

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

УТАЕВ ЛАТИФЖОН ХОЛМАМАТОВИЧ

ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШДА
ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКАНИНГ ТАКТИК ВА ТЕХНИК
ЖИҲАТЛАРИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарканд-2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

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

Утаев Латифжон Холмаматович

Қисилган чурраларни жарроҳлик даволашда герниоаллопластиканинг тактик
ва техник жиҳатларини мақбуллаштириш 3

Утаев Латифжон Холмаматович

Оптимизация тактико-технических аспектов герниоаллопластики в
хирургическом лечении ущемленных грыж..... 27

Utaev Latifjon Kholmamatovich

Optimization of tactical and technical aspects of hernioalloplasty in surgical
treatment of strangulated hernias..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of pulished works..... 57

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

УТАЕВ ЛАТИФЖОН ХОЛМАМАТОВИЧ

ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШДА
ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКАНИНГ ТАКТИК ВА ТЕХНИК
ЖИҲАТЛАРИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

Самарканд-2025

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.3.PhD/Tib4992 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:	Дусияров Мухаммад Мукумбаевич тиббиёт фанлари номзоди (PhD), доцент
Расмий оппонентлар:	Эшонходжаев Отабек Джураевич тиббиёт фанлари доктори, профессор. Шоназаров Искандар Шоназарович тиббиёт фанлари доктори, доцент.
Етакчи ташкилот:	В.И.Разумовский номидаги Саратов давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2025 йил “_____” _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

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

Диссертация автореферати 2025 йил «_____» _____ да тарқатилди.

(2025 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Н.Н. Абдуллаева
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

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

З.Б. Курбаниязов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Қорин чуррасини даволаш муаммоси бугунги кунда ҳал этилмасдан қолмоқда, бу муаммо кўшимча ўрганиш ва малакали ёрдам кўрсатиш стандартларини ишлаб чиқишни талаб қилади. «...Қориннинг ташқи чурралари аҳолининг 7 %ида учрайди, кекса ва қари ёшдаги кишиларда эса бу кўрсаткич 15-17 %гача етади...»¹. Бундан ташқари, беморларнинг ёши ошган сари чурранинг қисилиши ва асоратлар ривожланиши хавфи ҳам ортиб боради. «...Чурраларни бартараф этиш бўйича оператив аралашувлар барча жарроҳлик амалиётларининг тахминан 10 фоизини ташкил этади...»². Чурра касаллиги нафақат ўлим ҳолатлари, балки беморнинг ногиронлиги билан боғлиқ катта меҳнат йўқотишларига ҳам олиб келади. Герниопластиканинг кўплаб таклиф этилган усулларига қарамасдан, қорин ташқи чурраларини даволаш натижалари на беморларни, на жарроҳларни қониқтирмоқда.

Чурра хирургиясидаги алоҳида муаммо уларнинг қисилишидир. Турли жойлардаги қисилган чурраларни бартараф этишда шошилишч хирургияда, одатда, чурра нуқсонларини маҳаллий тўқималар билан бартараф этишнинг энг оддий тортувчи усуллари қўлланилади. Бироқ, бундай жарроҳлик амалиётларининг натижалари доимо ҳам ижобий бўлавермайди, айниқса оғир ҳамроҳ касалликлари бор беморларда. Шу билан бирга, чурраларни режали оператив даволашда тўрсимон эксплантатлардан фойдаланиб тортилмайдиган оператив даволаш усуллари муваффақият билан қўлланилади, уларнинг шошилишч хирургияда қўлланиши ҳозиргача мунозарали бўлиб қолмоқда. Юқорида баён этилганлар ҳамда тиббиёт технологияларининг замонавий тараққиётини инобатга олган ҳолда, қорин олд деворининг қисилган чурралари бўйича шошилишч жарроҳлик аралашувларида тўрсимон эксплантатлар ёрдамида аллопластика усуллари қўллаш имкониятларини ўрганиш ниҳоятда долзарб масалага айланмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»³. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари

¹European Hernia Society. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions // F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. - 2015. - №19(1). - P. 1-24.

²Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2nd ed. - World Health Organization. - 2018. - 184p.

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

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

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Мавжуд адабиётларда чов, киндик чурралари ва ОКВЧда қорин девори пластикасига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, операцияни бажариш усули ва техникаси, у ёки бу синтетик материални қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги батафсил ўрганилган. Кўпчилик ҳолларда беморларни режали жарроҳлик йўли билан даволашнинг нафақат яқин, балки узоқ муддатли ижобий натижалари ҳам аниқланган. Бироқ, шошилинич жарроҳликда таранглашмаган герниопластикани қўллаш масаласи долзарблигича қолмоқда. Даволашнинг қониқарсиз натижаларининг асосий сабаблари пластика усулини нотўғри танлаш, қорин девори тўқималарининг сезиларли даражада таранглашуви, қорин бўшлиғи ҳажмининг камайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12 фоизида абдоминал компартмент синдромининг ривожланиши ҳисобланади (Bauer K.H. et al., 2019).

Шошилинич жарроҳликнинг кўп тадқиқотлар ва нашрлар бағишланган бўлимларидан бири қорин олд девори қисилган чурраларини оператив даволаш муаммосидир (Каримов Ш.И. ва бошқ., 2019).

Чурра қисилиши - энг кўп учрайдиган ва хавfli асорат бўлиб, у чурра ҳалтаси бўйнидаги таркибнинг тўсатдан сиқилиши ҳамда қисилган аъзо ва тўқималарда ишемик ўзгаришлар ривожланиши билан боғлиқ. Қисилган чурра "чурра ташувчилар"нинг 10-17 фоизида касаллик кечишини оғирлаштиради ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари таркибида ўткир аппендицитдан кейин иккинчи ўринни эгаллайди. Шу билан бирга, ушбу ҳолатларда ўлим кўрсаткичи ўткир аппендицитга нисбатан 15-16 баробар юқори (Тешаев О.Р. ва бошқ., 2023).

Ҳозирга қадар асорати бўлган қисилган чурралари бор беморларни операциядан олдинги, операция пайтидаги ва операциядан кейинги даврларда олиб бориш тактикасининг ўзига хос хусусиятлари; асоратланган қисилган чурранинг ўлчамига, локализациясига қараб пластика усулини танлаш; қорин олд девори тўқималарининг анатомик танқислиги шароитида катта ва гигант ўлчамдаги қисилган операциядан кейинги вентрал чурраларда герниопластика, қорин олд девори ўтказувчанлиги ва қорин бўшлиғида компартмент-синдром ривожланишининг олдини олиш масалалари етарли даражада ёритилмаган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади қорин олд деворининг қисилган чурралари бўлган беморларни таранглашмаган герниоаллопластика ва локал периоператив озонотерапия усуллари қўллаш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қисилган чурраларда тўрсимон эксплант билан қорин олд девори пластикасини бажариш имкониятини асослаш;

герниопластиканинг таранглашган ва таранглашмаган усуллари бажаришга қараб қорин бўшлиғи босими ва қорин бўшлиғи ҳолатини УТТ мониторинги кўрсаткичлари бўйича операциядан кейинги даврнинг кечишини қиёсий таҳлил қилиш;

тўрсимон эксплантатдан фойдаланган ҳолда операция қилинган қисилган чурралари бўлган беморларда инфекцион асоратларнинг периоператив профилактикасида маҳаллий озонотерапиянинг ролини аниқлаш;

периоператив озонотерапия билан қисилган вентрал чурраларда таранглашмаган герниоаллопластика усуллари клиник самарадорлигини асослаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2019-йилдан 2024-йилгача РШТЁИМ Навоий филиали жарроҳлик бўлимида қисилган вентрал чурра билан стационар даволанган 127 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети қисилган вентрал чурралари бўлган беморларни комплекс текшириш ва жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат бўлиб, унда периоперацион озонотерапия ҳамда таранглашмаган герниоаллопластика усулларида фойдаланилган ҳолда қисилган вентрал чурраларни даволаш ўрганилган.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

қорин олд деворининг қисилган чурраларида компартмент синдроми, энтерал ва полиорган етишмовчилиги ривожланишини олдини олиш орқали таранглашмаган протез пластикасининг афзалликлари асосланган;

қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви ва қорин ички босими кўрсаткичлари динамикаси асосида қисилган чуррали беморларни назоэнтерал интубация ёрдамида даволашда операциядан кейинги ичак парезининг бартараф этилишини кузатиб бориш имконини берган;

илк бор периоперацион озонотерапия билан тўрсимон протезлар қўлланган операцияларда инфекцияланган тўқималарда ёт жисмлар бўлиши билан боғлиқ специфик асоратлар кузатилмаслиги исботланган;

кайталанишнинг кам фоизи ва специфик асоратлар йўқлиги, қисилган чурраларда таранглашмаган аллопластиканинг профилактик усул сифатида афзаллиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари куйидагилардан иборат:

таклиф этилган алгоритм ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралари бўлган ва устувор тарзда таранглашмаган пластика бажарилган беморларни даволашнинг барча босқичларида даволаш натижаларини яхшилашга, асоратлар сонини ва операциядан кейинги ўлимни камайтиришга имкон берди;

ичакнинг энтерал интубацияси ва декомпрессияси ичак етишмовчилиги синдромининг профилактикаси эканлиги исботланган;

операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидаги босим даражаси ва қорин бўшлиғи ҳолатини ултратовуш текшируви маълумотлари асосида мунтазам кузатиб бориш ичак тутилиши динамикасини ўз вақтида тузатиш имконини беради;

операциядан кейинги даврнинг кечиши таҳлили асосида, қисилган чурраларда маҳаллий озонотерапия қўлланилган ҳолда таранглашмаган пластика усуллариининг самарадорлиги исботланган. Бунда имплантнинг кўчиб тушиши ёки серома кўпайиши кузатилмаган, бу эса ушбу усулни жарроҳлик даволаш усули сифатида танлаш мумкинлигини тасдиқлайди.

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

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифлар ўзининг назарий аҳамиятига эга бўлиб, ичак тутилиши билан асоратланган қисилган вентрал чурраси бўлган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Герниоаллопластика усуллариини бажаришнинг техник ва тактик жиҳатлари такомиллаштирилди. Маҳаллий озонотерапияни қўллаш орқали йирингли-септик асоратларни даволаш ва олдини олиш усули такомиллаштирилган. Энтерал етишмовчилик даражаси, ҚИБ даражаси, чурра тури ва ўлчамига қараб герниоаллопластикани танлаш алгоритми ишлаб чиқилган. Операциядан кейинги яқин ва узоқ даврларда даволаш натижаларига кўра қисилган чурралари бўлган беморларда герниоаллопластика зарурати клиник жиҳатдан асосланган. Герниопластикани "таранглашган" ва "таранглашмаган" усуллар ёрдамида бажариш натижалари ўрганилди, жарроҳлик аралашувларининг клиник самарадорлиги аниқланди.

Ишнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот натижаларига кўра, қониқарсиз натижаларнинг асосий сабаби таранглашган герниопластикада эканлиги аниқланган. Маҳаллий периоператив озонотерапия билан "таранглашмаган" герниоаллопластика усулини бажаришнинг техник жиҳатлари такомиллаштирилган, бу операциядан кейинги эрта даврда асоратларни бартараф этиш имконини беради. Операциянинг такомиллаштирилган техник жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда, қисилган чуррали беморларни даволаш тактикаси алгоритми ишлаб чиқилди. Қисилган вентрал чурраси бўлган беморларда герниоаллопластиканинг клиник самарадорлиги яра асоратлари сонини камайтириш ва операциядан кейинги узоқ муддатли даврда ҳаёт сифатини яхшилаш орқали асосланди.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Қисилган чурраларни жарроҳлик даволашда герниоаллопластиканинг тактик ва техник жиҳатларини мақбуллаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 15.02.2025 й. 12/13-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: қорин олд деворининг қисилган чурраларида компартмент синдроми, энтерал ва полиорган етишмовчилиги ривожланишини олдини олиш орқали таранглашмаган протез пластикасининг афзалликлари асосланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 29.11.2024 й. 4468-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали 23.11.2024 й. 109-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: таклиф этилган алгоритм ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралари бўлган ва устувор тарзда таранглашмаган пластика бажарилган беморларни даволашнинг барча босқичларида даволаш натижаларини яхшилашга, асоратлар сонини ва операциядан кейинги ўлимни камайитиришга имкон берди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин олд деворининг қисилган чурраларида компартмент синдромини олдини олишда беморларда бир вақтдаги жарроҳлик аралашуви доирасида беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 8-10 кун учун 3241320 сўм. Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 855200 сўм сарфланади. миниинвазив ёндошувлар ёрдамида операция қилинганда стационар даволаниш 2 кунга қисқариб, иқтисодий кўрсаткич 1 123700 сўмни ташкил этади (бир нафар бемор учун). Хулоса: Қисилган чурралари бўлган беморларда аллотрансплантатдан фойдаланган ҳолда қорин олд деворининг таранглашмаган пластикасини бажариш мақсадга мувофиқдир, чунки бу усул 95,8% ҳолларда компартмент синдроми, энтерал ва полиорган етишмовчилиги ривожланишининг олдини олиб, бевосита ижобий натижаларга олиб келади.

иккинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви ва қорин ички босими кўрсаткичлари динамикаси асосида қисилган чуррали

беморларни назоэнтерал интубация ёрдамида операциядан кейинги даволаш усули таклиф этилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 29.11.2024 й. 4468-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Ресбуплика шошилиш тез тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали 23.11.2024 й. 109-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ичакнинг энтерал интубацияси ва декомпрессияси ичак етишмовчилиги синдромининг профилактикаси эканлиги исботланган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви ва қорин ички босими кўрсаткичлари динамикаси асосида қисилган чуррала беморларни назоэнтерал интубация ёрдамида ижобий натижалар 2 баробар кўп ҳолатда кузатилганлигини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 4355400 сўмни ташкил этади. Хулоса: НЭИ ва таранглашмаган пластика натижасида асосий тадқиқот гуруҳида ҚБИБнинг ишончли пасайиш тенденцияси ($p < 0,05$) кузатилди (таққослаш гуруҳида дастлаб $19,3 \pm 1,6$ мм сим. уст.га тенг бўлган босим жарроҳлик амалиёти якунида $17,1 \pm 1,3$ мм сим. уст.гача, асосий гуруҳда $18,8 \pm 1,8$ дан $14,5 \pm 1,3$ мм сим. уст. гача камайди) ва кейинги 3 кун давомида мос равишда давом этди. Қорин бўшлиғининг УТТси ичак тутилиши ва парезнинг бартараф этилишини кузатиб бориш имконини беради.

учинчи илмий янгилик: илк бор периоперацион озонотерапия билан тўрсимон протезлар қўлланган операцияларда инфекцияланган тўқималарда ёт жисмлар бўлиши билан боғлиқ специфик асоратлар кузатилмаслиги исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 29.11.2024 й. 4468-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Ресбуплика шошилиш тез тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали 23.11.2024 й. 109-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидаги босим даражаси ва қорин бўшлиғи ҳолатини ултратовуш текшируви маълумотлари асосида мунтазам кузатиб бориш ичак тутилиши динамикасини ўз вақтида тузатиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: периоперацион озонотерапия билан тўрсимон протезлар қўлланган операциясидан кейинги даврда асоратлар тубдан қисқаришини инобатга олсак, асосий гуруҳдаги беморларда бюджет ва бюджетдан ташқари маблағлар 35% қисқартиришликка эришилди. Хулоса: Қисилган чурралари бўлган беморларни операциядан кейинги даволашда маҳаллий гидропрессив озон терапиясини қўллаш яллиғланиш асоратларини 28,5% дан 7,1% гача, стационар даволаниш муддатларини $10,8 \pm 2,8$ дан $8,8 \pm 6,5$ кунгача қисқартиришга ёрдам берди.

тўртинчи илмий янгилик: қайталанишнинг кам фоизи ва специфик асоратлар йўқлиги, қисилган чурраларда таранглашмаган аллопластиканинг профилактик усул сифатида афзаллиги исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси

29.11.2024 й. 4468-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Республика шифохона тез тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали 23.11.2024 й. 109-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: операциядан кейинги даврнинг кечиши таҳлили асосида, қисилган чурраларда маҳаллий озонотерапия қўлланилган ҳолда таранглашмаган пластика усуллари билан самарадорлиги исботланган. Бунда имплантнинг кўчиб тушиши ёки серома қўпайиши кузатилмаган, бу эса ушбу усулни жарроҳлик даволаш усули сифатида танлаш мумкинлигини тасдиқлайди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: реабилитация муддатларининг қисқариши туфайли беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 3558400 сўм сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 20% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра билан оғриган беморларни даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштиришда тўрсимон эксплантлардан фойдаланиб “таранглашмаган” герниопластика бажариш ва маҳаллий периоператив озонотерапияни қўллаш натижасида қорин бўшлиғи асоратлари частотаси 21,4% дан 5,6% гача, операциядан кейинги умумий асоратлар 26,8% дан 11,2% гача, ўлим кўрсаткичи эса 5,3% дан 1,4% гача камайтирилди.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан 3 таси маҳаллий ва 4 таси хорижий журналларда чоп этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг **"Қисилган вентрал чурраларни хирургик даволашнинг замонавий муаммолари"** деб номланган **биринчи бобида** адабиётлар шарҳи келтирилган бўлиб, унда шошилишч хирургияда таранглашмаган герниопластикани қўллаш масаласи долзарблигича қолмоқда. Даволашнинг қониқарсиз натижаларининг асосий сабаблари - бу пластика усулини ноадекват танлаш, қорин девори тўқималарининг сезиларли даражада тортилиши, қорин бўшлиғи ҳажмининг камайиши ва операция қилинган беморларда абдоминал компартмент синдромининг ривожланиши. Асоратланган қисилган чурралари бор беморларни операциядан олдинги, операция вақтидаги ва операциядан кейинги олиб бориш тактикасининг хусусиятлари; асоратланган қисилган чурранинг ўлчами ва жойлашувига қараб пластика усулини танлаш; қорин олд девори тўқималарининг анатомик етишмовчилиги ва ичак тутилиши шароитида катта ва жуда катта ўлчамдаги қисилган операциядан кейинги вентрал чурраларда герниопластика, қорин компартмент синдроми ривожланишининг олдини олиш масалалари етарлича ёритилмаган.

