

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

ЙИГИТАЛИЕВ САРДОР ХУСАНБОЕВИЧ

**ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ПРОТЕЗЛИ ПЛАСТИКАСИДАН СЎНГГИ
АСОРАТЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

14.00.27 - Хирургия

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

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Йигиталиев Сардор Хусанбоевич

Вентрал чурраларни протезли пластикаси дан сўнгги асоратларни
хирургик даволаш тактикаси..... 3

Йигиталиев Сардор Хусанбоевич

Тактика хирургического лечения осложнений после протезной
герниопластики вентральных грыж..... 21

Yigitaliev Sardor Husanboevich

Tactics of surgical treatment of complications after prosthetic
hernioplasty of ventral hernia 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

ЙИГИТАЛИЕВ САРДОР ХУСАНБОЕВИЧ

**ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ПРОТЕЗЛИ ПЛАСТИКАСИДАН СЎНГГИ
АСОРАТЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

14.00.27 - Хирургия

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

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2019.2.PhD/Tib984 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.rscs.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Акилов Хабибулла Атауллаевич**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Хакимов Мурад Шавкатович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ибадов Равшан Алиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **«А.В. Вишневский номидаги хирургия миллий тиббий текшириш маркази» Федерал давлат бюджет ташкилоти (Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази мажлислар зали).

Диссертацияси билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (101 - рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2020 йил «___» _____ кuni тарқатилди.
(2020 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

Ф.Г. Назиров

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

А.Х. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятов

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

КИРИШ (фалсафа доктори диссертацияси аннотацияси (PhD))

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Замонавий хирургияда вентрал чурралар хирургияси энг кенг тарқалган аралашувлардан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу фонда тўқима муҳандислиги соҳасидаги ишланмалар протез материалларининг кенг қўлланилишига олиб келди ва бугунги кунда протезли герниопластика герниологиянинг барча соҳаларида етакчи ўринларни эгаллаб турибди. Ҳар йили бутун дунё бўйлаб 20 миллиондан ортиқ тўрсимон протезлар жойлаштирилмоқда¹. Умуман олганда, ушбу йўналишнинг ривожланиши ижобий натижалар берди, чунки "тарангловчи" пластика билан солиштирилганда касалликнинг қайталаниши сони сезиларли даражада камайди. Бироқ, бошқа томондан эса протез пластикаси билан боғлиқ асоратларнинг янги тоифаси пайдо бўлди. Унга протез инфекцияси ривожланиши билан боғлиқ бўлган тери-протез оқмаси, миграция ва протезларнинг буришиши ҳамда шунга мувофиқ тарзда касалликнинг қайталаниши - протездан кейинги чурралар пайдо бўлишидир. Умуман олганда, "протездан кейинги асоратлар частотаси 20% га етиши мумкин, бунда протез билан боғлиқ бўлган ўзига хос муаммоларнинг улуши 4-6% ни ва қайталаниш эҳтимоли 3-5% ни ташкил этади"² Протез ўрнатилгандан кейин юзага келадиган асоратлар ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, уларни бартараф этиш бутунлай бошқача ёндашувни талаб қилади. Шунга мувофиқ, герниология замонавий босқичининг асосий вазифаларидан бири нафақат протезли герниопластиканинг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш, балки касалликнинг протездан кейин қайталанишини ташхислаш ва даволашга қаратилган ихтисослаштирилган дастурларни ишлаб чиқишдан иборатдир.

Жаҳон амалиётида бугунги кунда тўрсимон протезга минимал регенератив жавоб берадиган янги қаттиқ материалларни ишлаб чиқиш энг долзарб тадқиқотлардан бири бўлиб қолаётирки, улар узоқ муддатли биомослашувчанлик, механик барқарорлик, инфекцияларга чидамликка эга бўлиши ва чандиқ ҳосил бўлиш ҳамда оқмалар ривожланишининг хатарини минимал даражагача камайтириши керак. Айниқса, янги модификациядаги протезлардан фойдаланишда синтетик тўрларнинг физик-кимёвий хусусиятлари ва биомеханик, гистологик ва макроскопик натижаларини ўрганиш масалалари долзарб ҳисобланиб, бу борада биоцеллюлоза ва бошқа қаттиқ материаллардан тўрли протезлар тайёрлашни синондан ўтказиш мақсадида кўплаб экспериментал тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Бугунги кунда мамлакатимизда аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш борасида кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, қайталанувчи вентрал чурраси бўлган беморларни хирургик усули билан даволашни яхшилашда ижобий

¹ Wales E, Holloway S. The use of prosthetic mesh for abdominal wall repairs: A semi-systematic-literature review. // Int Wound J. 2019 Feb;16(1):30-40. doi: 10.1111/iwj.12977.

² Kroese L, van Eeghem L, Verhelst J, Jeekel J, Kleinrensink G, Lange J. Long- term results of open complex abdominal wall hernia repair with self- gripping mesh: a retrospective cohort study. // Int J Surg. 2017;44:255- 259.

натижаларга эришилмоқда. Шу билан бирга, ушбу беморларга кўрсатилаётган ёрдамни яхшилаш учун касаллик қайталанишининг узок муддатли профилактикасини ҳисобга олган ҳолда хирургик амалиёт самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар талаб этилади. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, диагностика ва хирургик тактикани оптималлаштириш, хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш орқали протездан кейинги чурралар билан оғриган беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон "Шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПФ-3071-сон "2017-2021-йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги қарори, Республика Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон "Жамоатчилик саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолиятини ташкил этиш тўғрисида"ги қарори бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Герниологиянинг айна пайтдаги ривожланиш даври протезли пластика соҳасидаги турли асоратларнинг олдини олиш ва даволаш муаммоларига алоҳида урғу беради. Бир қатор муаллифлар уларнинг пайдо бўлишини имплантациядан кейин протез хоссаларининг ўзгариши билан боғлиқ ва бу шубҳасиз, қорин девори протезининг узок муддати натижаларига салбий таъсир кўрсатади, деб ҳисоблайди. Bulbullaer N.⁴ ва ҳаммуаллифлар маълумотларига кўра, вентрал чурраларда полипропилен протез тўрларидан фойдаланиш ижобий натижалари билан фарқ қилади, бироқ 6% ҳолатларда протез билан боғлиқ асоратлар кузатилганини қайд этади. Briennon ва ҳаммуаллифларнинг⁵ бошқа

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎЗР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

⁴ Bulbullaer N, Kirkil S, Godekmerdan A, Aygen E. "The Comparison of Inflammatory Responses and Clinical Results After Groin Hernia Repair Using Polypropylene or Polyester Meshes." The Indian Journal of Surgery. 2015;77.Suppl 2 283- 287.

⁵ Briennon X, Lermite E, Meunier K, Desbois E, Hamy A, Arnaud J. Surgical treatment of large incisional hernias by intraperitoneal insertion of Parietex® composite mesh with an associated aponeurotic graft (280 cases). J Visc Surg. 2011;148(1):54-58.

тадқиқотида эса операциядан кейинги асоратлар 20,7% беморларда пайдо бўлганини, чурра қайталаниши эса 3,2% ҳолатларни ташкил этганини кўрсатади. Бунинг сабабини муаллифлар семириш, чекиш, алкоголизм, тромбоземболик патология ва инсулинга боғлиқ қандли диабет каби хатар омиллари билан боғлайдилар.

Tjeertes E. ва ҳаммуаллифлар⁶ ҳам худди шундай фикрни айтади ва семизлик, диабет ва гипертония қорин деворининг протезли пластикадан кейин операциядан кейинги асоратлар хавфини оширади, деб кўрсатади. Ушбу беморларда қорин бўшлиғидаги юқори қон босими, жароҳатнинг ёмон битиши билан бирга, кўп ҳолларда касалликнинг қайталаниши билан яра инфекциясининг ривожланишига олиб келади. Kokotovic D. ва ҳаммуаллифлар⁷ қайд этадики, кузатувларнинг 5 йиллик даври давомида очик аллогерниопластик операциялардан кейин 5,6% беморларда ва лапароскопик операциялардан кейин беморларнинг 3,6% ида тўр билан боғлиқ асоратлар, жумладан, доимий ичак тутилиши, ичак тешилиши, қон кетиши ва кеч йирингланишлар ривожланганини қайд этиб, протез тўридан узок муддат фойдаланишни шубҳа остига оладилар.

Муаллифлар чурра қайталанишининг турли сабаблари орасида тўрли протез аллопластикадан кейин тўр чоки четларининг тешиб чиқиши, 60 ёшдан ошган беморларда катта ва қайталанган чурра борлиги^{8,9}, шунингдек, операцияни бажариш пайтида техник хатоликларни алоҳида ажратиб кўрсатишади. Буришишнинг асосий сабаби тўқиманинг тўр устига ўсиб чиқиши бўлиб, бунда қорин деворида эндопротезни фиксация кучи ва унинг ўлчами камайиши ўртасида бевосита боғлиқлик мавжудлиги аниқланган. Полипропилен тўрнинг асосий буришиши имплантациядан кейинги дастлабки 3 ойга тўғри келади ва 24% ни ташкил этади, биринчи йил охирига келиб эса дастлабки ўлчамнинг 34% ни ташкил этади¹⁰. Бошқа муаллифлар қорин девори тўрли синтетик имлантат пластикасида операциядан кейинги чурра қайталаниши шаклланиши умумий ва маҳаллий характердаги кўплаб омилларга боғлиқ, деб ҳисоблайди. Бироқ, улардан энг етакчиси чурранинг кўрсаткичлари ва патологик ўзгаришларнинг чуқурлиги ҳисобланади^{11,12}.

⁶ Tjeertes E, Hoeks S, Beks S, Valentijn T, Hoofwijk A, Stolker R. Obesity -a risk factor for postoperative complications in general surgery? *BMC Anesthesiol.* 2015;15(1):112.

⁷ Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F. Long- term recurrence and complications associated with elective incisional hernia repair. *JAMA.* 2016;316(15):1575- 1582.

⁸ Белоконов В.Н., Пушкин С.Ю., Житлов А.Г. Мелентьева О.Н. Гуляев М.Г., Ковалева З.В. Повторные операции у больных при рецидивах грыж с использованием синтетических эндопротезов IX конференция «Актуальные вопросы герниологии» (материалы конференции), Москва, 2012; с.34-37.

⁹ Chen-Xu J., Bessa-Melo R., Graca L., Costa-Maia J. Incisional hernia in hepatobiliary and pancreatic surgery: Incidence and risk factors. *Hernia.* 2018:1–13. doi: 10.1007/s10029-018-1847-4.

¹⁰ Vega-Ruiz V., Garcia-Urena MfA., Diaz-Godoy A. et al. Surveillance of shrinkage of polypropylene mesh used in the repair of ventral hernias // *Cir. Esp.* -2006. Vol.80, № 1. - P.38-42.

¹¹ Klemm D., Cranston E.D., Fischer D., Gama M., Kedzior S.A., Kralisch D., Kramer F., Kondo T., Lindström T., Nietzsche S., et al. Nanocellulose as a natural source for groundbreaking applications in materials science: Today's state. *Mater. Today.* 2018;21:720–748. doi: 10.1016/j.mattod.2018.02.001.

¹² Rauchfuß F, Helble J, Bruns J, Dirsch O, Dahmen U, Ardelt M, Settmacher U, Scheuerlein H. Biocellulose for Incisional Hernia Repair-An Experimental Pilot Study. // *Nanomaterials (Basel).* 2019 Feb 10;9(2). pii: E236. doi: 10.3390/nano9020236.

Бундан ташқари, протезли пластика ҳудудида касалликнинг қайталанишига олиб келувчи ўзига хос ҳолатни қўшади¹³.

Адабиётларнинг ўтказилган таҳлили шуни кўрсатадики, протездан кейин кониқарсиз натижаларнинг асосий сабаблари турли омиллар бўлиб, касаллик қайталанишининг сабаблари ва асоратларнинг пайдо бўлиши ҳақидаги фикрлар бир хил эмас. Ўз навбатида, бу нарса аниқ ечимларни талаб қиладиган бошқа очик махсус масалаларни, протезлашдан кейин чурраларни даволашнинг оптимал усулини танлаш, протезни олиб ташлаш ва беморларни реабилитация қилиш дастурларини такомиллаштиришни талаб этади. Шу билан бирга, протез пластикадан кейин асоратлар кузатилган беморларни даволаш учун аниқ шакллантирилган стратегия мавжуд эмас, бу эса, ушбу муаммони ўрганишни давом эттириш заруратини тақозо қилади ва бу ўзгаришларнинг верификацияси далиллаш базасида объектив назоратнинг замонавий усуллари бўлиши керак. Юқорида айтилганларнинг барчаси бу йўналишда илмий тадқиқотларни бундан кейин ҳам давом эттириш заруратини тақозо этади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг И-СС-2017-6-14-сон «Постпротез чурралари бўлган беморларни хирургик даволаш усуллари киритиш ва татбиқ қилиш» мавзусидаги инновацион лойиҳаси доирасида бажарилган (2017-2018 й.)

