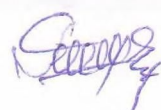


**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК:617.55-007.43-089.8.616

На правах рукописи



ГАНИЕВ АЛИЁР ЭШМУРОДОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II - ТИПА**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора философии (PhD), доктора по специальности
6D110117 - Хирургия

Душанбе - 2026

Диссертация выполнена на кафедре хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: Назаров Шохин Кувватович-доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Официальные
оппоненты:**

Хакимов Мурод Шавкатович -доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 «Ташкентский государственный медицинский университет»

Бокиев Фатхулло Бахшуллоевич- кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения бариатрической хирургии и герниологии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Ведущая организация: «Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино» Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится « 23 » 06 2026 г. в « 13⁰⁰ » часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: Республика Таджикистан 734026, г.Душанбе, ул. Сино 29-31. www.tajmedun.tj. тел. (+992)928217755

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « _____ » _____ 2026 г.

Учёный секретарь
диссертационного
совета к.м.н., доцент



Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. На сегодняшний день частота рецидивов вентральных грыж служит главным критерием для оценки исходов хирургического вмешательства и профессионализма хирурга. Применение методов натяжной герниопластики играет ведущую роль среди причин повторного рецидива данного заболевания. Авторы отмечают что: «Лечение послеоперационных грыж является актуальной проблемой в современной хирургии» [14, с.65-73]. В условиях современной медицины полное исключение риска рецидива у пациентов с комплексным анамнезом остаётся недостижимой целью, что подтверждает постоянное присутствие проблемы рецидивов вентральных грыж даже при доступности синтетических эндопротезов. Как отмечают Махмадов Ф.И. и Султонов Р.Б.: «В структуре хирургических операций грыжесечение занимает третье место после аппендэктомии и холецистэктомии» [8,с.33-38]. В настоящий момент медицинскому сообществу приходится сталкиваться с трудностями в лечении пациентов, у которых рецидивы грыж возникают после использования разнообразных методов герниопластики. В связи с этим Федосеев А.В. отмечает: «Одним из осложнений операций, выполненных через указанный доступ, является послеоперационная вентральная грыжа, ухудшающая качество жизни пациента, что требует повторной операции, приводящей к риску послеоперационных осложнений, а также влияющей на экономическую составляющую лечения данной патологии» [9,с.68-75]. Недавние исследования в мировой научной сфере указывают на рост частоты повторных заболеваний, что вероятно обусловлено удлинением срока мониторинга пациентов с отягощённым анамнезом и увеличением числа хирургических вмешательств с применением искусственных имплантов [2,с.61-68;14,с.1234-1255]. В своей научной работы Магомедрасулова А.А. отмечают, что: «Несмотря на общепризнанную эффективность герниопластики с помощью сетчатого эндопротеза, данный метод сопровождается риском возникновения целого ряда послеоперационных осложнений, что указывает на несовершенство существующих хирургических подходов» [6, с. 6]. Также заслуживает внимания тот факт, что при использовании синтетических эндопротезов, рецидивы грыж у пациентов проявляются менее ярко и развиваются постепенно. Ступин В.А. и другие соавторы в своих трудах рекомендуют: «В хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж необходимо подходить дифференцированно к выбору способа пластики» [7, с. 17-20]. Исследования демонстрируют, что вне зависимости от выбранной методики - будь то стандартная или инновационная операция, а также применяемого метода герниопластики - ключевым аспектом, определяющим вероятность развития рецидива, является продолжительность периода с момента операции до его

появления и наличие сахарного диабета у пациента [10,с.198-202; 4,с.14-21; 20,с.292-298]. Большая часть рецидивов фиксируется в начальном послеоперационном этапе, что связывают с периодом регенерации швов и окончанием адаптации эндопротеза. Кроме того, исследование Рабочей группы по вентральным грыжам (The Ventral Hernia Working Group, 2010) показывает, что «...в течение пяти лет после операции вероятность повторного хирургического вмешательства возрастает до 24% после первого рецидива, до 35% после второго и достигает 39% после третьего. В то же время, постоперационные вентральные грыжи занимают до 20-26% среди всех видов наружных грыж живота, уступая по распространённости только паховым грыжам» [17,с. 415-419]. В процессе хирургического вмешательства с целью ликвидации обширных вентральных грыж, а также в ситуациях, когда присутствует угроза развития внутрибрюшной гипертензии, применяются интегрированные методики герниопластики. Чарышкин А.Л., и Фролов А.А. о данной методике отмечают: «Применение герниопластики у больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами с использованием синтетических материалов позволило снизить количество рецидивов на 1–5 %»[11, с. 100]. Можно сказать, эти подходы объединяют применение аутологичных тканей пациента, включая сегменты прямой мышцы живота или апоневроз наружной косой мышцы, с имплантацией эндопротезов. Были разработаны специальные технические решения, в рамках которых часть эндопротеза размещается поверх апоневроза, а другая часть - под апоневрозом. Это предоставляет возможность решить широкий круг клинических задач. Однако такой комплексный подход требует от хирурга высокой точности и может сопровождаться повышенным риском повреждения тканей. Исследования направленные на изучение эффективности протезирующей герниопластики, акцентируют внимание на значимость выбора локализации синтетического эндопротеза при лечении пациентов с послеоперационными рецидивными вентральными грыжами. Различные способы размещения имплантата, от метода «onlay» до «sublay» и «inlay», предполагают разнообразные подходы к реконструкции дефектов и, соответственно, различаются по эффективности и риску осложнений, особенно в отношении специфических патологий, таких как сахарный диабет [5,с. 33-38; 16,с. 2075-2083]. А также Шамсуллозода Ш.Н. отмечает: «При открытых методах герниопластики результаты хирургического лечения и частота развития послеоперационных осложнений варьируют и зависят от места установления синтетического материала в тканях абдоминальной стенки, так называемые способы «sublay», «inlay», «onlay». Кроме того, частота развития послеоперационных осложнений зависит также и от размера грыжевых ворот, состояния местных тканей и работы с ними» [12, с. 176]. Аналитический обзор научных публикаций выявляет отсутствие унифицированных методик в области

терапии рецидивных послеоперационных грыж, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом. Решение о выборе хирургической стратегии чаще всего определяется личным опытом специалиста, экономическими возможностями медицинской организации и наличием у пациента хронических сопутствующих заболеваний. Современные научные дебаты акцентируют важность адаптации лечебного процесса под конкретные клинические случаи, подчеркивая необходимость индивидуализации подходов [1,с. 5-11; 19,с. 03-12].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. В формировании грыж брюшной полости значительную роль играют не только генетическая предрасположенность, но и хронические заболевания. Нарушение метаболизма коллагена и дефекты соединительной ткани увеличивают риск возникновения грыж и их повторного появления. Кроме того, избыточный вес и ожирение являются важными факторами риска для послеоперационного формирования грыж. Сложность состояния пациентов усугубляется тем, что большинство из них, составляющих 80-85%, страдают от хронических сопутствующих заболеваний, что особенно актуально для лиц среднего, пожилого и старческого возраста, в числе которых распространён сахарный диабет. «Иммунологические исследования, проведённые на фоне сопутствующих заболеваний, выявили, что активация пролиферативных процессов в иммунной системе, направленных на повышении концентрации иммуноглобулинов класса G, происходит стереотипно, независимо от вида используемых сетчатых имплантатов» [10,с. 198-202; 1,с.5-11] Необходимо особо отметить, что использование синтетических сетчатых имплантатов на фоне уже повышенного уровня продукции функционально неактивных антител класса G с низкой специфичностью способствует дополнительному подавлению адаптивного иммунитета в раннем послеоперационном периоде.

В рамках современного подхода к лечению рецидивирующих грыж ПБС, особое внимание уделяется не только восстановлению структурной целостности, но и сохранению функциональной активности мышц брюшины. Особое значение придаётся избежание соматовисцеральных дисфункций, которые могут возникать вследствие ирритации чувствительных рецепторов в этой области. «Рассматривается важная роль абдоминального пресса в венозном кровообращении, где он выступает в роли эффективного насоса, способствующего улучшению венозного возврата крови от ног во время релаксации мышц при вдохе. Также подчёркивается значимость абдоминальных мышц в процессах дефекации и мочеиспускания, а также их вклад в силу выдоха. Кроме того, активность мышц брюшного пресса критически важна для обеспечения локомоторной функции позвоночника в поясничной области и поддержания стабильности нижних конечностей» [3,с.142-144; 13,с.609-614]

Таким образом, выбор наилучшего метода герниопластики для лечения обширных вентральных послеоперационных грыж остаётся предметом профессиональных дискуссий.

В связи с этим, выбор наиболее подходящей оперативной методики должен сопровождаться исследованиями в области коррекции рецидивирующих вентральных грыж у пациентов с тяжёлым анамнезом. Цель таких исследований - разработка стратегий профилактики повторного появления грыж и предотвращение развития серьёзных послеоперационных осложнений, способных привести к летальному исходу.

Связь исследования с программами(проектами), научной тематикой.

Диссертационная работа выполнена в рамках выполнения инициативной НИР кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. «Диагностика и хирургическое лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости». Госрегистрации: №0123TJ1524.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургической коррекции рецидивных вентральных грыж и профилактики локальных послеоперационных осложнений у пациентов с сахарным диабетом II - типа.

Задачи исследования

1. Изучить особенности клинического течения рецидивных вентральных грыж после различных способов герниопластики у пациентов с сахарным диабетом II - типа.

2. Выявить основные факторы грыжеобразования в патогенезе развития рецидива вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II - типа

3. С целью усовершенствования методов герниопластики, провести интраоперационный макро - и микроскопический анализ изменений местных тканей передней брюшной стенки с рецидивными грыжами живота у пациентов с сахарным диабетом II - типа.

4. Оценить клиническую эффективность отечественного иммуномодулирующего препарата «Тимоцин» при включении его в схему лечения пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета II- типа, и определить его роль в снижении частоты локальных послеоперационных осложнений.

Объект исследования. Объектом исследования в диссертационной работе служили 136 пациентов с рецидивными вентральными грыжами, страдающих сахарным диабетом II –типа, которые прошли диагностику и хирургическое вмешательство.

Предмет исследования. Предметом исследования являлось изучение клинического течения рецидивных вентральных грыж после различных методов герниопластики у пациентов с сахарным диабетом II -типа, проведён макро- и микроскопический анализ изменений локальных тканей, выявлены основные факторы грыжеобразования в патогенезе развития рецидива. Изучена эффективность отечественного иммуномодулятора «Тимоцин» в комплексном лечении. Предмет диссертационного исследования совпадает с концепцией темы запланированной диссертации. При этом предмет исследования соответствует паспорту специальности 6D110117-Хирургия.

Научная новизна. Изучены клинические закономерности течения рецидивных вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II -типа в зависимости от примененного методов герниопластики.

Для снижения риска повторного рецидива выполнен макро- и микроскопический анализ морфологических изменений тканей передней брюшной стенки у данной категории больных, на основании которого уточнены и усовершенствованы подходы к хирургическому лечению вентральных грыж.

Выявлены основные предикторы грыжеобразования в патогенезе развития рецидива вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II –типа.

Доказана целесообразность интраоперационного обкалывания стенок живота перед размещением аллопластического материала препаратом Ботулотоксин а при рецидиве вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II -типа.

Доказана эффективность применения отечественного иммуномодулятора «Тимоцин» в послеоперационном периоде у пациентов с рецидивными вентральными грыжами страдающих сахарным диабетом II -типа.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. В отличие от других исследований в данной работе выявлены особенности клинического течения, изменения показателей инструментальных и лабораторных исследований в локальных тканях с рецидивными грыжами живота у пациентов с сахарным диабетом II -типа.

Применение отечественного иммуномодулятора «Тимоцин» даёт возможность своевременно провести профилактические мероприятия для предотвращения гнойно-септических раневых рецидивов.

При рецидиве вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II-типа, интраоперационное обкалывание стенок живота перед размещением аллопластического материала препаратом Ботулотоксин а способствует местной релаксации мышц, благоприятному послеоперационному течению, снижает риск развития локальных воспалительных процессов вокруг синтетической сетки.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что рецидив вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II- типа обусловлен коморбидным статусом, который ассоциирован с медленно прогрессирующим нарастанием дистрофических и деструктивных изменений в мышечно-апоневротическом каркасе передней брюшной стенки и тканях грыжевого мешка.

2. Выявлено, что у пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета II -типа формируется характерная перестройка поперечного сечения передней брюшной стенки с преобладанием площади левой половины над правой и увеличением стрелы прогиба до абдоминальных плоскостей, а также морфологически подтверждаются тяжёлая степень дисплазии соединительной ткани, дезорганизация тканевых структур, атрофия миофибрилл с участками грануляционной ткани, неравномерность сосудов, полнокровие и уплотнение сосудистых стенок с признаками нарушения кровообращения.