Диссертациянинг **иккинчи боби "Тадқиқот материаллари ва усуллари"** деб номланади. Ушбу ишнинг асосини 2019-2024-йилларда РШТЁИМ Навоий филиалида стационар даволанишда бўлган 127 нафар беморнинг ретроспектив ва проспектив тадқиқот натижалари ташкил этади. Мазкур беморлар қорин олд деворининг турли соҳалардаги қисилган чурралари бўйича дастлабки саралашсиз операция қилинган.

Клиник кузатувга олинган беморлар жарроҳлик аралашувининг характери ва ҳажмига қараб икки гуруҳга бўлинган.

Асосий гуруҳ қорин олд деворининг қисилган чурралари бўлган 71 нафар бемордан иборат бўлиб, уларга синтетик имплантатлар ("таранглашмаган" герниопластика) ёрдамида жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Ушбу гуруҳга чурра жойлашуви турлича бўлган беморлар киритилган:

1. Қисилган чов чурраси билан - 24 (33,8%)
2. Қисилган киндик чурраси билан - 20 (28,1%)
3. Операциядан кейинги қисилган вентрал чурра билан - 27 (38,1%)

Назорат гуруҳини қорин олд деворининг қисилган чурралари бўлган, анъанавий аутопластика усуллари ("таранглашган" герниопластика) билан

операция қилинган 56 нафар бемор ташкил этди. Ушбу гуруҳни чурра жойлашуви турлича бўлган беморлар ташкил этди:

1. Қисилган чов чурраси билан - 16 (28,6%)
2. Қисилган киндик чурраси билан - 18 (32,1%)
3. Операциядан кейинги қисилган вентрал чурра билан – 22 (39,3%)

Иккала гуруҳдаги сон чурраси ва чурра халтаси флегмонаси бўлган беморлар тадқиқотга киритилмади.

Асосий гуруҳда беморларнинг ўртача ёши $55,4 \pm 4$ ёш бўлиб, 28 ёшдан 81 ёшгача оралиғида эди. Эркаклар сони 34 нафар (47,9%), аёллар сони эса 37 нафар (52,1%) ни ташкил этди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг ўртача ёши $56,6 \pm 3,1$ ёшни ташкил этди ва 27 ёшдан 78 ёшгача ўзгариб турди. Эркаклар сони 28 нафар (50,0%), аёллар ҳам 28 нафар (50,0%) эди.

Катта ёшли операция қилинган беморларнинг кўпчилиги оғир ёндош касалликларга чалинган бўлиб, бу касалликнинг кечиши ва оқибатига таъсир кўрсатган. Бунда, ушбу ёш гуруҳидаги беморларнинг 82 % да 2-3 та ёндош касаллик мавжудлиги аниқланган.

Иккала гуруҳда ҳам юрак-қон томир ва нафас олиш тизими касалликлари устунлик қилди. Беморларнинг сезиларли қисмида урологик патология ва ошқозон-ичак йўли касалликлари мавжуд эди. Тана вазни индекси 30 кг/м^2 дан юқори бўлган алиментар семизлик кўринишидаги моддалар алмашинувининг бузилиши 32 нафар беморда қайд этилди.

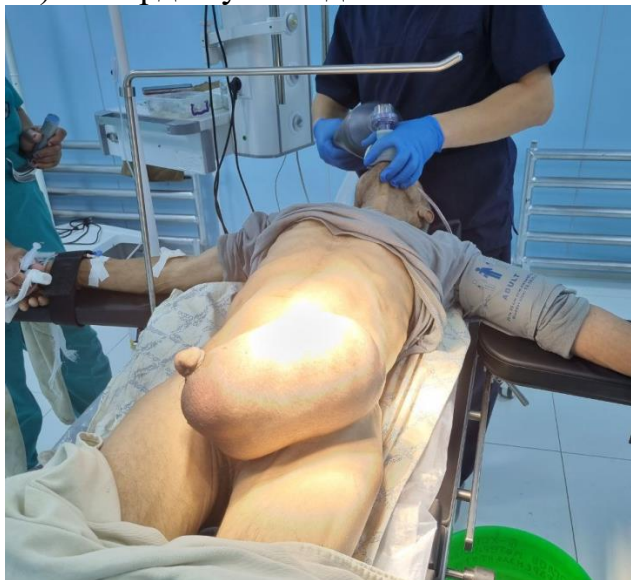
Чурралар билан касалланишнинг ўртача давомийлиги $9,5 \pm 1,7$ йилни ташкил этди.

РШТЁИМ Навоий филиалининг қабул бўлимига шошилиш тарзда келтирилган беморларнинг қисилиш бошланганидан кейинги вақт оралиғи турлича эди. Асосий гуруҳда (1-расм) касалхонага ётқизиш вақти қисилиш бошланганидан 4 соатдан 120 соатгача бўлган. Ўртача вақт $17,1 \pm 8,4$ соатни ташкил этди. Дастлабки 6 соат ичида 7 нафар (9,9%) бемор, 6 соатдан 12 соатгача 24 нафар (33,8%) бемор, 12 соатдан 24 соатгача 20 нафар (28,1%) бемор, қисилиш бошланганидан 24 соатдан кейин эса 20 нафар (28,2%) бемор касалхонага ётқизилган.

Назорат гуруҳида шифохонага ётқизиш вақти қисилиш пайтидан бошлаб 3 соатдан 144 соатгача бўлган. Ўртача вақт $20,6 \pm 6,8$ соат. Дастлабки 6 соат ичида 7 нафар (12,5%) бемор, 6 соатдан 12 соатгача 22 нафар (39,3%) бемор, 12 соатдан 24 соатгача 16 нафар (28,8%) бемор, қисилган вақтдан 24 соат ўтгач 11 нафар (19,6%) бемор касалхонага ётқизилган.

Қабул бўлимида беморларни текшириш чоғида, қисилган чурра ташхиси қуйидаги клиник маълумотларга асосланган: аввал тузатилган чурра соҳасида тўсатдан пайдо бўлган оғриқларнинг хусусияти, уларнинг кучи, ҳамда оғриқнинг қисилиш тури ва шикастланган аъзога боғлиқлиги. Бу омиллар биргаликда баҳоланиб, ташхис қўйишга асос бўлган. Шундай қилиб, 122 нафар (96,1%) бемор илгари эркин киритилган чуррани энди тўғрилаш имконсизлигини, оғриқ пайдо бўлганини ва чурра бўртмаси ҳажми катталашганини таъкидлади (1,2-расмлар). Пайпаслаб қўрилганда 118 нафар

(92,9%) беморда "йўтал турткиси" аниқланмаган. Ичак тутилиши белгилари куйидагича намоён бўлди: 68 нафар (53,5%) беморда кўнгил айланиши, 45 нафар (35,4%) беморда касалхонагача бўлган даврда ва вақти-вақти билан қушиш, 33 нафар (25,9%) беморда нажас ва газлар чиқишининг тўхташи, 19 та (14,9%) ҳолатда перисталтиканинг кучайиши кузатилди. 15 та (11,8%) ҳолатда қорин парда яллиғланиши белгилари пайдо бўлганлиги қайд этилди. Чурра бўртиб чиққан жой устидаги тери рангининг ўзгариши фақат 3 нафар (2,3%) беморда кузатилди.



1-расм. Бемор Д., 73 ёш. Чап томонлама қисилган чов чурраси. Ўткир ичак тутилиши



2-расм. Бемор Э., 82 ёшда. Операциядан кейинги қисилган вентрал чурра. Ўткир ичак тутилиши

Юқори ингичка ичак тутилишининг рентгенологик белгилари 26 нафар (20,5%) беморда аниқланди (3-расм). Йўғон ичакнинг қисилиши камроқ ҳолларда кузатилди ва у 10 (7,8%) беморда йўғон ичак тутилишининг рентгенологик белгилари ривожланиши билан бирга келди. Чов чурраси бўлган 1 (0,8%) беморда ва киндик чурраси бўлган 2 (1,6%) беморда қорин бўшлиғида эркин газ борлиги аниқланди.

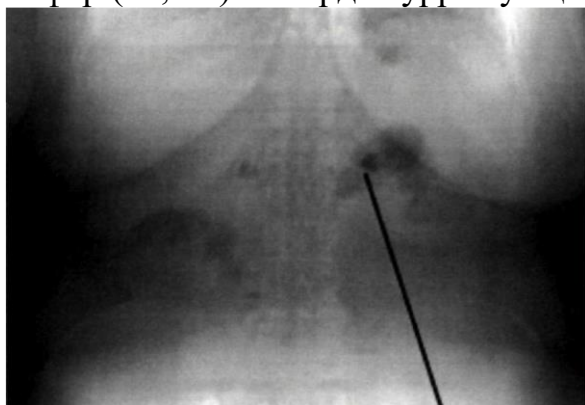
Чурра бўртиб чиққан жойда ингичка ичакнинг кенгайган қовузлоқлари операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган 20 та (15,7%) беморда (3-расм) ва киндик чурраси бўлган 21 та (17,3%) беморда аниқланди. Йўғон ичак тутилиши белгилари мавжуд 2 та (1,6%) беморда эса, чурра бўртиб чиққан жойда кўндаланг-чамбар ичакнинг диаметри кенгайиб, унда суюқлик сатҳи горизонтал жойлашганлиги аниқланди.

Қабул пайтида ултратовуш текшируви қисилган чурралар билан асоратланган 89 (70,1%) беморда ўтказилди (4-расм).

Асосий гуруҳнинг 49 (69,1%) ва назорат гуруҳининг 37 (66,1%) беморида ичакнинг олиб келувчи қисми диаметрининг катталаниши, деворларининг қалинлашиши, ичак ичидаги суюқликнинг “маятниксимон” ҳаракатлари ва олиб кетувчи сегментнинг тинч қолган ичак қовузлоқлари

аниқланди. Қовузлоқлараро бўшлиқлар ва ён каналларда эркин суюқлик белгиларининг аниқланиши турли асоратлар билан боғлиқ бўлиб, қисилган чурраларда, айниқса ичак асоратлари (перитонит ва ичак некрози) кузатишган ҳолларда, ультратовуш текшируви белгилари билан бирга намоён бўлди. Бу ҳолат асосий гуруҳнинг 26 (52%) беморида ва назорат гуруҳининг 24 (58%) беморида кузатилди.

Чурра бўртиб чиққан қисмига сенсор ўрнатилганда ва чурра таркиби баҳоланганда, асосий гуруҳнинг 27 (40,1%) ҳолатида ва назорат гуруҳининг 24 (42,8%) ҳолатида қисилган ичак қовузлоғи аниқланди. 21 (29,6%) ва 18 (32,1%) ҳолатда эса мос равишда ингичка ичак қовузлоғи ва чарви мавжуд эди. Асосий гуруҳдаги 20 нафар (15,7%) беморда ва назорат гуруҳидаги 19 нафар (33,9%) беморда чурра суюқлиги топилди.



3-рasm. Ичак тутилиши аломатлари мавжуд бўлган операциядан кейинги вентрал чурра (тўғри ва ён проекциялар).



4-рasm. Қисилган вентрал чурра: чурра дарвозасида перисталтикасиз, суюқлик таркибли ингичка ичак қисми чиқиб турган ҳолат кузатилади. Ичак деворида қон айланиши аниқланмайди. Чурра ҳалтасида суюқлик борлиги ҳам аниқланади.

Диссертациянинг учинчи боби **"Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраларни жарроҳлик йўли билан даволаш"** деб номланган.

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра ҳолатида жарроҳлик тактикаси қуйидаги босқичларни ўз ичига олган. - чурра жойлашувига мувофиқ равишда кириш амалга оширилди; - чурра қопи очилиб, чурра суюқлиги олиб ташланди ва қисилган аъзо фиксация қилинди; - қисилган ҳалқани кесиш жараёнида қисилган аъзонинг ҳолати кўздан кечирилди ва у ҳаётий бўлса, қорин бўшлиғига қайтарилди. Ичакни қорин бўшлиғига қайтаришдан олдин унинг тутқичига 0,25% ли новокаин эритмасидан 80-100 мл юборилди; - ичак резекциясига кўрсатмаларни аниқлашда визуал белгилар (ранг, девор шиши, субсероз қон қуйилишлар, перисталтика, девор атрофи қон томирларининг пульсацияси ва қон билан тўлиши) ҳамда ичак тутқичига маҳаллий анестетик илиқ эритмаси юборилгандан сўнг ушбу белгиларнинг ўзгариш динамикасидан фойдаланилди.; - назоэнтерал интубация, ичак декомпрессияси ва ювиш бажарилди; - Ичак ҳаётийлик қобилятини йўқотганда (ичакнинг тўқ рангга кириши; сероз парданинг хиралашиши; ичак деворининг бўшашиши; ичак перисталтикасининг

йўқлиги; ичак тутқичи томирларида пулсациянинг йўқлиги) унинг резекцияси амалга оширилди (5,6-расмлар).

- қисилган чов чуррасида, ичак ҳаётчанлиги шубҳали бўлган ҳолатларда, перитонит ва ичак девори тешилиши белгилари бўлмаганда, резекция герниотомик кириш орқали амалга оширилди. Ичак некрози, перитонит ва ичак девори тешилиши лапаротомия ўтказиш учун мутлақ кўрсатма ҳисобланади; - қорин бўшлиғини озонланган изотоник натрий хлорид эритмаси (NaCl 0,9%) билан санация қилиш ва қорин бўшлиғини дренажлаш амалга оширилди; - чурра локализациясига қараб чурра дарвозаси пластика қилинди.



**5-расм. Интраоперацион фото.
Қисилган киндик чурраси.
Странгуляцион ичак тутилиши.
Ингичка ичак некрози**



**6-расм. Интраоперацион фото.
Қисилган киндик чурраси.
Странгуляцион ичак тутилиши.
Ингичка ичак некрози. Олиб
ташланган макропрепарат -
ингичка ичакнинг некрозга
учраган қовузлоқлари**

Асосий гуруҳда ингичка ичакнинг изоляцияланган сиқилиши 30 (42,2%) нафар беморда, ингичка ичакнинг чарви билан бирга сиқилиши 22 (30,9%) нафар беморда, ингичка ичакнинг чамбар ичак билан бирга сиқилиши 8 (11,3%) нафар беморда, чамбар ичакнинг сиқилиши 4 (5,6%) нафар беморда кузатилди.

Назорат гуруҳида ҳам аксарият ҳолларда ингичка ичак қисилиши - 20 нафар (35,7%) беморда, ингичка ичак ва чарви қисилиши 17 нафар (30,3%) беморда, ингичка ва йўғон ичак қисилиши 8 нафар (14,3%) беморда, йўғон ичак қисилиши эса 4 нафар (7,1%) беморда кузатилди.

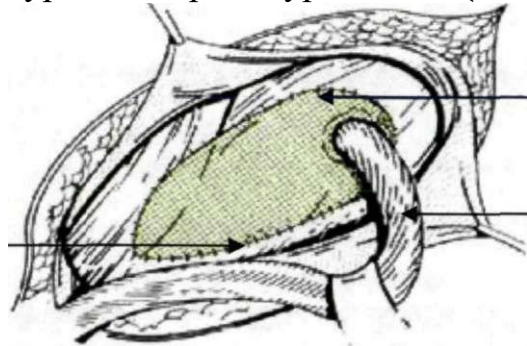
Асосий гуруҳда 8 та ҳолатда ҳаётга яроқсиз чарви ва ингичка ичак резекцияси, 13 та ҳолатда ингичка ичакнинг некрозга учраган қисми резекцияси, шунингдек 1 та беморда йўғон ичак резекцияси ўтказилди. Назорат гуруҳида 4 нафар беморда некрозга учраган чарви ва ингичка ичак резекцияси, 12 нафар беморда ингичка ичак резекцияси, 1 нафар беморда

йўғон ичак резекцияси амалга оширилди. Умумий ҳисобда, ичак некрози туфайли 39 (30,7%) нафар беморда ичак резекцияси ўтказилди, шундан 37 тасида ингичка ичак резекцияси, 2 тасида эса йўғон ичак резекцияси бажарилди.