Тадқиқотнинг мақсади протездан кейин чурраларнинг ривожланиш сабабларини омилли таҳлил қилиш ва хирургик коррекция усулини танлашни оптималлаштириш йўли билан уларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

аллогерниопластикадан кейин чурра қайталанишининг ривожланиш муддатларида антропометрик ва анамнестик хатар омилларининг аҳамиятини аниқлаш;

аллогерниопластикадан кейин такрорий чурраларда протезнинг ҳолатини ўзига хос ҳолати бўйича морфологик текширишни ўтказиш;

аллогерниопластикадан кейин чурра рецидиви ривожланишининг асосий сабаб-оқибатларининг асосий боғлиқлигини аниқлаш;

аллоплантга нисбатан протездан кейин чурра қайталанишларининг шаклланиши ва локализациясининг макроскопик ўзига хос хусусиятларини ўрганиш;

протездан кейинги чурраларда хатар омиллари шаклланиши сифатида тактик ва техник хатоликлар спектрини аниқлаш;

протездан кейин чурраси бўлган беморларни даволаш учун оптимал тактикани танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

¹³ Hernandez-Granados P., Lopez-Cano M., Morales-Conde S., Muysoms F., Garcia-Alamino J., Pereira-Rodriguez J.A. Incisional hernia prevention and use of mesh. A narrative review. Cir. Esp. 2018;96:76–87. doi: 10.1016/j.ciresp.2018.01.003.

Тадқиқотнинг объекти сифатида академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг умумий ва лазер хирургияси бўлимида 2007-2018 йиллар мобайнида протездан кейин чурралари туфайли стационар даволанган 67 нафар бемор хизмат қилган.

Тадқиқотнинг предмети протездан кейин қайталанган чурра билан беморларда дифференциал ёндашув ёрдамида такрорий герниопластика усулини танлашни комплекс тадқиқ этиш ва хирургик даволаш натижаларини таҳлил қилиш, шунингдек, бу тоифадаги беморларда мушак-апоневротик каркасининг морфологик тадқиқ этишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: умумий клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

антропометрик, анамнестик, хирургик ва умумий соматик жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда аллогерниопластикадан кейин чурра рецидиви ривожланиши сабаб-оқибатлари ва хавф омиллари аниқлаштирилган;

морфологик тадқиқотлар томонидан аллоплант соҳасида умумий бириктирувчи тўқима капсула билан ўралган кучли яллиғланиш реакцияси, мушак ва апоневроз ҳамда апоневроз қисми ва ёғ тўқимаси чегарасида фаол иммун ва чандиқ жараёнлари билан намоён бўлган унинг қисмларининг йирик конгломератлари қўшилиши исботланган;

тери-протез оқмаларида механик зарарланиш ва узок муддатли дори таъсири туфайли бузилиш, ёриқлар ва синишлар ва ёриқлар пайдо бўлиши билан характерланувчи аллоплант деградацияси билан тавсифланиши нур электрон микроскопия ёрдамида аниқланган;

протездан кейинги чурра билан беморларда хирургик омилларга (протез катталиги ва фиксацияси, тикув материаллари, яра инфекцияси, тери-протез оқмалари) ва ёндош касалликларнинг мавжудлигига қараб протез материалининг макроскопик хусусиятлари очиқ берилган;

аллогерниопластикадан кейин ҳосил бўлган чурралар парапротез, протез ости, протез ташқариси ва протездан кейин турларга бўлиниши тери-протез оқма борлиги ҳамда протезнинг тўлиқ узилиб қолгани қайталанувчи чурралар турлари верификациясида тури клиник ва патогенетик текшириш мезонлари, шунингдек, протезнинг тўлиқ бузилиши оптималлаштирган;

аллогерниопластикадан кейин чурра такрорланишининг эрта ривожланишига ҳисса қўшадиган асосий тактик-техник хатоликлар протез ҳажмини ва фиксациясини танлаш ва аниқлаш хусусиятларини, жароҳат асоратлари ва реабилитация тадбирларини шакллантиришни ҳисобга олган ҳолда аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

протез пластикадан кейин чурра рецидиви шаклланишининг асосий сабаблари структураси аниқланган ва яра инфекцияси, ёндош касалликлар,

аллогерниопластиканинг тактик ва техник жиҳатлари ва тавсияларига риоя қилмаслик каби ўзига хос хавф омилларининг аҳамияти очиб берилган;

механик зарарланиш ва фаол яллиғланиш, чандиқ ва иммун жараёнлари билан аллоплантнинг фрагментларида конгломератлар шаклланиши шаклида ўзига хос омилларни текшириш билан такрорий чурра бўлган беморларда аллогерниопластикадан кейин протезнинг морфологик хусусиятлари аниқлаштирилган;

қайта операция қилиш учун тайёргарлик босқичининг асосий жиҳатларини оптималлаштириш ва реконструктив протез пластикаси усулини танлаш имконини берувчи аллогерниопластикадан кейин такрорий чурра турининг ишчи таснифи ишлаб чиқилган;

аллогерниопластикадан кейин чурра рецидиви ривожланиши эҳтимолига таъсир қилувчи асосий тактик ва техник камчиликлар ва бошқа ўзига хос хирургик бўлмаган хавф омиллари аниқлаштирилган;

такрорий аралашувларнинг яқин ва узоқ натижаларини яхшилашга имкон берувчи аллогерниопластикадан кейин такрорий чурра билан беморларда оптимал даволаш усуллари ва реконструктив хирургик усулни танлаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий амалиётда кенг қўлланиладиган клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқот усулларида фойдаланиш билан тасдиқланган. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилий тиббиёт тамойилларига асосланади. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифларнинг назарий аҳамиятга эга эканлиги билан белгиланиб, аллогерниопластикадан сўнг такрорий чурраси бўлган беморларни ташхислаш ва хирургик даволашнинг ўзига хос хусусиятлари ривожланишини ўрганишга салмоқли ҳисса қўшади. Протездан кейинги чурралари бўлган беморларда тўрли материалнинг макро ва микроскопик ўзига хос ҳолати очиб берилган, шунингдек улар ривожланиш хавфининг асосий омиллари аниқланган. Ушбу тадқиқотнинг айрим натижалари протездан кейинги чурраларнинг патогенези, клиникаси, диагностикаси ва хирургик даволашга бағишланган мавзулар бўйича аспирантура таълим факультетлари курсантларини ўқитиш дастурининг мазмуни ва тузилишини такомиллаштириш имконини беради.

Ишнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, аллогерниопластикадан кейин такрорланган чурра турини текшириш учун клиник ва патогенетик мезонлар оптималлаштирилган ва уларнинг парапротез, протезости, протездан ташқи ва протездан кейинги чурраларда тери-протезли оқма мавжудлиги, шунингдек протезнинг тўлиқ узилиши билан таснифланган. Аллогерниопластикадан кейин чурра рецидивининг ривожланиш эҳтимолига таъсир қилувчи асосий тактик ва техник хатоликлар ҳамда бошқа ўзига хос нохирургик хавф омиллари аниқлаштирилган, бу эса ушбу тоифадаги беморларда қайта аралашувларнинг натижаларини яхшилаш учун оптимал

даволаш усуллари ва реконструктив хирургик усулни танлаш алгоритмини ишлаб чиқиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Протез пластикасидан кейин чурра рецидивлари бўлган беморлар ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган илмий тадқиқот натижаларига асаосида:

“Такрорий постпротез чурраси бўлган беморларда оптимал даволаш усуллари ва реконструктив хирургик усулни танлаш алгоритми” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 5 февралдаги 8н-з/16-сон маълумотномаси). Олинган натижалар протезли чурра пластикасидан кейинги такрорий чурра пайдо булиши, уларни текширишнинг диагностик жиҳатларини яхшилашга ва хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш имконини берган;

протез пластикасидан кейин чурра рецидивлари бўлган беморлар ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, хусусан, Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази, Фарғона ва Бухоро вилоятлари кўп тармоқли тиббиёт марказлари амалий фаолиятларига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 5 февралдаги 8н-з/16-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Протездан кейинги чурраси бўлган беморларни хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш ҳисобига тадқиқот натижаларини амалиётга жорий этиш операциядан кейинги асоратлар частотасини 40,0% дан 12,8% гача камайтириш ва беморларнинг касалхонада ётиш муддатини $16,6 \pm 0,4$ дан $13,5 \pm 0,3$ кунгача қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 7 та илмий-амалий конференцияларда, шу жумладан, 3 та халқаро ва 4 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 19 та илмий иш чоп этилган бўлиб, жумладан, 6 та мақола, улардан 3 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 118 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертациянинг долзарблиги ва унга бўлган юқори талаб асосланган, изланишнинг мақсад ва вазифалари шакиллантирилган, илмий янгиликлар ва олинган натижаларнинг илмий-амалий ахамияти келтирилган, муҳокамадан ўтказиш ва илмий иш натижаларининг нашр

қилинганлиги, хажми ҳамда диссертатсианинг қисқа тузилиши хақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Чуррани потезли пластикасидан кейинги такроррий чурралар муоммосининг хозирги холати”**, деб номланган биринчи бобида муоммонинг мохияти, унинг этиопатогенези диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари, шунингдек ушбу патологияси бўлган беморларни даволашдаги долзарб муамоллар ёритилган.

Диссертациянинг **“Материалларнинг клиник тавсифи ва тадқиқот усуллари”**, деб номланган иккинчи бобида клиник материаллар ва тадқиқот усулларнинг умумий тафсифи берилган.

Шундай қилиб, “Академик В. Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ маълумотларига кўра, чурранинг ҳар турлари билан ётиб даволанган беморлардан (2007-2018 йилларда 2846 нафар бемор) 2,4% (67 бемор) улушини рецидив парапротез чуррасига чалинган беморлар ташкил этди. Гуруҳ ўртасида касалликнинг рецидив кўринишида ушбу кўрсаткич 15,8% (423 нафар бемордан 67 нафар) ни ташкил этди.

Парапротезли чурраларни даволашда янги ёндашувларни танлашнинг тўғрилигини аниқлаш учун ўрганилаётган барча беморлар (67) шартли равишда икки гуруҳга бўлинди: асосий гуруҳга 2014-дан 2018-йилгача бўлган даврда операция қилинган 42 нафар бемор, таққослаш гуруҳига-2007-дан 2013-йилгача операция қилинган 25 нафар бемор киритилди. Таққослаш гуруҳида аралашувлар анъанавий тарзда аллогерниопластикага нисбатан умумқабул қилинган стандартларга мувофиқ тарзда амалга оширилди. Асосий гуруҳдаги асосий фарқловчи хусусиятлар қуйидаги омиллар эди:

- Тегишли ҳудуднинг мажбурий УТТ диагностикаси;
- Касалхонага ётқизилгунча босқичда операция қилиш учун тайёргарлик даврининг узайиши. Айниқса, биргаликда келган патологияси мавжуд ва семизлик мавжуд бўлган ҳолларда;
- Биргаликда келган патологиянинг мавжудлигидан қатъи назар, беморларда УТТ ва юрак доплерографияси ўтказишни ҳисобга олган ҳолда мажбурий текширувдан ўтказиш, ЎХСни аниқлаш,
- Операция вақтида CO₂ лазерни қўллаш;
- Микрофлорани назорат қилиш ва ўзига хос антибактериал терапия;
- Реабилитация даврини камида 6 ой назорат қилиш;
- Ишлаб чиқилган тактик алгоритмдан фойдаланиш.

Беморларнинг жинси ва ёшига қараб тақсимланиши 2.2 жадвалда кўрсатилган. Жадвалда кўриниб турганидек, эркаклар 17 нафар (25,4%) ва аёллар 50 нафар (74,6%) эди. Ёши жиҳатидан, эркаклар асосан 19-44 ёш оралиғини ташкил этувчилар кўпроқ эди 13,4%(9) , аёллар ўртасида ўртача ёш гуруҳида 45-59 ёшни устунликни ташкил этди, 41,8%(28).

Беморларнинг тақсимланишида J. Chevrel и A. Rath (SWR classification, 1999), таснифи ишлатилган бўлиб, унга кўра асосан ўртача деб аталувчилар устун – 61(91,0%) ҳисобланади ва латерал жойлашган ҳолат фақат 6 (9,0%) беморларда қайд этилди. ўрталиклар орасида киндик яқинидаги 42 (62,7%)

билан устун қилди ва латерал жойлашганлар ўртасида ёнбош – 4 (6,0%) устунлик қилди.

