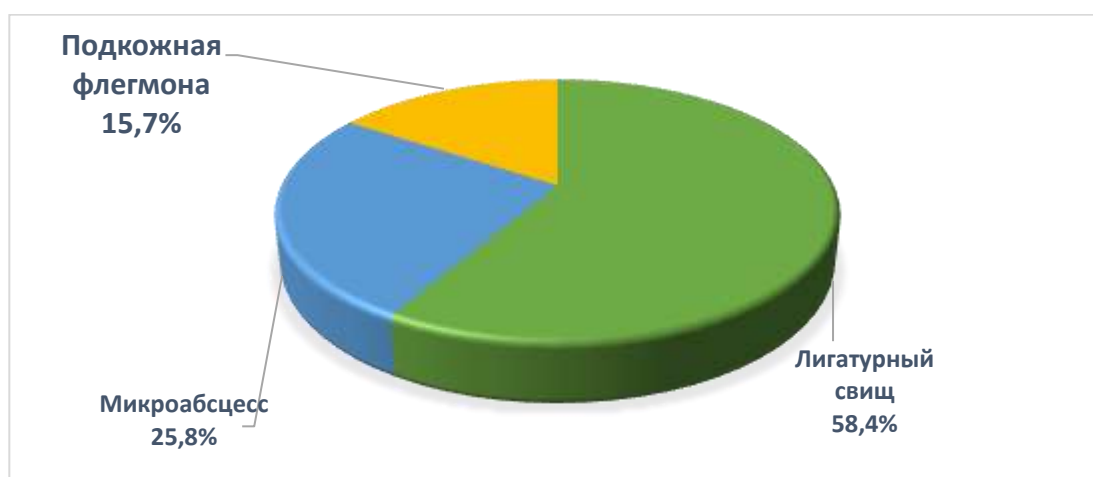


Рис. 8. Распределение больных I группы по патологии.

При лечении этих больных 52 (58,4%) больным была выполнена операция по удалению лигатуры и обработке полости раны 3% раствором перекиси водорода. У 23 (25,8%) пациентов выполнено вскрытие микроабсцесса, частичная резекция протеза, обработка полости раны 3% раствором перекиси водорода и левомиколем. У 75 (84,3%) из указанных пациентов операция была выполнена одномоментно.

Динамика показателей интоксикации при лечении гнойных осложнений у больных I группы рецидивных вентральных грыж представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей интоксикации у больных I группы с гнойными ранами (n=89)

Показатели	Период наблюдения			
	День поступления	3 день	5 день	7 день
Температура тела t ⁰ C	38,9±0,06	37,8±0,06	37,1±0,06***	36,5±0,06***
Лейкоцит в крови ×10 ⁹ /л	9,6±0,51	8,6±0,45	7,4±0,33**	6,2±0,39
МСМ единица	0,219±0,013	0,179±0,008	0,147±0,007***	0,080±0,006**
ЛИИ единица	2,7±0,13	2,3±0,15	1,8±0,06***	0,7±0,04***
СОЭ мм/с	48,6±1,85	40,7±1,69	29,6±1,48***	11,8±0,79***
pH среда раны	4,2±0,26	4,6±0,29	5,8±0,34	7,2±0,25***

Примечание: * - значимые различия по сравнению с данными предыдущего дня (** - P<0,01, *** - P<0,001).

При лечении больных I группы (контрольной) традиционными методами средние сроки исчезновения раневой инфекции составили 5 дней, средние сроки рассасывания инфильтрата – 4 дня, средние сроки появления грануляций – 7 дней. Средняя продолжительность постельного режима у больных составила 7–9 дней (рис. 9).



Рис. 9. Обработка ран и сроки заживления у больных с гнойными осложнениями рецидивных вентральных грыж в I группе (n=89)

Таблица 3

Результаты у больных с рецидивными ПВГ (группа Ia) в зависимости от локализации грыжи и варианта повторной операции

Локализация рецидивной грыжи (по классификацию J.P.Chevre I и A.M.Rath)	Вариант повторной операции							
	Протезирующая натяжная пластика n=36		Протезирующая ненатяжная пластика n=58					
	Герниоаллопластика «onlay» с предварительным ушиванием дефекта	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Итого	В процентах %
М	7/1	19,4/ 2,8	2	4	-	-	2	3,4
М1	5/0	13,9	22/1	44	4	50	26/1	44,8/1,7
М2	6/1	16,7/ 2,8	14/1	28/2	2	25	16/1	27,6/1,7
М3	10/1	27,8/ 2,8	12	24	2	25	14	24,1
ML	4/1	11,1/ 2,8	-	-	-	-	-	-
L	4/1	11,1/ 2,8	-	-	-	-	-	-
Итого	36/5	100/ 13,9	50/2	100/4	8	100	58/2	100/3,4

* *Примечание: в знаменателе указано число рецидивов грыж*

Таблица 4

Результаты у больных с рецидивными ПОВГ (группа Ia) в зависимости от размеров грыжи и варианта повторной операции

Размер рецидивной грыжи (по классификацию J.P.Chevrel и A.M.Rath)	Вариант повторной операции							
	Протезирующая натяжная пластика n=36		Протезирующая ненатяжная пластика n=58					
	Герниоаллопластика «onlay» с предварительным ушиванием дефекта	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Итого	В процентах %
W1	4/1	11,1/2,8	4	8	-	-	4	6,9
W2	13/1	36,1/2,8	22/1	44/4	-	-	22/1	37,9/1,7
W3	15/1	41,7/2,8	18/1	36/4	2	25	20/1	34,5/1,7
W4	4/2	11,1/5,6	6	12	6	75	12	20,7
Итого	36/5	100/13,9	50/2	100/4	8	100	58/2	100/3,4

* *Примечание: в знаменателе указано число рецидивов грыж*

При натяжной протезирующей герниопластике из 8 больных с переднебоковыми (4) и боковыми (4) грыжами после операции по поводу грыж среднего, большого и гигантского размеров рецидив грыжи сформировалось только у 2 больных с гигантской боковой грыжей.