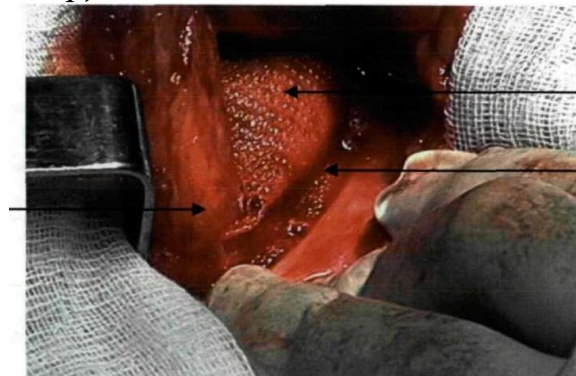
Қисилган чурраларини синтетик имплантатсиз жарроҳлик йўли билан даволашда - "таранглашган" герниопластика (назорат гуруҳи) анъанавий пластика усуллари қўлланилган. Қисилган чов чурраларини даволашда Бассини (n=6) ва Постемски (n=10) усуллари, қисилган киндик чурралари ва ОКВЧда эса Маё (n=17) ва Сапежко (n=20) усуллари ишлатилди. 3 та ҳолатда катта ҳажмдаги қорин чурраларида жароҳат декомпрессив тарзда тикиб қўйилди. Операциядан кейинги жароҳат дренажланмади.

Беморларнинг асосий гуруҳида қисилган чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашда қорин олд деворини пластика қилишнинг турли "таранглашмаган" усуллари қўлланилган. Қисилган чов чурраларини даволашда 24 беморда чов каналининг орқа деворига синтетик имплантат ўрнатиш билан Лихтенштейн усули қўлланилди. Қисилган киндик ва операциядан кейинги вентрал чурра бўйича 47 нафар беморда қуйидаги операциялар амалга оширилди: 38 та беморда onlay герниоаллопластика, 4 та беморда Sublay герниоаллопластика ва 5 та беморда inlay герниоаллопластика бажарилди.

Қисилган чов чурраларини жарроҳлик йўли билан даволашда 24 беморда И. Лихтенштейн усули қўлланилиб, чов каналининг орқа деворига тўрсимон протез ўрнатилди (7 ва 8-расмлар).

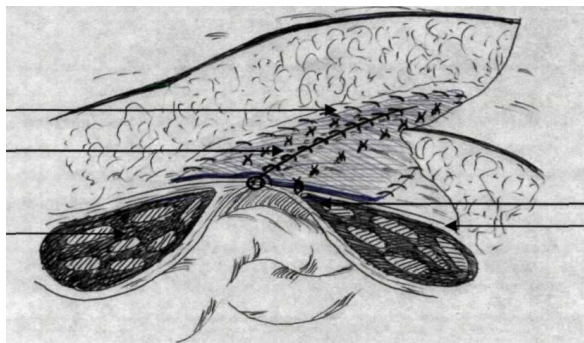


7-расм. Лихтенштейн усули бўйича операция схемаси: 1 - тўрсимон эксплантат, 2 - уруғ тизимчаси, 3 - маҳкамловчи чоклар қатори.

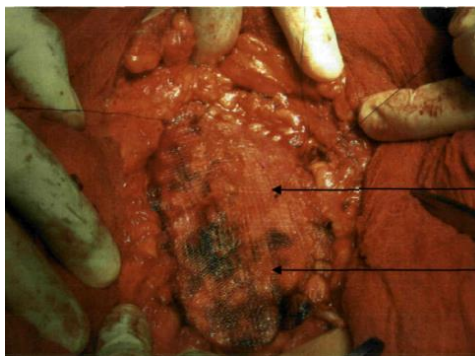


8-расм. Лихтенштейн усули бўйича операция: 1 - тўрсимон имплант, 2 - уруғ тизимчаси, 3 - маҳкамловчи чоклар қатори.

Қисилган киндик чурраларини жарроҳлик йўли билан даволашда комбинацияланган "onlay" усули (тўрни апоневроз устига жойлаштириш) қўлланилди. Қисилиш бартараф этилгандан сўнг, кенг қорин мушаклари апоневрозларини бўйлама йўналишда "чет-четига" тикиб, уларнинг устига тўрсимон эксплантни жойлаштириш орқали киндик ҳалқаси пластикаси амалга оширилди, бу 9 ва 10-расмларда кўрсатилган.

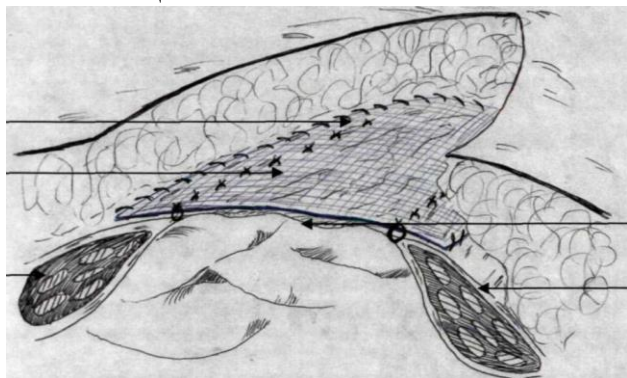


9-расм. Чурраларни "onlay" усулида бартараф этиш схемаси: 1 - тўрсимон эксплантат, 2 - фиксацияловчи чокларнинг иккинчи қатори, 3 - қорин тўғри мушаклари, 4 - қорин пардаси, 5 - қорин олд девори апоневрози.

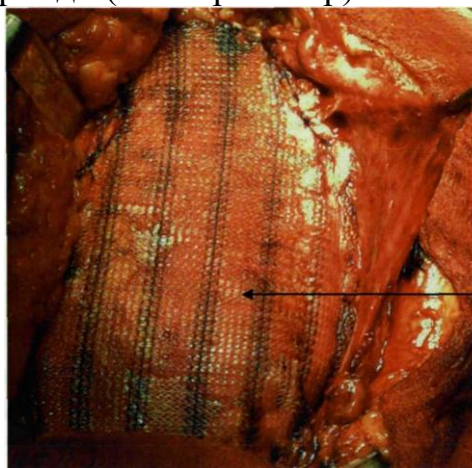


10-расм. Чурраларни "onlay" усулида бартараф этиш: 1 - тўрсимон эксплант, 2 - фиксацияловчи чокларнинг иккинчи қатори.

Асосий гуруҳдаги операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси бўлган барча беморларда қуйидаги вариантлардан бири бўйича комбинацияланган пластика амалга оширилди: "onlay" (апоневроз устида), "inlay" (апоневроз қисми ўрнига, апоневроз тикилмасдан) ёки "Sublay" (апоневроз остида). 18 ҳолатда протезни апоневроз устига жойлаштириш орқали комбинацияланган пластика ("onlay") бажарилди. Кенг қамровли операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси бўлган 5 нафар беморга "inlay" усулида пластика ўтказилди (11-12 расмлар). Кичик гипогастрал қисилган чурраси бўлган 4 нафар беморга эса "Sublay" усулида комбинацияланган пластика амалга оширилди (13-14 расмлар).



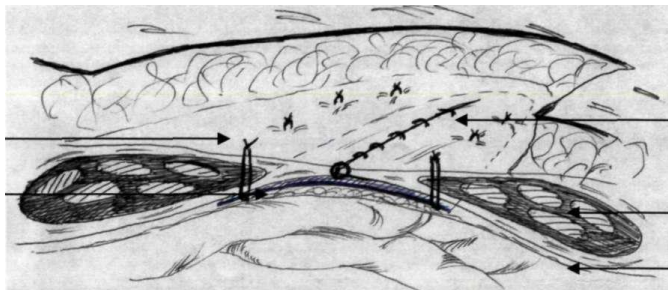
11-расм. Чурраларни "inlay" усули билан бартараф этиш: 1 - тўрсимон эксплантат, 2 - иккинчи қатор чоклар, 3 - қориннинг тўғри мушаклари, 4 - қорин пардаси, 5 - қорин олд девори апоневрози.



12-расм. Чурраларни "inlay" усулида бартараф этиш: 1 - тўрсимон эксплант.

71 та операциянинг 31 тасида (43,7%) "Ethicon, Johnson & Johnson" компаниясининг "ПРОЛЕНЕ" полипропилен тўрли протези ишлатилган, қолган 40 тасида (56,3%) эса "Линтекс-есфил" қўшма корхонаси (Санкт-Петербург) томонидан ишлаб чиқарилган полипропилен тўрли протез

қўлланилган. Эксплантатни маҳкамлаш учун шартли диаметри 2/0 бўлган полипропилен ип ишлатилган. Тўрсимон протез ишлаб чиқарувчи фирма тасодикий равишда танланган. Танлашнинг ягона қатъий шarti тўрсимон протезнинг материали ва тузилиши эди - яъни, полипропилендан ясалган, макроғовакли, монофиламентли эксплантат бўлиши керак эди.



13-расм. Чурраларни "Sublay" техникаси бўйича бартараф этиш: 1 - тўрсимон эксплантат, 2 - қорин тўғри мушаклари, 3 - қорин пардаси, 4 - фиксацияловчи тешиб ўтувчи чоклар, 5 - қорин олд девори апоневрози.



14-расм. Чуррани "Sublay" техникаси билан бартараф этиш: 1 - тўрсимон эксплантат, 2 - қорин тўғри мушаклари, 3 - қорин пардаси, 4 - фиксацияловчи тешиб ўтувчи чоклар

Умумий оғриқсизлантириш остида радикал жарроҳлик амалиётини бажаришдан сўнг, герниопластикадан олдин, операция вақтида қорин бўшлиғи ва чурра дарвозаси соҳасидаги тўқималар босим остида оқим билан 400-800 мл озонланган изотоник натрий хлорид эритмасига ювилди. Эритмадаги озоннинг бактерицид концентрацияси 8-10 мг/л эди. Тўр усти бўшлиғини Редон дренажи орқали ювиш 1-3 кун давомида кунига 2-3 марта 30-50 мл ҳажмда амалга оширилди.

Озон-кислород аралашмасини олиш учун Медозон МЧЖ, Москва томонидан ишлаб чиқарилган АОТ-Н-01-Арз-01/1 "Медозон БМ" озонтерапевтик қурилмасидан фойдаланилди; 2001-йил 9-февралдаги Но29/06050796/1561-01 рўйхатга олиш гувоҳномаси (15-расм).



15- расм. А-Озонотерапия аппарати Медозонс БМ (АОТ-Н-01-Арз-01/1). Б-Озон концентрацияси учун портатив генератор Oxygen Concentrator 7f-5 5L Yuwell.

Қисилган чурраларда озонотерапиянинг маҳаллий яллиғланишга қарши таъсири самарадорлиги перифокал яллиғланиш ўзгаришлари ва эндотоксемия белгиларининг йўқолиш муддатлари бўйича баҳоланди.

Асосий гуруҳ беморларида даволаниш бошланган биринчи куннинг охирига келиб тери гиперемияси ва перифокал шишнинг камайиши қайд этилди. Операциядан кейин ўртача $2,1 \pm 0,43$ кунга келиб яллиғланиш аломатлари батамом йўқолиб кетди.

Яллиғланиш жараёнининг маҳаллий намоён бўлиши, шунингдек, Редон дренажидан ажралган яра суюқлигининг кислоталилик ўзгаришлари динамикаси билан ҳам ифодаланди. Озонотерапия қўлланилганда, рН нинг ишқорий томонга силжиши яра жараёнининг яхши кечаётганидан далолат берувчи белги, 3-суткага келиб кузатила бошланди. 1-суткада рН кўрсаткичи $5,42 \pm 0,08$ бўлган бўлса, 3-суткада $6,8 \pm 0,35$ га етди. Бирорта ҳолда ҳам иккиламчи ацидоз ҳолати кузатилмади.

Қисилган чурраларни даволашда озонотерапия қўлланилганда, 57 беморда даволанишнинг биринчи кундаёқ тана ҳароратининг тез меъёрлашувига эришилди, 14 нафар беморда эса иккинчи кунда, ўртача $1,14 \pm 0,15$ кунга келиб нормаллашди. Операциядан олдинги тана ҳарорати $37,8 \pm 1,2^\circ\text{C}$ бўлган; биринчи куни $37,3 \pm 0,96^\circ\text{C}$ га, иккинчи куни $36,8 \pm 1,3^\circ\text{C}$ га, учинчи куни эса $36,5 \pm 1,4^\circ\text{C}$ га тушди.

Интоксикация белгилари қон кўрсаткичларининг ўзгаришида ҳам намоён бўлди: операциядан олдин лейкоцитлар даражаси СИ бирлигида $11,2 \pm 0,84 \times 10^9/\text{л}$ эди; операциядан кейинги 2-куни $8,2 \pm 0,9 \times 10^9/\text{л}$ га; 3-куни $7,2 \pm 0,97 \times 10^9/\text{л}$ га; 5-куни эса $7,3 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$ га тушди. Кўрсаткичлар $2,25 \pm 0,35$ кунда меъёрлашди.

Озонотерапия (яраларни озонланган изотоник натрий хлорид эритмаси билан ювиш) қўлланилганда ўрта массали молекулалар миқдори тезда меъёрлашди. Иккинчи куниёқ бу кўрсаткич дастлабки қийматга нисбатан 49,4% га камайди ва ўртача $0,258 \pm 0,006$ шартли бирликни ташкил этди. Бу қисилган чурраларни даволашда озонотерапия қўлланилганда интоксикация белгилари эрта бартараф этилишини тасдиқлайди.

Кузатувнинг биринчи кунида асосий гуруҳ беморларидаги умумий оксил даражаси меъёрий кўрсаткичларга яқин эди. Даволаш жараёнида қон плазмасидаги оксил миқдорининг биров ошиши тенденцияси кузатилди, бу айниқса даволашнинг 5-кунига келиб яққол кўзга ташланди. Асосий гуруҳдаги оксил миқдори 1-суткада $64,8 \pm 0,74$ (г/л)ни; 3-суткада $59,4 \pm 1,4$ (г/л)ни; 5-суткада $64,5 \pm 1,08$ (г/л)ни; 7-суткада эса $72,4 \pm 0,65$ (г/л)ни ташкил этди.

Даволаш бошланганидан бир кун ўтгач, Редон бўйича дренаждан ажралган суюқлик миқдори кескин камайди. Ажралманинг тўлиқ тўхташи ўртача $2,61 \pm 0,15$ суткада содир бўлди.

Энг кам ифодаланган маҳаллий яллиғланишга қарши таъсир анъанавий даволаш усулини олган беморлар гуруҳида кузатилган. Бу усул қўлланилганда, перифокал яллиғланиш ўзгаришлари фақатгина $3,8 \pm 0,6$ суткадан сўнг бартараф бўлган.

Озонотерапияни қўллаш иккиламчи инфекция қўшилиши эҳтимолини анъанавий терапия билан таққослаганда 3 барабар камайтириш имконини берди. Озонотерапиянинг юқори антимикроб таъсири бактериялар тарқалишининг критик даражадан паст бўлган муддатларини таҳлил қилишда ҳам тасдиқланди.

Қисилган чурраларни даволашда озонотерапияни қўллаш нафақат яра инфекциясига қарши курашиш, балки даволаш жараёнида яранинг иккиламчи инфекцияланишининг олдини олиш имкониятини ҳам беради. Таклиф этилаётган усулнинг афзаллиги яранинг самарали тозаланиши ва озонотерапиянинг грам-мусбат ва грам-манфий микроорганизмларга ҳамда анаэроб бактерияларга таъсири билан изоҳланади.

Тўртинчи боб "Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра касаллигига чалинган беморларни жарроҳлик усули билан даволаш натижалари" деб номланган.

Операциядан кейинги эрта даврнинг кечишини қиёсий таҳлил қилиш учун қуйидаги мезонлар қўлланилди: жарроҳлик амалиётининг давомийлиги, операциядан кейинги асоратларнинг мавжудлиги ва хусусияти, беморларни даволаш муддати, вафот этганлар сони.

"Таранглашган герниопластика" ёрдамида операция қилинган беморларда чов чуррасида жарроҳлик аралашувининг ўртача давомийлиги $78,4 \pm 17,3$ дақиқани, Lichtenstein бўйича пластикада - $85,2 \pm 10,4$ дақиқани ташкил этди. Қисилган киндик чурраларида Меё ва Сапежко бўйича маҳаллий тўқималар билан пластика қилишнинг ўртача вақти $94,4 \pm 17,8$ дақиқани, қорин олд деворини реконструкция қилиш усули билан синтетик имплантатдан фойдаланган ҳолда - $96,3 \pm 24,0$ дақиқани ташкил этди. Шундай

қилиб, герниопластиканинг "таранглашмаган" усуллари қўллашда жарроҳлик аралашуви учун сарфланган вақт оралиғида фарқ мавжуд, аммо бу фарқ сезиларли эмас ($p>0,05$).

Ушбу гуруҳда "таранглашган" усуллардан фойдаланган ҳолда жарроҳлик аралашувининг ўртача вақти $112,7\pm 14,0$ дақиқани, "таранглашмаган" герниопластикада ўртача вақт $122,1\pm 28,8$ дақиқани ташкил этди.