W мезони 5-10 см чурра дарвозаси 28 (41,8%) беморда устунлик қилди ва 10-15 см чурра дарвозаси – 16 (23,9%) беморларда учради. ва R мезонига кўра, биринчи рецидив беморларнинг аксариятида қайд этилди - 38 (56,7%).

Алогерниопластикадан кейин чурра рецидиви бўлган беморларнинг операция турига кўра тақсимланиши 1-жадвалда акс этирилган.

1-жадвал

Операция тури бўйича аллогерниопластикадан кейин чурра рецидиви бўлган беморларнинг тақсимланиши

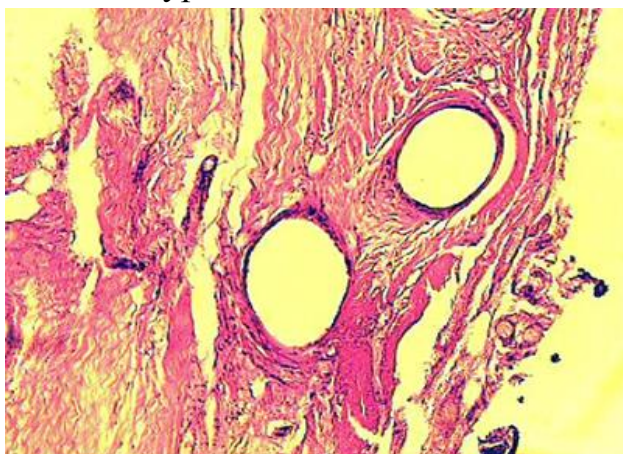
Операция тури	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тери-протезли фистуласиз рецидивлар	21	84,0%	32	76,2%	53	79,1%
Эски протезни тўлиқ олиб ташлаш, янгисини қўйиш	13	52,0%	20	47,6%	33	49,3%
Чурра дарвозаси четига протез четини тикиш	4	16,0%	6	14,3%	10	14,9%
Илгари ўрнатилган четига янги протезни ўрнатиш	3	12,0%	4	9,5%	7	10,4%
Эски протезни кесиб ташлаш, апоневроз нуқсонини маҳаллий тўқима ва аввалдан танага имплантация қилинган протез устига янги протезни жойлаштириш	1	4,0%	2	4,8%	3	4,5%
Тери-протез окмаси билан парапротез чурраси	3	12,0%	7	16,7%	10	14,9%
Яра контаминацияси шароитида эски протезни тўлиқ олиб ташлаш ва янгисини имплантация қилиш	3	12,0%	6	14,3%	9	13,4%
Намоён бўлган фиброз капсула ривожланиши билан боғлиқ аутопластика	0	0,0%	1	2,4%	1	1,5%
Жами операция қилинган	24	96,0%	39	92,9%	63	94,0%
Жами операция қилинмаган	1	4,0%	3	7,1%	4	6,0%
Жами беморлар	25	100,0%	42	100,0%	67	100,0%

Даволашнинг барча босқичларида асосий гуруҳдаги беморларда лазер карбонат ангидрид (CO₂) нурларидан фойдаланилди.

Юқори қувватли лазер карбонат ангидрид (CO₂) лазер вариантыда (“Скалпел 1” ускуна модели), тўлқин узунлиги-10600нм, максимал чиқиш қуввати 25Вт узлуксиз нурланиш билан хирургик аралашувда ишлатилди.

Диссертациянинг «**Такрорий парапротез чурраси ривожланишининг клиник ва морфологик параллелиги**», деб номланган учинчи бобида тўқималарнинг пролен тўр билан ўзаро таъсирини морфологик ўрганилди.

Ёруғлик-оптик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, кўпинча тўрда фрагментларнинг қўшилиши катта конгломератларни ташкил этади. Шу билан бирга, бу конгломератлар, асосан, юмалоқ тўқимали элементлар йиғилмалари шаклида сезиларли яллиғланиш реакцияси бўлган умумий бириктирувчи тўқима капсуласи билан ўралган (1-расм). Ушбу шакллар апоневроз билан мушаклар чегарасида, апоневрознинг қалинлигида ва ёғ тўқимасида учрайди. Кўпинча, тўр толалари ҳосил бўлган бўшлиқлар атрофида яллиғланиш инфилтратлари мушак тўқимасида учрайди (2-расм) Инфилтрат хужайралари орасида лимфоцитлар ва етилган плазматик хужайралар устунлик қилади (3-расм) Бу эса, бу ҳудудларда иммун жараёнларининг устунлигини кўрсатади.



1-расм. Яллиғланишли инфилтрат ва толали бириктирувчи тўқима билан ўраб олинган тўр ипларининг жойлашган жойида юмалоқ бўшлиқлар. Г-Э 10x10.

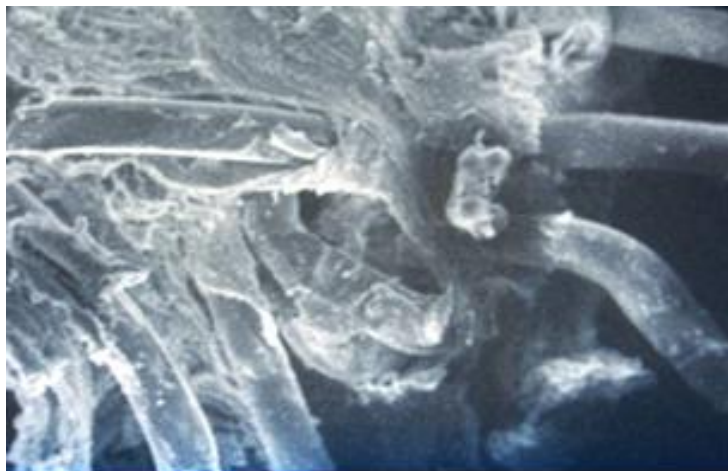


2-расм. Тўр фрагментлари қўшилишида шаклсиз бўшлиқлар, тўрнинг яхлитлиги бузилган ҳолда уларнинг атрофидаги яллиғланиш инфилтрат хужайралари. Г-Э 10x10.

Бир тўлалигича сканирловчи электрон микроскопи ёрдамида интакт пролен тўрларни ўрганиш, одатда, тўр иплари ҳатто тўқилган жойларда ҳам бир-бири билан бирлашмаслигини кўрсатди.

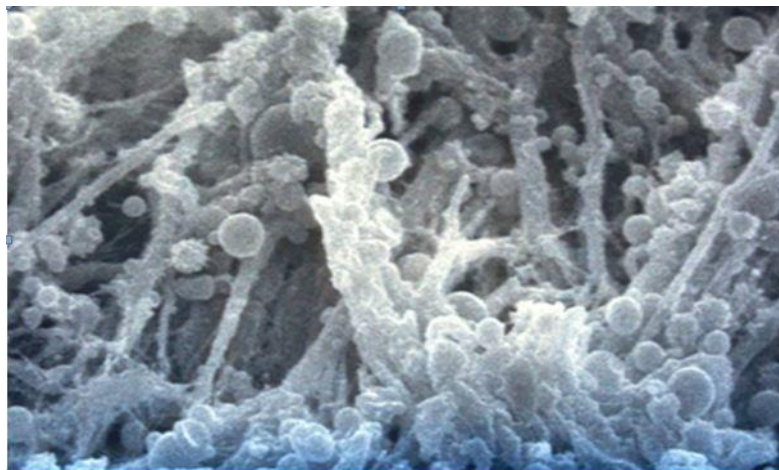
Бироқ, кўп ҳолларда тўр фрагментлари юзасида нуқсонлар бўшлиқ кўринишида тароқлар ва бўртиқлар пайдо бўлади. Ушбу соҳаларда кўпинча тўр фрагментлари бир-бири билан бирлашади Олиб ташланган тўр ип

юзасида ҳужайра каби тўлиқ тасма кўринишда нотўқима структуралар ҳам аниқланади СЭМ ипларнинг нуқсонларини аниқлаш имконини беради. Улар йиртиқлар, ёриқлар ва чиғаноқлар каби чуқурликларга эга (3-расм).



3-расм. Ип юзасида турли шакллардаги кўплаб нуқсонлар. СЭМ х 200.

Тўрли эндопротездан фойдаланиб қилинган герниопластикадан сўнг, тери-протезли оқмаларнинг пайдо бўлишининг патогенезида яра асоратлари етакчи ҳисобланади. Имплатат устидаги нотўғри дренажланган жойлар серомнинг шаклланишига ва парапротез инфекциясининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Шу билан бирга, имплантат участкалари асосан, юмалоқ, бир ҳужайрали элементлар мажмуаси шаклида намоён бўлган яллиғланиш реакция билан умумий бириктирувчи тўқима капсула билан ўралган. Кўпинча, тўрлар замбуруғлар ва баъзан кандида билан зарарланади (4-расм).



4-расм. Замбуруғларнинг тузилиши (мицели ва гиф) ипнинг нуқсонли юзасида. СЭМ X1000.

Шундай қилиб, сканирли электрон микроскопи – СЭМ турли тузилмаларни уч ўлчамли тизимини ўрганиш имконини берувчи морфологик текширишнинг энг объектив усули ҳисобланади. Айнан зарарланган соҳаларда яллиғланиш инфилтратининг ҳужайралари, шу жумладан, макрофаглар ва бегона жисмларнинг йирик ҳужайралари кўпроқ тўпланиши юз беради. СЭМ кўрсатдики, тўр юзаларида нуқсонлар турли хусусиятга эга.

Бу эса протезлар иккиламчи инфекциялангани ва уларни олиб ташлаш зарурлигидан далолат беради.

Диссертациянинг «Протез герниопластикасида кейин чурра рецидивининг ривожланиши учун хатар омиллари ва сабаб-оқибатлари боғлиқлиги», деб номланган тўртинчи бобида ўтказилган тадқиқотлар қуйидаги хулосалар чиқаришга имкон берди:

Антропометрик, анамнестик, жарроҳлик ва умум соматик жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда аллогерниопластикадан кейин чурра рецидивининг сабаб-оқибатлари боғлиқлиги ва хатар омиллари аниқланди.

Аллогерниопластикадан кейин чурра рецидиви ривожининг ўртача муддати $30,2 \pm 4,3$ ой (1дан 144гача) бўлиб, операциядан кейинги даврдаги ўсиш ва ушбу асоратнинг частотаси ўртасидаги муносабатлар асосий антропометрик (ёш, жинс ва ИМТ) ва анамнестик маълумотлар (рецидивлар сони) билан боғлиқ эмас, бу эса бошқа -хатар омилларининг постпротез чурраси ҳосил бўлиш хатарига таъсири борлигини кўрсатади. Шундай қилиб, аллогерниопластикадан кейин чурра такрорланишининг хатар омиллари орасида протез пластикасининг жарроҳлик аспекти асосий аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг улуши 49,3% ($P=95\%$; $\pm 10,76\%$; $P < 0,01$ - бошқа омилларга нисбатан), қолганлари эса яра асоратлари (4,5%), тери-протез оқмалари (17,9%), биргаликда келган касаллик омиллари (19,4%) ва операциядан кейинги тавсияларга риоя қилмаслик (9,0%). Ўз навбатида, рецидивнинг энг юқори даражаси 1 йиллик кузатув муддатида қайд этилган - 55,2% ($P=95\%$; $\pm 18,2\%$; $P < 0,05$ -бошқа муддатларга нисбатан), бу аввалги аралашувнинг техник камчиликларининг таъсири билан ҳам боғлиқ. Шуни таъкидлаш керакки, операциядан кейинги дастлабки (1 йилгача) даврда рецидивнинг сабаби асосан жарроҳлик аралашувининг тактик ва техник таркибий қисмларида камчиликлар ҳисобланса, ундан узоқ даврда рецидивларнинг асосий фойизи семизлик ва қандли диабет билан оғриган беморларга тўғри келади. Бизнинг тажрибаларимиз ва адабиётларнинг таҳлили протез герниопластикасида кейин чурра рецидиви қуйидаги вариантларини ажратига имкон берди. (расм. 5).

Парапротез чурраси - чурра протезнинг ҳар қайсидир четидан (ўнг, чап, юқоридан, пастдан) чиқиб кетади. Бунинг сабаби имплантнинг узилиши. Одатда, чурра нуқсони кичик ўлчамда: 5-7 см узунликда ва 4-5 см кенгликда бўлади.