3. Обосновано, что оптимизация хирургического лечения и послеоперационного ведения пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного II -типа достигается применением усовершенствованных вариантов герниопластики «sublay» и «TAR» в сочетании с включением отечественного препарата «Тимоцин» в послеоперационную терапию, что обеспечивает более эффективное купирование латентного воспалительного процесса, нормализацию иммунного ответа, улучшение репаративного заживления и снижение риска локальных гнойно-септических раневых осложнений.

Степень достоверности результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов лечения больных с рецидивными вентральными грыжами при сахарном диабете II -типа.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Поставленная цель и задачи исследования, использованные клинико-инструментальные методы диагностики, способы и технологии оперативного лечения соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D110117-Хирургия. Раздел III, пункты:1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение и профилактика врожденных и приобретенных заболеваний органов брюшной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы). 8. Предоперационная подготовка и введение послеоперационного периода.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследованиях. Автором проведён ретроспективный и проспективный анализ клинического материала,

проведена обработка статистического материала, проанализирована современная литература по изучаемой проблеме. Соискатель участвовал в подготовке тематических больных для проведения оперативных вмешательств, участвовал в качестве ассистента более в 70% оперативных вмешательств при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом II -типа, а также самостоятельно оперировал. Непосредственные результаты лечения во всех случаях были изучены автором лично.

Апробация и реализация результатов диссертации.

Основные положения диссертационной работы доложены на: XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» (Душанбе, 2021); Первом международном медицинском конгрессе государств Евразии («Душанбе, 2023»); XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием (Душанбе, 2023); научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки и к практике», с международным участием (Душанбе, 2023); доложены и обсуждены на заседании меж кафедральной экспертно-проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (протокол №6/38 от 12.02.2026 года).

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликованы 21 научная работа, а в том числе 5 статей в рекомендуемых журналах ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получено 2 патента на изобретение.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 206 страницах машинописного текста. Включает введение, общую характеристику работы, главу обзор литературы и 5 глав собственных исследований, заключение и список литературы. Список литературы содержит 208 источников, из них 95 русскоязычные и 113 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 19 таблицами и 51 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинического материала

В рамках исследования были проанализированы результаты оперативного лечения 136 больных, госпитализированных в период с 2007 по 2023 годы в хирургическое отделение ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Наблюдаемые больные были распределены на две отдельные группы: основная группа (69 больных) и

контрольная группа (67 больных). В таблице 1 приведена характеристика исследуемых групп в зависимости от возрастной категории больных (согласно возрастной классификации принятой ВОЗ от 28.04.2021 года). Больным первой группы (n=69) герниопластика проводилась с применением биологически инертных сетчатых аллопротезов. Исследуемым больным из второй группы (n=67) выполнялись традиционные операции с использованием аллопластического материала. По полу группы были сопоставимы: мужчины составили 44,9% в основной группе и 43,3% в контрольной группе, женщины - 55,1% и 56,7% соответственно ($p=0,847$). Распределение пациентов по возрастным категориям также не различалось статистически значимо ($p=0,931$), что позволяет рассматривать сравниваемые группы как однородные по основным демографическим характеристикам (таблица 1).

Таблица 1. - Характеристика исследуемых групп пациентов с рецидивными вентральными грыжами, страдающих сахарным диабетом II типа (n=136)

Параметр	Категория	I группа, основная (n=69)	II группа, контрольная (n=67)	p
Пол	Мужчины	31 (44,9%)	29 (43,3%)	0,847
	Женщины	38 (55,1%)	38 (56,7%)	
Возраст, лет	18-44, молодой возраст	17 (24,6%)	15 (22,4%)	0,931
	45-59, средний возраст	21 (30,4%)	19 (28,4%)	
	60-74, пожилой возраст	23 (33,3%)	26 (38,8%)	
	75-90, старческий возраст	8 (11,6%)	7 (10,4%)	

Примечание: данные представлены как n (%). p - статистическая значимость различий между группами по критерию хи-квадрат Пирсона

Исследование анамнеза, с учётом характера и объёма перенесённых пациентами первичных хирургических вмешательств, выявило, что операции на желудке, желчном пузыре и желчевыводящих путях, а также оперативные вмешательства, связанные с острой спаечной кишечной непроходимостью и перитонитом различного генеза, проводились с наибольшей частотой (таблица 2).

Таблица 2. - Частота выполненных первичных оперативных вмешательств, предшествовавших образованию рецидивных вентральных грыж у лиц с сахарным диабетом II типа

Вид предшествующего оперативного вмешательства	Основная группа (n=69)	Контрольная группа (n=67)	p
Операции на желудке	9 (13,0%)	9 (13,4%)	0,996
Операции на желчном пузыре и желчных протоках	15 (21,7%)	12 (17,9%)	
Операции по поводу панкреонекроза	7 (10,1%)	9 (13,4%)	
Операции по поводу острой спаечной кишечной непроходимости	9 (13,0%)	9 (13,4%)	

Операции по поводу перитонита	16 (23,2%)	16 (23,9%)	
Операции по поводу травм живота	6 (8,7%)	5 (7,5%)	
Операции на толстой кишке	7 (10,1%)	7 (10,4%)	

Примечание: p - статистическая значимость различий между группами по общей структуре предшествующих оперативных вмешательств, критерий χ^2 Пирсона

Средний показатель ИМТ в анализируемой группе больных составил $37,2 \pm 0,8$ кг/м² ($>0,05$), то есть существенно превышал нормальные уровни. Для оценки восстановительного процесса функций прямых мышц живота применялись функциональные тесты, разработанные экспертами Мейо Клиник (США).

Результаты, полученные в ходе выполнения обоих описанных функциональных тестов, суммируются. Общий итог этого суммирования получил наименование «Abdominal wall strength» (AWS), что переводится как «Сила брюшного пресса» (СБП). Ультразвуковое исследование проведено в отделении диагностики ГУ «Городской медицинский центр неотложной помощи» г. Душанбе (зав. отделением к.м.н. Восиев А.С.). Рентгенологические исследования были проведены в отделении диагностики ГУ «Городской медицинский центр неотложной помощи» г. Душанбе (врач рентгенолог Жабинов Ф.). ФЭГДС проведена в отделении диагностики ГУ «Городской медицинский центр неотложной помощи» г. Душанбе (врачи эндоскописты Одинаев Р.С., Мудинов С.М.).ЭКГ, спирометрия проведены в отделении диагностики ГУ «Городской медицинский центр неотложной помощи» г. Душанбе (врач кардиолог, функционалист Курбонов Р. Б.).КТ-исследование проведено в медицинских центрах НУРАФЗО, НУРИ САМО -2022 (врач Туйчибоев Ф.). Контроль ВБД в процессе операции осуществлялся с использованием модифицированного метода Крона, который включал введение через катетер Фолле в мочевого пузырь 100 мл физ. раствора и подключение к его концу прозрачной трубки с физ. раствором для измерения давления. Сроки подготовки пациентов к операции составляли в среднем $6 \pm 0,9$ ($>0,05$) дней.

Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10.0 (StatSoftInc., США). Оценка нормальности распределения выборок выполнялась по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Количественные величины описывались в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки (m). При сравнении количественных показателей между двумя группами использовались U-критерий Манна-Уитни (для независимых выборок) и T-критерий Вилкоксона (для зависимых выборок). При парных сравнениях между независимыми группами по качественным показателям применялись критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера. Корреляционный анализ проводился методом ранговой корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при уровне p менее 0,05.

Результаты исследования

В клиническом аспекте у больных, кроме основного проявления болезни в ходе исследования на момент поступления были выявлены такие признаки, как: постоянный и длительный дискомфорт - у 14 (10,3%) больных, учащенное дыхания - у 13 (9,6%), постоянная адинамия, также была выявлена у 14 (10,3%) больных. Такие параметры как сухость языка, учащённое дыхания коррелировали между собой. До начала лечения у пациентов обеих групп отмечались лабораторные признаки хронического воспалительного процесса. Медиана уровня СРБ составила 3,4 [2,8-4,1] мг/л в контрольной группе и 3,6 [2,9-4,4] мг/л в основной группе ($p=0,284$), МДА - 2,0 [1,7-2,4] и 2,1 [1,8-2,5] мкмоль/л соответственно ($p=0,397$), прокальцитонина - 0,34 [0,28-0,40] и 0,36 [0,30-0,42] нг/мл соответственно ($p=0,221$). Уровень IL-6 также был умеренно повышен в обеих группах и составил 8,4 [7,6-9,3] пг/мл в контрольной группе против 8,7 [7,8-9,6] пг/мл в основной группе ($p=0,173$). Концентрация фибриногена превышала референсные значения в обеих группах: 7,5 [6,8-8,1] г/л и 7,7 [7,0-8,3] г/л соответственно ($p=0,246$). Таким образом, на момент поступления группы были сопоставимы по выраженности лабораторных признаков хронического воспаления, что позволяет корректно оценивать дальнейшую динамику показателей на фоне различных подходов к хирургическому лечению.

Таблица 3. - Специфические маркёры воспалительного процесса крови при поступлении больных с рецидивными вентральными грыжами, Ме [Q1-Q3]

Показатель	Норма	Контрольная группа (n=67)	Основная группа (n=69)	p
СРБ, мг/л	$\leq 3,0$	3,4 [2,8-4,1]	3,6 [2,9-4,4]	0,284
МДА, мкмоль/л	0-1,0	2,0 [1,7-2,4]	2,1 [1,8-2,5]	0,397
Прокальцитонин, нг/мл	$\leq 0,1$	0,34 [0,28-0,40]	0,36 [0,30-0,42]	0,221
IL-6, пг/мл	$< 7,0$	8,4 [7,6-9,3]	8,7 [7,8-9,6]	0,173
Фибриноген, г/л	2,0-4,0	7,5 [6,8-8,1]	7,7 [7,0-8,3]	0,246

Примечание: p - статистическая значимость различий между группами по U-критерию Манна-Уитни

При исследовании коагулограммы у 83 (61,0%) пациентов отмечалось снижение количества тромбоцитов до $149 [136-162] \times 10^9/\text{л}$. Наряду с этим выявлено повышение концентрации глюкозы крови до $10,2 [8,6-12,1] \text{ ммоль/л}$, что отражало недостаточную компенсацию сахарного диабета II типа. Уровень сывороточной амилазы также превышал референсные значения и составил $290 [276-304] \text{ Ед/л}$. Дополнительно был изучен гормональный фон у пациентов старше 40 лет: у 31 (22,8%) мужчины и 33 (24,3%) женщин (таблица 4.).

Таблица 4. - Показатели гормонального фона у пациентов с рецидивными вентральными грыжами, Ме [Q1-Q3]

Показатель	При поступлении	После операции	p
Прогестерон у женщин старше 40 лет,	0,34 [0,27-0,42]	0,40 [0,30-0,52]	0,118

нмоль/л (n=33)			
Тестостерон у мужчин старше 40 лет, нмоль/л (n=31)	5,2 [4,4-6,1]	5,6 [4,8-6,5]	0,093

Примечание: p - статистическая значимость различий между показателями при поступлении и после операции по критерию Вилкоксона

У пациентов старше 40 лет дополнительно оценивали показатели гормонального фона. У женщин медиана уровня прогестерона составила 0,34 [0,27-0,42] нмоль/л, у мужчин медиана уровня тестостерона - 5,2 [4,4-6,1] нмоль/л. Факт, что все исследуемые пациенты имели ожирение разной степени и висячие животы, свидетельствовало о выраженном нарушении гормонального фона как причин у рецидива грыжеобразования на фоне сахарного диабета.

Учитывая выявленные выраженные дистрофические изменения в тканях передней стенки живота на фоне сахарного диабета, в ходе исследования у 31 (44,9%) пациента основной группы были обнаружены некоторые изменения функциональных показателей тестового удержания нижних конечностей и удержания положения тела до операции (таблица 5.).