Операциядан кейинги вентрал чурраларда жарроҳлик аралашувининг ўртача давомийлиги onlay герниоаллопластика ҳажмида 112 ± 43 дақиқани, Sublay герниоаллопластика ҳажмида $127\pm 40,2$ дақиқани ташкил этди.

Қорин бўшлиғи босими даражасининг динамикасини ўрганиш ичак тутилиши билан асоратланган операциядан кейинги қисилган вентрал чурра туфайли операция қилинган 30 нафар беморда амалга оширилди. Асосий гуруҳда ("таранглашмаган" герниопластика) тадқиқот 19 нафар беморда, назорат гуруҳида ("таранглашган" герниопластика) - 17 нафар беморда ўтказилди. Барча текширилган беморларда дастлабки қорин ичи гипертензияси кузатилди. Бунда, ҚИГнинг II ва III даражаси 33 беморнинг 29 тасида (87,8%) аниқланди.

Операциядан кейинги даврда иккала гуруҳда ҳам ҚБИБнинг ортиш тенденцияси операциядан кейинги даврнинг 3-кунигача сақланиб қолди. Операциядан кейинги 1-кун асосий гуруҳда ҚБИБнинг ўртача қиймати $15,3\pm 1,5$ мм сим. уст., назорат гуруҳида эса $17,1\pm 1,1$ мм сим. уст. ташкил этди. 2-кун асосий гуруҳда $15,6\pm 0,8$ мм сим. уст., назорат гуруҳида $18,1\pm 0,7$ мм сим. уст. бўлди. 3-кун асосий гуруҳда ҚБИБнинг ўртача қиймати $16,0\pm 0,7$ мм сим. уст., назорат гуруҳида эса $18,3\pm 0,7$ мм сим. уст. ташкил этди. 4-кун асосий гуруҳда ҚБИБ даражасининг $13,1\pm 0,8$ мм сим. уст. гача, назорат гуруҳида эса $16,2\pm 0,7$ мм сим. уст. гача пасайганлиги қайд этилди.

НЭИ операциядан сўнг ҚБИБ даражасини пасайтиришга имкон берди. 4 кун давомида ўтказилган кузатувда кўрсаткичлар ўртасидаги фарқларнинг ишончлилиги ($p<0,05$) билан ҚБИБнинг 3 кунгача кўтарилиши қайд этилди. ҚБИБнинг кўрсатилган динамикаси билан бир вақтда, 3-суткага келиб НЕЗ орқали ичак ажралмаси ҳажми ошди, бунда операция пайтида чиқарилган суюқликнинг дастлабки ҳажми билан сезиларли фарқ йўқолди. Шундай қилиб, НЭИ ичак таркибини чиқариб ташлашни таъминлаб, ҚБИБ даражасининг пасайишига қўмаклашади.

Ичак тутилишининг турли давомийлиги ва ичак етишмовчилиги синдромининг турли оғирлик даражаси бўлган беморларда қорин бўшлиғини УТТ текшируви натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, назоэнтерал интубация фонида аксарият ҳолларда ингичка ичакдаги ўзгаришлар унинг бўшлиғида оз миқдорда газ тўпланиши ҳамда йўғон ичак бўйлаб ўртача миқдорда газ мавжудлиги билан ифодаланади ва бу ҳолат операциядан олдинги ичакдаги ўзгаришларнинг оғирлик даражасига боғлиқ эмас (14 бемордан 12 тасида). Операциядан кейинги даврнинг асоратланмаган кечишида, назоэнтерал интубация фонида ингичка ичакнинг кенгайган ковузлоқларида деворлар ва (ёки) бурмаларнинг ўртача шишиши билан

суюқликнинг кўп сонли горизонтал сатҳларини аниқлаш мумкин. Бу ҳолат ичак тутилиши давомийлиги 6 соатдан ортиқ бўлганда операциядан кейинги 2-3-кунларда кузатилади ва кейинчалик динамик назоратда бу ўзгаришлар аста-секин йўқолиши кузатилади.

Қорин бўшлиғини операциядан сўнг дастлабки муддатларда ултратовуш текширувидан ўтказиш энтерал зонд жойлашувини баҳолаш, ингичка ва йўғон ичаклардаги газ нисбатини аниқлаш ҳамда операциядан кейинги ичак парези динамикасини кузатиш имконини беради.

Операциядан кейинги эрта даврнинг кечишини баҳолашда қуйидагилар фарқланди: қорин бўшлиғи асоратлари, операциядан кейинги умумий асоратлар ва маҳаллий яра асоратлари.

Қорин бўшлиғи асоратлари орасида назорат гуруҳидаги 10 нафар (17,8%) ва асосий гуруҳдаги 4 нафар (5,6%) беморда узокроқ (6-7 кунгача) назоэнтерал интубация талаб қилган операциядан кейинги ичак парези аниқланди. Улардан назорат гуруҳидаги 2 нафар беморда операция вақтида назоэнтерал интубация ўтказилмаган. Шундан келиб чиқиб, "таранглашган" пластика усулларида операция қилинган беморларда, "таранглашмаган" усуллардан фойдаланилган беморларга қараганда, операциядан кейинги ичак парези узокроқ давом этган.

Назорат гуруҳидаги 1 та (1,7%) беморда ўнг томонлама гемиколонэктомия ва илеостомия операциясидан сўнг, операциядан кейинги даврда ёнбош ичакнинг терминал қисмида некроз кузатилди, бу эса такрорий операция ўтказилишини талаб қилди. Назорат гуруҳининг яна 1 та (1,7%) беморида Меё усулида киндик чурраси пластикасида кейин (қорин бўшлиғи дренажланмаган ва НЭИ ўтказилмаган ҳолда) эрта битишмали ичак тутилиши юз берди, аммо у консерватив йўл билан бартараф этилди.

Асосий ва назорат гуруҳларида қорин бўшлиғи асоратларининг ривожланишини таҳлил қилиш асосида хулоса чиқариш мумкинки, таранглашмаган герниопластикада таранглашган герниопластикага қараганда ушбу асоратларнинг ривожланиш хавфи камроқ бўлади. (1-жадвал).

1-жадвал

Операциядан кейинги эрта даврнинг абдоминал асоратлари

Асорат табиати	Асосий гуруҳ (n=71)	Назорат гуруҳи (n=56)
Ингичка ичакнинг эрта даврларда битишмали тутилиши	-	1 (1,7%)
Операциядан кейинги ичак парези	4 (5,6%)	10 (17,8%)
Ёнбош ичак терминал қисмининг некрози	-	1 (1,7%)
Жами	4 (5,6%)	12 (21,4%)

Операциядан кейинги умумий асоратлар (4.5-жадвал) назорат гуруҳидаги 15 (26,7%) нафар беморда кузатилди. Улар орасида сунъий нафас

олиш аппаратида узоқ муддат қолиш билан боғлиқ асоратлар устунлик қилди: 3 (5,3%) нафар беморда пневмония, 1 (1,7%) нафар беморда икки томонлама гидроторакс, 1 (1,7%) нафар беморда йирингли трахеобронхит. Ўпка артериясининг қайталанувчи тромбоземболияси 1 нафар (1,7%) беморда ривожланди. 2 (3,5%) ҳолатда ўткир миокард инфаркти аниқланди. Чуқур веналар тромбози ва тромбофлебит мос равишда 2 (3,5%) ва 1 (1,7%) ҳолатда қайд этилди. Анамнезида меъда яра касаллиги бўлган 1 (1,7%) беморда операциядан кейинги давр яра касаллигининг зўрайиши ва меъда-ичакдан қон кетиши билан асоратланди. 3 беморда эса ўткир сийдик тутилиши кузатилди.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги умумий асоратлар доираси торроқ бўлиб, уларнинг юзага келиш частотаси 11,2 фоизга етади. Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши 1 нафар (1,4%) беморда аниқланди ва у кейинчалик ихтисослаштирилган бўлимга ўтказилди. Йирингли трахеобронхит 1 нафар (1,4%) беморда, зотилжам эса яна 1 нафар (1,4%) беморда ривожланди.

Оёқларнинг чуқур веналари тромбози 2 та (2,8%) беморда кузатилган. 3 та (4,2%) беморда операциядан кейинги даврда простата бези аденомаси мавжудлиги туфайли ўткир сийдик тутилиши юзага келган, бу эса эпицистостома қўйишни талаб этган..

Беморларнинг барча гуруҳларида умумий асоратларнинг ривожланиши уларнинг ёши ва ёндош сурункали касалликларнинг мавжудлиги билан боғлиқ. Бироқ, назорат гуруҳида устунлик қилган 5 нафар беморда бронх-ўпка тизимидаги асоратлар қорин бўшлиғи босими даражасининг ошиши оқибатида беморларнинг узоқ вақт сунъий нафас олдиришда бўлиши билан боғлиқ. Бу эса ўз навбатида нафас етишмовчилигининг кучайишига сабаб бўлди.

Турли хил чурралар ва қорин олд девори пластикасининг ҳар хил усулларида операциядан кейинги яра асоратларининг юзага келиш частотасини таҳлил қилиш натижасида, уларнинг частотаси ва хусусияти ўрганилаётган беморлар гуруҳларида бир хил эмаслиги аниқланди (2-жадвал).

2-жадвал

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра касаллигига чалинган беморларда операциядан кейинги умумий асоратларнинг тузилиши

Асоратнинг табиати	Асосий гуруҳ (n=71)	Назорат гуруҳи (n=56)
Ўпка артерияси тромбоземболияси	-	1 (1,8%)
Гидроторакс	-	1 (1,8%)
Йирингли трахеобронхит	1 (1,4%)	1 (1,8%)
Пневмония	1 (1,4%)	3 (5,3%)
Чуқур веналар тромбози	2 (2,8%)	2 (3,6%)
Ўткир миокард инфаркти	-	2 (3,6%)

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши	1 (1,4%)	-
Сон венаси тромбофлебити	-	1 (1,8%)
Ошқозон-ичакдан қон кетиши	-	1 (1,8%)
Ўткир сийдик тутилиши	3 (4,2%)	3 (5,3%)
Жами	8 (11,2%)	15 (26,8%)

Маҳаллий тўқималар пластикаси қўлланилган назорат гуруҳида 16 (28,5%) беморда жароҳат асоратлари кузатилди. Шулардан 7 (12,5%) беморда операциядан кейинги яра йиринглаши ва иккиламчи таранглик билан битиши қайд этилди. 6 (10,7%) ҳолда юмшоқ тўқималарнинг УТТси орқали серома аниқланди, бу эса кейинчалик пункция ва аспирация ўтказилишини тақозо этди. 2 (3,6%) ҳолда тери чеккасининг некрози, 1 (1,8%) ҳолда эса операциядан кейинги яра инфилтроти қайд этилди. 2 (3,6%) беморда операциядан кейинги эрта даврда эвентрация кузатилди.

Асосий гуруҳда "таранглашмаган" пластика усулларида фойдаланилганда, маҳаллий асоратлар 5 (7,1%) беморда кузатилди. Асоратлар орасида энг кўп учрагани серома бўлиб, у 3 (4,2%) ҳолатда шаклланди. Операциядан кейинги жароҳат соҳасидаги инфилтрат 2 (2,8%) беморда қайд этилди. Тери ости ёғ тўқимасининг йиринглаши кузатилмади. Синтетик имплантти олиб ташлаш ҳеч бир ҳолатда талаб қилинмади. Лигатура оқмалари ва абсцесслар аниқланмади.

Назорат гуруҳида ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чов чурралари бўйича жарроҳлик амалиётларидан сўнг беморларнинг стационарда қолиш муддати ўртача $5,5 \pm 6,9$ ётоқ кунини, қисилган киндик чуррасида $8,8 \pm 5,2$ ётоқ кунини, операциядан кейинги қисилган қорин чуррасида эса $10,8 \pm 2,8$ ётоқ кунини ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг касалхонада даволаниш муддати қисилган чов чуррасида $4,4 \pm 2,8$ ётоқ кунини, қисилган киндик чуррасида $6,4 \pm 5,4$ ётоқ кунини ва операциядан кейинги вентрал чуррада $8,8 \pm 6,5$ ётоқ кунини ташкил этди.

Ичак тутилиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурралари билан операция қилинган беморларнинг умумий ўлими 3,1% ни ташкил этди (4 бемор). Назорат гуруҳида операциядан кейинги ўлим 5,3% (3 бемор), асосий гуруҳда 1,4% (1 бемор) ни ташкил этди.

Назорат гуруҳида бир ҳолатда ўпка артерияси тромбоэмболияси ўлимга сабаб бўлган, қолган икки ҳолатда эса узок вақт давомида ўпка сунъий вентилизацияси ва қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиши натижасида юзага келган икки томонлама пневмония фонида ўткир юрак-нафас етишмовчилиги кузатилган. Асосий гуруҳда эса бир беморда ўлимнинг сабаби ўткир миокард инфаркти бўлган.

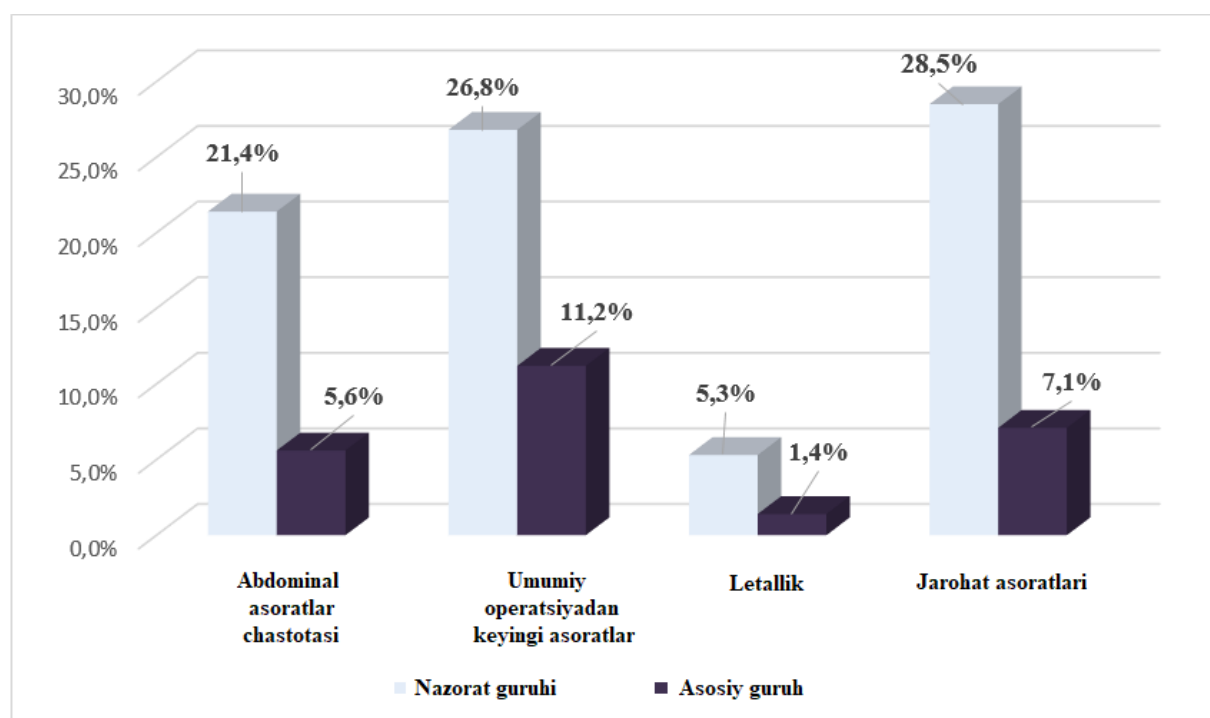
Тўртала ўлим ҳолати ҳам 70 ёшдан ошган кекса беморларда ва қисилиш давомийлиги 24 соатдан ортиқ бўлган ҳолларда кузатилган.

Асосий гуруҳда операциядан кейин 1 йилдан 3 йилгача бўлган даврда 71 бемордан 60 нафарини (84,5%) текширдик. Назорат гуруҳида эса 56

бемордан 46 нафари (82,1%) текширувдан ўтказилди. Жами 127 беморнинг 106 нафари (83,4%) узоқ муддат ўтгач текширилди.

"Таранглаштирилмаган герниопластика" усули қўлланилган беморлар орасида бир йилдан сўнг ўтказилган текширувда 3 та (4,2%) беморда операциядан кейинги вентрал чурра қайта юзага келганлиги аниқланди. Текширилган беморларда чок абсцесслари ва оқмалари кузатилмади. Анъанавий пластик жарроҳлик усуллари билан операция қилинган беморларнинг назорат гуруҳида эса 7 та (12,5%) рецидив аниқланди.

Олинган натижалар асоратланган қисилган чурраларда танлов усули сифатида таранглашмаган герниопластика усуллари тавсия қилиш имконини беради.