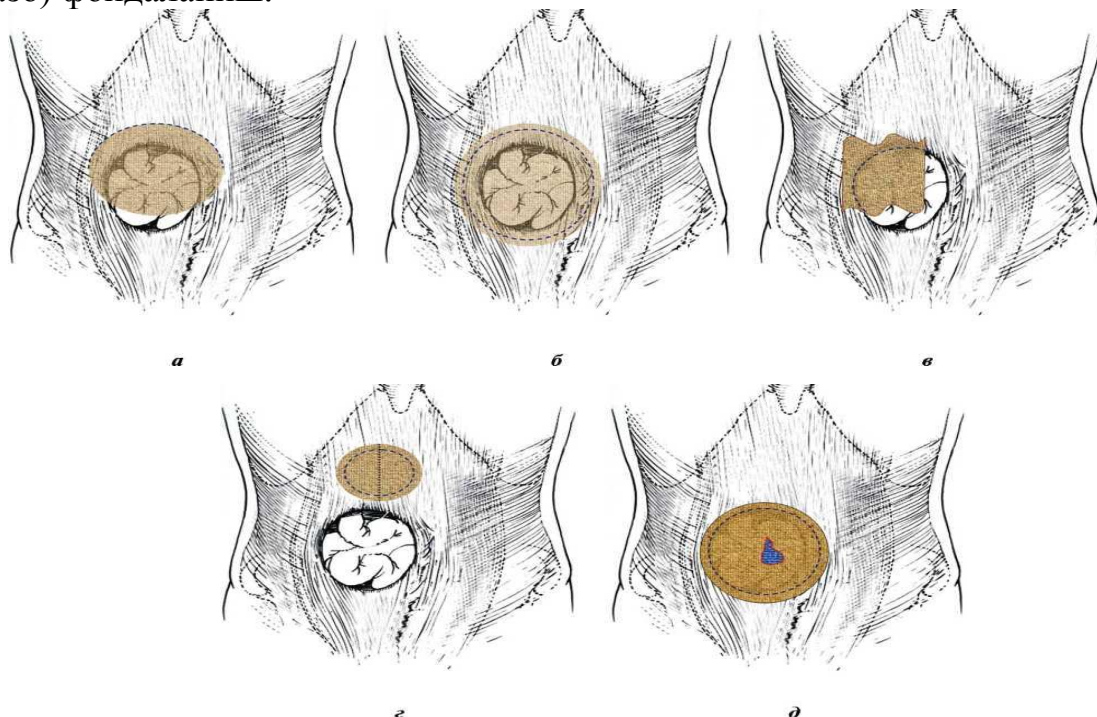
Протез ости чурраси - протезни унинг периметри бўйича апоневрозга фиксацияси бузилмайди. Чурра қопи ва нуқсон протез остида бўлади. Рецидив одатда чурра қопи тўқималари фойдаланган ҳолда тузатувчи операциядан кейин содир бўлади

Протезнинг тўлиқ ажралиши - протез бутунлай йиртилиб, буришиб, чурра сумкаси юзасида чурраланган бўртиқ устида бўлади. . Имплантация учун протез ўлчами нотўғри танланган.

Протездан ташқарида чурра нуқсони - чурра бўртиғи протез имплантацияси ҳудудидан ташқарида жойлашган. Чурра дарвозаси-олдинги

операция давомиди ўтказиб юборилган ёки янги пайдо бўлган қўшимча нуқсон.

Тери-протезли оқма мавжудлиги билан постпротезли чурра - оқма ҳосил бўлишининг сабаби узок муддатдан буён мавжуд ва нотўғри даволанган серомдир. Тўрғи фиксация қилиш учун тўқув ипларидан (ипак, лавсан, ва ҳоказо) фойдаланиш.



5-расм. Постпротезли чурраларнинг схематик тасвири: а-парапротез чурраси, б- протез ости чурраси, в-протезнинг бутун периметр бўйича ажралиши г-протездан ташқаридаги чурра, д-тери-протезли оқма билан билан такрорий чурра.

Бизнинг кузатишларимизда такрорий парапротез чурраси бўлган беморлар (64,2%)ни; 12 та беморда (17,9%) тери-протез фистула борлиги билан такрорий чурралар қайд этилган ва уларнинг 8 (11,9%) нафариди протез остида бўшлиқ шаклланиши ва катта соҳада тўқима билан интеграция йўқлиги, ва 4 нафар беморда фибрин ва йирингли детрит (протез остида жойлашган ипак лигатур ўрами) борлиги билан лигатура конгломерати пайдо бўлиши, 7 нафар беморда протездан ташқари чурралар (10,4%), ; 3 (4,5%) нафар беморда протезности чурраси, 2 нафар (3,0%) беморда протезнинг тўлик ишдан чиққанлиги қайд этилган.

Чурра рецидив ривожланиши, олдинги қорин деворида аллопластик операцияларни амалга оширишда тўпланган тажриба сабаб-оқибат боғлиқларини аниқлаш бўйича мазкур батафсил таҳлил, шунингдек, такрорий операцияларни бажаришда тактик ва техник нозик жиҳатларининг детализациялаш даволашнинг оптимал тактикасини ва протездан кейин рецидив чуррали беморларнинг реконструктив жарроҳлик усулида даволашни танлашнинг алгоритмини ишлаб чиқиш имконини берди (б-расм).

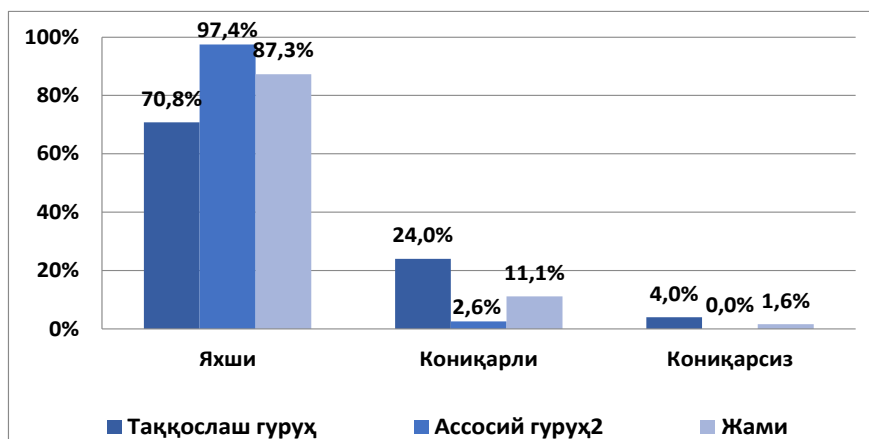


6-расм. Такрорий постпротезли чурраси бўлган беморларда оптимал даволаш усуллари ва реконструктив хирургик усулини танлаш алгоритми.

Диссертациянинг “Протездан кейин такрорий чурра бўлган беморларда операция натижаларининг қиёсий таҳлили”, деб номланган бешинчи бобида таққослаш гуруҳларида операциядан кейинги энг яқин асоратларнинг частотасини кўрсатилган. Жадвалда кўришиб турганидек, таққослаш гуруҳида барча турдаги асоратлар, масалан, операциядан кейинги жароҳатларга хос бўлган маҳаллий ва умумий, юрак-қон томир ва ўпка тизимларининг асоратлари қайд этилган. Асосий гуруҳда амалда йирингли септик асоратлар деярли йўқ эди ва бошқа асоратлар бўйича бу кўрсаткичлар таққослаш гуруҳига қараганда анча паст эди. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида специфик асоратларнинг улуши 37,5% ни ташкил этди, беморларнинг асосий гуруҳида эса бу кўрсаткич 10,3% деб қайд этилди. Нонспецифик асоратлар, беморларнинг 24,0%ида қайд этилди, 10,3% га карама-қарши. Беморларнинг асосий гуруҳида – 87,2%, бемор асоратларсиз жавоб берилди, таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич – 56,0%ни ташкил этди.

Бу факт ОРИТ палаталарида операциядан кейинги койка кунларининг сезиларли даражада камайтиришда ($1,2 \pm 0,1$ ва $1,6 \pm 0,1$ га мос равишда ($T = 2,83$; $P < 0,01$)) ва жарроҳлик бўлимида ($7,6 \pm 0,4$ ва бошқалар $9,8 \pm 0,6$ ($T = 3,05$; $P < 0,01$)) муҳим аҳамият касб этди.

Узоқ давр муддатда серома шаклланиши таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 16,7% да қайд этилган бўлса, бу асорат асосий гуруҳидаги беморларда деярли йўқ эди. Тери-протезли фистула таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 8,0% да ва асосий гуруҳидаги беморларнинг умумий 2,6% да ҳосил бўлган. Чурра рецидиви таққослаш гуруҳида фақат 1 нафар (4,0%) беморда қайд этилди. Шундай қилиб, яхши натижаларнинг умумий кўрсаткичи 87,3%ни ташкил этди, ва, бу кўрсаткичда асосий гуруҳ беморлар улушига 97,4% ҳамда таққослаш гуруҳи беморларнинг улуши 70,8% ни ташкил этди (7-расм).



7-расм. Протездан кейин такрорий чурра сабабли аралашувларнинг умумий натижалари

Аллогерниопластикадан кейин қайталанувчи чурраланган беморларда оптимал даволаш тактикасини ва реконструктив жарроҳлик усулини танлаш алгоритмини жорий этиш операциядан кейинги яқин асоратларнинг частотасини 40,0% дан 12,8% гача ($\chi^2=4,022$; $df=1$; $p=0,045$) камайтириш, касалхонада қолиш муддатини $16,6\pm 0,4$ дан $13,5\pm 0,3$ кунгача ($T=6,60$; $P<0,001$) қисқартириш ва умуман яхши узоқ асоратлар улушини 70,8% дан 97,4% гача ($\chi^2=9,560$; $df=3$; $p=0,023$) узайтириш имконини берди.

ХУЛОСА

1. Аллогерниопластикадан кейин чурра рецидиви ривожланишининг ўртача муддати $30,2\pm 4,3$ ой (1 дан 144 гача) бўлиб, бунда операциядан кейинги муддатнинг ортиб бориши билан асосий антропометрик (ёш, жинс ва тана вазни индекси) ва анамнестик маълумотлар (рецидивлар сони) ҳисобга олинган ҳолда ушбу асоратнинг частотаси ўртасида боғлиқлик аниқланмади, бу эса протездан кейин чурра ҳосил бўлиш эҳтимолига бошқа хавф омилларининг таъсири борлигидан далолат беради.

2. Морфологик тадқиқотлар чурра рецидиви бўлган беморларда аллогерниопластикадан кейин протез ҳолатининг ўзига хос хусусиятларини верификация имконини бердики, бу бузилиш, синиш ва ёрилишлар пайдо

бўлувчи протез деградациясига олиб келувчи механик зарарланиш ва фаол яллиғланиш, чандиқ ва иммун жараёнлари билан аллоплант фрагментларидан конгломерат шаклланишини ўз ичига олади.

3. Аллогерниопластикадан кейин чурра қайталаниши ривожланишининг хавф омиллари орасида протезли пластмассанинг хирургик жиҳатлари асосий аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг улуши 49,3% ($P=95\%$; $\pm 10,76\%$; $P<0,01$ - бошқа омилларга нисбатан), қолган қисми эса яра асоратлари (4,5%), тери-протез окмалари (17,9%), ёндош касалликлар омиллари (19,4%) ва операциядан кейин тавсияларга риоя қилмаслик (9,0%), ўз навбатида, рецидив ривожланишининг энг юқори частотаси 1 йилгача бўлган кузатув даврида қайд этилган - 55,2% ($P=95\%$; $\pm 18,2\%$; $P < 0,05$ - бошқа муддатларга нисбатан), бу аввалги аралашувнинг техник хатоликлари таъсири билан ҳам боғлиқ.

4. Протезнинг ҳолатини макроскопик ўрганиш ва аллогерниопластикадан кейин чурра такрорланишининг локализацияси кўрсатдики, беморларнинг 67,2% да парапротез чурра пайдо бўлиши билан протез деворларидан бирининг ($P=95\%$; $\pm 20,03\%$; $p<0,001$ - бошқа турдаги рецидивларга нисбатан) ажралиб чиқиши кузатилди, қолган ҳолларда: протезнинг буришиши ёки бужмайиши - 14,9%, протездан ташқи (10,4%) ва протезости (4,5%) локализация, шунингдек, протезнинг тўлиқ равишда ишламаслиги 3,0% беморларда кузатилди.

5. Аллогерниопластикадан кейин чурра қайталанишининг ривожланиши бошқа хавф омиллари аралашувининг бевосита хусусиятлари ва (ёки) таъсири билан боғлиқ бўлиши мумкин, умуман олганда, сабаблар структурасида айнан тактик-техник хатоликлар улуши 59,7% га ($P=95\%$; $\pm 18,9\%$; $P<0,05$ - бошқа омилларга нисбатан) тўғри келди, хирургик жиҳатларига боғлиқ бўлмаган асоратлар - 31,3% ни ва операциядан кейинги реабилитация тавсияларига риоя қилмаслик - 9,0% ҳолатларда учради.