Таблица 5. - Показатели функциональных тестов до операции у больных основной группы в зависимости от размеров грыж и их расположения

Функциональный тест	Основная группа до операции (n=69)
Тест удержания нижних конечностей (УНК), баллы	2,1 [1,8-2,5]
Тест удержания положения тела (УПТ), баллы	2,0 [1,7-2,4]
Сила брюшного пресса (СБП), баллы	4,1 [3,8-4,4]

Примечание: данные представлены как Me [Q1-Q3]

В рамках исследования, ультразвуковое обследование проведено у 53 пациентов из основной группы и 29 из контрольной. В контрольную группу вошли пациенты в возрасте $22,1 \pm 1,1$ ($p > 0,05$) года, среди которых 15 женщин и 14 мужчин. Средний показатель ИММ в этой группе составлял $65,4 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). Возраст пациентов в основной группе составил в среднем $69,3 \pm 1,1$ ($p > 0,05$) лет, при медианном значении 50 лет. Женщин из них было 38 (27,9%), мужчин – 31 (22,7%). Показатели ИММ в данной группе составляли в среднем $69,1 \pm 0,39$ ($p > 0,05$) кг. У 8 пациентов наблюдались рецидивы послеоперационных грыж, что составляет 11,1% от общего числа. Диаметр всех послеоперационных грыж превышал $7,9 \pm 1,3$ ($p > 0,05$) см. Поперечный размер грыжевого отверстия у участников основной группы в среднем составлял $4,9 \pm 0,21$ ($p > 0,05$) см, при медианном значении в 5 см.

В ходе анализа ультразвуковых данных передней стенки живота пациентов с сахарным диабетом при выполнении ими наклона корпуса, приводящего к повышению ВБД, были установлены определённые особенности. У некоторых участников исследования была отмечена Н-образная конфигурация белой линии

живота и оболочек прямых мышц. В контрольной группе медиана центрального угла составила 71,2 [66,5-76,8] градуса, тогда как в основной группе данный показатель был существенно выше - 101,8 [94,6-112,4] градуса. Различия между группами были статистически значимыми ($p < 0,001$). При сравнении с лицами без грыж установлено, что признаки тканевой пролиферации в мышцах у грыженосителей встречались чаще - в 14,6% случаев против 4,4% у лиц без грыжи ($p < 0,05$) (таблица 6).

Таблица 6. – УЗ-показатели характеристики прямой мышцы живота в наблюдаемых группах, Me [Q1-Q3]

Показатель УЗ-сканограммы	Состояние	Грыженосители	Нетренированные лица без грыжи	Тренированные лица без грыжи	p общ.
Ширина прямой мышцы живота, см	В покое	7,02 [6,41-7,68]	6,97 [6,61-7,28]	7,14 [6,58-7,76]	0,742
	В напряжении	6,65 [6,12-7,09]	6,68 [6,12-7,21]	6,21 [5,74-6,81]	0,318
	p покой-напряжение	0,084	0,112	0,071	
Толщина прямой мышцы живота, см	В покое	0,93 [0,78-1,08]	1,07 [0,94-1,22] p1=0,008	2,24 [2,03-2,48] p1<0,001 p2<0,001	<0,001
	В напряжении	1,22 [1,00-1,46]	1,72 [1,48-1,96] p1=0,006	2,62 [2,31-2,96] p1<0,001 p2=0,004	<0,001
	p покой-напряжение	<0,001	<0,001	0,092	

Примечание: p общ. - статистическая значимость различий между тремя группами по критерию Краскела-Уоллиса. Попарные межгрупповые сравнения выполнены критерием Данна с поправкой Холма: p1 - сравнение с группой грыженосителей, p2 - сравнение с группой нетренированных лиц без грыжи. p покой-напряжение - статистическая значимость внутригрупповых различий между показателями в покое и при напряжении по критерию Вилкоксона.

У грыженосителей при функциональной нагрузке отмечалось увеличение толщины прямой мышцы живота с 0,93 [0,78-1,08] до 1,22 [1,00-1,46] см ($p < 0,001$), однако абсолютные значения оставались ниже, чем у лиц без грыжи. Это указывает не только на структурное истончение мышечной ткани, но и на ограниченность её функционального резерва при сокращении.

Дуплексное сканирование сосудов поверхностной надчревной артерии, нижней надчревной артерии и а. Circumflexa ilium profunda, проводилось в В-режиме с анализом центрального кровяного давления. При анализе кровотока применялся импульсно-волновой доплеровский режим (PW), в котором измерялись максимальная скорость кровотока в систоле (V_{max}) и минимальная

скорость в диастоле (V_{min}), а также рассчитывался индекс сопротивления. В рамках цветного доплеровского анализа зафиксировались такие параметры, как диаметр сосудов, средняя скорость потока крови (V_{mean} , выраженная в см/сек), объем потока (V_{vol} , указанный в мл/мин), и конгестивный индекс для анализа состояния воротной, селезеночной и верхних брыжеечных вен.

В ходе исследования пиковая систолическая скорость кровотока по верхней надчревной артерии (a. epigastrica superior) оказалось заметно выше - $0,40 \pm 0,02$ ($p > 0,05$) м/с, чем в норме. Кроме того, наблюдалось снижение индекса резистентности кровотока в данной артерии до уровня $0,66 \pm 0,03$ ($p > 0,05$). Средний диаметр артерий a. epigastrica superior снизился до $2,1 \pm 0,2$ ($p > 0,05$), что может быть связано с вазоспазмом.

Предоперационная подготовка была направлена на улучшение функционального состояния организма через комплексное лечение сопутствующих заболеваний и восстановление нарушенных функций различных органов и систем, назначение иммуномодулирующего препарата «Тимоцин» в дозировке 1,0 мл внутримышечно.

В ходе исследования у 69 пациентов основной группы с рецидивными вентральными грыжами было проведено прямое интраоперационное изучение состояния операционного поля. В анамнезе все 69 больных с рецидивными вентральными грыжами, страдающие сахарным диабетом II типа, были оперированы в различных медицинских учреждениях и выполнены натяжные и ненатяжные пластики.

У пациентов с указанной патологией и сахарным диабетом наблюдалось, что передняя часть профиля ПБС становилась более выровненной и склонной к наклону вниз, в то время как изгиб вперед в области спины уменьшался в связи с уменьшением задних размеров ($p < 0,05$). У лиц с рецидивными формами вентральной грыжи максимальная глубина изгиба спины была зафиксирована в области крыльев подвздошных костей ($0,37 \pm 0,09$) ($p < 0,05$), в отличие от здоровых людей, у которых пиковое значение изгиба спины определялось на уровне пупка $0,85 \pm 0,09$ ($p > 0,05$) см. При этом площадь основания фаса $121,91 \pm 3,57$ ($p > 0,05$) см² была немного снижена в сравнении с таковым у здоровых индивидуумов $123,62 \pm 1,33$ ($p > 0,05$) см² и индекс асимметрии составил $91,59 \pm 1,32$ ($p > 0,05$).

Гистологически соединительная ткань у этих больных является более рыхлой и слабо сформированной, в ней наблюдается большое количество тонкого коллагена, а также эластических и ретикулиновых волокон, в которых содержатся фибробласты, макрофаги и тканевые базофилы. В рамках аналитического исследования белой линии живота, особенно в её надпупочной части, были получены данные, указывающие на то, что средний относительный объем коллагеновых волокон в этой зоне достигает $21,7 \pm 3,241\%$ ($p > 0,05$). В то же

время, объём эластических волокон оценивается в $6,3 \pm 1,327\%$ ($p > 0,05$), что позволяет установить численное соотношение эластических волокон к коллагеновым (ЭВ/КВ) на уровне 0,86. В отношении пупочного кольца основную долю составляют коллагеновые волокна, причем их присутствие в структуре соединительной ткани составляет $11,5 \pm 1,7329\%$ ($p > 0,05$). При этом доля эластических волокон в пупочном кольце, составляющая $8,5 \pm 1,538\%$ ($p > 0,05$), оказывается меньше, чем в белой линии, что приводит к отношению эластических к коллагеновым волокнам (ЭВ/КВ) в 0,63. При исследовании апоневроза пупочного кольца у лиц с наличием умеренной ДСТ было установлено превалирование числа коллагеновых волокон $6,3 \pm 1,733\%$ ($p > 0,05$) по отношению к эластическим $5,7 \pm 0,438\%$ ($p > 0,05$), при этом коэффициент их соотношения составлял 0,66 ($p < 0,05$). У пациентов с высокой степенью дезорганизации соединительной ткани в пупочном кольце коллагеновые волокна занимают $6,1 \pm 0,785\%$ ($p > 0,01$) объёма, а эластические - $5,7 \pm 0,664\%$ ($p > 0,001$), образуя соотношение ЭВ/КВ в 0,78. С усилением дисплазии соединительной ткани у лиц, страдающих СД, наблюдался ослабление её прочности с повышением растяжимости, что оказывает определенное влияние как на сам апоневроз вместе с пупочным кольцом, так и на кожный покров.

После ретроспективного анализа результатов хирургического лечения рецидивных послеоперационных грыж у исследуемых пациентов ненатяжными и натяжными методами, которые не удовлетворяли из-за своих осложнений, был усовершенствован метод вентропластики. В основную группу ($n=69$) вошли пациенты, поступившие на лечение с различными сроками гыженосительства. Среди них у 43 (31,6%) пациентов были вправимые грыжи, а у 26 (19,1%) - невправимые. Методика «onlay» была применена у 19 (13,9%) пациентов. Критериями для выбора данной методики пластики являлись: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5,0 см, небольшой объём грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки менее 3,0 см, толщина прямой мышцы менее $0,927 \pm 0,181$ ($p < 0,001$) см, а ширина прямой мышцы менее $6,648 \pm 0,474$ ($p < 0,001$) см. Усовершенствованная методика была применена у 14 (10,2%) пациенток женского пола и 5 (3,67%) пациентов мужского пола (рисунок 1.).



Рисунок 1. - Модифицированная хирургическая коррекция рецидивных вентральных грыж способом «Onlay»

После репозиции содержимого грыжевого мешка обратно в брюшную полость, производится очистка апоневроза от жировой ткани на площади до 5 см вокруг дефекта с обеих сторон, используя методы, исключая термическое повреждение и механические травмы апоневроза. В ходе операции в области разреза по флангам вначале выполнялась инъекция Ботулотоксин а. Затем осуществлялось вскрытие оболочки прямых мышц живота вдоль всего периметра хирургической раны. Этапы операции включали аккуратное зашивание задней стенки оболочки прямых мышц, а затем – сближение и сшивание самих прямых мышц вдоль всей раны. После этого проводилось зашивание апоневроза по периметру раны. Размещение сетки охватывало всю поверхность операционного разреза, причём отступ от его краёв составлял 5,0 см по периметру. Для закрепления сетки использовался нерассасывающийся шовный материал атравматического типа. Фиксация имплантата осуществлялась методом циркулярного шва, начиная с фиксации всех четырех углов. Для дренирования применялись трубки из полихлорвинила, фиксируемые с использованием нерассасывающегося шовного материала под натяжением.

Способ усовершенствованной методики «sublay» был применён 29 (21,3%) пациентам. Показанием к данной методике пластики служили толщина подкожно – жирового слоя не менее 5,0 см, средний объём грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки больше 4,0 см, толщина прямой мышцы менее $0,127 \pm 0,18$ ($p < 0,001$) и ширина прямой мышцы менее $7,648 \pm 0,47$ ($p < 0,001$) см. Данная усовершенствованная методика была выполнена 22 (16,1%) пациентам мужского пола и 7 (5,1%) пациентам женского пола. На первом этапе осуществлялось иссечение кожного рубца, вскрытие грыжевого мешка. Важным этапом является висцеролиз. Затем производилось закрытие грыжевого дефекта с использованием нерассасывающихся шовных материалов, таких как непрерывный, узловатый или 8-образный шов. Параллельно разрезу по флангам вводится раствор Ботулотоксин а (рисунок 2).

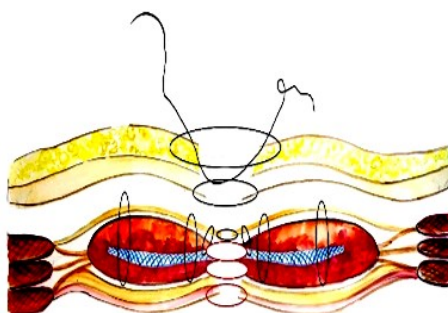


Рисунок 2. -Модифицированная хирургическая коррекция рецидивных вентральных грыж способом «Sublay»

Далее следовало полное вскрытие влагалищ прямой мышцы живота вокруг послеоперационной раны. Процесс включал ушивание задней стенки влагалища прямой мышцы и с последующим сопоставлением и ушиванием прямых мышц

вдоль раны после установки сетчатого материала, который фиксировалась П-образными швами к верхним стенкам апоневроза. Завершающие этапы операции включают ушивание апоневроза, дренирование. В данном исследовании использовался полипропиленовый сетчатый аллопротез, отличающийся наличием широких пор. Методика усовершенствованной техники «TAR» была применена у 21 (15,4%) пациента. К показаниям для применения данной методики пластики относились: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5,0 см, средний объём грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки более 4,0 см, толщина прямой мышцы менее $0,927 \pm 0,18$ ($p < 0,001$) см, ширина прямой мышцы менее $7,848 \pm 0,39$ ($p < 0,001$) см. Данная методика была реализована у 14 (10,2%) пациентов мужского пола и 5 (3,6%) пациентов женского пола. После иссечения старого рубца, поэтапно производилось аккуратное изолирование и подготовка грыжевого мешка с обработкой краев фасции. Важным этапом является висцеролиз. Для устранения грыжевого дефекта фасции использовался не рассасывающийся шовный материал, при этом применились различные техники швов: непрерывный, узловый или 8-образный шов (рисунок 3). Обкалывание параллельно разрезу по флангам раствором Ботулотоксин а.