16-расм. Беморларни хирургик даволаш натижалари

Шундай қилиб, ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра билан оғриган беморларни даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштиришда тўрсимон эксплантлардан фойдаланиб "таранглашмаган" герниопластика бажариш ва маҳаллий периоператив озонотерапияни қўллаш натижасида қорин бўшлиғи асоратлари частотаси 21,4% дан 5,6% гача, операциядан кейинги умумий асоратлар 26,8% дан 11,2% гача, ўлим кўрсаткичи эса 5,3% дан 1,4% гача камайтирилди (16-расм).

ХУЛОСАЛАР

«Қисилган чурраларни жарроҳлик даволашда герниоаллопластиканинг тактик ва техник жиҳатларини мақбуллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация иши бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Қисилган чурралари бўлган беморларда аллотрансплантатдан фойдаланган ҳолда қорин олд деворининг таранглашмаган пластикасини бажариш мақсадга мувофиқдир, чунки бу усул 95,8% ҳолларда компартмент синдроми, энтерал ва полиорган етишмовчилиги ривожланишининг олдини олиб, бевосита ижобий натижаларга олиб келади.

2. НЭИ ва таранглашмаган пластика натижасида асосий тадқиқот гуруҳида ҚБИБнинг ишончли пасайиш тенденцияси ($p < 0,05$) кузатилди (таққослаш гуруҳида дастлаб $19,3 \pm 1,6$ мм сим. уст.га тенг бўлган босим жарроҳлик амалиёти якунида $17,1 \pm 1,3$ мм сим. уст.гача, асосий гуруҳда $18,8 \pm 1,8$ дан $14,5 \pm 1,3$ мм сим. уст. гача камайди) ва кейинги 3 кун давомида мос равишда давом этди. Қорин бўшлиғининг УТТси ичак тутилиши ва парезнинг бартараф этилишини кузатиб бориш имконини беради.

3. Қисилган чурралари бўлган беморларни операциядан кейинги даволашда маҳаллий гидропрессив озон терапиясини қўллаш яллиғланиш асоратларини 28,5% дан 7,1% гача, стационар даволаниш муддатларини $10,8 \pm 2,8$ дан $8,8 \pm 6,5$ кунгача қисқартиришга ёрдам берди.

4. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра билан оғриган беморларни даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштиришда тўрсимон эксплантлардан фойдаланиб “таранглашмаган” герниопластика бажариш ва маҳаллий периоператив озонотерапияни қўллаш натижасида қорин бўшлиғи асоратлари частотаси 21,4% дан 5,6% гача, операциядан кейинги умумий асоратлар 26,8% дан 11,2% гача, ўлим кўрсаткичи эса 5,3% дан 1,4% гача камайтирилди.

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

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

УТАЕВ ЛАТИФЖОН ХОЛМАМАТОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ**

14.00.27 – Хирургия

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

Самарканд – 2025

Тема диссертации доктора философии(PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под №B2024.3.PhD/Tib4992.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

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

Научный руководитель: **Дусияров Мухаммад Мукумбаевич**
кандидат медицинских наук (PhD), доцент

Официальные оппоненты: **Эшонходжаев Отабек Джураевич**
доктор медицинских наук, профессор.

Шоназаров Искандар Шоназарович
доктор медицинских наук, доцент.

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

Защита состоится «__» _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Научного Совета ДСс.04/05.05.2023.Тиб.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

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

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2025 года).

Н.Н. Абдуллаева

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

К.В. Шмырина

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

З.Б. Курбаниязов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Проблема лечения грыж живота на сегодняшний день остается нерешенной, требует дополнительного изучения и разработки стандартов оказания квалифицированной помощи. «...Наружные грыжи живота встречаются у 7% населения, а у лиц пожилого и старческого возрастов достигают 15-17%...»¹. Причем с увеличением возраста больных повышается риск ущемления грыжи и развития осложнений. «...Оперативные вмешательства по устранению грыж составляют около 10% от всех хирургических вмешательств...»². Заболевание грыжей сопровождается как летальными исходами, так и большими трудовыми потерями, связанными с инвалидизацией больного. Несмотря на множество предложенных способов герниопластики результаты лечения наружных грыж живота не удовлетворяют ни пациентов, ни хирургов.

Отдельной проблемой в хирургии грыж является их ущемление. При устранении ущемленных грыж различных локализаций в неотложной хирургии как правило, применяются наиболее простые натяжные методы устранения грыжевых дефектов местными тканями. Однако результаты этих оперативных вмешательств не всегда благоприятны, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. В то же время при плановом оперативном лечении грыж с успехом применяются ненатяжные методы оперативного лечения с использованием сетчатых эксплантатов, использование которых в ургентной хирургии до сих пор остается спорным. В связи с вышеизложенным, а также с учетом современного развития медицинских технологий чрезвычайно актуальным становится изучение возможности использования способов аллопластики сетчатыми эксплантатами при экстренных оперативных вмешательствах по поводу ущемленных грыж передней брюшной стенки.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»³.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению

¹European Hernia Society. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions // F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. - 2015. - №19(1). - P. 1-24.

²Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2nd ed. - World Health Organization. - 2018. - 184p.

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

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

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

Степень изученности проблемы. В имеющейся литературе достаточно подробно разработаны показания и противопоказания к пластике брюшной стенки при паховых, пупочных грыжах и ПОВГ, методика и техника выполнения самой операции, целесообразность применения того или иного синтетического материала. Установлены в большинстве наблюдений благоприятные не только ближайшие, но и отдаленные результаты планового хирургического лечения больных. Однако вопрос о применении ненатяжной герниопластики в ургентной хирургии остается актуальным. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения являются неадекватный выбор способа пластики, значительное натяжение тканей брюшной стенки, уменьшение объема брюшной полости и развитие абдоминального компартмент синдрома у 0,8-12% оперированных больных (Bauer K.H. et al., 2019).

Одним из разделов ургентной хирургии, которому посвящено большое количество исследований и публикаций, является проблема оперативного лечения ущемленных грыж передней брюшной стенки (Каримов Ш.И. и соавт., 2019).

Ущемление грыжи - наиболее частое и опасное осложнение, которое обусловлено внезапным сдавлением содержимого в шейке грыжевого мешка и развитием ишемических изменений в ущемленных органах и тканях. Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10-17% «грыженосителей» и в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости занимает второе место после острого аппендицита. В то же время летальность при них в 15-16 раз выше, чем при остром аппендиците (Тешаев О.Р. и соавт., 2023).

До сих пор недостаточно освещены такие вопросы как особенности тактики предоперационного, интра - и послеоперационного ведения больных с осложненными ущемленными грыжами; выбора метода пластики в зависимости от размеров, локализации осложненной ущемленной грыжи; герниопластики при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах больших и гигантских размеров, в условиях анатомического дефицита тканей

передней брюшной стенки и кишечной непроходимости, вопросы профилактики развития абдоминального компартмент-синдрома.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Госреестр № 012400287).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки применением методов ненатяжной герниоаллопластики и локальной периоперационной озонотерапии.

Задачи исследования:

обосновать возможность выполнения пластики передней брюшной стенки сетчатым эксплантатом при ущемленных грыжах;

провести сравнительный анализ течения послеоперационного периода по показателям внутрибрюшного давления и УЗИ мониторинга состояния брюшной полости в зависимости от выполнения натяжных и ненатяжных методов герниопластики;

определить роль локальной озонотерапии в периоперационной профилактике инфекционных осложнений у больных с ущемленными грыжами, оперированных с использованием сетчатого эксплантата;

обосновать клиническую эффективность методов ненатяжной герниоаллопластики при ущемленных вентральных грыжах с периоперационной озонотерапией.

Объектом исследования явились 127 больных с ущемленными вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Навоинского филиала РНЦЭМП в сроки с 2019 по 2024 гг.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с ущемленными вентральными грыжами с использованием методов ненатяжной герниоаллопластики при ущемленных вентральных грыжах с периоперационной озонотерапией.

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

Научная новизна исследования заключается в следующем:

обоснованы преимущества ненатяжной протезной пластики при ущемленных грыжах передней брюшной стенки упреждением развития компартмент синдрома, энтеральной и полиорганной недостаточности;

по динамики показателей внутрибрюшного давления и УЗИ мониторинга брюшной полости предложено послеоперационное ведение больных с ущемленными грыжами с использованием назоэнтеральной интубации;

впервые доказано, что операции с использованием сетчатых протезов с периоперационной озонотерапией не сопровождаются специфическими осложнениями, связанными с присутствием инородного материала в инфицированных тканях;

низкий процент рецидивов и отсутствие специфических осложнений доказывает преимущества ненатяжной аллопластики, как о превентивном методе при лечении ущемленных грыж.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

предложенный алгоритм на всех этапах лечения больных с ущемленными грыжами осложненной кишечной непроходимости с приоритетной ненатяжной пластикой позволил улучшить результаты лечения, уменьшить число осложнений и послеоперационной летальности;

доказано, что энтеральная интубация и декомпрессия кишечника является профилактикой синдрома кишечной недостаточности;

мониторинг в послеоперационном периоде степени ВБД и состояния брюшной полости по данным УЗИ позволяет своевременно коррегировать динамику кишечной непроходимости;

на основании анализа течения послеоперационного периода доказана эффективность ненатяжных методов пластики при ущемленных грыжах с использованием локальной озонотерапии и при этом не отмечено увеличения сером или отторжения импланта, что доказывает его применение в качестве выбора метода хирургического лечения.

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

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и хирургического лечения больных с ущемленными вентральными грыжами осложненной кишечной непроходимостью. Усовершенствованы технические и тактические аспекты выполнения методов герниоаллопластики. Усовершенствован способ лечения и профилактики гнойно-септических осложнений за счет применения локальной озонотерапии. Разработан алгоритм выбора герниоаллопластики в зависимости от степени энтеральной недостаточности, уровня ВБД, типа и размера грыж. Клинически обоснована необходимость герниоаллопластики у больных с ущемленными грыжами по результатам лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Исследованы результаты выполнения герниопластик посредством «натяжных» и «ненатяжных» методов, определена клиническая эффективность оперативных вмешательств.

Практическая ценность работы заключается в том, что по результатам исследования определено, что основной причиной неудовлетворительных результатов явилось натяжная пластика, при герниопластике с натяжением. Усовершенствованы технические аспекты выполнения «ненатяжного» метода герниоаллопластики с локальной периоперационной озонотерапией, что позволяет нивелировать осложнения в раннем послеоперационном периоде. Разработан алгоритм тактики ведения больных с ущемленными грыжами с учетом усовершенствованных технических аспектов операции. Обоснована клиническая эффективность герниоаллопластики у больных с ущемленными вентральными грыжами снижением частоты раневых осложнений, и улучшением качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Внедрение результатов исследования. По результатам исследований, проведенных по оптимизации тактико-технических аспектов герниоаллопластики в хирургическом лечении ущемленных грыж (заключение Научно-технического совета при МЗ Республики Узбекистан от 15.02.2025 г. № 12/13):

первая научная новизна: обоснованы преимущества ненатяжной протезной пластики при ущемленных грыжах передней брюшной стенки упреждением развития компартмент синдрома, энтеральной и полиорганной недостаточности. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 29.11.2024 г. приказом 4468-7-107-ТВ/2024 и Республикандский научный центр экстренной медицинской помощи Наваинского филиала от 23.11.2024 й. приказом № 109. Социальная эффективность научной новизны: предложенный алгоритм на всех этапах лечения больных с ущемленными грыжами осложненной кишечной непроходимости с приоритетной ненатяжной пластикой позволил улучшить результаты лечения, уменьшить число осложнений и послеоперационной летальности. Экономическая эффективность научной новизны: При профилактике компартмент-синдрома у больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки стоимость стационарного лечения больных в рамках одномоментного хирургического вмешательства обычно составляет 3 241 320 сумов в общей сложности на 8-10 дней. На все лабораторно-инструментальные исследования больных в общей сложности затрачивается 855 200 сумов. При выполнении операции с использованием малоинвазивных подходов срок стационарного лечения сокращается на 2 дня, а экономический показатель составляет 1 123 700 сумов (на одного больного). Заключение: Ненатяжная пластика передней брюшной стенки у больных ущемленными грыжами с использованием аллотрансплантата целесообразна, так как в 95,8% случаев приводит к благоприятным непосредственным результатам, упреждая развитие компартмент синдрома, энтеральной и полиорганной недостаточности.

вторая научная новизна: по динамики показателей внутрибрюшного давления и УЗИ мониторинга брюшной полости предложено послеоперационное ведение больных с ущемленными грыжами с использованием назоэнтеральной интубации. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 29.11.2024 г. приказом 4468-7-107-ТВ/2024 и Республикандский научный центр экстренной медицинской помощи Наваинского филиала от 23.11.2024 й. приказом № 109. Социальная эффективность научной новизны: доказано, что энтеральная интубация и декомпрессия кишечника является профилактикой синдрома кишечной недостаточности. Экономическая эффективность научной новизны: Доказано, что энтеральная интубация и декомпрессия кишечника являются профилактикой синдрома кишечной недостаточности. Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем: с учетом того, что положительные результаты наблюдались у 2-х раз большего числа больных с ущемленными грыжами при использовании назоэнтеральной интубации, на основании ультразвукового исследования органов брюшной полости и динамики показателей внутрибрюшного давления, годовой экономический показатель составляет 4 355 400 сум. Заключение: В результате НЭИ и ненатяжной пластики в основной исследуемой группе прослежена достоверная ($p < 0.05$) тенденция к снижению ВБД (в гр. сравнения исходное $19,3 \pm 1,6$ снизилось по завершении операции до $17,1 \pm 1,3$, в основной гр. с $18,8 \pm 1,8$ до $14,5 \pm 1,3$ мм.рт.ст) с соответствующей тенденцией в течении ближайших 3 суток. УЗИ брюшной полости позволяет ввести мониторинг разрешения кишечной непроходимости и пареза.

третья научная новизна: впервые доказано, что операции с использованием сетчатых протезов с периоперационной озонотерапией не сопровождаются специфическими осложнениями, связанными с присутствием инородного материала в инфицированных тканях. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 29.11.2024 г. приказом 4468-7-107-ТВ/2024 и Республикандский научный центр экстренной медицинской помощи Наваинского филиала от 23.11.2024 й. приказом № 109. Социальная эффективность научной новизны: мониторинг в послеоперационном периоде степени ВБД и состояния брюшной полости по данным УЗИ позволяет своевременно корректировать динамику кишечной непроходимости. Экономическая эффективность научной новизны: Учитывая радикальное снижение осложнений в послеоперационном периоде после операции с применением протезирования с периоперационной озонотерапией, в основной группе больных достигнуто снижение бюджетных и внебюджетных средств на 35%. Заключение: Применение локальной гидропрессивной озонотерапии в послеоперационном лечении больных с ущемленными грыжами способствовало сокращению воспалительных осложнений с 28,5% до 7,1%, уменьшению сроков стационарного лечения с $10,8 \pm 2,8$ до $8,8 \pm 6,5$ суток.

четвертая научная новизна: низкий процент рецидивов и отсутствие специфических осложнений доказывает преимущества ненатяжной аллопластики, как о превентивном методе при лечении ущемленных грыж. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 29.11.2024 г. приказом 4468-7-107-ТВ/2024 и Республикандский научный центр экстренной медицинской помощи Наваинского филиала от 23.11.2024 й. приказом № 109. Социальная эффективность научной новизны: на основании анализа течения послеоперационного периода доказана эффективность ненатяжных методов пластики при ущемленных грыжах с использованием локальной озонотерапии и при этом не отмечено увеличения сером или отторжения импланта, что доказывает его применение в качестве выбора метода хирургического лечения. Экономическая эффективность научной новизны: За счет сокращения сроков реабилитации общая стоимость лечения больных в стационарных условиях обычно составляет 3 558 400 сум. Годовой экономический показатель, в свою очередь, приводит к экономии бюджетных средств до 20%. Заключение: Оптимизация тактико-технических аспектов лечения больных с ущемленными грыжами осложненной кишечной непроходимостью применением ненатяжной герниопластики применением сетчатых эксплантов и локальной периоперационной озонотерапии позволило снизить частоту абдоминальных осложнений с 21,4% до 5,6%, общих послеоперационных осложнений с 26,8% до 11,2%, летальность с 5,3% до 1,4%.

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

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, из них 7 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 4 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 111 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

В первой главе диссертации «Современные проблемы хирургического лечения ущемленных вентральных грыж» представлен обзор литературы, в котором вопрос о применении ненатяжной герниопластики в ургентной хирургии остается актуальным. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения являются неадекватный выбор способа пластики, значительное натяжение тканей брюшной стенки, уменьшение объема брюшной полости и развитие абдоминального компартмент синдрома у оперированных больных. Недостаточно освещены такие вопросы как особенности тактики предоперационного, интра - и послеоперационного ведения больных с осложненными ущемленными грыжами; выбора метода пластики в зависимости от размеров, локализации осложненной ущемленной грыжи; герниопластики при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах больших и гигантских размеров, в условиях анатомического дефицита тканей передней брюшной стенки и кишечной непроходимости, вопросы профилактики развития абдоминального компартмент-синдрома.

Вторая глава диссертации «Материалы и методы исследования». В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного исследования **127 пациентов** оперированных без предварительного отбора по поводу ущемленных грыж передней брюшной стенки различной локализации, которые находились на стационарном лечении в Навоинском филиале РНЦЭМП в 2019-2024 гг.