В таблицах 4 и 5 представлены результаты лечения больных Ib группы в зависимости от локализации и размера рецидивной грыжи.

Таблица 5

Результаты у больных с рецидивными ПОВГ (группа Ib) в зависимости от локализации грыжи и варианта повторной операции

Локализация рецидивной грыжи (по классификацию J.P.Chevrel и A.M.Rath)	Вариант повторной операции							
	Протезирующая натяжная пластика n=36		Протезирующая ненатяжная пластика n=58					
	Герниоаллопластика «onlay» с предварительным ушиванием дефекта	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Итого	В процентах %
M	4/1	100/25	14	46,7	4	22,2	18	34,6
M1	-	-	2	6,7	-	-	2	3,8
M2	-	-	4	13,3	6/1	33,3/5,6	10/1	19,2/1,9
M3	-	-	6/1	20/3,3	4	22,2	10/1	19,2/1,9
M4	-	-	4	13,3	-	-	4	7,6
ML	-	-	-	-	2	11,1	2	3,8
L	-	-	-	-	2	11,1	2	3,8
Итого	4/1	100/25	30/1	100/3,3	18/1	100/5,6	48/2	100/3,8

* *Примечание: в знаменателе указано число рецидивов грыж*

Среди пациентов Ib группы протезирующая натяжная пластика повторно проведено у 4 больных, рецидив заболевания после них наступил у 1 (25%). Протезирующая ненатяжная пластика усовершенствованными способами проведено 48 больным с рецидивом у 2 (3,8%) больных (таблица 5, 6).

Были использованы следующие методы:

При этом герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами 30 больным (рецидив – 1). Герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта созданием дубликатуры 18 пациентам (рецидив 1).

Таблица 6

Результаты у больных с рецидивными ПОВГ (группа Ib) в зависимости от размеров грыжи и варианта повторной операции

Размер рецидивной грыжи (по классификацию J.P.Chevre I и A.M.Rath)	Вариант повторной операции							
	Протезирующая натяжная пластика n=36		Протезирующая ненатяжная пластика n=58					
	Герниоаллопластика «onlay» с предварительным ушиванием дефекта	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	В процентах %	Итого	В процентах %
W1	2	50	2	6,7	-	-	2	3,8
W2	2/1	50/25	10/1	33,3/3,3	4	22,2	14/1	26,9/1,9
W3	-	-	14	46,7	8	44,4	22	42,3
W4	-	-	4	13,3	6/1	33,3/5,6	10/1	19,2/1,9
Итого	4/1	100/25	30/1	100/3,3	18/1	100/5,6	48/2	100/3,8

* *Примечание: в знаменателе указано число рецидивов грыж*

Анализ результатов операций у больных с рецидивными грыжами (группа Ia и Ib) после пластики местными тканями с укреплением протезом показал, что повторное использование этих способов сопровождается высокой частотой процента рецидивов заболевания, достигающей 15%. Применение ненатяжных усовершенствованных способов пластики, напротив, позволило сократить число рецидивов до 3,7% (рис. 10).

В четвертой главе диссертации «**Причины рецидивов грыжи после ненатяжной протезирующей пластики. Способы операций и результаты лечения**». Рецидив грыжи после ненатяжных протезирующих пластик комбинированными способами возник у 26 пациентов, оперированных нами в базовом лечебном учреждении.

Из 26 больных у 22 были вентральные грыжи срединной локализации (эпигастральные – у 6, мезогастральные – у 2, гипогастральные – у 10, у 4 – локализация не указана). У 2 пациентов были рецидивы грыжи переднебоковой и у 2 – боковой локализаций.

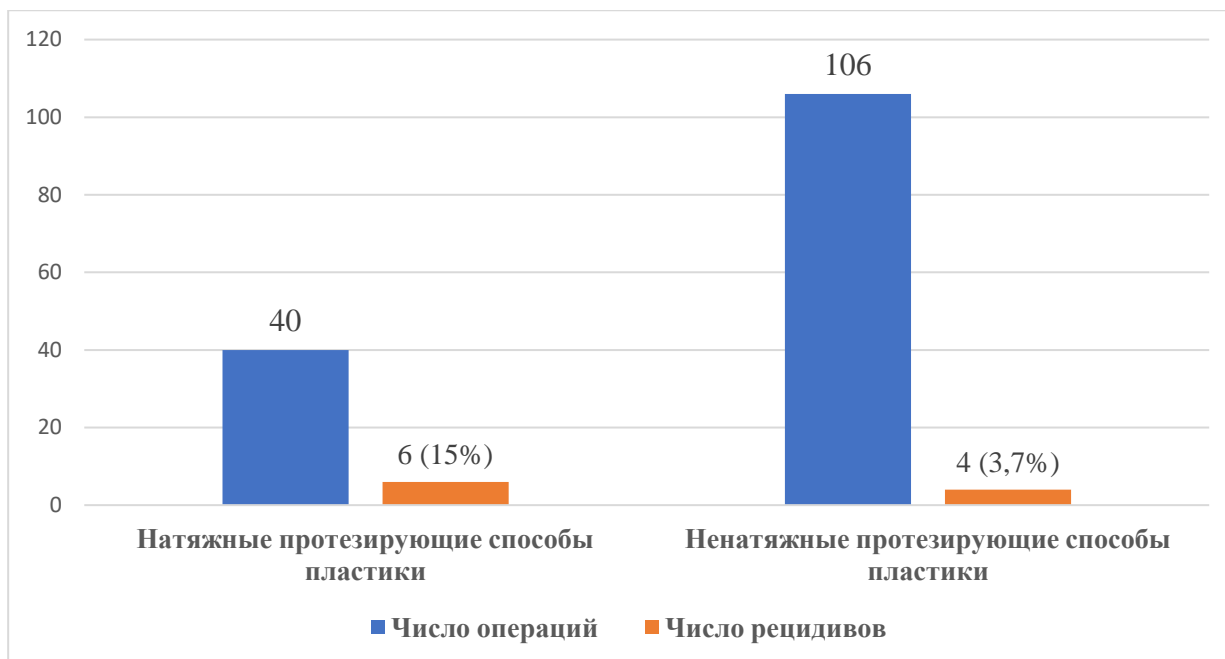


Рис. 10. Результаты лечения больных с рецидивными грыжами при использовании натяжной герниоаллопластики «onlay» с предварительным ушиванием дефекта и ненатяжной герниоаллопластики «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами и герниоаллопластики «onlay+sublay» без ушивания дефекта созданием дубликатуры в группах 1а и 1б