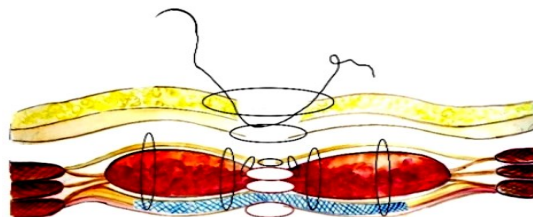


Рисунок 3. Модифицированная хирургическая коррекция послеоперационных вентральных грыж «TAR» способом

Отделение брюшины от заднего листка апоневроза прямой мышцы живота по всему периметру раны на глубине 5-6 см. Кройка синтетического материала и нитевая фиксация синтетического материала П-образными швами по всему периметру раны. Синтетический материал у пациентов с сахарным диабетом должен иметь большие поры для избегания скопления сером. Ушивание задней стенки листка влагалища прямой мышцы живота с захватом на 0,2 см по центру сетки вдоль периметра операционной раны. Ушивание и сопоставление прямой мышцы живота вдоль периметра по всей ране после наложения сетчатого материала, фиксация П-образными швами над верхней стенкой апоневроза. Ушивание апоневроза. Установка и дренирование полихлорвиниловыми трубками с натяжением с помощью не рассасывающегося шовного материала над сеткой. Установка одного или двух дренажей, тщательное ушивание раны. В рамках нашего исследования 37 (27,2%) пациентам основной исследуемой группы был назначен отечественный иммуномодулятор «Тимоцин» в дозировке 1,0 мл внутримышечно на 7-е сутки послеоперационного периода.

Эффективность иммуномодулирующего действия «Тимоцина» в послеоперационном периоде, была изучена на 7-е и 14-е сутки после операции (таблица 7).

В динамике наблюдения отмечалось постепенное снижение активности воспалительного ответа: медиана уровня нейтрофилов уменьшилась с 52,0 [49,2-55,1]% до 47,5 [44,9-50,2]% ($p=0,018$), С-реактивного белка - с 4,1 [3,2-5,0] до 3,2 [2,6-3,9] мг/л ($p=0,009$), прокальцитонина - с 1,30 [0,95-1,72] до 1,05 [0,78-1,36] нг/мл ($p=0,036$). На фоне иммуномодулирующей терапии наблюдалось увеличение относительного содержания лимфоцитов с 7,4 [6,2-8,6]% до 12,1 [10,8-13,4]% ($p<0,001$) и моноцитов с 2,6 [2,2-3,0]% до 7,0 [6,2-7,8]% ($p<0,001$). В клеточном звене иммунитета к 14-м суткам отмечалось повышение CD3+ лимфоцитов до 50,0 [47,8-52,1]% ($p=0,022$), а также умеренное увеличение экспрессии CD25+, CD71+ и CD32+. Динамика CD4+, CD8+, CD20+, CD95+ и НК-клеток CD16+ имела преимущественно описательный характер и не достигла статистической значимости. В гуморальном звене иммунитета выявлено умеренное снижение IgG к 14-м суткам после операции с 16,6 [14,8-18,4] до 14,4 [13,2-15,7] г/л ($p=0,031$).

Таблица 7. - Динамика некоторых показателей уровня гуморального и клеточного иммунитета в послеоперационном периоде у пациентов, страдающих сахарным диабетом и оперированных по поводу рецидива вентральных грыж, Ме [Q1-Q3]

Показатель	До операции	7-е сутки после операции	14-е сутки после операции	p
Нейтрофилы, %	52,0 [49,2-55,1]	50,3 [47,8-53,0]	47,5 [44,9-50,2]	0,018
Эозинофилы, %	2,9 [2,3-3,5]	2,7 [2,2-3,2]	2,2 [1,7-2,8]	0,041
Базофилы, %	1,1 [0,8-1,4]	1,0 [0,7-1,3]	0,9 [0,6-1,2]	0,214
Лимфоциты, %	7,4 [6,2-8,6]	8,2 [7,0-9,4]	12,1 [10,8-13,4]	<0,001
Моноциты, %	2,6 [2,2-3,0]	5,2 [4,6-5,9]	7,0 [6,2-7,8]	<0,001
Прокальцитонин, нг/мл	1,30 [0,95-1,72]	1,22 [0,90-1,55]	1,05 [0,78-1,36]	0,036
С-реактивный белок, мг/л	4,1 [3,2-5,0]	3,8 [3,0-4,6]	3,2 [2,6-3,9]	0,009
IgA, г/л	4,3 [3,9-4,7]	4,4 [4,0-4,8]	3,9 [3,5-4,3]	0,048
IgM, г/л	3,9 [3,4-4,4]	4,2 [3,7-4,7]	3,8 [3,3-4,2]	0,087
IgG, г/л	16,6 [14,8-18,4]	17,2 [15,6-18,9]	14,4 [13,2-15,7]	0,031
CD3+, %	47,2 [45,1-49,3]	45,6 [43,8-47,4]	50,0 [47,8-52,1]	0,022
CD4+, %	31,5 [29,1-33,8]	30,9 [28,6-33,0]	32,8 [30,6-35,0]	0,164
CD8+, %	14,8 [13,2-16,4]	13,3 [11,8-14,9]	15,1 [13,5-16,7]	0,071
CD20+, %	15,3 [14,1-16,5]	14,9 [13,8-16,1]	16,8 [15,4-18,1]	0,116
CD95+, %	19,7 [18,1-21,3]	18,5 [17,0-20,0]	20,2 [18,6-21,8]	0,089
CD25+, %	10,2 [9,0-11,4]	10,1 [8,9-11,2]	11,8 [10,5-13,0]	0,038
CD71+, %	11,5 [10,4-12,6]	11,2 [10,2-12,3]	12,3 [11,1-13,4]	0,046
CD32+, %	33,1 [31,4-34,8]	32,4 [30,8-34,0]	34,4 [32,7-36,0]	0,049
НК-клетки CD16+, %	3,9 [3,4-4,4]	3,8 [3,3-4,3]	4,2 [3,7-4,7]	0,112

Примечание: p - статистическая значимость изменения показателей в динамике наблюдения по критерию Фридмана

В среднем при операции пластики по способу «onlay» площадь синтетического материала составила 15,3х6,5 см² по методике «sublay» 14,7х5,8 см², по методике «TAR» пластики 14,0х8,5 см² и она зачастую зависела от строения передней брюшной стенки. Важной частью хода оперативного вмешательства у пациентов основной группы с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета являлось уточнение и измерение внутрибрюшного давления (таблица 8). Исходные показатели внутрибрюшного давления у пациентов, подвергнутых различным вариантам герниопластики, статистически значимо не различались. После оперативного вмешательства во всех группах отмечалось постепенное снижение ВБД, наиболее выраженное при использовании технологии TAR. Через 1-2 суток после операции медиана внутрибрюшного давления составила 18,7 [18,2-19,1] см вод. ст. в группе Onlay, 18,6 [18,1-19,0] см вод. ст. в группе Sublay и 18,3 [17,8-18,7] см вод. ст. в группе TAR. Наиболее выраженное снижение ВБД при использовании TAR может свидетельствовать о лучшей адаптации тканей передней брюшной стенки и меньшем риске развития синдрома повышенного внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде.

Таблица 8. - Показатели ВБД в зависимости от метода герниопластики, Ме [Q1-Q3]

Метод пластики	До операции	Интраоперационно после пластики	Через 1-2 суток	p
Onlay (n=19)	19,9 [19,2-20,5]	19,3 [18,9-19,8]	18,7 [18,2-19,1]	0,018
Sublay (n=29)	19,8 [19,3-20,3] p1=0,742	19,1 [18,7-19,6] p1=0,381	18,6 [18,1-19,0] p1=0,514	0,011
TAR (n=21)	19,8 [19,4-20,2] p1=0,688 p2=0,913	19,1 [18,6-19,5] p1=0,274 p2=0,847	18,3 [17,8-18,7] p1=0,008 p2=0,041	0,004

Примечание: p - статистическая значимость изменения показателей в динамике внутри группы по критерию Фридмана. Парные межгрупповые сравнения выполнены критерием Данна с поправкой Холма: p1 - сравнение с группой Onlay, p2 - сравнение с группой Sublay

Проводя до и послеоперационную абдоминометрию у всех оперированных пациентов основной группы, потеря объема живота в среднем составила 16-20%. С целью своевременного выявления нагноения раны производился анализ раневого отделяемого на наличие лимфоцитов, и срок нахождения дренажей корректировался в соответствии с течением заживления раневого процесса (таблица 9). В послеоперационном периоде наиболее неблагоприятное течение раневого процесса отмечалось после пластики по методике Onlay. В этой группе длительная раневая экссудация выявлена у 9 (47,4%) пациентов, серома - у 6 (31,6%), нагноение послеоперационной раны - у 3 (15,8%). При использовании методики Sublay частота длительной экссудации составила 3 (10,3%), серомы - 2

(6,9%), случаев нагноения не зарегистрировано. После TAR-пластики длительная раневая эксудация отмечена у 2 (9,5%) больных, серома - у 2 (9,5%), нагноение - у 1 (4,8%).

Таблица 9. - Течение картины послеоперационных ран после грыжесечения и пластики, Ме [Q1-Q3]

Параметр	Onlay (n=19)	Sublay (n=29)	TAR (n=21)	p
Среднее количество отделяемого за сутки, мл	99 [92-106]	53 [48-59] p1<0,001	24 [20-29] p1<0,001 p2<0,001	<0,001
Сроки удаления дренажей, сутки	14 [13-15]	9 [8-10] p1<0,001	10 [9-11] p1<0,001 p2=0,041	<0,001
Длительная раневая эксудация	9 (47,4%)	3 (10,3%)	2 (9,5%)	0,003
Серома	6 (31,6%)	2 (6,9%)	2 (9,5%)	0,044
Нагноение послеоперационной раны	3 (15,8%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0,071
Краевой некроз кожи	1 (5,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,263
Парестезия	2 (10,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,067
Продолжительность госпитализации, сутки	18 [16-21]	13 [12-15] p1<0,001	12 [10-14] p1<0,001 p2=0,174	<0,001

Примечание: категориальные - как n (%). Для количественных показателей p - статистическая значимость различий между группами по критерию Краскела-Уоллиса; попарные сравнения выполнены критерием Данна с поправкой Холма: p1 - сравнение с группой Onlay, p2 - сравнение с группой Sublay. Для категориальных признаков p рассчитано с использованием критерия хи-квадрат Пирсона или точного критерия Фишера-Фримена-Холтона

Объём раневого отделяемого был максимальным после Onlay-пластики и составил 99 [92-106] мл в сутки, тогда как после Sublay он снижался до 53 [48-59] мл, а после TAR - до 24 [20-29] мл (p<0,001). Сроки удаления дренажей также были наибольшими в группе Onlay - 14 [13-15] суток против 9 [8-10] суток после Sublay и 10 [9-11] суток после TAR (p<0,001).

Продолжительность госпитализации после Onlay-пластики составила 18 [16-21] суток, что было статистически значимо больше, чем после Sublay - 13 [12-15] суток и TAR - 12 [10-14] суток (p<0,001). Более длительное послеоперационное восстановление при Onlay-пластике, вероятно, связано с надапоневротическим расположением сетчатого эндопротеза, которое у пациентов с сахарным диабетом II типа создаёт условия для более выраженной и продолжительной раневой эксудации.

При модифицированных операциях «sublay» и «TAR» отсутствие контакта эндопротеза с подкожно-жировой прослойкой исключает возможность частичной резорбции экссудата, что препятствует формированию очага хронического

воспалительного процесса с возможным образованием серомы вокруг сетчатого эндопротеза в послеоперационном периоде.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что применение модифицированных хирургических подходов для лечения рецидивных вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом является безопасным и эффективным. Эти методы способствуют сокращению количества интра- и послеоперационных осложнений, уменьшению риска возникновения новых слабых мест в передней брюшной стенке, обеспечивают лучшую защиту нейроваскулярных структур, что в свою очередь минимизирует вероятность рецидива заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Особенности клинического течения рецидивных вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II-типа являются прогрессирующий рост дистрофических изменений в мышечно-апоневротическом каркасе передней брюшной стенки, стремительное увеличение объёма живота, хронические течения воспалительных и деструктивных процессов в грыжевом мешке и за её пределами [1-А,3-А,7-А,13-А, 17-А].