Клиническому наблюдению подвергнуты пациенты, которые были разделены на две группы в зависимости от характера и объема оперативного вмешательства.

Основную группу составили 71 пациент с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, которым было выполнено оперативное лечение с применением синтетических имплантатов («ненатяжная» герниопластика). В данную группу включены пациенты с различной локализацией грыжи:

1. С ущемленной паховой грыжей - 24 (33,8%)
2. С ущемленной пупочной грыжей - 20 (28,1%)
3. С ущемленной послеоперационной вентральной грыжей - 27 (38,1%)

Контрольную группу составили 56 пациента с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, оперированные традиционными

способами аутопластики («натяжная» герниопластика). Данную группу составили пациенты с различной локализацией грыжи:

1. С ущемленной паховой грыжей - 16 (28,6%)
2. С ущемленной пупочной грыжей - 18 (32,1%)
3. С ущемленной послеоперационной вентральной грыжей – 22 (39,3%)

Пациенты с бедренной грыжей и флегмоной грыжевого мешка в обеих группах в исследование не включались.

В основной группе средний возраст пациентов составил $55,4 \pm 4$ года и варьировал от 28 до 81 лет. Мужчин было 34 (47,9%), женщин - 37 (52,1%).

В контрольной группе средний возраст составил $56,6 \pm 3,1$ года и варьировал от 27 до 78 лет. Мужчин было 28 (50,0%), женщин 28 (50,0%).

Большинство оперированных пациентов старшей возрастной группы имели серьезные сопутствующие заболевания, что сказывалось на течении и исходе заболевания. При этом по 2-3 сопутствующих заболевания обнаружилось у 82% пациентов этой возрастной группы.

В обеих группах преобладали заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Значительная часть пациентов имела урологическую патологию и заболевания желудочно-кишечного тракта. Нарушение обмена веществ в виде алиментарного ожирения с индексом массы тела более 30 кг/м отмечено у 32 пациентов.

В среднем продолжительность грыженосительства составила $9,5 \pm 1,7$ лет.

Пациенты, поступившие в экстренном порядке в приемное отделение Навоинского филиала РНЦЭМП имели различные сроки от начала ущемления. В основной группе (Рисунок 1) время госпитализации с момента ущемления составило от 4 до 120 часов. Среднее время $17,1 \pm 8,4$ часа. В первые 6 часов госпитализировано 7 (9,9%) пациентов, с 6 до 12 часов госпитализировано 24 (33,8%) пациентов, от 12 до 24 часов госпитализировано 20 (28,1%) пациентов, позднее 24 часов от момента ущемления 20 (28,2%) пациентов.

В контрольной группе время госпитализации с момента ущемления составило от 3 до 144 часов. Среднее время $20,6 \pm 6,8$ часа. В первые 6 часов госпитализировано 7 (12,5%) пациентов, с 6 до 12 часов госпитализировано 22 (39,3%) пациентов, от 12 до 24 часов госпитализирован 16 (28,8%) пациент, позднее 24 часов от момента ущемления 11 (19,6%) пациентов.

При оценке пациентов в приемном отделении, диагноз ущемленной грыжи основывался на клинических данных, учете характера внезапно наступивших болей в области ранее вправлявшейся грыжи, их интенсивности, зависящей от вида ущемления и пострадавшего органа. Так 122 (96,1%) пациент указывал на невозможность вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи, на болезненность и увеличение в объеме грыжевого выпячивания (рис 1,2). При пальпации отсутствовала передача «кашлевого толчка» у 118 (92,9%) пациентов. Симптомы кишечной непроходимости, такие как тошнота, встречалась у 68 (53,5%) пациентов, рвота на догоспитальном этапе и периодически повторяющаяся у 45 (35,4%)

пациентов, задержка отхождения стула и газов у 33 (25,9%) пациентов, усиление перистальтики в 19 (14,9%) случаях. В 15 (11,8%) случаях отмечено появление перитонеальных симптомов. Изменение цвета кожи над грыжевым выпячиванием отмечено лишь у 3 (2,3%) пациентов.



Рис. 1. Больной Д., 73 лет. Левосторонняя ущемленная паховая грыжа. Острая кишечная непроходимость



Рис. 2. Больной Э., 82 года. Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. Острая кишечная непроходимость

Рентгенологические признаки высокой тонкокишечной непроходимости выявлены у 26 (20,5%) пациентов. Реже отмечалось ущемление толстой кишки, сопровождаемое развитием рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости - 10 (7,8%) пациентов. У 1 (0,8%) пациента с паховой грыжей и 2 (1,6%) пациентов с пупочной грыжей диагностировано наличие свободного газа в брюшной полости.

В проекции грыжевого выпячивания расширенные петли тонкой кишки выявлены у 20 (15,7%) пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (рис. 3) и 21 (17,3%) пациента с пупочными грыжами. У 2 (1,6%) пациентов с симптомами толстокишечной непроходимости в проекции грыжевого выпячивания определялась расширенная в диаметре поперечно-ободочная кишка с горизонтальным уровнем жидкости в ней.

Ультразвуковое исследование при поступлении проведено 89 (70,1%) пациентам с осложненными ущемленными грыжами (рис. 4).

Увеличенный диаметр приводящего участка кишки с утолщением стенок, с "маятникообразными" движениями кишечного содержимого и спавшихся кишечных петель отводящего отрезка выявлен у 49 (69,1%) пациентов основной группы и 37 (66,1%) пациентов контрольной группы. Выявление признаков свободной жидкости в межпетельных промежутках и латеральных каналах сопутствовало различным осложнениям УЗ признаки при ущемленных грыжах, осложненных кишечной (перитониту, некрозу

кишки) и было обнаружено у 26 (52%) пациентов основной группы и 24 (58%) пациента контрольной группы.

При установке датчика на область грыжевого выпячивания и оценки грыжевого содержимого в 27 (40,1%) случаях основной группы и 24 (42,8%) случае контрольной группы содержимым явилась ущемленная петля кишки (рис. 2.4, 2.5), в 21 (29,6%) и 18 (32,1%) соответственно, петля тонкой кишки и сальник. Грыжевая жидкость обнаружена у 20 (15,7%) пациентов основной группы и 19 (33,9%) контрольной группы.

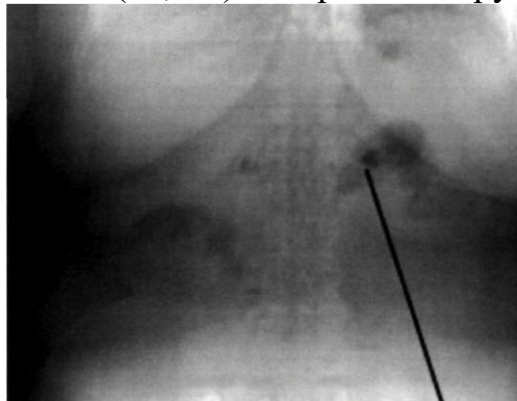


Рис. 3. Послеоперационная вентральная грыжа с признаками кишечной непроходимости (прямая и боковая проекции).



Рис. 4. Ущемленная вентральная грыжа: лоцируются грыжевые ворота, в которых выходит фрагмент тонкой кишки с жидкостным содержимым, без перистальтики. Кровоток в стенке не регистрируется. Лоцируется жидкость в грыжевом мешке.

Третья глава диссертации «Хирургическое лечение ущемленных грыж, осложненных кишечной непроходимостью».

Хирургическая тактика при ущемленной грыже, осложненной кишечной непроходимостью предусматривала выполнение следующих этапов. - доступ выполнялся в соответствии с локализацией грыжи; - производилось вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой жидкости и фиксация ущемленного органа; - рассечение ущемляющего кольца, визуально оценивалось состояние ущемленного органа и при его жизнеспособности он вправлялся в брюшную полость. Перед вправлением кишки в брюшную полость в ее брыжейку вводилось 80-100 мл 0,25% раствора Новокаина; - при определении показаний к резекции кишки использовали визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамику этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика; - проведение назоэнтеральной интубации, декомпрессии и лаважа кишечника; - при нежизнеспособности кишки (темная окраска кишки; тусклая серозная оболочка; дряблая стенка; отсутствие перистальтики кишки; отсутствие пульсации сосудов ее брыжейки) выполнялась ее резекция (рис. 5, 6); - при ущемленной паховой грыже, при сомнительной жизнеспособности кишки, без явлений перитонита и перфорации стенки кишки, резекция выполнялась из герниотомического

доступа. Абсолютным показанием к выполнению лапаротомии являлись: некроз кишки, перитонит, перфорация стенки кишки; - санация брюшной полости озонированным изотоническим раствором натрия хлорида (NaCl 0,9%), дренирование брюшной полости; - пластика грыжевых ворот в зависимости от локализации грыжи.

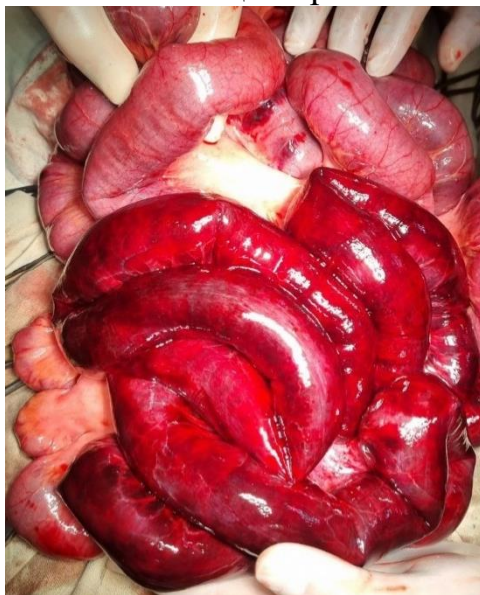


Рис. 5. Интраоперационное фото. Ущемленная пупочная грыжа. Странгуляционная кишечная непроходимость. Некроз тонкого кишечника



Рис. 6. Интраоперационное фото. Ущемленная пупочная грыжа. Странгуляционная кишечная непроходимость. Некроз тонкого кишечника. Удаленный макропрепарат некротизированные петли тонкого кишечника

В основной группе изолированное ущемление тонкой кишки отмечено у 30 (42,2%) пациента, ущемление тонкой кишки в сочетании с сальником у 22 (30,9%), ущемление тонкой кишки с ободочной кишкой у 8 (11,3%), ущемление ободочной кишки у 4 (5,6%) пациентов.

В контрольной группе также в большинстве случаев отмечено ущемление тонкой кишки - 20 (35,7%) пациента, ущемление тонкой кишки и сальника у 17 (30,3%), тонкой и ободочной кишки у 8 (14,3%), ущемление ободочной кишки у 4 (7,1%).

В основной группе произведена резекция нежизнеспособного сальника и тонкой кишки в 8 случаях, резекция некротизированного участка тонкой кишки в 13 случаях, также резекция ободочной кишки выполнено 1 пациентки. В контрольной группе резекция некротизированного сальника и тонкой кишки произведена у 4 пациентов, резекция тонкой кишки у 12 пациентов, резекция ободочной кишки у 1 пациента. Всего у 39 (30,7%) больных вследствие некроза кишечника произведена его резекция, в 37 – резекция тонкого, в 2-х – резекция толстого кишечника.

При хирургическом лечении ущемленных грыж без использования синтетического имплантата - «натяжная» герниопластика (контрольная

группа) применялись традиционные методы пластики. При лечении ущемленных паховых грыж использованы методики Бассини (n=6), Постемски (n=10), при ущемленных пупочных грыжах и ПОВГ методики Мейо (n=17) и Сапежко (n=20). В 3 случаях при гигантских ventральных грыжах произведено декомпрессивное ушивание раны. Дренирование послеоперационной раны не производилось.

В основной группе пациентов при оперативном лечении ущемленных грыж использовались различные «ненатяжные» способы пластики передней брюшной стенки. У 24 пациентов при лечении ущемленных паховых грыж был использован способ Лихтенштейна с установкой синтетического имплантата на заднюю стенку пахового канала. При операциях по поводу ущемленной пупочной и послеоперационной ventральной грыже у 47 пациентов выполнены следующие операции: – герниоаллопластика onlay-38; – герниоаллопластика sublay – 4; герниоаллопластика inlay – 5.

При хирургическом лечении ущемленных паховых грыж был использован способ I. Lichtenstein у 24 больных с установкой сетчатого протеза на заднюю стенку пахового канала (рис. 7,8).

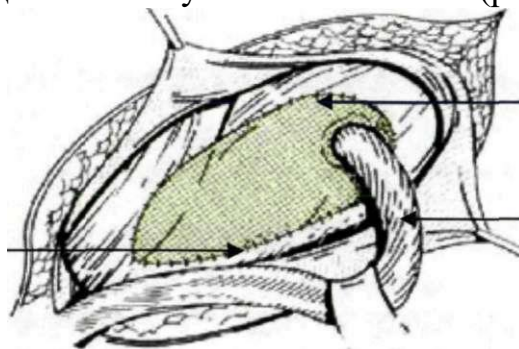


Рис. 7. Схема операции по методу Лихтенштейна: 1 - сетчатый эксплантат, 2 -семенной канатик, 3 - ряд фиксирующих швов



Рис. 8. Операция по методу Лихтенштейна: 1 - сетчатый эксплантат, 2 - семенной канатик, 3 - ряд фиксирующих

При хирургическом лечении ущемленных пупочных грыж использовали комбинированный способ «onlay» (расположение сетки поверх апоневроза). После ликвидации ущемления выполняли пластику пупочного кольца сетчатым эксплантатом, расположенным над апоневрозами широких мышц живота после сшивания их «край в край» в продольном направлении (рис. 9, 10).

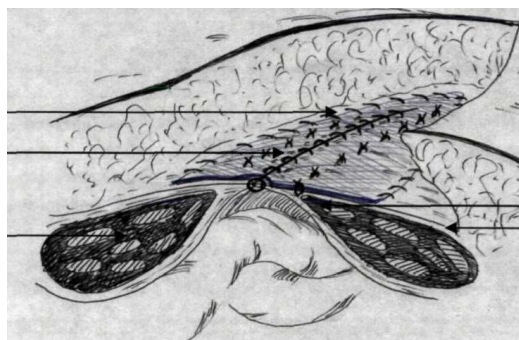


Рис. 9. Схема устранения грыжи

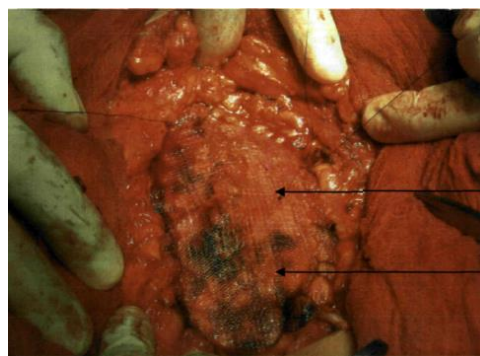


Рис. 10. Устранение грыжи

способом «onlay»: 1 - сетчатый эксплантат, 2 - второй ряд фиксирующих швов, 3 - прямые мышцы живота, 4 - брюшина, 5 - апоневроз передней брюшной стенки.

способом «onlay»: 1 - сетчатый эксплантат, 2 - второй ряд фиксирующих швов.

У всех больных основной группы с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей выполнялась комбинированная пластика по одному из вариантов: «onlay» (над апоневрозом), «inlay» (вместо участка апоневроза, апоневроз не сшивается) или «sublay» (под апоневрозом). В 18 случаях выполнена комбинированная пластика с наапоневротическим размещением протеза ("onlay"). 5 больным с обширными ущемленными послеоперационными вентральными грыжами выполнена пластика по способу «inlay» (рис. 11, 12). 4 больным с малыми гипогастральными ущемленными грыжами выполнена комбинированная пластика по способу «sublay» (рис. 13, 14).

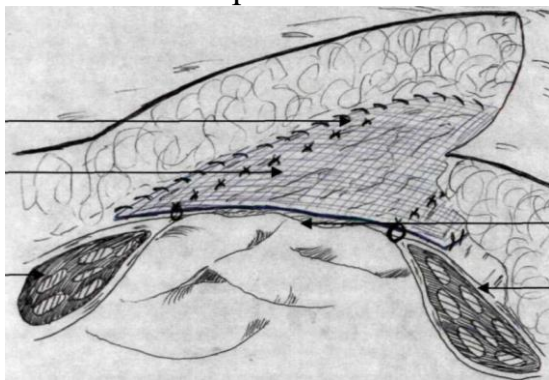


Рис. 11. Устранение грыжи способом «inlay»: 1 - сетчатый эксплантат, 2 - второй ряд швов, 3 - прямые мышцы живота, 4 - брюшина, 5 - апоневроз передней брюшной стенки.

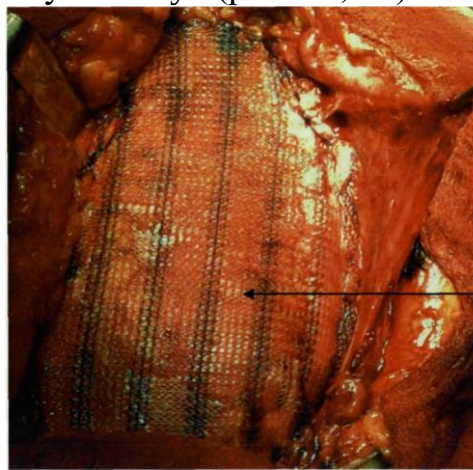


Рис. 12. Устранение грыжи способом «inlay»: 1 - сетчатый эксплантат.