Рецидивные грыжи малых размеров (W1) были у 10 пациентов, средних (W2) – у 7, больших (W3) – 7 и гигантских (W4) – 2. Следует отметить, что рецидивы грыж после протезирующих пластик комбинированным способом были у больных с множественными рецидивами после предшествующих операций, выполненных различными способами. Из 26 пациентов у 12 были 2 рецидива, у 8 – 4, у 2 – 8 и у 4 – 14, что свидетельствует о значительных нарушениях в тканях брюшной стенки, способствующих развитию рецидива заболевания.

При выполнении операции у больных с рецидивными грыжами после ненатяжной протезирующей комбинированной пластики и при рассечении кожи в подкожной клетчатке отчетливо определялся интегрированный в ткани протез, формирующий при срединных грыжах передние стенки влагалищ прямых мышц живота. Независимо от расположения (эпи-, мезо-, гипогастральные, а также переднебоковая, боковая) рецидивные грыжи локализовались у 20 больных по нижнему, у 4 – по нижнебоковому, у 2 – по верхнему контуру пластики. Поэтому грыжевые ворота по верхнему или нижнему контуру были представлены протезом, по нижнему и верхнему – апоневрозом прямых мышц живота соответственно, а грыжевой мешок образовывали перерастянутая брюшина и гипертрофированная поперечная фасция. Ни в одном из 26 наблюдений в грыжевом мешке не было протеза, установленного во время предшествующей операции. Шовного материала в грыжевых воротах по месту фиксации протеза обнаружить не удалось, так как у больных при выполнении операций применяли рассасывающийся

шовный материал (викрил или полигликолид).

При этом размеры грыжи зависели от времени начала ее образования. Чем период был больше, тем больше были размеры грыжи, увеличивающиеся как за счет грыжевых ворот, так и грыжевого мешка. Причем грыжевые ворота расширялись по нижнему контуру за счет растяжения и разрыва тканей, от которых произошло соскальзывание протеза. Об этом свидетельствует плотное фиброзное кольцо по нижнему и боковым его контурам. По верхнему контуру грыжевое кольцо было представлено краем протеза без прорастания в него фиброзной ткани.

Клинические наблюдения показали, что у больных II группы рецидивы развивались в сроки от 6 месяцев до 1,5 лет. Интраоперационно было подтверждено, что все рецидивные грыжи носили неполный характер и развивались наиболее часто по нижнему контуру фиксации протеза. Морфологические исследования зон рецидива показали, что вокруг протеза была толстая капсула из зрелой соединительной ткани с явлениями фиброзной трансформации и диффузно-очаговым липоматозом. Первой «линией взаимодействия» с волокнами материала были гигантские клетки инородных тел с числом ядер от 18 до 38 и только в одной плоскости гистологического среза. Признаки гранулематозного воспаления были во всех наблюдениях, но наиболее выраженные в местах переплетения волокон, что обуславливало наличие люфта в $263 \pm 44,5$ мкм. Непосредственно зона рецидива была представлена полнокровной грануляционной тканью, умеренно инфильтрированной лимфоцитами (рис. 11, 12).

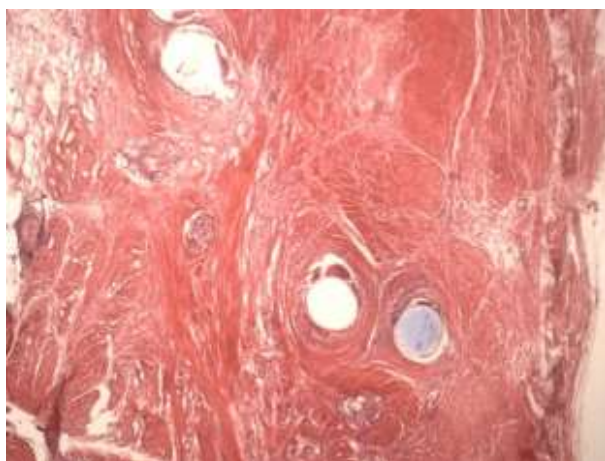


Рис. 11. Микрофотограмма.
Состояние тканей при рецидиве
грыжи в зоне расположения
синтетического протеза. Больная К.
Диагноз: послеоперационная
вентральная грыжа MW4R2.
Окраска гематоксилин и эозин. Ув.
100

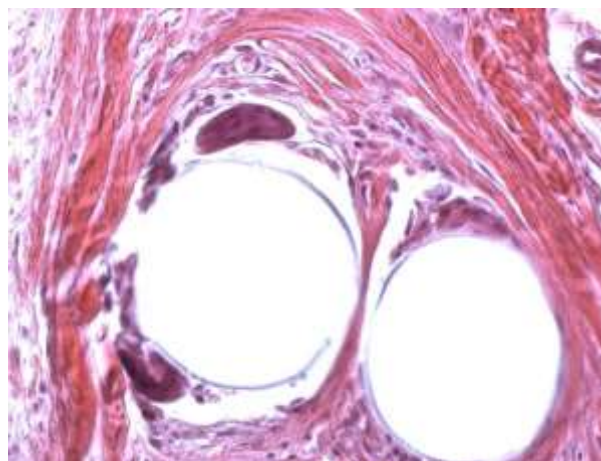


Рис. 12. Микрофотограмма.
Волокна полипропиленового
протеза и окружающая их
грануляционная ткань с
гигантскими клетками инородных
тел в составе циркулярной капсулы.
Больная Л. Диагноз:
послеоперационная вентральная
грыжа MW3R1. Окраска
гематоксилин-эозин. Ув. 400

На отдаленных от места рецидива участках первыми «клетками взаимодействия» с волокнами протезирующего материала были многочисленные гигантские клетки инородных тел, содержащих от 16 до 28 ядер в одной плоскости гистологического среза, а основным содержимым циркулярных капсул была грануляционная ткань, состоящая из многочисленных новообразованных сосудов, инфильтрированных единичными лимфоцитами и макрофагами. Толщина грануляционной ткани вокруг волокон протеза достигала $263 \pm 44,5$ мкм.