6. Аллогерниопластикадан кейин қайталанувчи чуррали беморларда оптимал даволаш тактикасини ва реконструктив хирургик усулни танлаш алгоритминини жорий этиш операциядан кейинги яқин асоратларнинг частотасини 40,0% дан 12,8% гача ($\chi^2=4,022$; $df=1$; $p=0,045$) камайтиришга, беморларнинг стационарда қолиш муддатини $16,6\pm 0,4$ дан $13,5\pm 0,3$ кунгача ($T=6,60$; $P<0,001$) қисқартиришга ва умуман, яхши узоқ муддатли натижаларнинг улушини 70,8% дан 97,4% гача ($\chi^2=9,560$; $df=3$; $p=0,023$) оширишга имкон берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 ПРИ
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА И ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ЙИГИТАЛИЕВ САРДОР ХУСАНБОЕВИЧ

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ - 2020

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2019.2.PhD/Tib984.

Диссертация выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

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

Научный руководитель:	Акилов Хабибулла Атауллаевич доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Хакимов Мурад Шавкатович доктор медицинских наук, профессор Ибадов Равшан Алиевич доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А. В. Вишневского», Российская Федерация

Защита диссертации состоится «___» _____ 2020 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 101). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2020 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2020 года).

Ф.Г. Назиров
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор,
академик

А.Х. Бабаджанов
Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

А.В. Девятов
Председатель научного семинара при научном совете по
присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В современной хирургии операции по поводу вентральных грыж относятся к наиболее частым вмешательствам. На этом фоне разработки в области тканевой инженерии привели к широкому использованию протезных материалов и «сегодня протезирующая герниопластика неуклонно занимает все лидирующие позиции во всех областях герниологии. Каждый год во всем мире имплантируется более 20 миллионов сетчатых протезов»¹. В целом развитие этого направления дало положительные результаты, так как число рецидивов заболевания в сравнении с "натяжной" пластикой значительно уменьшилось. Однако, с другой стороны, появилась новая категория осложнений, связанных с протезной пластикой. К ним относятся развитие протезной инфекции с возможным формированием кожно-протезных свищей, миграция и сморщивание протезов и соответственно рецидив заболевания - постпротезные грыжи. В целом «частота постпротезных осложнений может достигать 20%, при этом доля специфических, связанных с протезом, проблем составляет 4-6% с вероятностью рецидива 3-5%»². Возникающие осложнения после имплантации протеза имеют свои особенности и требуют иного подхода к их устранению. Соответственно одной из основных задач современного этапа герниологии является не только совершенствование тактико-технических аспектов протезирующих герниопластик, но и разработка специализированных программ, направленных на диагностику и лечение постпротезного рецидива заболевания.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями продолжают оставаться разработка новых инертных материалов, с минимальным регенеративным ответом на сетчатый протез, обладающих долгосрочной биосовместимостью, механической стабильностью, устойчивостью к инфекциям, низким риском спайкообразования и развития свищей. Особо актуальными являются вопросы изучения физико-химических характеристик и биомеханических, гистологических и макроскопических результатов использования новых модификаций протезов, включая резорбируемые синтетические сетки, проводятся экспериментальные исследования, рандомизированные контролируемые и проспективные испытания сетчатых протезов на основе биоцеллюлозы и других инертных материалов с различным покрытием для нивелирования адгезивных процессов.

В настоящее время продолжается широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с рецидивными вентральными грыжами

¹ Wales E, Holloway S. The use of prosthetic mesh for abdominal wall repairs: A semi-systematic-literature review. // Int Wound J. 2019 Feb;16(1):30-40. doi: 10.1111/iwj.12977.

² Kroese L, van Eeghem L, Verhelst J, Jeekel J, Kleinrensink G, Lange J. Long- term results of open complex abdominal wall hernia repair with self- gripping mesh: a retrospective cohort study. // Int J Surg. 2017;44:255- 259.

достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для улучшения оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом долгосрочной профилактики рецидива заболевания. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения больных с рецидивными грыжами после аллогерниопластики путём оптимизации диагностики и хирургической тактики, совершенствования способов хирургического лечения является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. Настоящий период развития герниологии характеризуется акцентуацией на проблемах профилактики и лечения различных осложнений в области протезной пластики. Ряд авторов связывают их возникновение с изменениями свойств протеза после имплантации, что несомненно оказывает отрицательное влияние на отдаленные результаты протезирования брюшной стенки. По данным Bulbullaer N с соавт.⁴ использование полипропиленовой протезной сетки при вентральных грыжах отличалось хорошими результатами, однако в 6% случаев отмечены осложнения, связанные с протезом. В другом исследовании Briennon и соавт.⁵ указали, что послеоперационные осложнения возникли

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

⁴ Bulbullaer N, Kirkil C, Godekmerdan A, Aygen E. “The Comparison of Inflammatory Responses and Clinical Results After Groin Hernia Repair Using Polypropylene or Polyester Meshes.” The Indian Journal of Surgery. 2015;77.Suppl 2 283- 287.

⁵ Briennon X, Lermite E, Meunier K, Desbois E, Hamy A, Arnaud J. Surgical treatment of large incisional hernias by intraperitoneal insertion of Parietex® composite mesh with an associated aponeurotic graft (280 cases). J Visc Surg. 2011;148(1):54-58.

20,7% больных, рецидив грыжи развился в 3,2% случаев, причины которых авторы связывают с такими факторами риска как ожирение, курение, алкоголизм, тромбозомболическая патология и инсулинозависимый диабет. К аналогичному мнению пришли Tjeertes E с соавт.⁶, которые указали на то, что ожирение, диабет и гипертония увеличивают риск послеоперационных осложнений после протезной пластики брюшной стенки. Повышенное давление в брюшной полости у этих пациентов, наряду с плохим заживлением ран нередко приводит к развитию раневой инфекции с рецидивом заболевания. Kokotovic D с соавт.⁷ отмечают, что в течение 5-летнего периода наблюдения у 5,6% пациентов после открытых аллогерниопластик и 3,6% больных после лапароскопических операций развились осложнения, связанные с сеткой, в связи с чем авторы поставили под сомнение долгосрочную пользу от использования протезной сетки, так как наблюдалось постепенное увеличение числа кишечной непроходимости, перфорации кишечника, кровотечений и поздних абсцессов.

Среди различных причин рецидива грыж после аллопластики сетчатыми протезами авторы выделяют прорезывание фиксирующих край сетки швов, возраст больных свыше 60 лет, наличием больших и рецидивных грыж, а также технические недочеты при выполнении операции^{8,9}. В основе сморщивания лежит неадекватное врастание ткани в сетку, при этом выявлена прямая зависимость между силой фиксации эндопротеза в брюшной стенке и уменьшением его размера. Установлено, что основное сморщивание полипропиленовой сетки приходится на первые 3 месяца после имплантации и составляет 24%, к концу первого года достигая 34% от первоначального размера¹⁰. Другие авторы считают, что формирование рецидива послеоперационной грыжи при пластике брюшной стенки сетчатым синтетическим имплантатом связано с влиянием многих факторов общего и местного характера, однако ведущими из них являются параметры самой грыжи и глубина патологических изменений всей брюшной стенки^{11,12}.

⁶ Tjeertes E, Hoeks S, Beks S, Valentijn T, Hoofwijk A, Stolker R. Obesity -a risk factor for postoperative complications in general surgery? *BMC Anesthesiol.* 2015;15(1):112.

⁷ Kokotovic D, Bisgaard T, Helgstrand F. Long- term recurrence and complications associated with elective incisional hernia repair. *JAMA.* 2016;316(15):1575- 1582.

⁸ Белоконов В.Н., Пушкин С.Ю., Житлов А.Г. Мелентьева О.Н. Гуляев М.Г., Ковалева З.В. Повторные операции у больных при рецидивах грыж с использованием синтетических эндопротезов IX конференция «Актуальные вопросы герниологии» (материалы конференции), Москва, 2012; с.34-37.

⁹ Chen-Xu J., Bessa-Melo R., Graca L., Costa-Maia J. Incisional hernia in hepatobiliary and pancreatic surgery: Incidence and risk factors. *Hernia.* 2018:1–13. doi: 10.1007/s10029-018-1847-4.

¹⁰ Vega-Ruiz V., Garcia-Urena MfA., Diaz-Godoy A. et al. Surveillance of shrinkage of polypropylene mesh used in the repair of ventral hernias // *Cir. Esp.* -2006. Vol.80, № 1. - P.38-42.

¹¹ Klemm D., Cranston E.D., Fischer D., Gama M., Kedzior S.A., Kralisch D., Kramer F., Kondo T., Lindström T., Nietzsche S., et al. Nanocellulose as a natural source for groundbreaking applications in materials science: Today's state. *Mater. Today.* 2018;21:720–748. doi: 10.1016/j.mattod.2018.02.001.

¹² Rauchfuß F, Helble J, Bruns J, Dirsch O, Dahmen U, Ardelt M, Settmacher U, Scheuerlein H. Biocellulose for Incisional Hernia Repair-An Experimental Pilot Study. // *Nanomaterials (Basel).* 2019 Feb 10;9(2). pii: E236. doi: 10.3390/nano9020236.

Кроме того, протезирование привносит характерные специфические состояния зоны пластики, способствующие рецидиву¹³.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что основными причинами неудовлетворительных результатов после протезирования являются различные факторы, и мнения о причинах рецидивов и возникновении осложнений неоднозначны. В свою очередь, другими открытыми специфическими вопросами, которые требуют решения, остаются выбор оптимального способа лечения постпротезных грыж, необходимость удаления протеза и совершенствование программы реабилитации пациентов. При этом отсутствует четко сформулированная стратегия лечения больных с осложнениями после протезной пластики, что диктует необходимость продолжения изучения данной проблемы, а доказательной базой в верификации этих изменений должны быть современные методы объективного контроля. Все вышеизложенное диктует необходимость продолжения научных исследований в этом направлении.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова» в рамках инновационной проекта И-СС-2017-6-14 «Внедрение методов хирургического лечения пациентов постпротезными грыжами» (2017-2018 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения постпротезных грыж путем факторного анализа причин их развития и оптимизации выбора способа хирургической коррекции.

Задачи исследования:

определить значение антропометрических и анамнестических факторов риска на сроки развития рецидивов грыж после аллогерниопластики;

провести морфологическое исследование особенностей состояния протеза при рецидивных грыжах после аллогерниопластики;

уточнить основные причинно-следственные связи развития рецидивов грыж после аллогерниопластики;

изучить макроскопические особенности формирования и локализации рецидивных постпротезных грыж относительно аллопланта;

определить спектр тактико-технических недочетов как факторов риска формирования постпротезных грыж;

разработать алгоритм выбора оптимальной тактики лечения больных с постпротезными грыжами и оценить его эффективность.

Объектом исследования явились 67 больных с рецидивными постпротезными грыжами, находившихся на стационарном лечении в отделение общей и лазерной хирургии ГУ «Республиканский

¹³ Hernandez-Granados P., Lopez-Cano M., Morales-Conde S., Muysoms F., Garcia-Alamino J., Pereira-Rodriguez J.A. Incisional hernia prevention and use of mesh. A narrative review. Cir. Esp. 2018;96:76–87. doi: 10.1016/j.ciresp.2018.01.003.

специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова» в сроки с 2007 по 2018 год.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с рецидивными постпротезными грыжами с использованием дифференцированного подхода к выбору метода повторной герниопластики, а также морфологических исследований мышечно-апоневротического каркаса и состояния протеза у этой категории пациентов.

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

Научная новизна исследований заключается в следующем:

уточнены причинно-следственные связи и факторы риска развития рецидивов грыж после аллогерниопластики с учетом антропометрических, анамнестических, хирургических и общесоматических аспектов;

доказано морфологическими исследованиями, что в области аллопланта отмечается слияние его фрагментов в массивные конгломераты, окруженные общей соединительнотканной капсулой с выраженной воспалительной реакцией, активным иммунным и рубцовым процессом как на границе мышцы и апоневроза, так и в толще апоневроза и жировой ткани;

определено с помощью световой электронной микроскопии, что для кожно-протезных свищей характерна деграция аллопланта характеризующаяся разрушением, появлением изломов и трещин за счет механического повреждения и длительного лекарственного воздействия;

раскрыты макроскопические особенности состояния протезного материала у больных с постпротезными грыжами в зависимости от хирургических факторов (размер и фиксация протеза, шовный материал, раневая инфекция, кожно-протезные свищи) и наличия сопутствующих заболеваний, влияющих на развитие специфических осложнений;

оптимизированы клиничко-патогенетические критерии верификации типа рецидивных грыж после аллогерниопластики с разделением их на парапротезные, подпротезные, внепротезные и постпротезные грыжи с наличием кожно-протезного свища, а также полный отрыв протеза;

определены основные тактико-технические недочеты, способствующие раннему развитию рецидива грыж после аллогерниопластики с учетом особенностей выбора размера и фиксации протеза, формирования раневых осложнений и реабилитационных мероприятий.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

раскрыта структура основных причин формирования рецидивов грыж после протезной пластики и определено значение таких специфических факторов риска как раневая инфекция, сопутствующие заболевания, тактико-технические аспекты аллогерниопластики и несоблюдение рекомендаций;

уточнены морфологические особенности состояния протеза после аллогерниопластики у больных с рецидивом грыж с верификацией

специфических факторов в виде механического повреждения и формирования конгломератов из фрагментов аллопланта с активными воспалительным, рубцовым и иммунным процессами;

разработана рабочая классификация типа рецидивных грыж после аллогерниопластики, позволившая оптимизировать основные аспекты подготовительного этапа к реоперации и выбора способа реконструктивной протезной пластики;

уточнены основные тактико-технические недочеты и другие специфические нехирургические факторы риска, влияющие на вероятность развития рецидива грыжи после аллогерниопластики;

разработан алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными грыжами после аллогерниопластики, позволивший улучшить ближайшие и отдаленные результаты повторных вмешательств.