31 (43,7%) из 71 операций выполнены с использованием полипропиленового сетчатого протеза «PROLENE» производства «Ethicon, Johnson & Johnson», а в 40 (56,3%) случаях использовался полипропиленовый сетчатый протез АОЗТ СП «Линтекс-эсфил» (г. Санкт-Петербург). Для фиксации эксплантата применялась полипропиленовая нить условным диаметром 2/0. Выбор фирмы, производящей сетчатый протез был случаен. Единственным строгим условием выбора был материал и структура сетчатого протеза - полипропиленовый макропористый монофиламентный эксплантат.

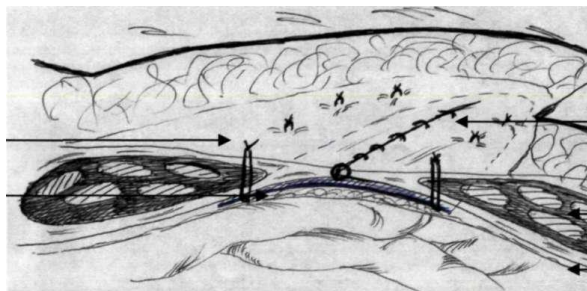


Рис. 13. Устранение грыжи по технике «Sublay»: 1 - сетчатый эксплантат, 2 - прямые мышцы живота, 3 - брюшина, 4 - фиксирующие сквозные швы, 5 - апоневроз передней брюшной стенки.



Рис. 14. Устранение грыжи по технике «sublay»: 1 - сетчатый эксплантат, 2 - прямые мышцы живота, 3 - брюшина, 4 - фиксирующие сквозные швы.

После выполнения радикальной хирургической операции под общим обезболиванием, перед герниопластикой интраоперационно, струйно под давлением брюшная полость и ткани в области грыжевых ворот промывали 400-800 мл озонированного изотонического раствора хлорида натрия с бактерицидной концентрацией озона 8-10 мг/л. Промывание надсеточного пространства через дренаж Редона осуществляли в течение 1-3 суток 2-3 раза в день в объеме 30-50 мл.

Для получения озонокислородной смеси использовалась озонотерапевтическая установка АОТ-Н-01-Арз-01/1 «Медозон БМ» производства ООО Медозон, Москва; регистрационное удостоверение №29/06050796/1561-01 от 09.02.2001 года (рис. 15).



Рисунок 15. А-Аппарат озонотерапии Медозонс БМ (АОТ-Н-01-Арз-01/1). В-Портативный генератор для концентрации озона Oxygen Concentrator 7f-5 5LYuwell.

Эффективность местного противовоспалительного действия озонотерапии при ущемленных грыжах оценивалась по срокам исчезновения перифокальных воспалительных изменений и явлений эндотоксемии.

У больных основной группы уже к исходу первых суток от начала лечения отмечалось уменьшение гиперемии кожи и перифокального отека. В среднем к $2,1 \pm 0,43$ суткам после операции воспалительные изменения полностью исчезли.

Местные проявления воспалительного процесса характеризовались также динамикой изменений кислотности раневого отделяемого из дренажа Редона. При применении озонотерапии сдвиг pH в щелочную сторону, свидетельствующий о гладком течении раневого процесса, намечался уже к 3 суткам. pH в 1 сутки - $5,42 \pm 0,08$; на 3 сутки - $6,8 \pm 0,35$. Ни в одном случае не было отмечено состояние вторичного ацидоза.

При применении озонотерапии при лечении ущемленных грыж удалось добиться быстрой нормализации температуры тела у 57 больных уже на 1 сутки лечения, у 14 больных на 2 сутки лечения, а в среднем уже к $1,14 \pm 0,15$ суткам. Температуры тела до операции $37,8 \pm 1,2$ °C; на 1 сутки $37,3 \pm 0,96$ °C; на 2 сутки $36,8 \pm 1,3$ °C; на 3 сутки $36,5 \pm 1,4$ °C.

Проявления интоксикации находили также отражение и в изменениях картины крови: уровень лейкоцитов перед операцией составил $11,2 \pm 0,84 \times 10^9$ /л; на 2 сутки после операции - $8,2 \pm 0,9 \times 10^9$ /л; на 3 сутки - $7,2 \pm 0,97 \times 10^9$ /л; на 5 сутки - $7,3 \pm 1,1 \times 10^9$ /л. Нормализация показателя на $2,25 \pm 0,35$ сутки.

При сочетанном применении озонотерапии (промывание раны озонированным изотоническим раствором хлорида натрия, отмечена быстрая нормализация уровня молекул средней массы. Уже на 2 сутки он снизился на 49,4% по сравнению с исходными показателями и составил в среднем $0,258 \pm 0,006$ усл. ед. Это подтверждает раннее купирование проявлений интоксикации при применении озонотерапии для лечения ущемленных грыж.

Уровень общего белка в первые сутки наблюдения у больных основной группы был близок к нормальным цифрам. В процессе лечения наблюдалась тенденция к некоторому увеличению уровня белка плазмы крови, особенно заметная к 5 суткам лечения. Уровень белка в основной группе в 1 сутки составил $64,8 \pm 0,74$ (г/л); на 3 сутки - $59,4 \pm 1,4$ (г/л); на 5 сутки - $64,5 \pm 1,08$ (г/л); на 7 сутки - $72,4 \pm 0,65$ (г/л).

Уже через сутки с момента начала лечения резко уменьшалось количество отделяемого из дренажа по Редону. Полное прекращение отделяемого наступало в среднем на $2,61 \pm 0,15$ сутки.

Наименее выраженный местный противовоспалительный эффект отмечался у группы больных, получивших традиционное лечение. При его применении перифокальные воспалительные изменения исчезали только к $3,8 \pm 0,6$ суткам.

Применение озонотерапии позволило снизить вероятность присоединения вторичной инфекции в 3 раза по сравнению с традиционной терапией. Высокий антимикробный эффект озонотерапии подтверждался и при анализе сроков снижения бактериальной обсеменённости ниже критического уровня.

Применение озонотерапии при лечении ущемленных грыж позволяет не только бороться с раневой инфекцией, но и предупредить вторичное инфицирование раны в процессе лечения. Преимущество предлагаемого метода объясняется эффективной санацией раны и воздействием озонотерапии как на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, так и на анаэробы.

Четвертая глава **«Результаты хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами, осложненными кишечной непроходимостью».**

Критериями для сравнительного анализа течения раннего послеоперационного периода были: длительность оперативного вмешательства, наличие и характер послеоперационных осложнений, продолжительность лечения пациентов, число летальных исходов.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства при паховой грыже у пациентов, оперированных с применением «натяжной герниопластики» составило $78,4 \pm 17,3$ мин., с пластикой по Lichtenstein - $85,2 \pm 10,4$ мин. При ущемленных пупочных грыжах среднее время пластикой местными тканями по Мейо и Сапезко составило $94,4 \pm 17,8$ мин, с использованием синтетического имплантата способом реконструкции передней брюшной стенки - $96,3 \pm 24,0$ мин. Таким образом, имеется отличие в затраченном времени на оперативное вмешательство в сторону увеличения при использовании «ненатяжных» способов герниопластики, но данное различие не достоверно ($p > 0,05$).

Среднее время оперативного вмешательства с использованием «натяжных» способов в этой группе составило $112,7 \pm 14,0$ мин, среднее время при «ненатяжной» герниопластики составило $122,1 \pm 28,8$ мин.

Среднее время продолжительности оперативного вмешательства при послеоперационных вентральных грыжах в объеме герниоаллопластики onlay составило 112 ± 43 мин, в объеме герниоаллопластике sublay $127 \pm 40,2$ мин.

Исследование динамики уровня внутрибрюшного давления выполнено 30 пациентам, оперированным по поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи, осложненной кишечной непроходимостью. В основной группе («ненатяжная «герниопластика») исследование выполнено 19 пациентам, в группе контроля («натяжная» пластика) - 17 пациентам. У всех обследованных пациентов отмечена исходная внутрибрюшная гипертензия. Причем, II и III степень ВБГ наблюдалась у 29 из 33 пациентов (87,8%).

В послеоперационном периоде тенденция к увеличению ВБД сохранялась до 3 суток послеоперационного периода в обеих группах. Среднее значение ВБД на 1 сутки после операции в основной группе составило $15,3 \pm 1,5$ мм.рт.ст., в контрольной - $17,1 \pm 1,1$ мм.рт.ст. На 2 сутки, в основной группе - $15,6 \pm 0,8$ мм.рт.ст., в контрольной - $18,1 \pm 0,7$ мм.рт.ст. Среднее значение ВБД на 3 сутки в основной группе составило $16,0 \pm 0,7$ мм.рт.ст., в контрольной группе - $18,3 \pm 0,7$ мм.рт.ст. На 4 сутки отмечено снижение уровня ВБД в основной группе до $13,1 \pm 0,8$ мм.рт.ст., в контрольной до $16,2 \pm 0,7$ мм.рт.ст.

НЭИ позволила уменьшить уровень ВБД после операции. При мониторинге в течение 4 суток отмечено увеличение ВБД до 3 суток при достоверности различий показателей ($p < 0,05$). Одновременно с представленной динамикой ВБД увеличивается объем кишечного отделяемого по НЭЗ к 3 суткам, с исчезновением достоверной разницы с исходным объемом эвакуированной жидкости в момент оперативного вмешательства. Таким образом, обеспечивая сброс кишечного содержимого, НЭИ способствует уменьшению уровня ВБД.

При анализе результатов УЗИ исследования брюшной полости у пациентов с различной давностью кишечной непроходимости и степенью выраженности синдрома кишечной недостаточности установлено, что на фоне назоэнтеральной интубации в большинстве случаев изменения тонкой кишки бывают представлены скоплением газа в ее просвете в небольшом количестве в сочетании с умеренным количеством газа по ходу толстой кишки и не зависят от выраженности изменений кишки до операции (12 из 14 больных). При не осложненном течении послеоперационного периода выявление на фоне назоэнтеральной интубации множественных горизонтальных уровней жидкости в расширенных петлях тонкой кишки с умеренным отеком стенок и (или) складок возможно на 2-е-3-и сутки после операции при давности кишечной непроходимости более 6 часов с последующим обратным развитием этих изменений при динамическом контроле.

Выполнение ультразвукового исследования брюшной полости в ранние сроки после операции позволяет оценить положение энтерального зонда, определить соотношение газа в тонкой и толстой кишке, динамику послеоперационного пареза кишечника.

При оценке течения раннего послеоперационного периода выделили: абдоминальные осложнения, общие послеоперационные осложнения и местные раневые осложнения.

Среди абдоминальных осложнений у 10 пациентов (17,8%) контрольной группы и 4 (5,6%) пациентов основной группы выявлен послеоперационный парез кишечника, потребовавший более длительной (до 6-7 суток) назоэнтеральной интубации. Из них у 2 пациентов контрольной группы не проводилась интраоперационная назоэнтеральная интубация. Исходя из этого, более длительный послеоперационный парез кишечника сохранялся у пациентов, оперированных «натяжными» методами пластики, чем у пациентов с использованием «ненатяжных» методов.

В 1 (1,7%) случае у пациента контрольной группы после выполнения правосторонней гемиколонэктомии и илеостомии в послеоперационном периоде отмечен некроз терминального отдела подвздошной кишки, что потребовало повторной операции. Ранняя спаечная кишечная непроходимость, разрешившаяся консервативно отмечена у 1 (1,7%) пациента контрольной группы, после пластики пупочной грыжи по Мейо (дренирование брюшной полости и НЭИ не проводились).

На основании анализа развития абдоминальных осложнений в основной и контрольной группах можно заключить, что ненатяжная герниопластика сопровождается меньшим риском их развития, чем при натяжной герниопластики (табл. 1).

Таблица 1

Абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода

Характер осложнения	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n=56)
Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость	-	1 (1,7%)
Послеоперационный парез кишечника	4 (5,6%)	10 (17,8%)
Некроз терминального отдела подвздошной кишки	-	1 (1,7%)
Всего	4 (5,6%)	12 (21,4%)

Общие послеоперационные осложнения отмечены у 15 (26,7%) пациентов контрольной группы, среди них преобладали осложнения, обусловленные длительным нахождением на ИВЛ - пневмония у 3 (5,3%) пациентов, двухсторонний гидроторакс у 1 (1,7%), гнойный трахеобронхит у 1 (1,7%) пациента. Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии развилась у 1 (1,7%) пациента. В 2 (3,5%) случаях диагностирован острый инфаркт миокарда. Тромбоз глубоких вен и тромбофлебит в 2 (3,5%) и 1 (1,7%) случаях соответственно. У 1 (1,7%) пациента с наличием в анамнезе язвенной болезни желудка послеоперационный период осложнился обострением язвенной болезни и желудочно-кишечным кровотечением, острая задержка мочи у 3.

В основной группе спектр общих послеоперационных осложнений менее широк и по частоте развития достигает 11,2%. Острое нарушение мозгового кровообращения диагностировано у 1 (1,4%) пациента, переведенного в последующем в профильное отделение. Гнойный трахеобронхит развился у 1 (1,4%) пациента, пневмония у 1 (1,4%) пациента.

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей отмечен у 2 (2,8%) пациентов. У 3 (4,2%) пациента в послеоперационном периоде развилась острая задержки мочи, вследствие наличия аденомы предстательной железы, что потребовало наложение эпицистостомы.

Во всех группах у пациентов развитие общих осложнений обусловлено возрастом и наличием сопутствующих хронических заболеваний. Однако, осложнения со стороны бронхо-легочной системы у 5 больных, преобладающие в контрольной группе, обусловлены длительным нахождением пациентов на ИВЛ, вследствие повышения уровня

внутрибрюшного давления, что повело за собой прогрессирование дыхательной недостаточности.

При анализе частоты возникновения послеоперационных раневых осложнений при различных видах грыж и разных способах пластики передней брюшной стенки установлено, что частота и характер их неодинаков в исследуемых группах пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Структура общих послеоперационных осложнений у пациентов сущемленными грыжами, осложненными кишечной непроходимостью

Характер осложнения	Основная группа (n=71)	Контроль ная группа (n=56)
Тромбоэмболия легочной артерии	-	1 (1,8%)
Гидроторакс	-	1 (1,8%)
Гнойный трахеобронхит	1 (1,4%)	1 (1,8%)
Пневмония	1 (1,4%)	3 (5,3%)
Тромбоз глубоких вен	2 (2,8%)	2 (3,6%)
Острый инфаркт миокарда	-	2 (3,6%)
Острое нарушение мозгового кровообращения	1 (1,4%)	-
Тромбофлебит бедренной вены	-	1 (1,8%)
Желудочно-кишечное кровотечение	-	1 (1,8%)
Острая задержка мочи	3 (4,2%)	3 (5,3%)
Всего	8 (11,2%)	15 (26,8%)

В контрольной группе с применением пластики местными тканями раневые осложнения отмечены у 16 (28,5%) пациентов, из них, нагноение послеоперационной раны и заживление вторичным натяжением отмечено у 7 (12,5%) пациентов. В 6 (10,7%) случаев при УЗИ мягких тканей диагностирована серома, что потребовало дальнейшей пункции и аспирации. В 2 (3,6%) случаев отмечен краевой некроз кожи, в 1 (1,8%) случае инфильтрат послеоперационной раны. У 2 (3,6%) пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдалась эвентрация.

В основной группе с использованием «ненатяжных» методов пластики местные осложнения отмечены у 5 (7,1%) пациентов, среди осложнений чаще всего формировалась серома — 3 (4,2%) случая. Инфильтрат в области послеоперационной раны наблюдался у 2 (2,8%) пациентов. Нагноение подкожно-жировой клетчатки не отмечено. Удаления синтетического имплантата ни в одном случае не потребовалось. Лигатурных свищей и абсцессов выявлено не было.

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре (табл. 4.6) после оперативных вмешательств по поводу ущемленных паховых грыж, осложненных кишечной непроходимостью в контрольной группе составила

5,5±6,9 койко-дня, при ущемленной пупочной грыже 8,8±5,2 койко-дня, при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах 10,8±2,8 койко-дня.

Сроки госпитализации пациентов основной группы в стационаре при ущемленной паховой грыже составили 4,4±2,8 койко-дня, при ущемленной пупочной грыже 6,4±5,4 койко-дня, и при послеоперационной вентральной грыже 8,8±6,5 койко-дня.

Общая летальность оперированных пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными кишечной непроходимостью, составила 3,1% (4 пациентов). В контрольной группе послеоперационная летальность составила 5,3% (3 пациентов), в основной группе 1,4% (1 пациента).

В контрольной группе в 1 случае причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии, в остальных 2 случаях имела место острая сердечно-дыхательная недостаточность на фоне длительной вентиляции легких и двухсторонней пневмонии на фоне повышения уровня внутрибрюшного давления. В основной группе причиной смерти у 1 пациента явился острый инфаркт миокарда.