На гистологических препаратах, полученных из зоны рецидива грыжи, число гигантских клеток инородных тел было таким же, как и на отдаленных участках, тем не менее количество ядер, визуализируемых в одной плоскости среза, колебалось от 20 до 42. Грануляционная ткань вокруг волокон протезирующего материала была с явлениями выраженного хронического воспаления, сосуды в ней расширены и полнокровны со стазом эритроцитов в них. Толщина грануляционной ткани вокруг волокон достигала $488 \pm 38,5$ мкм.

Грануляционная ткань вокруг волокон протезирующего материала, травмирующего окружающие ткани, в сочетании с реакцией на поверхности имплантированного материала приводили к развитию пустот, величина которых была равна толщине грануляционной ткани. В зоне рецидива также определяли нарушение целостности и общей соединительнотканной капсулы вокруг протеза. Во всех наблюдениях образовавшийся дефект был заполнен грануляционной тканью с расширенными полнокровными сосудами и инфильтрирован клетками хронического воспаления.

Микробиологическое исследование биоматериалов, полученных из гнойной раны, проводили диско-диффузионным методом на чувствительность к антибиотикам (таблица 7).

Таблица 7

Результаты определения чувствительности микробов к антибиотикам диско-диффузионным методом

Антибиотики	Staphylococcus aureus	Escherichia coli	Enterococcus	Streptococcus	Proteus	Pseudomonas aeruginosa
Ampicilinium	++	++	+	+	+	+
Cefazolinium	++	++	++	++	+	+
Ceftriaxonium	++	++	++	++	++	+
Decasanum	+++	+++	+++	+++	++	++

* *Примечание.* Количество знака (+) указывает уровень чувствительности.

Изучены результаты эффективности применения 2% раствора Декасана у 26 (22,6%) больных II группы с гнойными осложнениями рецидивных грыж передней брюшной стенки. Ниже мы представляем отдельный анализ результатов, полученных в этой группе пациентов. Как было отмечено, у 14 из 26 пациентов II группы (53,8%) имелся лигатурный свищ, у 8 – микроабсцесс (30,8%) и у 4 (15,4%) – подкожная флегмона (рис. 13).

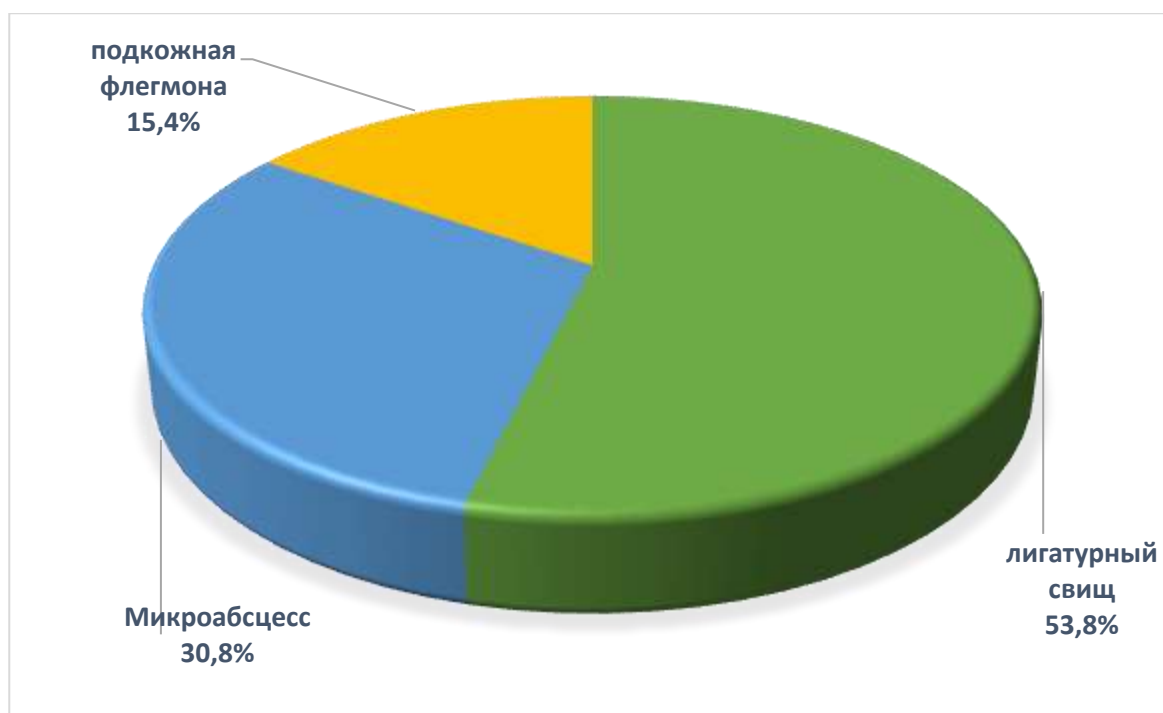


Рис. 13. Распределение больных II группы по патологии.

Динамика показателей интоксикации при лечении гнойных осложнений у больных II группы рецидивных вентральных грыж представлена в таблице 8.

Таблица 8

Динамика показателей интоксикации у больных II группы с гнойными ранами (n=26)

Показатели	Период наблюдения		
	День поступления	3 день	5 день
Температура тела t ⁰ C	38,3±0,05	37,2±0,06	36,5±0,08***
Лейкоцит в крови ×10 ⁹ /л	9,5±0,45	8,0±0,38	6,1±0,35**
МСМ единица	0,209±0,009	0,164±0,007	0,091±0,006***
ЛИИ единица	2,4±0,14	1,8±0,16	0,9±0,06***
СОЭ мм/с	36,5±1,76	29,7±1,65	12,2±0,61***
pH среда раны	4,9±0,25	6,3±0,22	7,2±0,19

Примечание: * - значимые различия по сравнению с данными предыдущего дня (** - P<0,01; *** - P<0,001).