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 развития, диагностики и хирургического лечения больных с рецидивными грыжами после аллогерниопластики. Раскрыты макро- и микроскопические особенности состояния сетчатого материала у больных с постпротезными грыжами, а также определены основные факторы риска их развития. Отдельные результаты данного исследования дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения курсантов факультетов последипломного образования по тематикам, посвященным патогенезу, клинике, диагностике и хирургическому лечению постпротезных грыж.

Практическая ценность работы заключается в том, что оптимизированы клиничко-патогенетические критерии верификации типа рецидивных грыж после аллогерниопластики с классифицированием их на парапротезные, подпротезные, внепротезные и постпротезные грыжи с наличием кожно-протезного свища, а также полный отрыв протеза. Уточнены основные тактико-технические недочеты и другие специфические нехирургические факторы риска, влияющие на вероятность развития рецидива грыжи после аллогерниопластики, что позволило разработать алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у этой категории больных для улучшения результатов повторных вмешательств.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения больных с рецидивами грыж после аллогерниопластики:

разработаны методические рекомендации «Алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными постпротезными грыжами» (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/16 от 05 февраля 2020 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить диагностические аспекты верификации типа рецидивных грыж после аллогерниопластики и оптимизировать выбор тактики их хирургического лечения;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с рецидивными грыжами после протезной пластики внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр имени акад. В.Вахидова, Ферганский и Бухарский областного многопрофильного медицинского центра (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/16 от 05 февраля 2020 года). Внедрение результатов исследований за счет совершенствования тактико-технических аспектов хирургического лечения больных с постпротезными грыжами позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 40,0% до 12,8% и сократить длительность пребывания в стационаре с $16,6 \pm 0,4$ до $13,5 \pm 0,3$ суток.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 7 научно-практических конференциях, в том числе 3 международных и 4 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 19 научных работ, из них 6 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведённого 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 «**Современное состояние проблемы рецидивных грыж после протезной герниопластики**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы рецидивных грыж после

аллогерниопластики, ее этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика материала и методов исследования**» дана общая характеристика клинического материала и методов исследования. Фундаментом исследования послужили результаты лечения 67 пациентов с рецидивными вентральными парапротезными грыжами, пролеченными за период с 2007 по 2018 гг. По данным ГУ "РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова в структуре всех госпитализированных больных с различными видами грыж (2846 пациентов за 2007-2018 гг) на долю рецидивной парапротезной грыжи приходится 2,4% (67 больных), при этом среди группы с рецидивными формами заболевания этот показатель составил - 15,8% (67 из 423 пациентов с рецидивными грыжами).

Все исследуемые больные были разделены на две группы: в основную группу включено 42 больных, оперированных в период с 2014 по 2018 гг, в группу сравнения - 25 пациентов, оперированных с 2007 по 2013 год включительно. В группе сравнения вмешательства осуществляли традиционно по общепринятым стандартам по отношению к аллогерниопластике. Основными отличительными особенностями в основной группе явились следующие факторы:

- Обязательная УЗС диагностика зоны интереса;
- Удлинение подготовительного периода к операции на догоспитальном этапе. Особенно при наличии сопутствующей патологии и ожирения;
- Независимо от наличия сопутствующей патологии, обязательное обследование пациентов с учетом проведения УЗС и доплерографии сердца, определение ЖОЛ;
- Применение интраоперационно СО₂ лазера;
- Контроль микрофлоры и специфическая антибактериальная терапия;
- Контроль периода реабилитации не менее 6 месяцев;
- Применение разработанного тактического алгоритма.

В возрастном аспекте, среди мужчин в основном преобладали пациенты 19-44 лет, которые составили 13,4% (9), а среди женщин преобладали пациентки средней возрастной группы 45-59 лет, которые составили 41,8% (28).

Согласно классификации J. Chevrel и A. Rath (SWR classification, 1999), в основном преобладали срединные грыжи – 61 (91,0%), а латерально расположенные отмечены всего у 6 (9,0%) пациентов. Среди срединных грыж преобладали околопупочные – 42 (62,7%), а среди латерально расположенных, подвздошные – 4 (6,0%). По критерию **W** преобладали дефекты 5-10 см – у 28 (41,8%) пациентов и 10-15 см – у 16 (23,9%) пациентов, а по критерию **R**, первый рецидив отмечен у подавляющего большинства больных – 38 (56,7%).

Из оперативного пособия применены различные виды, включая варианты реимплантации синтетического протеза. Распределение больных с

рецидивом грыжи после аллогерниопластики по виду операции отражено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных с рецидивом грыжи после аллогерниопластики по виду операции

Вид операции	Группа сравнения		Основная группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рецидивы без кожно-протезных свищей	21	84,0%	32	76,2%	53	79,1%
Полное удаление старого протеза, реимплантация нового	13	52,0%	20	47,6%	33	49,3%
Подшивание края протеза в край грыжевых ворот	4	16,0%	6	14,3%	10	14,9%
Имплантация нового протеза с фиксацией к краю ранее установленного	3	12,0%	4	9,5%	7	10,4%
Рассечение старой сетки, ушивание дефекта апоневроза местными тканями и ранее имплантированным протезом с фиксацией поверх него нового протеза	1	4,0%	2	4,8%	3	4,5%
Парапротезная грыжа с кожно-протезными свищами	3	12,0%	7	16,7%	10	14,9%
Полное удаление старого протеза и имплантация нового в условиях контаминации раны	3	12,0%	6	14,3%	9	13,4%
Аутопластика в связи с развитием выраженной фиброзной капсулы	0	0,0%	1	2,4%	1	1,5%
Итого оперировано	24	96,0%	39	92,9%	63	94,0%
Не оперированы	1	4,0%	3	7,1%	4	6,0%
Итого больных	25	100,0%	42	100,0%	67	100,0%

Наши исследования показали, что наиболее оптимальным использованием лазера представляет углекислотного лазера (CO₂) во время операции. На всех этапах лечения в основной группе пациентов использовались высокоэнергетический лазер использован во время хирургического вмешательства в варианте углекислотного (CO₂) лазера (Модель аппарата "Скальпель 1"), с длиной волны-10600нм, максимальной мощностью на выходе 25Вт, с непрерывным излучением.

В третьей главе диссертации «**Клинико-морфологические параллели развития рецидивных парапротезных грыж**» приведено морфологическое изучение взаимодействия сеток с тканями при герниопластике. Светооптические исследования показали, что зачастую, имеет место слияние фрагментов сетки в массивные конгломераты. При этом, указанные конгломераты окружены общей соединительнотканной капсулой с выраженной воспалительной реакцией в виде скоплений преимущественно круглоклеточных элементов (рис. 1). Эти образования встречаются, как на границе мышцы с апоневрозом, так и в толще апоневроза и в жировой ткани. Чаще воспалительные инфильтраты вокруг полостей, сформированных

волокнами сетки, встречаются в мышечной ткани (рис. 2). Среди клеток инфильтрата доминируют лимфоциты и зрелые плазматические клетки (Рис. 3). Это указывает на доминирование иммунных процессов в этих зонах.

В прилежащих к сформированным фрагментами сетки полостям соединительнотканых прослойках и мышечной ткани часто встречаются многочисленные сосуды, просветы которых заполнены кровью.

Нередко сосуды встречаются в жировой ткани, прилежащей к полостям, сформированными фрагментами сетки.

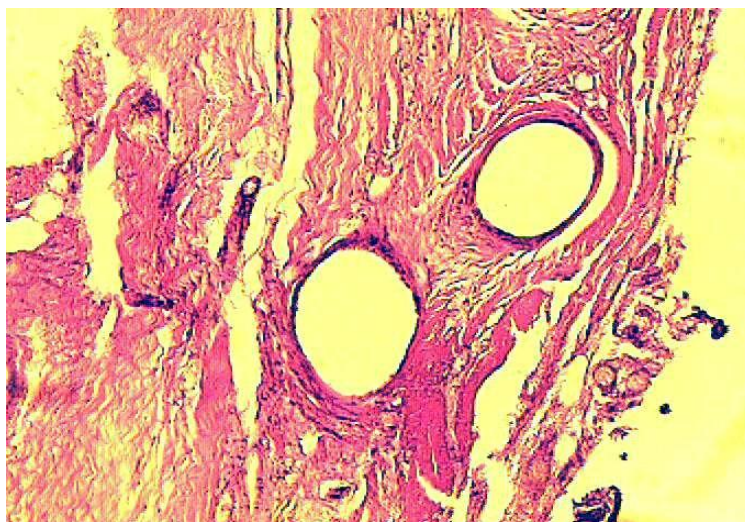


Рис. 1. Округлые полости в месте расположения нитей сетки с воспалительным инфильтратом и волокнистой соединительной тканью в зоне целостности сетки. Г-Э 10x10.

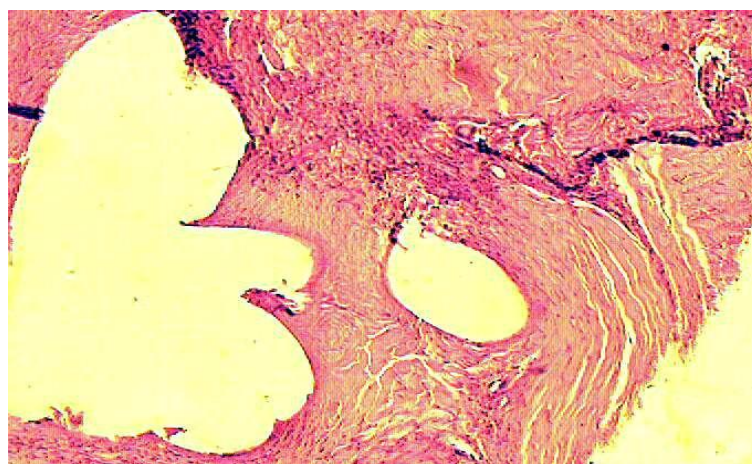


Рис. 2. Бесформенные полости при слиянии фрагментов сетки, клетки воспалительного инфильтрата вокруг них при нарушении целостности сетки. Г-Э 10x10.

Изучение интактных проленовых сеток с помощью сканирующей электронной микроскопии, показало, что как правило, нити сетки, даже в местах их переплетения не сливаются друг с другом. Однако нередко на поверхности фрагментов сетки выявляются дефекты в виде полостей гребней

и выступов. В этих участках нередко фрагменты сетки сливаются друг с другом (рис. 3). Надрывы, трещины и щели нитей могут быть очень глубокими. Они заполняются фибрином и круглоклеточными элементами, преимущественно лимфоцитами. Среди клеток крови выявлялись и микроорганизмы.

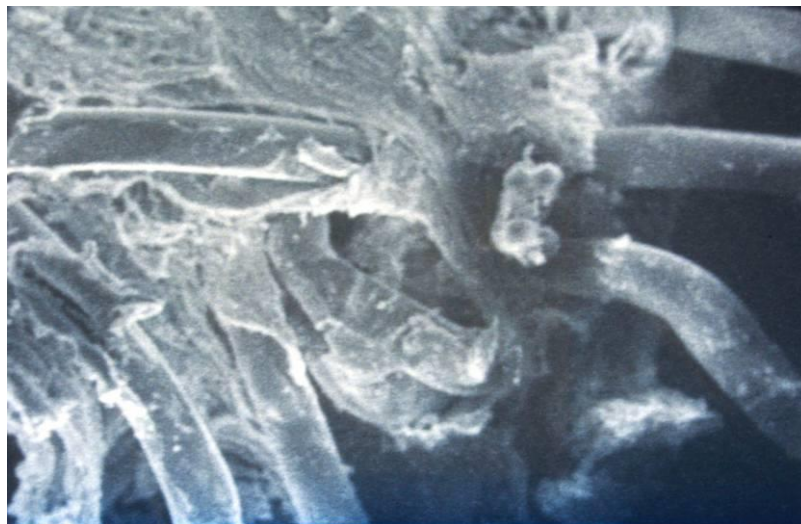


Рис. 3. Дефекты разной формы на поверхности нити. СЭМ

Ведущими в патогенезе возникновения кожно-протезных свищей после аллогерниопластики являются раневые осложнения. При этом, участки имплантата окружены общей соединительнотканной капсулой с выраженной воспалительной реакцией в виде скоплений преимущественно круглоклеточных элементов. Нередко сетки инфицируются грибами, чаще рода Кандида (рис. 4).