Все 4 летальных исходов были у пожилых пациентов старше 70 лет и сроками ущемления более 24 часов.

В сроки от 1 до 3 лет после операции в основной группе нами обследовано 60 (84,5%) из 71 пациентов. В контрольной группе обследовали 46 (82,1%) пациента из 56. Всего из 127 пациентов обследовано в отдаленном периоде 106 (83,4%).

Среди оперированных пациентов с применением «ненатяжной герниопластики» при обследовании через год выявлен у 3 (4,2%) пациентов с рецидивом послеоперационной вентральной грыжи. У обследованных пациентов не отмечено лигатурных абсцессов и свищей. В контрольной группе пациентов, оперированных традиционными методами пластики выявлено 7 (12,5%) рецидивов.

Полученные результаты позволяют рекомендовать методы ненатяжной герниопластики в качестве методов выбора при осложненных ущемленных грыжах.

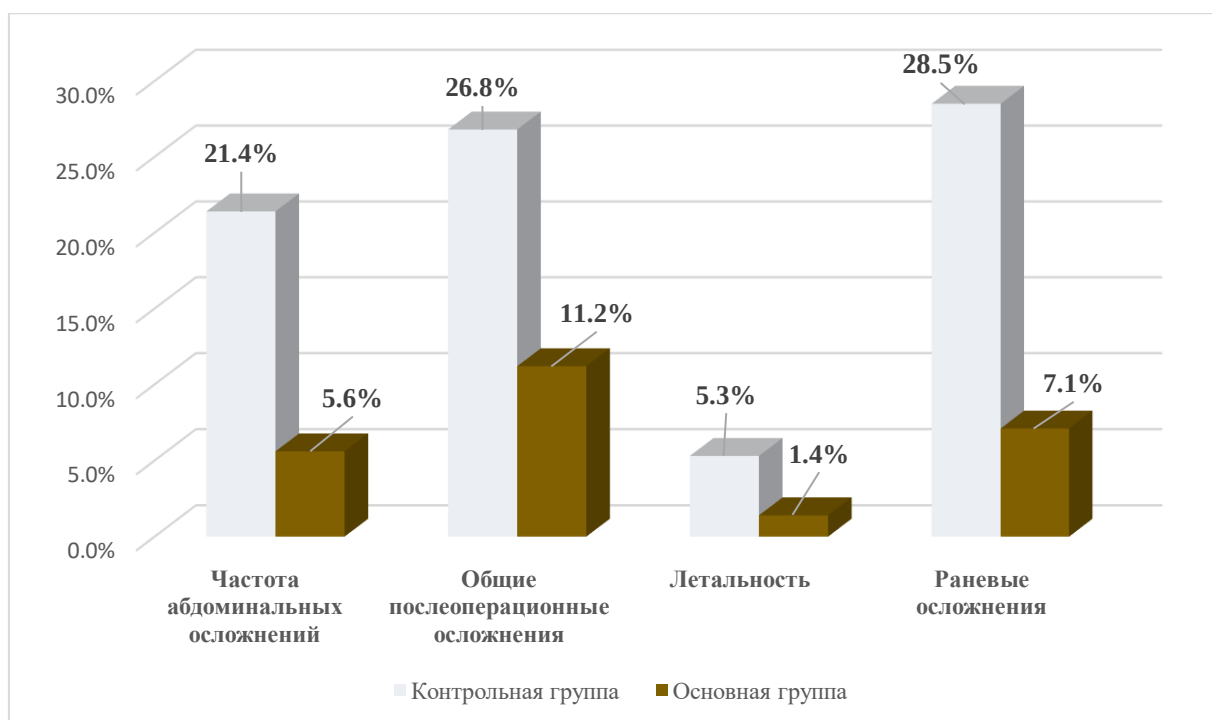


Рисунок 16. Результаты хирургического лечения больных

Таким образом, Оптимизация тактико-технических аспектов лечения больных с ущемленными грыжами осложненной кишечной непроходимостью применением ненатяжной герниопластики применением сетчатых эксплантов и локальной периоперационной озонотерапии позволило снизить частоту абдоминальных осложнений с 21,4% до 5,6%, общих послеоперационных осложнений с 26,8% до 11,2%, летальность с 5,3% до 1,4% (рис. 16).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Оптимизация тактико-технических аспектов герниоаллопластики в хирургическом лечении ущемленных грыж»** были сделаны следующие выводы:

1. Ненатяжная пластика передней брюшной стенки у больных ущемленными грыжами с использованием аллотрансплантата целесообразна, так как в 95,8% случаев приводит к благоприятным непосредственным результатам, упреждая развитие компартмент синдрома, энтеральной и полиорганной недостаточности.

2. В результате НЭИ и ненатяжной пластики в основной исследуемой группе прослежена достоверная ($p < 0.05$) тенденция к снижению ВБД (в гр. сравнения исходное $19,3 \pm 1,6$ снизилось по завершении операции до $17,1 \pm 1,3$, в основной гр. с $18,8 \pm 1,8$ до $14,5 \pm 1,3$ мм.рт.ст) с соответствующей тенденцией в течении ближайших 3 суток. УЗИ брюшной полости позволяет ввести мониторинг разрешения кишечной непроходимости и пареза.

3. Применение локальной гидропрессивной озонотерапии в послеоперационном лечении больных с ущемленными грыжами способствовало сокращению воспалительных осложнений с 28,5% до 7,1%, уменьшению сроков стационарного лечения с $10,8 \pm 2,8$ до $8,8 \pm 6,5$ суток.

4. Оптимизация тактико-технических аспектов лечения больных с ущемленными грыжами осложненной кишечной непроходимостью применением ненатяжной герниопластики применением сетчатых эксплантов и локальной периоперационной озонотерапии позволило снизить частоту абдоминальных осложнений с 21,4% до 5,6%, общих послеоперационных осложнений с 26,8% до 11,2%, летальность с 5,3% до 1,4%.

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

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

UTAEV LATIFJON KHOLMAMATOVICH

**OPTIMIZATION OF TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF
HERNIOALLOPLASTY IN SURGICAL TREATMENT OF
STRANGULATED HERNIAS**

14.00.27 – Surgery

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

Samarkand – 2025

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № №B2024.3.PhD/Tib4992.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

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

Research leader: **Dusiarov Mukhammad Mukumbaevich**
Doctor of Philosophy (PhD), Docent

Official opponents: **Eshonkhodjaev Otabek Djuraevich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Shonazarov Iskandar Shonazarovich
Doctor of Medical Sciences, Docent

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

The defense will take place “__” _____ 2025 at ____hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: sammu@sammu.uz)

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

The abstract of the dissertation was sent out “__” _____ 2025.

(mailing protocol register No. ____ dated _____ 2025).

N.N. Abdullaeva

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

K.V. Shmirina

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

Z.B. Kurbaniazov

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

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

Purpose of the study is to improve the treatment results for patients with strangulated hernias of the anterior abdominal wall, methods of tension-free hernioalloplasty and local perioperative ozone therapy are used.

The subjects of the study were 127 patients with strangulated ventral hernias who were treated in the surgical department of the Navoi branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine from 2019 to 2024 came forward.

The scientific novelty of the study is as follows:

the advantages of tension-free prosthetic repair of strangulated hernias of the anterior abdominal wall are substantiated by preventing the development of compartment syndrome, enteric and multiple organ failure;

according to the dynamics of intra-abdominal pressure indicators and ultrasound monitoring of the abdominal cavity, postoperative management of patients with strangulated hernias using nasoenteric intubation is proposed;

it is shown that operations using mesh prostheses with perioperative ozone therapy are not accompanied by specific complications associated with the presence of foreign material in infected tissues;

a low percentage of relapses and the absence of specific complications prove the advantages of tension-free alloplasty as a preventive method in the treatment of strangulated hernias.

Implementation of research results. Based on the results of studies conducted to optimize the tactical and technical aspects of hernioalloplasty in the surgical treatment of strangulated hernias (conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated 02/15/2025 No. 12/13):

the first scientific novelty: the advantages of tension-free prosthetic plastic surgery for strangulated hernias of the anterior abdominal wall by preventing the development of compartment syndrome, enteral and multiple organ failure are substantiated. Implementation of scientific novelty into practice: introduced into medical practice by the Samarkand City Medical Association dated 11/29/2024 by order 4468-7-107-TB / 2024 and the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Navain branch dated 11/23/2024. by order No. 109. Social efficiency of scientific novelty: the proposed algorithm at all stages of treatment of patients with strangulated hernias of complicated intestinal obstruction with priority tension-free plastic surgery allowed to improve treatment results, reduce the number of complications and postoperative mortality. Economic efficiency of scientific novelty: When preventing compartment syndrome in patients with strangulated hernias of the anterior abdominal wall, the cost of inpatient treatment of patients within the framework of a single-stage surgical intervention usually amounts to 3,241,320 soums in total for 8-10 days. A total of 855,200 soums are spent on all laboratory and instrumental studies of patients. When performing an operation using minimally invasive approaches, the period of inpatient treatment is reduced by 2 days, and the economic indicator is 1,123,700 soums (per patient). Conclusion: Tension-free plastic surgery of the anterior abdominal wall in patients

with strangulated hernias using an allograft is advisable, since in 95.8% of cases it leads to favorable immediate results, preventing the development of compartment syndrome, enteral and multiple organ failure.

the second scientific novelty: according to the dynamics of intra-abdominal pressure indicators and ultrasound monitoring of the abdominal cavity, postoperative management of patients with strangulated hernias using nasoenteric intubation is proposed. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Samarkand City Medical Association dated November 29, 2024 by order 4468-7-107-TB / 2024 and the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Navain branch dated November 23, 2024. by order No. 109. Social efficiency of scientific novelty: it has been proven that enteral intubation and intestinal decompression prevent intestinal failure syndrome. Economic efficiency of scientific novelty: it has been proven that enteral intubation and intestinal decompression prevent intestinal failure syndrome. The economic efficiency of scientific novelty is as follows: taking into account that positive results were observed in 2 times more patients with strangulated hernias when using nasoenteric intubation, based on ultrasound examination of abdominal organs and the dynamics of intra-abdominal pressure indicators, the annual economic indicator is 4,355,400 soums. Conclusion: As a result of NEI and tension-free plastic surgery in the main study group, a reliable ($p < 0.05$) tendency to decrease IAP was observed (in the comparison group, the initial 19.3 ± 1.6 decreased to 17.1 ± 1.3 upon completion of the operation, in the main group from 18.8 ± 1.8 to 14.5 ± 1.3 mm Hg) with a corresponding tendency over the next 3 days. Abdominal ultrasound allows for monitoring the resolution of intestinal obstruction and paresis.

The third scientific novelty: for the first time it has been proven that operations using mesh prostheses with perioperative ozone therapy are not accompanied by specific complications associated with the presence of foreign material in infected tissues. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Samarkand City Medical Association dated November 29, 2024 by order 4468-7-107-TB / 2024 and the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Navain branch dated November 23, 2024 by order No. 109. Social effectiveness of scientific novelty: monitoring the degree the state of the abdominal cavity in the postoperative period according to ultrasound data allows for timely correction of the dynamics of intestinal obstruction. Economic efficiency of scientific novelty: Considering the radical reduction of complications in the postoperative period after surgery using prosthetics with perioperative ozone therapy, in the main group of patients a reduction of budgetary and extra-budgetary funds by 35% was achieved. Conclusion: The use of local hydropressive ozone therapy in the postoperative treatment of patients with strangulated hernias contributed to the reduction of inflammatory complications from 28.5% to 7.1%, a decrease in the duration of inpatient treatment from 10.8 ± 2.8 to 8.8 ± 6.5 days.

The fourth scientific novelty: a low percentage of relapses and the absence of specific complications prove the advantages of tension-free alloplasty as a

preventive method in the treatment of strangulated hernias. Implementation of scientific novelty in practice: implemented in medical practice by the Samarkand City Medical Association dated November 29, 2024 by order 4468-7-107-TB / 2024 and the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Navain branch dated November 23, 2024 by order No. 109. Social efficiency of scientific novelty: based on the analysis of the course of the postoperative period, the effectiveness of tension-free plastic methods for strangulated hernias using local ozone therapy was proven, and at the same time, no increase in seromas or implant rejection was noted, which proves its use as a choice of surgical treatment method. Economic efficiency of scientific novelty: Due to the reduction in rehabilitation periods, the total cost of treating patients in inpatient settings is usually 3,558,400 soums. The annual economic indicator, in turn, leads to savings of budget funds of up to 20%. Conclusion: Optimization of the tactical and technical aspects of treatment of patients with strangulated hernias complicated by intestinal obstruction using tension-free hernioplasty with mesh explants and local perioperative ozone therapy made it possible to reduce the incidence of abdominal complications from 21.4% to 5.6%, general postoperative complications from 26.8% to 11.2%, and mortality from 5.3% to 1.4%.

Structure and scope of the dissertation.

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

ЭЪЛОНҚИЛИНГ АНИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т. Стратегии для диагностики и проведения операций при ущемленных вентральных грыжах с осложнением кишечной непроходимостью // Новый день в медицине. – 2024. № 7 (69). – С.312-317 (14.00.00; №22).
2. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Аскарров П.А., Хужабаев С.Т. Современные подходы к хирургическому лечению ущемленных вентральных грыж, осложненных кишечной непроходимостью // Новый день в медицине. – 2024. № 9 (71). – С.435-439 (14.00.00; №22).
3. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Аскарров П.А., Хужабаев С.Т. Клинические особенности ущемленных вентральных грыж осложненных кишечной непроходимостью // Журнал биомедицины и практики. - 2024. - Том 9, № 4. – С. 95-102 (14.00.00; №24).
4. Utaev L.X., Dusiyarov M.M., Askarov P.A., Khujabaeov S.T. Clinical Features of Intracted Ventral Hernias Complicated by Intestinal Obstruction // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(8): 2000-2003 (14.00.00, №2).
5. Utayev L.H., Dusiyarov M.M., Xujabayev S.T., Belyalov A.M. Surgical treatment of dislocated anterior abdominal wall hernias with tension-free hernioplasty (literature review) // The american journal of medical sciences and pharmaceutical research. – Vol. 6, Issue 6, 2024. P.21-25. (SJIF 8.187)
6. Utayev L.H., Dusiyarov M.M., Xujabayev S.T., Belyalov A.M. Results of surgical treatment of patients with pinched // The american journal of medical sciences and pharmaceutical research. – Vol. 6, Issue 6, 2024. P.26-30. (SJIF 8.187)
7. Utayev L.H., Dusiyarov M.M., Xujabayev S.T., Belyalov A.M. Clinical features of impinged ventral hernias complicated by intestinal obstruction // World Bulletin of Public Health (WBPH). – Vol. 36, 2024. P.13-17. (IF 10.355 / SJIF 7.967)

II бўлим (II часть; part II)

8. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т. Тактика и технические аспекты хирургического лечения пациентов с ущемленными вентральными грыжами // International scientific Journal Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 9. – С. 200-208. (SJIF (6.577) UIF (8.3) / 2024).
9. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т. Выбор метода хирургического лечения вентральных грыж, осложненных кишечной непроходимостью // International scientific Journal Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 9. – С. 209-215. (SJIF (6.577) UIF (8.3) / 2024).

10. Utayev L.H., Dusiyarov M.M., Khuzhabayev S.T. Surgical treatment of dislocated anterior abdominal wall hernias with tension-free hernioplasty (literature review) // Central asian journal of education and innovation. – Vol.3, Issue 5, 2024. P.56-60.
11. Utayev L.H., Dusiyarov M.M., Khuzhabayev S.T. Analysis of the influence of hernia impingement on the development of acute enteral insufficiency syndrome and increased intra-abdominal pressure (literature review) // Eurasian journal of technology and innovation. – Vol. 2, Issue 5, 2024. P.25-30.
12. Утаев Л.Х., Дусияров М.М. Влияния ущемления грыжи на развитие синдрома острой энтеральной недостаточности и повышенного внутрибрюшного давления // Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi. – 2024. P.55-56.
13. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т. Результаты хирургического лечения пациентов с ущемленными вентральными грыжами // Журнал современной медицины. - 2024. - № 4 (7). – С. 130-134
14. Utayev L.H., Dusiyarov M.M. Influence of hernia impingement on the development of acute enteral insufficiency syndrome and increased intra-abdominal pressure // Academic research in modern science. International scientific-online conference. –2024. P.62-63.
15. Дусияров М.М., Утаев Л.Х. Протезная герниопластика ущемленных вентральных грыж //Методические рекомендации. Самарканд 2024. 19 с.
16. Утаев Л.Х., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т., Ачилов М.Т. Қисилган чурраларда аъзонинг ҳолатини баҳолаш ва хирургик давони танлаш учун дастур // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 12.10.2024 йил. DGU-43011.
17. Дусияров М.М., Хужабаев С.Т., Утаев Л.Х., Рустамов И.М. Прогностические критерии выбора протезной пластики вентральных грыж // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги ҳузуридаги интеллектуал мулк агентлиги 26.10.2024 йил. DGU-43468.