Результаты динамического наблюдения за скоростью заживления гнойных ран в обеих анализируемых группах представлены на рисунке 14.

Как видно из рисунка 14, при применении нового метода лечения у больных II группы (основной) средние сроки купирования раневой инфекции составили 3 дня, средние сроки рассасывания инфильтрата – 2 дня, средние сроки появления грануляций – 5 дней. Общая продолжительность постельного режима больных в среднем составила 5,2±0,3 дня.



Рис. 14. Обработка ран и сроки заживления у больных с гнойными осложнениями рецидивных вентральных грыж в группах I (n=89) и II (n=26), общее (n=115).

Так, при сравнении результатов лечения больных I группы (контрольной) и II группы (основной) установлено, что сроки очищения ран от инфекции наблюдались в среднем на 3-и сутки и были сокращены по сравнению с контрольной группой на 2-2,5 суток, сроки рассасывания инфильтрата сократились в среднем на 1,5-2 суток, сроки появления грануляций сократились в среднем на 2-2,5 суток, а продолжительность постельного режима сократилась в среднем на 2 суток. Рецидивов грыжи у данного контингента больных II группы не наблюдалось.

Из этого можно сделать вывод, что предлагаемый нами способ лечения больных с гнойными осложнениями ран: - погружение имплантата в 2% раствор декасана на 2 минуты, обработка раны этим же раствором, а затем введение имплантата в грыжевой дефект положительно влияет на качество лечения и является эффективным методом лечения.

Указанные изменения в тканях являются предпосылками соскальзывания протеза по линии его фиксации край в край в местах наибольшего напряжения в брюшной стенке.

В таблицах 9 и 10 представлены сведения о способах и количестве операций, выполненных больным с рецидивами грыжам после ненатяжных протезирующих комбинированных способов пластики.

Таблица 9

Результаты лечения больных с рецидивами вентральных грыж (группа 2) после протезирующих комбинированных способов пластики в зависимости от их локализации

Способ пластики	Локализация грыжи						
	М	М1	М2	М3	ML	L	Всего
Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	2	6	2	8/1			18/1
Герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта с созданием дубликатуры	2			2	2	2	8
Итого	4	6	2	10/1	2	2	26/1

Таблица 10

**Результаты лечения больных с рецидивами вентральных грыж
(группа 2) после протезирующих комбинированных способов
пластики в зависимости от их размера**

Способ пластики	Размер грыжи				Всего
	W1	W2	W3	W4	
Герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами	8	4	6/1	-	18/1
Герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта с созданием дубликатуры	2	3	1	2	8
Итого	10	7	7/1	2	26/1

Среди пациентов 2 группы протезирующая натяжная пластика повторно не проведено. Протезирующая ненатяжная пластика усовершенствованными способами проведено всем 26 больным с рецидивом у 1 (3,8%) больных. При этом герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами 18 больным (рецидив – 1), герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта созданием дубликатуры 8 пациентам.

Анализ данных таблиц 5 и 6 показывает, что у всех больных II группы при наличии рецидива грыжи проводилась повторная ненатяжная пластика усовершенствованными способами по 1 и 2 вариантам. При выполнении операций у больных сложностей не было. Исключения были у пациентов с рецидивными переднебоковыми грыжами, страдающих ожирением IV степени.

Клинико-статистический анализ результатов показал, что применение ненатяжных усовершенствованных способов пластики у больных с рецидивными вентральными грыжами после операций, протезирующей ненатяжной пластикой значительно сокращает риск развития повторного рецидива заболевания до 3,8%.

Общие результаты лечения больных с рецидивными послеоперационными вентральными грыжами в нашем исследовании представлены на рисунке 15.

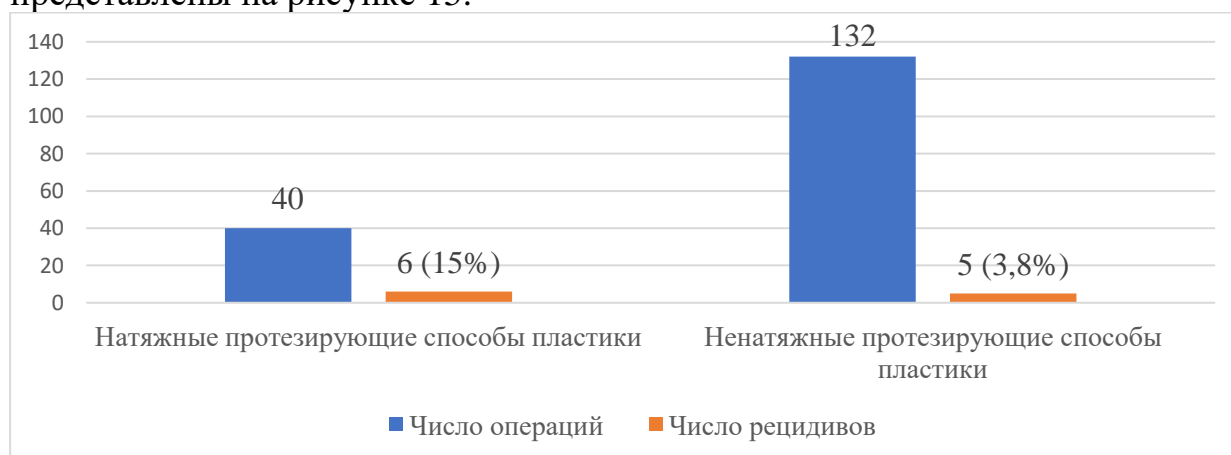


Рис. 15. Результаты лечения больных с рецидивом грыж I и II группы методом натяжной герниоаллопластики «onlay» и имплантацией эндопротеза через П-образные швы без натяжения «onlay»

Результаты исследования позволяют сделать заключение, что в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж рекомендуется использование усовершенствованных методов герниопластики – “on lay” без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами (при W1-W2) или “on lay+sub lay” с созданием дубликатуры протеза (при W3-W4), что выполнено в 56,9% и 19,8% пациентов соответственно.