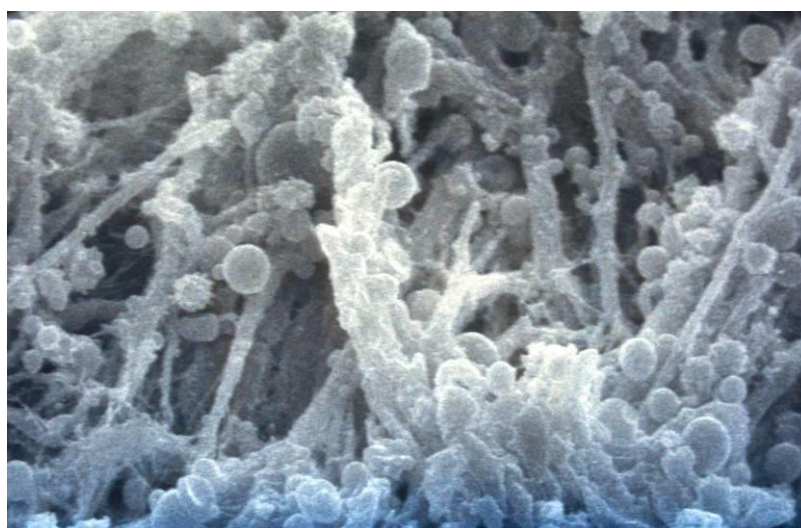


Рис. 4. Структуры грибов (мицелии и гифы) на дефектной поверхности нити. СЭМ x1000.

Таким образом, нарушение целостности сеток, как правило, отмечается при повреждении их структур. Именно в зонах повреждений чаще всего концентрируются клетки воспалительного инфильтрата, включая макрофаги и гигантские клетки инородных тел. СЭМ показала, что дефекты на поверхности сеток носят разнообразный характер. Это свидетельствует о вторичном инфицировании протезов и необходимости их удаления.

В четвертой главе диссертации представлены **«Факторы риска и причинно-следственные связи развития рецидива грыж после протезной герниопластики»**. Проведенные исследования позволили определить, что средний срок развития рецидива грыжи после аллогерниопластики составил $30,2 \pm 4,3$ месяца (от 1 до 144), при этом не выявлена взаимосвязь между увеличением периода после операции и частотой этого осложнения с учетом основных антропометрических (возраст, пол и ИМТ) и анамнестических данных (количество рецидивов), что говорит о влиянии на риск формирования постпротезной грыжи других компрометирующих факторов. Так, развитие рецидива грыжи после аллогерниопластики может быть обусловлено как непосредственными особенностями вмешательства так и (или) влиянием других факторов риска, при этом в целом в структуре причин на долю именно тактико-технических недочетов пришлось 59,7% ($P=95\%$; $\pm 18,9\%$; $P < 0,05$ - по отношению к другим факторам), на осложнения несвязанные с хирургическими аспектами - 31,3% и несоблюдение послеоперационных реабилитационных рекомендаций - 9,0% случаев. Следует отметить, что если в раннем (до 1 года) периоде после операции причиной рецидива в основном являлись недочеты в тактико-технической составляющей оперативного вмешательства, то в отдаленном периоде основной процент рецидивов приходится у пациентов с ожирением и сахарным диабетом.

Соответственно проведенным исследованиям в совокупности с анализом литературы были выделены следующие варианты рецидивов грыж после протезной герниопластики (Рис. 5):

Парапротезная грыжа - грыжа выходит из-под какого-либо края протеза (справа, слева, сверху, снизу). Причиной является отрыв имплантата. Как правило, грыжевой дефект небольшого размера: 5-7 см в длину и 4-5 см в ширину.

Подпротезная грыжа - фиксация протеза по его периметру к апоневрозу не нарушена. Грыжевой мешок и дефект находятся под протезом. Рецидив наступает обычно после коррегирующей операции с использованием тканей грыжевого мешка.

Полный отрыв протеза - протез полностью оторван и сморщен, находится над грыжевым выпячиванием на поверхности грыжевого мешка. Неправильно выбран размер протеза для имплантации. Грыжевой дефект за пределами протеза.

Внепротезная грыжа - грыжевое выпячивание расположено вне зоны имплантации протеза. Грыжевые ворота - дополнительный дефект, пропущенный вовремя предыдущей операции или вновь образовавшийся.

Постпротезная грыжа с наличием кожно-протезного свища - причина образования свища - длительно существующая и неадекватно пролеченная серома. Использование плетеных нитей для фиксации сетки (шелк, лавсан, и др.).

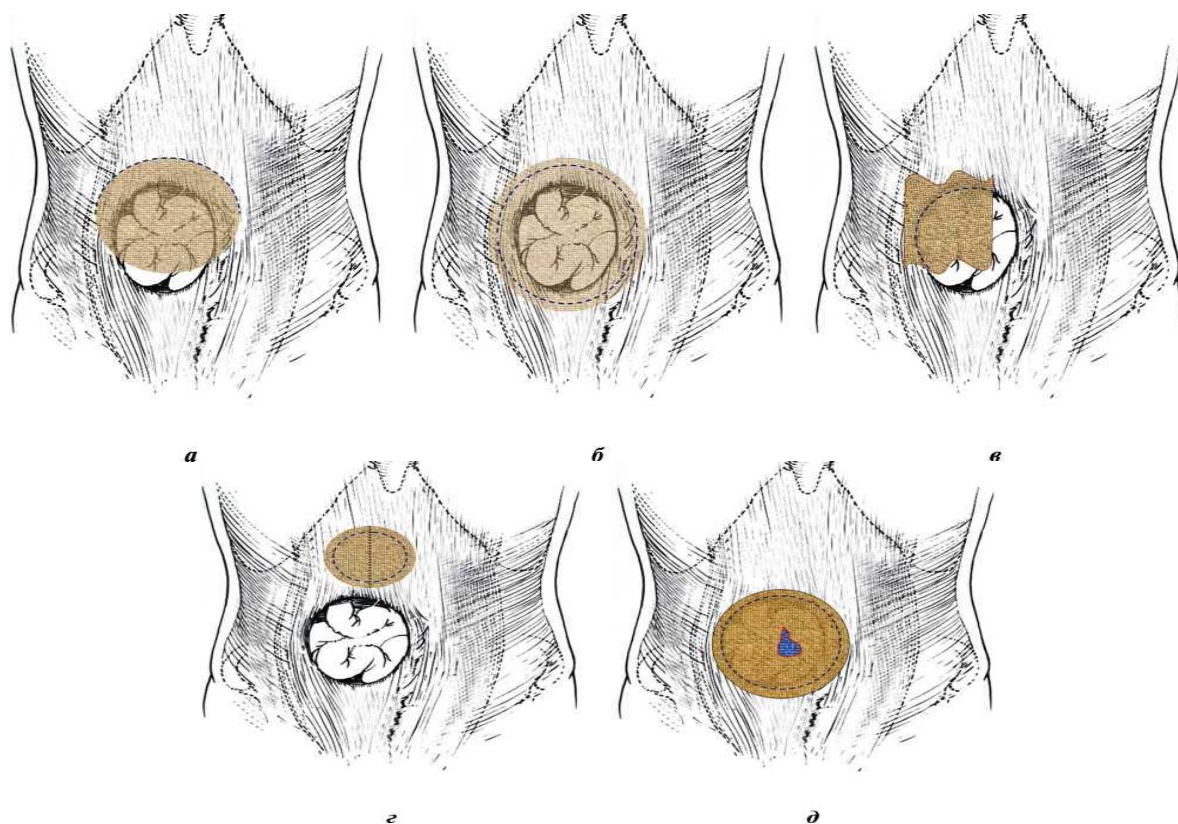


Рис. 5. Схематическое изображение постпротезных грыж: а - парапротезная грыжа, б - подпротезная грыжа, в - отрыв протеза по всему периметру, г - внепротезная грыжа, д - рецидивная грыжа с кожно-протезным свищем

В наших наблюдениях рецидивные парапротезные грыжи были у 64,2% больных; рецидивные грыжи с наличием кожно-протезного свища отмечены у 12 пациентов (17,9%), причем у 8 из них (11,9%) диагностировано образование полости под протезом и отсутствие интеграции его с тканями на значительном участке, а у 4-х обнаружено образование лигатурного конгломерата с наличием фибрина и гнойного детрита (клубок шелковых лигатур, расположенный под протезом); внепротезные грыжи были диагностированы у 7 пациентов (10,4%); подпротезные у 3-х (4,5%) и полный отрыв протеза отмечен у 2-х пациентов (3,0%).

Данный детальный анализ по выяснению причинно-следственных связей развития рецидива грыжи, накопленный опыт выполнения аллопластических операций на передней брюшной стенке, а также детализация наиболее уязвимых моментов тактико-технического выполнения повторных операций, позволили разработать алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными постпротезными грыжами (рис. 6).



Рис. 6. Алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными постпротезными грыжами

В пятой главе приведен «Сравнительный анализ результатов операций у больных с рецидивными постпротезными грыжами». В группе сравнения отмечены все виды осложнений, как местные-специфические касающиеся послеоперационной раны, так и общие, осложнения со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем.

В основной группе практически отсутствовали гнойно-септические осложнения, а по другим осложнениям, эти показатели были значительно ниже чем в группе сравнения. Доля специфических осложнений в группе сравнения составила 37,5%, тогда как в основной группе пациентов этот показатель отмечен у 10,3%. Неспецифические осложнения отмечены у 24,0% пациентов, против 10,3%. Выписано без осложнений в основной группе пациентов – 87,2%, тогда как в группе сравнения – 56,0%.

Факт снижения частоты осложнений позволил сократить койко-дни в палате ОРИТ ($1,2 \pm 0,1$ против $1,6 \pm 0,1$ ($T = 2,83$; $P < 0,01$)) и хирургического отделения ($7,6 \pm 0,4$ против $9,8 \pm 0,6$ ($T = 3,05$; $P < 0,01$)).

В отдаленный период образование серомы отмечено у 16,7% пациентов из группы сравнения. Кожно-протезный свищ образовался у 8,0% пациентов из группы сравнения и всего у 2,6% пациентов из основной группы. Рецидив

грыжи отмечен только у 1 (4,0%) пациента из группы сравнения. Общий показатель хороших результатов составил 87,3%, причем на долю пациентов из основной группы пришлось 97,4%, тогда как в группе сравнения этот показатель отмечен у 70,8% пациентов (рис .7).