2. Основными факторами грыжеобразования в патогенезе развития рецидива вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II-типа являются хроническое течение коморбидного статуса, нарушение гормонального статуса, хроническая интоксикация, в совокупности, образующие комплекс серьёзных предпосылок для формирования деструктивных изменений в мышечно-апоневротическом каркасе передней брюшной стенки [1-А,2-А,5-А,9-А,11-А, 18-А,21-А].

3. У пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета макроскопически происходит изменение поперечного сечения передней брюшной стенки($p<0,01$) при индексе асимметрии $=100$, где преобладает левая половина площади над правой(индекс асимметрии <100), при этом увеличивается стрелка прогиба до абдоминальных плоскостей($p<0,05$), глубины пупка ($0,9\pm0,04$ см)($p<0,05$) и площади профиля передней брюшной стенки, с уменьшением фаса ($119,3\pm3,57$ см²) ($p<0,05$) [1-А,4-А,8-А,12-А, 20-А].

Микроскопически в слоях кожи обнаруживаются рыхлая соединительная ткань с элементами фиброзирования, явление васкулита, снижение плотности коллагеновых волокон ($t_{cn}=0,939$) ($p<0,05$), тяжелая степень дисплазии соединительной ткани с дезорганизацией, атрофия миофибрилл окруженная грануляционной тканью, неравномерность сосудов, полнокровие, уплотнение стенок с выраженной трансформацией, что является прямым показанием для применения адгезивных мягких крупнопористых сетчатых имплантатов [1-А,3-А,6-А,10-А, 19-А].

4. Применение отечественного препарата «Тимоцин» в послеоперационном периоде у пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета позволило эффективно купировать тяжёлый латентный воспалительный процесс, нормализовать иммунный ответ, предотвратить затяжное течение послеоперационного периода, способствуя восстановлению процессов заживления, снижению риска развития локальных гнойно-септических раневых осложнений [2-А,8-А,12-А,13-А, 20-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Для полномасштабной и качественной оценки состояния тканей передней брюшной стенки, с уточнением развития мышечно-апоневротического каркаса у пациентов с рецидивными вентральными грыжами, необходимо выполнить послойное УЗ-исследование и в режиме доплеровского картирования.
2. Выбор метода интраоперационного размещения аллопластического материала должен осуществляться индивидуально, и с учётом от степени изменений и развития мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки.
3. Для получения хороших результатов хирургического лечения рецидивных вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом и дальнейшего предотвращения послеоперационного рецидива необходимо интраоперационное обкалывание раны по флангам стенок передней брюшной стенки препаратом «Ботулотоксин а».
4. С целью ликвидации хронического вторичного клеточного иммунодефицита у пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета II-типа обязательным компонентом к оперативному вмешательству является проведение иммуномодулирующей терапии отечественным препаратом «Тимоцин».

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

Статьи в рецензируемых журналах:

- [1-А]. Ганиев, А.Э. Чанбаҳои ҳозираи этиология, патогенез ва истифодаи турҳои аллопластикӣ дар муолиҷаи чурраҳои такрории шикам [Матн] / А.Э. Ганиев, Ш.Қ. Назаров, А.М. Холбеғов, Т.Ш. Назаров, Ш.Б. Анваров //Симурғ. – 2021. - №2.- С.54-63.
- [2-А]. Ганиев, А.Э. Усулҳои ҳозиразамони табобати чурраҳои такрории баъдичарроҳии батнӣ дар беморони гирифта ба диабет қандӣ [Матн]/А.Э. Ганиев //Симурғ. – 2021. - №4.- С.112-119.
- [3-А]. Ганиев, А.Э. Функциональная аллопластика рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки [Текст] /А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде //Здравоохранение Таджикистана. – 2022. - №2. -С. 66-72.

[4-А]. Ганиев, А.Э. Ислохи чурраҳои азим, ки баъди ҷарроҳии шикам пайдо шудаанд [Матн] /А.Э. Ганиев, Ш.Қ. Назаров, С.Г. Али-Заде, Э. Чумъахон// Симурағ. – 2022. - №2.- С.116-127.

[5-А]. Ганиев, А.Э. Ультразвуковой мониторинг брюшной стенки при вентропластике [Текст] /А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, Дж.П. Эрадж//Здравоохранение Таджикистана. – 2023. - №4.- С. 22-29.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[6-А]. Ганиев, А.Э. Применение синтетических и биотехнологических материалов при герниопластике грыж передней брюшной стенки [Текст] /А.Э. Ганиев, Б.У. Курбонов, Т.Ш. Назаров//Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.161.

[7-А]. Ганиев, А.Э. Способ реконструктивной операции стенок пахового канала при рецидивных паховых грыжах [Текст]/А.Э. Ганиев, Б.У. Курбонов, Т.Ш. Назаров //Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.163

[8-А]. Ганиев, А.Э. Принципы интраоперационной профилактики рецидива грыж [Текст] / А.Э. Ганиев, Б.У. Курбонов, Т.Ш. Назаров//Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.164.

[9-А]. Ганиев, А.Э. Возможности применения ненатяжных методик в экстренной герниопластике [Текст]/А.Э.Ганиев, Р.А. Додихудоев, С.А. Умаров // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.222.

[10-А]. Ганиев, А.Э. Эффективность медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений у больных вентральными грыжами [Текст] / А.Э. Ганиев, Р.А. Додихудоев, Фарзонаи Иброхим// Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.271.

[11-А]. Ганиев, А.Э. Способ уменьшения негативных исходов при использовании синтетических материалов у больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / А.Э. Ганиев, Х.Ш. Назаров, С.Г. Али-Заде//Материалы первого международного медицинского конгресса государств Евразии – «Душанбе 2023» -С. 76.

- [12-А]. Ганиев, А.Э. Показатели маркеров воспалительного процесса в мониторинге у пациентов после вентропластики [Текст] / А.Э. Ганиев, Т.Ш. Назаров С.Сафарбекзода//Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием -2023. - С.216.
- [13-А]. Ганиев, А.Э. Хронический болевой фактор после проведения вентропластики [Текст] / А.Э. Ганиев, Э. Дж. Пирназарзода // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием -2023. - С.217.
- [14-А]. Ганиев, А.Э. Выбор способа пластики передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э. Ганиев, С. Сафарбекзода. С.С. Наджмидинов // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием -2023. - С.218.
- [15-А]. Ганиев, А.Э. Особенности диагностики и лечения послеоперационных рецидивных вентральных и боковых грыж живота [Текст] / А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки и к практике», с международным участием-2023.-С. 66-69.
- [16-А]. Ганиев, А.Э. Применение внутривенного лазерного облучения при комплексном лечении гнойно-септических осложнений послеоперационных ран брюшной стенки [Текст] / А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки и к практике» с международным участием-2023.-С. 209-210.
- [17-А]. Ганиев, А.Э. Морфологическое изменение тканей передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э.Ганиев, Э.Дж. Пирназарзода // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.48.
- [18-А]. Ганиев, А.Э. Выбор метода герниопластики при грыж передней брюшной стенки больших и гигантских размеров Текст]/А.Э. Ганиев, И.Т. Гайратов, М.И. Наджмидинов //Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.45.

[19-А]. Ганиев, А.Э. Функциональный ультразвуковой мониторинг брюшной стенки в оперативном лечении вентральных грыж [Текст] /А.Э. Ганиев, Ф.И. Кудратов, Ф.С. Рашидов//Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.45.

[20-А]. Ганиев, А.Э. Состояние кровотока передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э. Ганиев, С.А. Шарифов, Р.И. Султонов // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.46.

[21-А]. Ганиев, А.Э. Мышечные параметры передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э. Ганиев, С.А. Шарифов, Р.И. Султонов // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.47.

Патенты

1. Способ лечения больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Нахустпатент № TJ 1425. – 2023 г. Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Ганиев А.Э.

2. Способ лечения больных с большими послеоперационными вентральными грыжами. Нахустпатент № TJ 1471 – 2024 г. Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Ганиев А.Э.

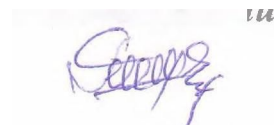
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД	артериальное давление
ВДД	внутрибрюшное давление
ВОЗ	всемирная организация здравоохранения
ГОУ	государственное образовательное учреждение
ДСТ	дисплазия соединительной ткан
ИМТ	индекс массы тела
ИММ	индекс мышечной массы
КТ	компьютерная томография
МДА	малоновый диальдегид
ПБС	передняя брюшная стенка
СБП	сила брюшного пресса
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
ФЭГДС	Фиброэзофагогастроскопия
ЭКГ	Электрокардиография

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

ВДБ: 617.55-007.43-089.8.616

Бо ҳуқуқи дастнавис



ҒАНИЕВ АЛИЁР ЭШМУРОВОВИЧ

**ИСЛОҲИ ҚАРРОҲИИ ЧУРРАҲОИ РЕТСИДИВИИ ВЕНТРАЛӢ ДАР
БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ДИАБЕТИ ҚАНДИ ТИПИ II**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори фалсафа (PhD), доктор
аз рӯйи ихтисоси 6D110117 – Қарроҳӣ

Душанбе - 2026

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ-и «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Назаров Шоҳин Қувватович - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ:

Ҳакимов Мурод Шавкатович - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии факултави ва госпиталии «Донишгоҳи давлатии тиббии Ташкент»

Бокиев Фатхулло Бахшуллоевич - номзоди илмҳои тиб, корманди калони илмӣ шӯбаи ҷарроҳии бариатри ва герниологияи МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо»

Муассисаи пешбар:

«Донишқадаи давлатии тиббии Бухоро ба номи Абу Али ибн Сино» Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «23» моҳи 06 соли 2026 соати «13⁰⁰» дар ҷаласаи шурои диссертатсионӣ 6D.KOA-040 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: Ҷумҳурии Тоҷикистон 734026, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31. www.tajmedun.tj, тел. (+992)928217755

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва сайти расмӣ он шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « » _____ соли 2026 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент



Али-Заде С.Г.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Имрӯзҳо басомади чурраҳои ретсидивии вентралӣ (батнӣ) меъёрҳои асосии баҳодиҳии натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳӣ ва касбияти табиби ҷарроҳ маҳсуб меёбад. Истифодаи усулҳои герниопластикаи кашидашуда дар байни сабабҳои зӯхуроти такрории ин беморӣ нақши муҳим дорад. Муаллифон бар он ақидаанд, ки: «муолиҷаи ҷарроҳии чурраҳои пас аз амали ҷарроҳӣ масъалаи мубрами ҷарроҳии муосир маҳсуб меёбад» [14, с.65-73]. Дар шароити тибби муосир пурра инкор кардани хатари ретсидив дар беморони дорои анамнези маҷмӯӣ ҳадафи дастнорас мебошад, ки онро мавҷуд будани мушкилоти пайвастаи ретсидивҳои чурраи вентралӣ ҳатто ҳангоми истифодаи эндопротезҳои синтетикӣ тасдиқ мекунад. Тавре Маҳмадов Ф.И. ва Султонов Р.Б. қайд мекунанд: «Дар сохтори амалҳои ҷарроҳӣ чуррабурӣ пас аз ҷарроҳии аппендэктомия ва холесистэктомия мавқеи сеюмро ишғол менамояд» [8,с.33-38]. Айни замон ҷомеаи пизишкон дар муолиҷаи беморон бо ретсидиви чурраҳо ҳангоми истифодаи усулҳои гуногуни герниопластика ба мушкилоти зиёде рӯ ба рӯ мешаванд. Дар робита бо ин, Федосеев А.В. қайд мекунад, ки: «яке аз аворизе, ки пас аз гузаронидани буриши мазкур ба мушоҳида мерасад, чурраи пас аз ҷарроҳии вентралӣ маҳсуб меёбад, ки он боиси паст гардидани сифати ҳаёти беморон гардида, гузаронидани амалҳои ҷарроҳии такрориро тақозо менамояд, ки омили аворизи пас аз амали ҷарроҳӣ мегардад ва ба масрафи иқтисодии табobati бемории мазкур таъсир мерасонад» [9,с.68-75]. Таҳқиқоти солҳои наздик дар соҳаи илми ҷаҳонӣ аз афзоиши миқдори бемориҳои такрорӣ хабар медиҳанд, ки эҳтимол аз зиёд будани муҳлати мониторинги беморони дорои анамнези вазнин ва афзудани миқдори амалиёти ҷарроҳӣ бо истифода аз имплантатҳои сунъӣ вобаста бошанд. [2,с.61-68;14,с.1234-1255]. Дар таҳқиқоти илмии худ Магомедрасулова А.А. нишон додааст, ки «новобаста аз самаранокии маъмули герниопластика бо истифода аз эндопротези турӣ, усули мазкур хавфи пайдо шудани як қатор аворизи пас аз амали ҷарроҳиро дорад, ки ин аз номукамал будани усулҳои ҷарроҳии ҷойдошта гувоҳӣ медиҳад» [6, с. 6]. Ҳамчунин, ин далел низ ҷолиби диққат аст, ки ҳангоми эндопротезҳои синтетикӣ ретсидивҳои чурраҳо дар беморон хеле норавшан зоҳир гардида, тадриҷан инкишоф меёбанд. Ступин В.А. ва ҳаммуаллифон дар таҳқиқоти худ тавсия медиҳанд, ки: «дар муолиҷаи ҷарроҳии чурраҳои пас аз ҷарроҳии вентралӣ ҳангоми қабули усули тармим интиҳоби ҷудогона қобили қабул мебошад» [7, с. 17-20]. Таҳқиқот нишон медиҳанд, ки новобаста аз усули интиҳобшуда - хоҳ ҷарроҳии стандартӣ ва ё хоҳ ҷарроҳии инноватсионӣ