Предложенные усовершенствованные способы ненатяжной протезной пластики и профилактической обработки 2% раствором декасана существенно повысили эффективность лечения больных с рецидивирующими вентральными грыжами, позволили снизить частоту рецидивов заболевания и гнойных осложнений раны с 15% до 3,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Клинические проявления заболевания у больных с рецидивными вентральными грыжами зависят от техники предшествующей герниопластики. После пластики местными тканями и протезирующей натяжной герниопластики и за счет развития гнойной инфекции в большинстве случаев развивается полный рецидив заболевания. Характерными являются частичные рецидивы грыж через поврежденные дефекты протеза и грыжи в нижних и верхних контурах фиксации протеза к тканям при способах ненатяжной пластики протеза комбинированным методом.

2. У больных после натяжных аутопластических способов в зоне рецидива развивается рубец с признаками ремоделирования в направлении атрофии с очагами грануляционной ткани и с явлениями хронического воспаления; после натяжных протезирующих способов – соединительная ткань с образованием пустот вокруг синтетического протеза, приводящих к воспалительной реакции вокруг волокон протеза; после ненатяжных комбинированных способов пластики – зрелая соединительная ткань с явлениями фиброзной трансформации, диффузно-очаговым липоматозом и умеренной лимфоцитарной инфильтрацией. Гнойно-воспалительный процесс приводит к несостоятельности швов и потере их точки фиксации. Эти изменения, в свою очередь, создают условия для рецидива грыжи наряду с повышением внутрибрюшного давления.

3. В хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж рекомендуется использование усовершенствованных методов герниопластики – “on lay” без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами (при W1-W2) или “on lay+sub lay” с созданием дубликатуры протеза (при W3-W4), что выполнено в 56,9% и 19,8% пациентов соответственно.

4. В результате совершенствования методов ненатяжной протезирующей пластики и профилактического лечения 2% раствором декасана у больных с рецидивирующими вентральными грыжами достоверно улучшились результаты лечения за счет снижения частоты рецидивов заболевания с 15% до 3,8%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

TERMEZ BRANCH OF TASHKENT MEDICAL ACADEMY

KHAI TOV AKMAL ALIYAROVICH

**FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT TACTICS OF LATE
PARAPROSTHETIC PURULENT COMPLICATIONS IN ABDOMINAL
HERNIAS**

14.00.27 – Surgery

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

Bukhara – 2024

The theme of the dissertation for a Doctor of Philosophy (PhD) on medical sciences was registered under No. B2021.4.PhD/Tib2303 by the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher education, science and innovations of the Republic of Uzbekistan.

The dissertation has been accomplished at Termez branch of Tashkent Medical Academy.

The dissertation abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been placed on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and on the Information and education portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Official opponents

Safoyev Baqodir Barnoyevich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

The leading organization

Bundang Medical Center of Cha University
(Republic of South Korea)

The dissertation defense will be held on « 3 » June 2025 at 12²⁰ at the meeting of Scientific Council DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 at Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, 23. Gijduvon street, Bukhara. Tel./fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhme@mail.ru).

The dissertation is available at the Information Resource Center of Bukhara State Medical Institute (registered under No. 39). (Address: 200118, 23. Gijduvon street, Bukhara. Tel./fax: (+99865) 223-00-50.

The dissertation abstract was distributed on "21" May, 2025.
(Mailing report № 27 on "21" May 2025.)



Sh. T. Uroqov

Chairman of the Scientific council on awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

N.N. Kazakova

Scientific secretary of the Scientific council on awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), Associate Professor

B.Z. Khamdamov

Chairman of the Scientific seminar under the Scientific council on awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), Professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study: is to improve the treatment results of patients with recurrent postoperative ventral hernias by improving the methods of their surgical treatment.

The object of the study: were 172 patients with postoperative ventral hernias who were treated in hospitals in the surgical departments of the Surkhandarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care and the urkhandarya Regional Medical and Clinical Center from 2017 to 2022.

Scientific novelty:

for the first time it was proven that purulent complications after traditional autoplasty and prosthetic alloplasty cause recurrence of ventral hernias;

for the first time it was proven that high clinical efficiency of the use of an improved method of prevention in the treatment of patients with recurrent ventral hernias after the first operation was demonstrated;

for the first time it was determined that the use of differentiated methods of plastic surgery depending on the size of the hernia in patients with recurrent ventral hernias after the first operation led to a sharp decrease in complications;

from the point of view of evidence-based medicine, it has been proven that the use of a 2% solution of decasan in prosthetic alloplasty in the surgical treatment of recurrent ventral hernias in patients with the imposition of a U-shaped suture and for the prevention of the development of purulent complications makes it possible to reduce the recurrence of hernias from 15.0% to 3.8%.

Implementation of research results. According to the conclusion No. 08/70 of November 13, 2024 of the Scientific and Technical Council in the presence of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan:

the first scientific innovation: for the first time it was proven that purulent complications after traditional autoplasty and prosthetic alloplasty cause recurrence of ventral hernias. *The importance of scientific innovations:* the scientific and practical significance of the research results lies in the fact that the obtained conclusions and proposals have unique theoretical significance and make a significant contribution to the study of the features of diagnosis and surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias. *Implementation of scientific innovations in practice:* the obtained scientific results were transferred to clinical practice in the surgical departments of the Surkhandarya branch of the RNCM (order of 18.07.2024, No. 06) and the Surkhandarya regional MPMC (order of 11.07.2024, No. 37-4). *The social effectiveness of scientific novelty consists of:* the causes of the formation of recurrent ventral hernias after autoplasty and prosthetic interventions were identified. *The economic efficiency of scientific novelty consists of:* bacteriological testing, i.e. determining the sensitivity of microbes to antibiotics, and the precise use of antibacterial drugs have led to a reduction in hospital infections and infectious complications. This has reduced the use of expensive antibiotics such as ceftriaxone and cefoperazone + sulbactam, and saved from 170000 to 190000 soums per patient. *Conclusion:* it has been proven that purulent complications after traditional autoplasty and prosthetic alloplasty can lead to recurrence of ventral

hernias, which allows for the use of measures to prevent complications.