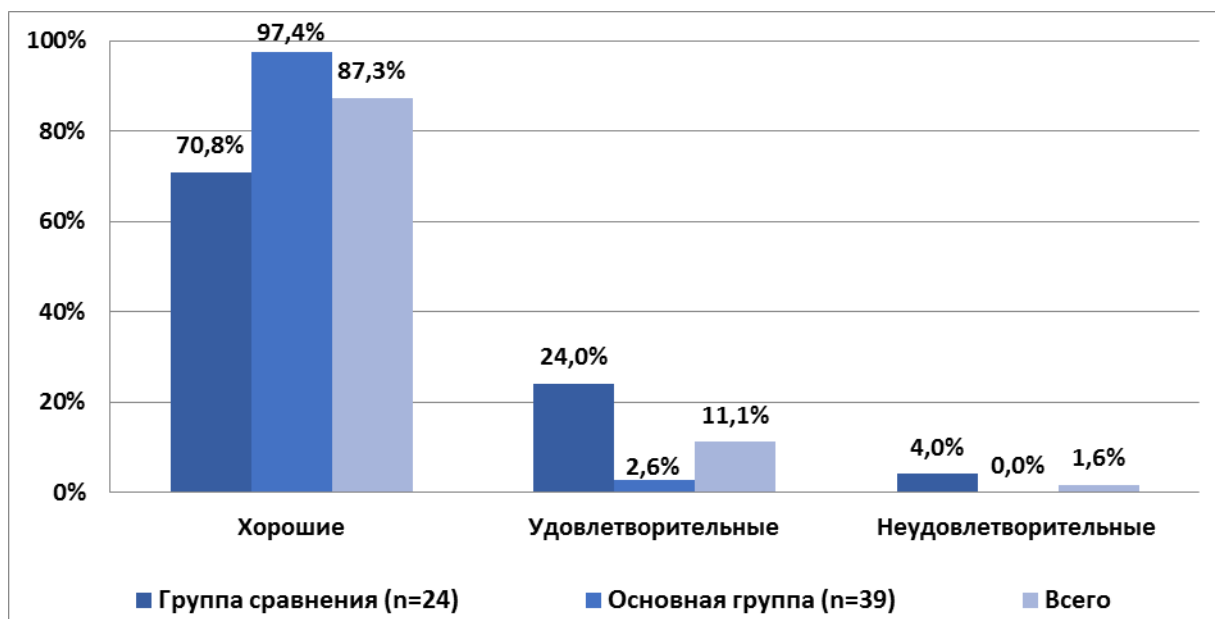


Рис. 7. Сводные результаты вмешательств по поводу рецидивных постпротезных грыж

Таким образом, внедрение алгоритма выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными грыжами после аллогерниопластики позволило снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 40,0% до 12,8% ($\chi^2=4,022$; $df=1$; $p=0,045$), сократить длительность пребывания в стационаре с $16,6\pm 0,4$ до $13,5\pm 0,3$ суток ($T=6,60$; $P<0,001$) и в целом увеличить долю хороших отдаленных результатов с 70,8% до 97,4% ($\chi^2=9,560$; $df=3$; $p=0,023$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Средний срок развития рецидива грыжи после аллогерниопластики составил $30,2\pm 4,3$ месяца (от 1 до 144), при этом не выявлена взаимосвязь между увеличением периода после операции и частотой этого осложнения с учетом основных антропометрических (возраст, пол и ИМТ) и анамнестических данных (количество рецидивов), что говорит о влиянии на риск формирования постпротезной грыжи других компрометирующих факторов.

2. Морфологические исследования позволили верифицировать специфические особенности состояния протеза после аллогерниопластики у больных с рецидивом грыж, к которым относится механическое повреждение и формирование конгломератов из фрагментов аллопланта с активными воспалительным, рубцовым и иммунным процессами, приводящие к деградации протеза с разрушением, появлением изломов и трещин.

3. Среди факторов риска развития рецидива грыж после аллогерниопластики основное значение имеют хирургические аспекты

выполнения протезной пластики, доля которых составила 49,3% ($P=95\%$; $\pm 10,76\%$; $P<0,01$ - по отношению к другим факторам), тогда как остальная часть распределилась между раневыми осложнениями (4,5%), кожно-протезными свищами (17,9%), факторами сопутствующих заболеваний (19,4%) и несоблюдением рекомендаций после операции (9,0%), в свою очередь наибольшая частота развития рецидива отмечена в сроки до 1 года наблюдения - 55,2% ($P=95\%$; $\pm 18,2\%$; $P<0,05$ - по отношению к другим срокам), что также было обусловлено влиянием технических недочетов предшествующего вмешательства.

4. Макроскопическое изучение состояния протеза и локализации рецидива грыжи после аллогерниопластики показало, что у 67,2% больных наблюдался отрыв одной из стенок протеза с формированием парапротезной грыжи ($P=95\%$; $\pm 20,03\%$; $P<0,001$ - по отношению к другим видам рецидива), в остальных случаях: сморщивание или гофрирование протеза - 14,9%, внепротезная (10,4%) и подпротезная (4,5%) локализация, а также полный отрыв протеза у 3,0% пациентов.

5. Развитие рецидива грыжи после аллогерниопластики может быть обусловлено как непосредственными особенностями вмешательства так и (или) влиянием других факторов риска, при этом в целом в структуре причин на долю именно тактико-технических недочетов пришлось 59,7% ($P=95\%$; $\pm 18,9\%$; $P<0,05$ - по отношению к другим факторам), на осложнения несвязанные с хирургическими аспектами - 31,3% и несоблюдение послеоперационных реабилитационных рекомендаций - 9,0% случаев.

6. Внедрение алгоритма выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными грыжами после аллогерниопластики позволило снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 40,0% до 12,8% ($\chi^2=4,022$; $df=1$; $p=0,045$), сократить длительность пребывания в стационаре с $16,6\pm 0,4$ до $13,5\pm 0,3$ суток ($T=6,60$; $P<0,001$) и в целом увеличить долю хороших отдаленных результатов с 70,8% до 97,4% ($\chi^2=9,560$; $df=3$; $p=0,023$).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 AT THE
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V. VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY ON THE
ADMISSION OF SCIENTIFIC DEGREES**

TASHKENT INSTITUTE OF POST-GRADUATE MEDICAL EDUCATION

YIGITALIEV SARDOR HUSANBOEVICH

**TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS AFTER
PROSTHETIC HERNIOPLASTY OF VENTRAL HERNIA**

14.00.27 – Surgery

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

TASHKENT - 2020

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2019.2. PhD/Tib984.

The dissertation carried out at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V.Vakhidov.

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

Research consultant::	Akilov Habibulla Atullaevich doctor of medical science, professor
Official opponents:	Khakimov Murod Shavkatovich doctor of medical science, professor Ibadov Ravshan Alievich doctor of medical science, professor
Leading organization:	Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Surgery named after A. V. Vishnevsky" Russian Federation

The defense will be take place on «___» _____ 2020 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 101), (Address 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2020.
(mailing report № ___ of _____ 2020).

F.G. Nazyrov

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science, professor, academician

A.Kh. Babadjanov

Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medical science

A.V. Devyatov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of treatment of post-prosthetic hernias by factor analysis of the reasons for their development and optimizing the choice of surgical correction method.

Research objectives were 67 patients with recurrent post-prosthetic hernias, who were hospitalized at the department of general and laser surgery of the "Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after acad. V. Vakhidov" State Institution in the period from 2007 to 2018.

The scientific novelty of the research consists of the followings:

causal relationships and risk factors for the development of hernia recurrences after allogeneioplasty are specified taking into account anthropometric, medical history, surgical and general somatic aspects;

It was proved by morphological studies that in the area of the alloplant there is a merger of its fragments into massive conglomerates surrounded by a common connective tissue capsule with a pronounced inflammatory response, an active immune and cicatricial process both on the border of muscle and aponeurosis, and in the thickness of the aponeurosis and adipose tissue;

It was determined using light electron microscopy that dermal prosthetic fistula is characterized by the degradation of the alloplant characterized by destruction, the appearance of fractures and cracks due to mechanical damage and prolonged drug exposure;

macroscopic features of the state of prosthetic material in patients with post-prosthetic hernias are revealed, depending on surgical factors (size and fixation of the prosthesis, suture material, wound infection, skin-prosthetic fistulas) and the presence of concomitant diseases that affect the development of specific complications;

clinical and pathogenetic criteria for verifying the type of recurrent hernias after allogeneioplasty have been optimized, dividing them into para-prosthetic, sub-prosthetic, extra-prosthetic and post-prosthetic hernias with a skin-prosthetic fistula, as well as a complete separation of the prosthesis;

the main tactical and technical shortcomings that contribute to the early development of hernia recurrence after allogeneioplastic surgery are determined taking into account the peculiarities of choosing the size and fixation of the prosthesis, the formation of wound complications and rehabilitation measures.

Introduction of the research results According to the results of a scientific study to improve the diagnosis and surgical treatment of patients with recurrence of hernias after allogeneioplasty:

methodological recommendations "An algorithm for choosing the optimal treatment tactics and method of reconstructive surgery in patients with recurrent post-prosthetic hernias" were developed (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z/16 dated February 05, 2020). The proposed recommendations allowed to improve the diagnostic aspects of the verification of type of recurrent hernias after allogeneioplasty and to optimize the choice of tactics for their surgical treatment;

the obtained scientific results on improving the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with recurrent hernias after prosthetic repair have been introduced into the practice of healthcare, in particular, in the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after acad. V. Vakhidov, Ferghana and Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center (certificate of the Ministry of Health No. 8n-z/16 dated February 05, 2020). The introduction of research results by improving the tactical and technical aspects of the surgical treatment of patients with post-prosthetic hernias has reduced the incidence of postoperative complications from 40.0% to 12.8% and reduced the length of hospital stay from 16.6 ± 0.4 to 13.5 ± 0.3 days.

Structure and scope of the dissertation. The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusions, a list of references and applications. The amount of work is 118 pages.

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

I бўлим (I часть; part I)

1. Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Аметов Л.З., Йигиталиев С.Х. Морфологическая характеристика тканей, окружающих протез у пациентов с кожно-протезными свищами и парапротезными грыжами. // Клиническая Хирургия; 2014. №4 (857) С.34-36. (№3, Scopus)
2. Байбеков И.М., Йигиталиев С.Х. Сканирующая электронная микроскопия проленовых сеток, удалённых во время повторной операций.// Хирургия Узбекистана; 2014. №1. (61) С.70-74. (14.00.00, №9)
3. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Рецидивные грыжи после протезной пластики. // Хирург 2015. №10 С.52-60. (14.00.00, №149)
4. Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Рецидивные грыжи после протезной герниопластики.// Хирургия Узбекистана; 2015. №4 (68) С. 12-17. (14.00.00, №9)
5. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Варианты хирургического лечения пациентов с постпротезными грыжами.// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана 2017. №3 С.12-15. (88) (14.00.00, №17)
6. Kalish Yu.I., Ametov I.Z, Khan,G.V., Shayusupov A.R,Yigitaliev S.Kh. The Use Of Lasers and Prosthetic Hernioplasty in Patients with Strangulated Ventral Hernias.// Journal of Life Science and Biomedicine (JLSB) 2017. 7(1) С.01-05. (№5; Global IF. 0.876)

II бўлим (II часть; part II)

7. Акилов Х.А., Гулямов О.М., Хан Г.В., Йигиталиев С.Х. Алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными постпротезными грыжами. // Методические рекомендации. – Ташкент, 2019. – стр. 20
8. Акилов Х.А., Йигиталиев С.Х. Алгоритм выбора оптимальной тактики лечения и способа реконструктивной операции у больных с рецидивными постпротезными грыжами. // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, № DGU 20191333, 2019.
9. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х., Кабулов М.К. Хроническая паропротезная инфекция после аллогерниопластике.// Медицинские перспективы 2016. Том XXI №4. С. 62-66.
10. Йигиталиев С.Х., Байбеков И.М. Морфологические оценка протезно-кожных свищей после аллогерниопластике.// Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2013» «Приоритеты и новые направления в абдоминальной, торакальной хирургии, патологии сердца и сосудов» Ташкент. Хирургия Узбекистана 2013. №3 (59) С.30.

11. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Рузиматов М.Х., Йигиталиев С.Х. Тактика хирургического лечения рецидивных грыж после протезирования.// Республиканская научно-практическая конференция «ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2013» «Приоритеты и новые направления в абдоминальной, торакальной хирургии, патологии сердца и сосудов» Ташкент. Хирургия Узбекистана 2013. №3 (59) С.35.
12. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Рецидивные грыжи после протезной пластики.// Материалы VI Конгресса хирургов Казахстана с международным участием «Хирургия XXI века – настоящее и будущее» 2015 С.101.
13. Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Возврат грыжи после протезной пластики.// Общество Герниологов XII Конференция «Актуальные вопросы герниологии» Москва 2015г. С.53-55.
14. Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Влияние инфракрасных лазеров на интеграцию проленовой сетки переднего брюшную стенку крыс.// Общество Герниологов XII Конференция «Актуальные вопросы герниологии» Москва 2015г. С.55.
15. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Морфологические особенности тканей в области рецидива грыжи после протезной пластики.// XXI Научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2016» «Роль молодых ученых в развитии и совершенствовании торако-абдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии» Ташкент. Хирургия Узбекистана 2016. №3 (71) С. 29.
16. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Тактика хирургического лечения парапротезной инфекции после аллогерниопластики.// XXI Научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2016» «Роль молодых ученых в развитии и совершенствовании торако-абдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии» Ташкент. Хирургия Узбекистана 2016. №3 (71) С. 29-30.
17. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х., Рузиматов М.Х. Углекислотный лазер в хирургическом лечении инфицированных вентральных грыж и парапротезной инфекции.// Лазерная медицина 2016 20(3) С. 30.
18. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Опыт лечения хронической парапротезной инфекции после аллогерниопластики.// I Всероссийский Съезд герниологов, 27-28 октября 2016 г., Москва С. 48.
19. Kalish Yu.I., Ametov I.Z, Khan,G.V., Shayusupov A.R., Yigitaliev S.Kh. Hernia recurrence after prosthetic plastic.// Advanced studies in science: Theory and practice. Materials of the International Scientific coference, London, UK. 2016 volume V. С.224-228.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририясида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.