бошад, дар усули истифодашудаи герниопластика ҳамчун ҷанбаи калидӣ эҳтимоли ба вуҷуд омадани ретсидив давомнокии давраи пайдо шудани он ва мавҷуд будани диабети қанд дар ин қабил беморон мебошад [10,с.198-202; 4,с.14-21; 20,с.292-298]. Қисми бештари ретсидивҳо дар марҳалаи ибтидоии пас аз ҷарроҳӣ ба қайд гирифта мешаванд, ки ба давраи регенератсияи дарзҳо ва тамом шудани мутобиқшавии эндопротез алоқаманд ҳастанд. Ғайр аз ин, таҳқиқоти Гурӯҳи корӣ оид ба ҷурраҳои вентралӣ (The Ventral Hernia Working Group, 2010) нишон медиҳад, ки «...дар давоми панҷ соли баъди ҷарроҳӣ эҳтимоли такроран гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ пас аз ретсидиви якум то 24%, пас аз ретсидиви дуюм то 35% ва пас аз ретсидиви сеюм то 39% меафзояд. Айни замон, ҷурраҳои вентралӣ баъди ҷарроҳӣ дар байни ҳама намудҳои ҷурраҳои берунии шикам то 20-26%-ро ташкил медиҳанд, ки ин нишондод танҳо аз паҳншавии ҷурраҳои қадкашак паст мебошад» [17,с. 415-419]. Дар раванди амалиёти ҷарроҳӣ бо мақсади аз байн бурдани ҷурраҳои калони вентралӣ, ҳамчунин дар ҳолатҳои, ки хатари пайдо шудани гипертензияи дохилибатнӣ мавҷуд аст, усулҳои интегратсионии герниопластика истифода мешаванд. Чаришкин А.Л. ва Фролов А.А. оид ба усули мазкур бар он ақидаанд, ки: «истифодаи герниопластика дар беморони дорои ҷурраҳои калон ва азимҷуссаи пас аз ҷарроҳӣ бо истифода аз маводҳои синтетикӣ омили паст гардидани миқдори ретсидивҳо ба 1–5 % гардидаанд [11, с. 100]. Ин раванд истифодаи бофтаҳои аутологии бемор, аз ҷумла сегментҳои мушакҳои мустақими шикам ва ё апоневрози мушаки қачи берунаро бо имплантатсияи эндопротезҳо дарбар мегирад. Қарорҳои махсуси техникӣ қабул карда шудаанд, ки дар доираи онҳо як қисми эндопротез дар болои апоневроз ва қисми дигар дар зери апоневроз ҷойгир карда мешавад. Ин имконият медиҳад, ки доираи васеи мушкilotи ҷарроҳӣ ҳаллу ҷасл карда шаванд. Аммо чунин муносибати маҷмӯӣ аз ҷарроҳ дақиқии олиро талаб мекунад ва мумкин аст, омили хатари баланди осеббинии бофтаҳо гардад. Дар таҳқиқоте, ки ба омӯзиши самаранокии герниопластикаи протезгузорӣ равона шудааст, ба аҳаммияти интиҳоби ҷойгиршавии эндопротези синтетикӣ ҳангоми табобати беморон бо ретсидивҳои пасазҷарроҳии ҷурраҳои вентралӣ таваҷҷуҳи махсус зоҳир карда мешавад. Усулҳои гуногуни ҷойгиркунонии имплантат мисли «onlay» то «sublay» ва «inlay», барои реконструксияи нуқсонҳо муносибатҳои гуногунро талаб мекунанд ва мутаносибан аз ҷиҳати самаранокӣ ва хатари оризаҳо, махсусан, дар бемориҳои аз қабилы диабети қанд фарқ мекунанд [5,с. 33-38; 16,с. 2075-2083]. Ҳамчунин, Шамсуллозода Ш.Н. қайд мекунад, ки «ҳангоми усулҳои кушодаи герниопластика натиҷаи муолиҷаи ҷарроҳӣ ва

басомади аворизи пас аз амали ҷарроҳӣ гуногун буда, аз мавзеи гузоштани маводди синтетикӣ дар бофтаҳои девораҳои шикам ва усулҳое, ки «sublay», «inlay», «onlay» унвон гирифтаанд, вобаста мебошад. Ҳамчунин, басомади пайдоиши аворизи пас аз ҷарроҳӣ аз андозаи дарвозаи чурра, ҳолати бофтаҳои мавзӣ ва муносибат бо онҳо вобаста мебошад» [12, с. 176]. Баррасии таҳлили интишороти илмӣ вучуд надоштани усулҳои ягонро дар табобати ретсидивҳои чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ, махсусан, дар шахсони гирифтори диабети қанд нишон медиҳад. Қабули қарор ҷиҳати интихоби стратегияи ҷарроҳӣ бештар аз таҷрибаи шахсии мутахассис, имкониятҳои иқтисодии муассисаи тиббӣ ва ҷой доштани бемориҳои музминӣ ҳамрадиқ вобаста мебошад. Дар баҳсу мунозираҳои муосири илмӣ ба мутобиқшавии раванди муолиҷа ба ҳолатҳои мушаххаси клиникӣ таваҷҷуҳи хоса зоҳир намуда, зарурати муносибатҳои инфиродиро таъкид менамоянд. [1,с. 5-11; 19,с. 03-12].

Дараҷаи коркарди илмӣ масъалаи мавриди омӯзиш. Дар ташаккул ёфтани чурраи ковокии шикам на танҳо заминаҳои генетикӣ, балки бемориҳои музмин низ нақши калидӣ доранд. Ихтилоли метаболизми коллаген ва нуқсони бофтаҳои пайваستкунанда хатари пайдо шудани чурраҳо ва такроран зоҳир шудани онҳоро зиёд мекунад. Илова бар ин, вазни барзиёд ва фарбеҳӣ барои ташаккул ёфтани чурраи пас аз ҷарроҳӣ омилҳои муҳимми хатар ба ҳисоб мераванд. Мураккаб будани ҳолати беморон бо он вазнинтар мешавад, ки бештари онҳо, ки 80-85%-ро ташкил медиҳанд, аз бемориҳои музминӣ ҳамрадиқ азият мекашанд ва ин, махсусан, барои шахсони миёнсол, калонсол ва пиронсол, ки дар байни онҳо бемории диабети қанд паҳн шудааст, масъалаи хеле муҳим маҳсуб меёбад. «Таҳқиқоти иммунологӣ, ки дар заминаи мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда гузаронида шудаанд, муайян карданд, ки фаъолшавии равандҳои пролиферативӣ дар системаи иммунӣ, ки зиёд шудани консентратсияи иммуноглобулинҳои синфи G-ро, новобаста аз намуди имплантатҳои турӣ бетағйир (стереотипӣ) ба мушоҳида мерасанд, ҳадаф гирифтааст» [10,с. 198-202; 1,с.5-11]. Махсусан, қайд кардан ба маврид аст, ки истифодаи имплантатҳои турӣ синтетикӣ дар заминаи сатҳи баланди маҳсулоти антителаҳои аз ҷиҳати функционалӣ нофаъоли синфи G бо хусусияти суст, ҷиҳати ба таври иловагӣ паст кардани иммунитети мутобиқшаванда дар давраи барвақтии пасазҷарроҳӣ мусоидат мекунад. Дар доираи муносибатҳои муосир ба табобати чурраҳои ретсидивии девораи пеши шикам (ДПШ), диққати махсус на танҳо ба барқарор кардани комилияти сохторӣ, балки ба нигоҳ доштани фаъолнокии функционалии мушакҳои девораи пеши шикам низ дода мешавад. Таваҷҷуҳи

махсус ба дисфункцияи соматовистсералӣ дода мешавад, ки онҳо метавонанд дар натиҷаи ирритатсия (тахрик)-и ретсепторҳои ҳиссӣ дар ин мавзё ба амал оянд. «Нақши муҳимми мушакҳои пресси абдоминалӣ дар гардиши хуни варидӣ баррасӣ мешавад, ки дар ин ҷо он вазифаи насосро иҷро мекунад ва барои беҳтар шудани баргаштани хуни варидӣ аз пойҳо ҳангоми релаксатсияи мушакҳо ҳангоми нафаскашӣ мусоидат мекунад. Ҳамчунин, аҳамияти мушакҳои батнӣ дар раванди дефекация ва пешобкунӣ, инчунин саҳми онҳо дар нафасбарорӣ таъкид карда мешавад. Илова бар ин, фаъолнокии пресси мушакҳои абдоминалӣ барои таъмин кардани функцияи локомотории сутунмуҳра ва ноҳияи камар, муҳраҳо ва нигоҳдории усутувории андомҳои поёнӣ ниҳоят муҳимманд» [3,с.142-144; 13,с.609-614].

Ҳамин тавр, интиҳоби усули беҳтарини герниопластика барои табобати чурраҳои васеи вентралии пасазҷарроҳӣ мавзуи баҳсҳои касбӣ боқӣ мемонад. Дар робита ба ин, интиҳоби методикаи нисбатан қобили қабули ҷарроҳӣ бояд бо таҳқиқоти соҳаи ислоҳи чурраҳои ретсидивии вентралӣ дар беморони дорои анамнези вазнин ҳамроҳ карда шавад. Мақсади чунин таҳқиқот коркарди стратегияи профилактикаи такроран пайдо шудани чурраҳо ва бартараф сохтани инкишофи аворизи ҷиддии пасазҷарроҳӣ мебошад, ки метавонанд омили фавт гарданд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо)-и мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи КИТ-и ташаббусии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» «Ташхис ва табобати ҷарроҳии бемориҳои шадиди ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам» иҷро карда шудааст. Қайди давлатӣ: №0123TJ1524.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: беҳтар сохтани натиҷаҳои ислоҳи ҷарроҳии чурраҳои ретсидивии вентралӣ ва профилактикаи оризаҳои маҳдуди баъдиҷарроҳӣ дар беморони гирифтори диабет қанди тип II.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникии чурраҳои ретсидивии вентралӣ пас аз усулҳои гуногуни герниопластика дар беморони гирифтори диабет қанди тип II.

2. Муайян кардани омилҳои асосии пайдошавии чурра дар патогенези инкишофи ретсидиви чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабет қанди тип II.

3. Бо мақсади такмил додани усулҳои герниопластика гузаронидани таҳлили макро- ва микроскопии тағйироти бофтаҳои мавзеи девораи пеши шикам бо ретсидивҳои чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II.