The second scientific innovation: for the first time it was proven that high clinical efficiency of the use of an improved method of prevention in the treatment of patients with recurrent ventral hernias after the first operation was demonstrated. *The importance of scientific novelty:* the high clinical effectiveness of the use of an improved preventive method in the treatment of patients with recurrent ventral hernias after the first operation, which allows preventing possible complications, has been proven. *Implementation of scientific novelty into practice:* the obtained scientific results were transferred to clinical practice in the surgical departments of the Surkhandarya branch of the RNCCEM (order of 18.07.2024, No. 06) and the Surkhandarya regional MPMC (order of 11.07.2024, No. 37-4). *The social effectiveness of scientific novelty consists of:* by using an improved method of prevention in the treatment of patients with recurrent ventral hernia after surgery, it was possible to prevent possible complications. *Economic efficiency of scientific novelty:* The high clinical effectiveness of the use of an improved preventive method in the treatment of patients with recurrent ventral hernias after the first operation has been proven, which made it possible to save 600000 soums of budget funds spent on each patient. *Conclusion:* In the treatment of patients with recurrent ventral hernia after surgery, due to the use of an improved method of prevention, it was possible to save 600000 soums of budgetary funds spent on each patient.

The third scientific novelty was for the first time it was determined that the use of differentiated methods of plastic surgery depending on the size of the hernia in patients with recurrent ventral hernias after the first operation led to a sharp decrease in complications. *The importance of scientific novelty:* in patients with recurrent ventral hernias after surgery, it is possible to prevent possible complications by using differentiated methods of plastic surgery depending on the size of the hernia. *Implementation of scientific novelty into practice:* the obtained scientific results were transferred to clinical practice in the surgical departments of the Surkhandarya branch of the RNCCEM (order of 18.07.2024, No. 06) and the Surkhandarya regional MPMC (order of 11.07.2024, No. 37-4). *The social efficiency of the scientific novelty is as follows:* clinical effectiveness was achieved through the use of differentiated methods of plastic surgery depending on the size of the hernia in patients with recurrent postoperative ventral hernias. *The economic efficiency of the scientific novelty is as follows:* due to the use of differentiated methods of plastic surgery depending on the size of the hernia in patients with recurrent postoperative ventral hernias, this allowed saving budget funds per patient 1800000 soum. *Conclusion:* in patients with repeated ventral hernias after surgery, the use of differentiated methods of plastic surgery depending on the size of the hernia allowed increasing the effectiveness of treatment.

The fourth scientific novelty: from the point of view of evidence-based medicine, it has been proven that the use of a 2% solution of decasan in prosthetic alloplasty in the surgical treatment of recurrent ventral hernias in patients with the imposition of a U-shaped suture and for the prevention of the development of purulent complications makes it possible to reduce the recurrence of hernias from 15.0% to 3.8%. *Implementation of scientific novelty into practice:* the obtained scientific results were transferred to clinical practice in the surgical departments of the Surkhandarya branch

of the RNCCEM (order of 18.07.2024, No. 06) and the Surkhandarya regional MPMC (order of 11.07.2024, No. 37-4). *The social effectiveness of scientific novelty consists of:* the use of a U-shaped suture and, for the purpose of preventing the development of purulent complications, a 2% solution of decasan in prosthetic alloplasty during surgical treatment of recurrent ventral hernias made it possible to reduce the recurrence of hernias from 15.0% to 3.8%, which led to a reduction in the length of stay of patients in hospital. *The economic efficiency of the scientific novelty is as follows:* the use of a 2% solution of decasan to prevent the development of purulent complications during prosthetic alloplasty and U-shaped sutures made it possible to save budget funds in the amount of 1800000 soums per patient due to the prevention of possible complications. *Conclusion:* The use of a 2% solution of decasan during prosthetic alloplasty in the surgical treatment of recurrent ventral hernias in order to prevent the development of U-shaped sutures and purulent complications made it possible to reduce the recurrence of hernia from 15.0% to 3.8%.

Structure and volume of the dissertation.

The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion, findings, practical recommendations and a list of references. The volume of text material is 119 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Турсуметов А.А., Ахмедов А.И., Хаитов А.А., Хамракулов Ш.Ф. Профилактика раневых осложнений аллогерниопластики в условиях инфицирования при вентральных грыжах // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2022. – С. 257- 260. (14.00.00; № 13).

2. Турсуметов А.А., Жафаров Х.М., Хаитов А.А., Хамракулов Ш.Ф., Антимикробное действие светодиодного излучения на микрофлору, сенсibilизированную метиленовой синью при ущемленных грыжах живота // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2022. – С. 261- 264. (14.00.00; № 13).

3. Турсуметов А.А., Ахмедов А.И., Хаитов А.А., Профилактики серомы и послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений аллогерниопластики при вентральных грыжах живота // Новый день в медицине. – Бухара, 2023. - №10 (60). - С. 373-378. (14.00.00; № 22).

4. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А. Морфологическая оценка изменений в тканях при рецидивных грыжах после аллопластики // Новый день в медицине. – Бухара, 2024. - №8 (70). - С. 278-283. (14.00.00; № 22).

5. Хаитов А.А., Мустафакулов И.Б. Патогенез рецидивных вентральных грыж // Новый день в медицине. – Бухара, 2024. - №8 (70). - С. 284-288. (14.00.00; № 22).

6. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А. Причины рецидива грыжи после герниоаллопластики // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2024. - № 4. - С. 170-176. (14.00.00; № 8).

7. Хаитов А.А., Мустафакулов И.Б. Причины парапротезных рецидивных вентральных грыж и выбор способа хирургического лечения // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2024. - № 4. - С. 177-184. (14.00.00; № 8).

8. Mustafakulov I.B., Khaitov A.A. Antimicrobial effect of led radiation on microflora sensitized with methylene blue in strangulated abdominal hernias. // American journal of medicine and medical sciences. – 2024. - №14 (1). - P. 2933-2936 (14.00.00; № 2).