4. Омӯзиши самаранокии клиникий иммуномодулятори ватании «Тимотсин» ва ворид намудани он дар муолиҷаи беморони дорои ретсидиви чурраҳои вентралӣ бо диабети қанди типи II ва муайянкунии таъсири он дар басомади оризаҳои мавзё дар давраи пас аз амали ҷарроҳӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот дар кори диссертатсионӣ 136 нафар беморони дорои ретсидиви чурраҳои вентралӣ бо диабети қанди типи II буд, ки онҳо таҳқиқ ва ҷарроҳӣ шуданд, қарор гирифтаанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши ҷараёни клиникий чурраҳои ретсидивии вентралӣ пас аз усулҳои гуногуни герниопластика дар беморони гирифтори диабети қанди типи II буд, ки ба онҳо таҳлили макро- ва микроскопии тағйироти бофтаҳои мавзё гузаронида, омилҳои асосии пайдошавии чурра дар патогенези инкишофи ретсидив муайян карда шудааст. Самаранокии иммуномодулятори ватании «Тимотсин» дар табобати маҷмӯӣ омӯхта шуд. Мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ бо концепсияи мавзӯи ба нақша гирифташудаи диссертатсия мувофиқат мекунад. Дар ин замина мавзӯи таҳқиқот бо шиносномаи ихтисоси 6D110117-Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Хусусиятҳои клиникий ҷараёни чурраҳои ретсидивии вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II вобаста аз усулҳои герниопластика омӯхта шудааст.

Ҷиҳати паст кардани хавфи ретсидив таҳлили макро- ва микроскопии тағйироти морфологӣ бофтаҳои мавзеи девораи пеши шикам дар ин қабил беморон гузаронда шуда, дар асоси он усулҳои ҷарроҳӣ муайян ва мукамал карда шудаанд.

Предикторҳои асосии пайдошавии чурра дар патогенези инкишофи ретсидиви чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II муайян карда шудааст.

Бамаврид будани таъриққунии девораи шикам пеш аз ҷойгир кунонидани маводди алопластикӣ бо препарати Ботулотоксин а ҳангоми ретсидиви чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II асоснок карда шудааст.

Самаранокии истифодаи иммуномодулятори ватании «Тимотсин» дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори чурраҳои ретсидивии вентралӣ бо диабети қанди типи II исбот карда шудааст.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Дар муқоиса аз дигар таҳқиқот, дар таҳқиқоти мазкур хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, тағйироти нишондодҳои таҳқиқоти инструменталӣ ва лабораторӣ дар бофтаҳои мавзӣ бо ретсидивҳои ҷурраҳои шикам дар беморони гирифтори диабети қанди типи II муайян карда шудааст.

Истифодаи иммуномодулятори ватании «Тимотсин» имкон медиҳад, ки сари вақт ҷорабиниҳои профилактикӣ ҷиҳати пешгирӣ намудани ретсидивҳои фасодӣ-септикий ҷарроҳат гузаронида шаванд.

Ҳангоми ретсидивҳои ҷурраҳои шикам дар беморони гирифтори диабети қанди типи II тазриқнунии девораи шикам бо маводди Ботулотоксин а пеш аз ҷойгиркунонидани маводди алопластикӣ барои релаксатсияи мавзеи мушакҳо, ҷараёни хуби пас аз ҷарроҳӣ ва паст гардидани равандҳои мавзеи илтиҳобӣ дар атрофи тӯри синтетикӣ мусоидат мекунад.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян карда шудааст, ки сабабҳои ретсидиви ҷурраҳои шикам дар заминаи диабети қанди типи II статуси коморбидӣ буда, он боиси пайдоиш ва рушди тағйироти дистрофикӣ ва деструктивӣ дар сохтори мушакҳои апоневрози девораи пеши шикам ва ҳалтаи ҷурра мебошад.

2. Муайян карда шуд, ки дар беморони гирифтори ҷурраҳои ретсидивии вентралӣ дар заминаи диабети қанди типи II, таҷдиди сохтори ҳоси буриши девори пеши шикам бо бартарии минтақаи нимаи чап нисбат ба тарафи рост ва афзоиши ҳатти қавравӣ ба самти ҳамвориҳои шикам ба вуҷуд меояд ва аз ҷиҳати морфологӣ дараҷаи шадиди дисплазияи бофтаи пайвандкунанда, дезорганизатсияи сохторҳои бофта, атрофияи миофибриллҳо бо гранулятсия, нобаробарии рағҳои хунгард, серхунӣ ва дуруштшавии девораи рағҳо бо нишонаҳои ихтилоли гардиши хун аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқ карда шудаанд.

3. Исбот шудааст, ки оптимизатсияи муолиҷаи ҷарроҳӣ ва назорати баъдиҷарроҳии беморони гирифтори ҷурраҳои такроршавандаи вентралӣ дар заминаи диабети қанди типи II тавассути истифодаи вариантҳои такмилёфтаи герниопластикаи «sublay» ва «TAR» дар якҷоягӣ бо тазриқи доруи ватании «Тимотсин» дар муолиҷаи баъдиҷарроҳӣ ба даст оварда мешавад, ки рафъи самараноктари раванди илтиҳоби латентӣ, ба эътидол овардани воқуниши иммунӣ, беҳтар шудани шифоёбии репаративӣ ва коҳиш додани ҳатари аворизи мавзеи фасоду септикиро таъмин мекунад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Тавассути эътимоднокии маълумотҳо кофӣ будани ҳаҷми маводи таҳқиқот, натиҷаҳои бадастомада, навгонӣ ва нуқтаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ,

коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва интишорот тасдиқ карда мешаванд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмӣ натиҷаҳои табобати беморони дорои ретсидивҳои чурраҳои шикам дар заминаи диабети қанд тип II асоснок карда шудаанд.

Мувофиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мақсад ва вазифаҳои дар пеш гузоштаи таҳқиқот, дар равиши кор истифода намудани усулҳои клиникӣ-инструменталии ташхис, усулҳо ва технологияи табобати ҷарроҳӣ ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 6D110117- Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад. Фасли III, банди 1: этиология, патогенез, клиника, ташхис, табобати ҷарроҳӣ, пешгирии бемориҳои модарзодии узвҳои ковокии шикам (роҳҳои меъдаю рӯда, чигар ва роҳҳои талхагузар, ғадуди зерӣ меъда) ва қафаси сина (шуш, сурхруда, плевра, миёндевор, диафрагма). 8. Тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ ва пешбурди давраи баъди ҷарроҳӣ.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф таҳлили ретроспективӣ ва проспективӣ маводди клиникӣ, коркарди маводди оморино анҷом дода, адабиёти илмӣ муосирро оид ба мавзӯи диссертатсия таҳлил намудааст, дар тайёр кардани беморони мавзӯӣ барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ иштирок намудааст, ба ҳайси ассистент дар зиёда аз 70%-и амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми чурраҳои ретсидивии вентралӣ дар беморони дорои диабети қанд тип II бевосита иштирок намуда, ҷарроҳӣ кардааст. Натиҷаҳои бевоситаи муолиҷа дар ҳамаи ҳолатҳо шахсан аз тарафи диссертант омӯхта шудаанд.

Тасвиб ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии диссертатсия дар мавридҳои зерин гузориш ва баррасӣ шудаанд: дар конференсияи илмӣ-амалии байналмилалӣ XVI солони олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». «Проблемаҳои нави илми тиб ва дурнамои ҳаллу фасли онҳо» бо иштироки намояндагони хориҷӣ (Душанбе, 2021); дар конгресси якуми байналмилалӣ тиббии давлатҳои Авруосиё («Душанбе, 2023»); дар конференсияи илмӣ-амалии байналмилалӣ XVIII солони олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». «Илм ва инноватсия дар тиб-2023», бо иштироки намояндагони хориҷӣ (Душанбе, 2023); дар конференсияи илмӣ-амалии байналмилалӣ (71-уми солони) МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». «Инноватсия дар тиб: аз илм ба амалия», бо иштироки намояндагони хориҷӣ (Душанбе, 2023); дар ҷаласаи комиссияи проблемавӣ-экспертии байникафедравии фанҳои ҷарроҳии МДТ

«Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (протоколи №6/38 аз 12.02 соли 2026).

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия. Оид ба мавзуи диссертатсия 21 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст ва 2 патент барои ихтироот дарёфт шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 206 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шудааст ва аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, боби шарҳи адабиёт ва 5 боби таҳқиқоти худӣ, хулосаҳо ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Феҳристи адабиёт 208 сарчашмаро дар бар гирифтааст, ки аз онҳо 95 сарчашма бо забони русӣ ва 113 сарчашма ба дигар забонҳои хориҷӣ мебошанд. Дар таҳқиқот 19 ҷадвал ва 51 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Тавсифи умумии маводди клиникӣ.

Дар доираи таҳқиқот натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 136 бемор, ки дар давраи солҳои 2007 - 2023 дар шӯъбаи ҷарроҳии МД «Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ», ки пойгоҳи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» мебошад, бистарӣ буданд, таҳлил карда шуд. Беморони таҳқиқшуда ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи асосӣ (69 бемор) ва гурӯҳи назоратӣ (67 бемор). Дар ҷадвали 1 хусусиятҳои гурӯҳҳои таҳқиқшаванда вобаста аз категорияи синнусолии беморон (мувофиқи таснифи синнусолии аз тарафи ТУТ қабулшуда аз 28.04. соли 2021) оварда шудааст. Дар беморони гурӯҳи якум ($n=69$) герниопластика бо истифода аз аллопротезҳои тӯрии биологӣ инертӣ иҷро карда шуд. Дар беморони таҳқиқшудаи гурӯҳи дуюм ($n=67$) ҷарроҳии анъанавӣ бо истифода аз маводди аллопластикӣ сурат гирифт. Гурӯҳҳо аз рӯйи ҷинс муқоиса карда шуданд: дар гурӯҳи таҳқиқотӣ 44,9% ва дар гурӯҳи назоратӣ 43,3% мардон буданд, занон мутаносибан 55,1% ва 56,7% -ро ташкил медоданд ($p=0,847$). Тақсимооти беморон аз рӯйи категорияи синну сол низ аз ҷиҳати омор ба таври назаррас фарқ надошт ($p=0,931$), ки ба мо имкон медиҳад, ки гурӯҳҳои муқоисашударо аз ҷиҳати хусусиятҳои асосии демографӣ яхела ҳисоб кунем (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморони дорои ретсидиви ҷурраи вентралӣ ва гирифтори диабети қанди тип II ($n=136$)

Нишондод	Гурӯҳ	Гурӯҳи I, асосӣ ($n=69$)	Гурӯҳи II назоратӣ ($n=67$)	p
Ҷинс	Мардон	31 (44,9%)	29 (43,3%)	0,847
	Занон	38 (55,1%)	38 (56,7%)	

Синну сол,	18-44, синну соли чавон	17 (24,6%)	15 (22,4%)	0,931
	45-59, синну соли миёна	21 (30,4%)	19 (28,4%)	
	60-74, калонсолон	23 (33,3%)	26 (38,8%)	
	75-90, синну соли пирӣ	8 (11,6%)	7 (10,4%)	

Эзоҳ: маълумотҳо ҳамчун n (%) оварда шудаанд. p — нишондиҳандаи аҳаммияти омории фарқиятҳо байни гурӯҳҳо тибқи меъёри хи-квадрат (χ^2)-и Пирсон.

Таҳқиқи анамнез, бо назардошти хусусиятҳо ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳии аввалияро аз сар гузаронидани беморон муайян кард, ки ҷарроҳӣ дар меъда, талхадон ва роҳҳои талхарон, инчунин амалиёти ҷарроҳии вобаста аз ногузариши шадиди лиҳомии рӯдаҳо ва перитонити сабабаш гуногун, бо басомади бештар гузаронида шуданд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Басомади амалиёти ҷарроҳии аввалия, ки пеш аз пайдо шудани чурраҳои ретсидивии вентралӣ дар одамони дорони диабет қанди тип II гузаронида шудаанд.

Намуди даҳлати ҷарроҳии қаблӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=69)	Гурӯҳи назоратӣ (n=67)	P
Ҷарроҳӣ дар меъда	9 (13,0%)	9 (13,4%)	0,996
Ҷарроҳӣ дар талхадон ва роҳҳои талхагузар	15 (21,7%)	12 (17,9%)	
Ҷарроҳӣ аз хусуси панкреонекроз	7 (10,1%)	9 (13,4%)	
Ҷарроҳӣ аз хусуси ногузариши шадиди лиҳомии рӯдаҳо	9 (13,0%)	9 (13,4%)	
Ҷарроҳӣ аз хусуси перитонитҳо	16 (23,2%)	16 (23,9%)	
Ҷарроҳӣ аз хусуси осеби шикам	6 (8,7%)	5 (7,5%)	
Ҷарроҳӣ дар рӯдаи гафс	7 (10,1%)	7 (10,4%)	

Эзоҳ: p — нишондиҳандаи аҳаммияти омории фарқиятҳо байни гурӯҳҳо аз рӯи сохтори умумии ҷарроҳиҳои қаблӣ тибқи меъёри χ^2 -и Пирсон.