II бўлим (II часть; part II)

9. Хикматов Ж.С., Хаитов А.А. Изучение изменений гемокоагуляции при операциях по поводу гигантских грыж живота // Материалы республиканской научно-практической онлайн конференции «Актуальные проблемы современной медицины в условиях эпидемии». – Термез, 2021. - С. 135-137.

10. Саматов Э.В., Хаитов А.А., Сагираев Н.Ж., Рахмонов Н.Ч. Сочетание натяжной и не натяжной герниопластики // Current approaches and new research in modern sciences International scientific-online conference. Poland. 2023. - P. 33-34.

11. Отамуродов Ф.А., Саматов Э.В., Сагираев Н.Ж., Хаитов А.А., Рахмонов Н.Ч. Результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров // Science and innovation in the education system. International scientific-online conference. . Italy. 2023. - P. 227-228.

12. Турсуметов А.А., Хаитов А.А., Ахмедов А.И., Хамракулов Ш.Ф. Особенности аллогерниопластики в позиции on lay в условиях инфицирования в эксперименте // “Тиббиётдаги замонавий илмий тадқиқотлар: долзарб муаммолар, ютуқлар ва инновациялар” мавзусидаги халқаро илмий-амалий конференция материаллари тўплами 2022-йил 13-май. Термиз – 2022 С. 372-373.

13. Турсуметов А.А., Хаитов А.А., Ахмедов А.И., Хамракулов Ш.Ф. Профилактика раневых осложнений аллогерниопластики при вентральных грыжах в условиях инфицирования // “Тиббиётдаги замонавий илмий тадқиқотлар: долзарб муаммолар, ютуқлар ва инновациялар” мавзусидаги халқаро илмий-амалий конференция материаллари тўплами 2022-йил 13-май. Термиз – 2022 С. 371-372.

14. Хаитов А.А., Мустафакулов И.Б., Добилов С.Н. Профилактика раневых осложнений аллогерниопластики при вентральных грыжах в условиях инфицирования. Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ Хатлонский государственный медицинский университет» (V-годовая), посвящённой 30-летию Конституции Республики Таджикистан 2024. - С. 125-126.

15. Khaitov A. A., Mustafakulov I. B. Causes of Hernia Recurrence after Hernia Alloplasty // Journal of Biomedical Sciences. -2024. - № 1 (10). - P. 29-34

16. Khaitov A. A., Mustafakulov I. B. Causes of paraprostatic recurrent ventral hernias and the choice of surgical treatment // European journal of modern medicine and practice. -2024. - № 4 (10). P. 172-178.

17. Хаитов А. А., Мустафакулов И. Б. Парапротезли Рецидивланувчи Вентрал Чурралар Ва Уларни Хирургик Коррекциялаш // Journal of Science in Medicine and Life. -2024. - № 2 (10). - 189-197 б

18. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А. Причины рецидива грыжи после герниоаллопластики // European journal of modern medicine and practice. -2024. - № 4 (11). - С. 156-160.

19. Хаитов А.А., Мустафакулов И.Б. Причины парапротезных рецидивных вентральных грыж и выбор способа хирургического лечения // European journal of modern medicine and practice. -2024. - № 4 (11). - С. 161-168.

20. Хаитов А. А., Мустафакулов И. Б. Рецидив вентрал чурралар патогенези // Journal of Science in Medicine and Life. -2024. - № 2 (11). - 22-26 б

21. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А. Аллопластикадан кейинги рецидив чурраларда тўқималарнинг ўзгаришини морфологик баҳолаш Journal of Science in Medicine and Life // Journal of Science in Medicine and Life. -2024. - № 2 (11). - 27-32 б

22. Хаитов А. А., Мустафакулов И. Б. Парапротезли қайталанувчи вентрал чурраларнинг сабаблари ва хирургик даволаш усулини танлаш *Journal of Science in Medicine and Life* . -2024. - № 2 (11). - 37-43 б
23. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А. Герниоаллопластикадан кейин чурраларнинг қайталаниш сабаблари *Journal of Science in Medicine and Life* . - 2024. - № 2 (11). - 33-36 б
24. Khaitov A. A., Mustafakulov I. B. Paraprosthetic recurrent ventral hernias and their surgical correction *Journal of Medical Genetics and Clinical Biology*. -2024. - № 1 (11). –P. 68-76.
25. Mustafakulov I. B., Khaitov A. A. Morphological assessment of changes in tissue in recurrent hernia after alloplasty // *Valeology: International Journal of Medical Anthropology and Bioethics*. -2024. - № 2 (9). –P. 28-33.
26. Khaitov A. A., Mustafakulov I. B. Pathogenesis of recurrent ventral hernia // *International Journal of Integrative and Modern Medicine*. 2024. - №2 (9). - P. 24-28.
27. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А., Джураева З.А. Парапротезли рецидивли операциядан кейинги чурралар ва хирургик даволашга ёндошиш Электрон ҳисоблаш машиналари учун дастур // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги № DGU 43827. 03.11.2024.
28. Мустафакулов И.Б., Хаитов А.А. Парапротезли рецидивли операциядан кейинги чурралар ва хирургик даволашга ёндашиш. Рационализаторлик таклифи. - № 01. – 09.09.2024.
29. Хаитов А.А., Мустафакулов И.Б. Парапротезные рецидивные послеоперационные грыжи и подходы к хирургическому лечению // Методическая рекомендация. Термез-2024. 46 С.

**Avtoreferatning o'zbek, rus va ingliz tilidagi matnlari
“IPAKYO‘LI” nashriyotida tahrirdan o'tqizildi.**



Bosishga ruxsat etildi: 29.04.2025.

Qog'oz bichimi 60x84 1/16.

Times New Roman garniturasida chop etildi.

Hajmi 4 bosma taboq. Adadi 100 nusxa. Buyurtma № 358.

“West Media Express” MCHJ bosmaxonasida chop etildi.

Bosmaxona manzili: Buxoro shahri,

Qayum Murtazoyev ko'chasi 15A uy.

Tel: +998 93 080 39 00