Нишондиҳандаи миёнаи ШМБ дар гурӯҳи таҳлилшудаи беморон $37,2 \pm 0,8$ кг/м²–ро ташкил дод ($>0,05$), яъне аз сатҳи меъерӣ хеле баланд буд. Барои баҳо додан ба протсесси барқароршавии функцияҳои мушакҳои мустақими шикам тестҳои функционалӣ ба кор бурда шуданд, ки аз тарафи экспертҳои Клиникаи Мейо (ИМА) таҳия крда шудаанд. Натиҷаҳои дар раванди иҷро кардани ҳарду тести функционалии тавсифшуда ба даст овардашуда ҳам карда мешаванд. Ҷамъбасти умумии «Abdominal wall strength» (AWS) номгузорӣ шудааст, ки ҳамчун «Қувваи пресси шикам» (ҚПШ) тарҷума мешавад. Таҳқиқоти ултрасадоӣ дар шуъбаи ташҳиси МД «Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ», ш. Душанбе (мудири шуъба н.и.т. Восиев А.С.) гузаронида шуд. Таҳқиқоти рентгенологӣ дар шуъбаи ташҳиси МД «Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ», ш. Душанбе (табиб-рентгенолог Жабинов Ф.) иҷро карда шуд. ЭФГДС дар шуъбаи ташҳиси МД

«Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ», ш. Душанбе (табибон - эндоскопистҳо Одинаев Р.С., Мудинов С.М.). ЭКГ, спирометрия дар шуъбаи ташхиси МД «Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ», ш. Душанбе гузаронида шуд (табиб - кардиолог, функционалист Курбонов Р. Б.). Таҳқиқоти ТК дар марказҳои тиббии «Нурафзо», «Нури само -2022» (табиб Туйчибоев Ф.) иҷро карда шуд. Назорати ФДБ дар раванди ҷарроҳӣ бо истифода аз усули модификатсионии Крон гузаронида шуд, ки аз он аз тариқи катетери Фолле ба масона дохил кардани 100 мл маҳлули физиологӣ барои чен кардани фишор иборат буд. Муҳлати омода кардани беморон ба ҷарроҳӣ ба ҳисоби миёна $6 \pm 0,9$ ($>0,05$) рӯзро дар бар гирифт.

Коркарди омории маълумотҳо дар барномаи Statistica 10.0 (StatSoftInc., ИМА) гузаронида шуд. Арзёбии муътадили тақсим кардани намуна аз рӯйи критерияҳои Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Уилка гузаронида шуд. Бузургҳои миқдорӣ дар шакли нишондиҳандаи миёна (M) ва хатоҳои стандартӣ (m) тавсиф шудаанд. Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар байни ду гурӯҳ аз U-критерияи Манн-Уитни (барои намунаҳои мустақил) ва T-критерияи Вилкоксон (барои намунаҳои номустақил) истифода карда шуд. Ҳангоми муқоисаҳои ҷуфт дар байни гурӯҳҳои мустақил критерияи χ^2 , аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва критерияи дақиқи Фишер ба кор бурда шуданд. Таҳлили коррелятсионӣ бо усули коррелятсияи Спирмен гузаронида шуд. Фарқият ҳангоми сатҳи p камтар аз 0,05 будан, аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Дар ҷанбаи клиникӣ дар беморон, бар иловаи аломатҳои асосии беморӣ дар раванди таҳқиқот ҳангоми воридшавӣ ба беморхона чунин аломатҳо муайян карда шуданд: норухати доимӣ ва тӯлонӣ - дар 14 (10,3%) -и беморон, тез шудани ҷуръати нафаскашӣ - дар 13 (9,6%) бемор, адинамияи доимӣ низ дар 14 (10,3%) бемор муайян карда шуд. Чунин параметрҳо ба монанди хушкӣ забон, суръати тези нафаскашӣ байни худ мувофиқат мекунанд. То оғози табобат дар беморони ҳар ду гурӯҳ нишонаҳои лаборатории илтиҳоби музмин мушоҳида гашт. Сатҳи миёнаи СРС дар гурӯҳи назоратӣ 3,4 [2,8-4,1] мг/л ва дар гурӯҳи асосӣ 3,6 [2,9-4,4] мг/л ($p=0,284$), ДМА - мутаносибан 2,0 [1,7-2,4] ва 2,1 [1,8-2,5] мкмол/л ($p=0,397$), прокалситонин - мутаносибан 0,34 [0,28-0,40] ва 0,36 [0,30-0,42] нг/мл ($p=0,221$) буд. Сатҳи IL-6 низ дар ҳар ду гурӯҳ муътадил афзоиш ёфт ва дар гурӯҳи назоратӣ 8,4 [7,6-9,3] пг/мл дар муқоиса бо 8,7 [7,8-9,6] пг/мл дар гурӯҳи асосӣ ($p=0,173$) буд. Концентратсияи фибриноген дар ҳар ду гурӯҳ аз арзишҳои истинодӣ зиёдтар буд: мутаносибан 7,5 [6,8-8,1] г/л ва 7,7 [7,0-8,3] г/л ($p=0,246$). Ҳамин тариқ, дар вақти қабул гурӯҳҳо аз ҷиҳати

вазнинии аломатҳои лаборатории илтиҳоби музмин қобили муқоиса буданд, ки имкон медиҳад динамикаи минбаъдаи нишондиҳандаҳо дар заминаи равишҳои гуногуни табobati ҷарроҳӣ баҳо дода шавад.

Ҷадвали 3. - Нишондиҳандаҳои мушаххаси раванди илтиҳобӣ дар хун ҳангоми қабули беморони гирифтори ҷурраҳои тақририи вентралӣ Ме [Q1-Q3]

Нишондод	Меъёр	Гурӯҳи назорӣ (n=67)	Гурӯҳи асосӣ (n=69)	P
СРБ, мг/л	≤3,0	3,4 [2,8-4,1]	3,6 [2,9-4,4]	0,284
ДМА, мкмоль/л	0-1,0	2,0 [1,7-2,4]	2,1 [1,8-2,5]	0,397
Прокалситонин, нг/мл	≤0,1	0,34 [0,28-0,40]	0,36 [0,30-0,42]	0,221
IL-6, пг/мл	<7,0	8,4 [7,6-9,3]	8,7 [7,8-9,6]	0,173
Фибриноген, г/л	2,0-4,0	7,5 [6,8-8,1]	7,7 [7,0-8,3]	0,246

Эзоҳ: p - аҳаммияти омории фарқи байни гурӯҳҳо мувофиқи санҷиши U- критерияи Манн-Уитни

Ҳангоми омӯзиши коагулограмма, дар 83 (61,0%) бемор коҳиши шумораи тромбоцитҳо то 149 [136-162] × 10⁹/л мушоҳида шуд. Дар баробари ин, афзоиши консентратсияи глюкозайи хун то 10,2 [8,6-12,1] ммоль/л ошкор карда шуд, ки ин ҷаброни нокифояи диабети навъи II-ро инъикос мекунад. Сатҳи амилазаи зардоб низ аз арзишҳои истинодӣ зиёдтар буд ва 290 [276-304] воҳид/л-ро ташкил дод. Илова бар ин, заминаи гормоналӣ дар беморони аз 40-сола боло омӯхта шуд: 31 (22,8%) мардон ва 33 (24,3%) занон (Ҷадвали 4.).

Ҷадвали 4. – Нишондиҳандаҳои заминаи гормоналӣ дар беморони дорои ҷурраҳои тақририи вентралӣ Ме [Q1-Q3].

Нишондод	Ҳангоми қабул	Баъди ҷарроҳӣ	P
Прогестерон дар занони синнашон аз 40 боло, нмоль/л (n=33)	0,34 [0,27-0,42]	0,40 [0,30-0,52]	0,118
Тестостерон дар мардони синнашон аз 40 боло, нмоль/л (n=31)	5,2 [4,4-6,1]	5,6 [4,8-6,5]	0,093

Эзоҳ: p - аҳаммияти омории фарқи байни нишондодҳо ҳангоми қабул ва пас аз ҷарроҳӣ мувофиқи санҷиши Вилкоксон

Дар беморони аз 40-сола боло, сатҳи гормонҳо иловатан арзёбӣ карда шуд. Дар занон сатҳи миёнаи прогестерон 0,34 [0,27-0,42] нмол/л ва дар мардон сатҳи миёнаи тестостерон 5,2 [4,4-6,1] нмол/л буд. Бо далели он ки ҳамаи таҳқиқшудагон дараҷаҳои гуногуни фарбеҳӣ ва шиками овезон доштанд, ин аз ихтилоли возеҳи заминаи гормоналӣ ба ҳайси сабаби ретсидивӣ пайдо шудани ҷурра дар заминаи диабети қанд гувоҳӣ медиҳад.

Тағйиротҳои возеҳи муайянкардашудаи дистрофиро дар бофтаҳои девораи пеши шикам, дар заминаи диабети қанд ба назар гирифта, дар раванди таҳқиқот дар 31 (44,9%) нафар бемори гурӯҳи асосӣ баъзе тағйироти нишондиҳандаҳои функционалии тести нигоҳдории андомҳои поёни ва нигоҳдории мавқеи бадан то ҷарроҳӣ дида шуд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Нишондиҳандаҳои тести функционалӣ то ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ вобаста аз андозаи чурраҳо ва мавқеи онҳо.

Тести функционалӣ	Гурӯҳи асосии то ҷарроҳӣ (n=69)
Тести кашиши дасту пой (КДП), холҳо	2,1 [1,8-2,5]
Тести нигоҳдории ҳолати бадан (НХБ), холҳо	2,0 [1,7-2,4]
Қувваи мушакҳои шикам (ҚМШ), холҳо	4,1 [3,8-4,4]

Эзоҳ: маълумот чунин пешниҳод карда мешавад Ме [Q1-Q3]

Дар доираи таҳқиқоти ултрасадо дар 53 бемори гурӯҳи асосӣ ва 29 бемори гурӯҳи назоратӣ ташхис гузаронида шуд. Дар беморони синну соли $22,1 \pm 1,1$ ($p > 0,05$) дохил карда шуданд, ки дар байни онҳо 15 зан ва 14 мард буданд. Нишондиҳандаи миёнаи ШММ дар ин гурӯҳ то $65,4 \pm 0,1$ ($p > 0,05$) расида буд. Синну соли миёнаи беморон дар гурӯҳи асосӣ $69,3 \pm 1,1$ ($p > 0,05$) сол буд, андозаи медиана 50 солро ташкил дод. Аз онҳо занҳо 38 (27,9%) ва мардҳо – 31 (22,7%) буданд. Нишондиҳандаи миёнаи ШММ дар ин гурӯҳ $69,1 \pm 0,39$ ($p > 0,05$) кг-ро ташкил дод. Дар 8 бемор ретсидивҳои чурраи пас аз ҷарроҳӣ дида шуд, ки аз миқдори умумӣ 11,1% -ро ташкил дод. Қутри ҳамаи чурраҳои пасазҷарроҳӣ аз $7,9 \pm 1,3$ ($p > 0,05$) см зиёд буд. Андозаи кундаланги сӯроҳии чурра дар иштирокдорони гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна $4,9 \pm 0,21$ ($p > 0,05$) см, қимати медиана 5 см буд. Дар раванди таҳлили маълумотҳои ТУС оид ба девораи пеши шиками беморони дорои диабет қанд, ки ҳангоми ҳам кардани баданашон, ба баланд шудани ФДБ оварда мерасонид, хусусиятҳои муайян муқаррар карда шуданд. Дар баъзе иштирокдорони таҳқиқот конфигуратсияи Н-шакли хатти сафеди шикам ва пардаи мушакҳои мустақим ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи назоратӣ, кунҷи марказии миёна 71,2 [66,5-76,8] дараҷа буд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи асосӣ ин нишондод ба таври назаррас баландтар буд – 101,8 [94,6-112,4] дараҷа. Фарқи байни гурӯҳҳо аз ҷиҳати омор назаррас буд ($p < 0.001$). Ҳангоми муқоиса бо шахсоне, ки чурра надоранд, муайян карда шуд, ки нишонаҳои афзоиши бофтаҳо дар мушакҳои дорандагони чурра бештар маъмуланд - дар 14,6% ҳолатҳо дар муқоиса бо 4,4% дар шахсоне, ки чурра надоранд ($p < 0,05$) (Ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. – Нишондиҳандаҳои ТУС-и хусусиятҳои мушакҳои мустақими шикам дар гурӯҳҳои мушоҳидашаванда, Ме [Q1-Q3]

Нишондоди УС-сканограммаҳо	Ҳолат	Барандагони чурра	Нафарони машқнокардаи бидуни чурра	Нафарони машқкардаи бидуни чурра	р.умум.
Васеии мушакҳои мустақими шикам, см	Дар ҳолати оромӣ	7,02 [6,41-7,68]	6,97 [6,61-7,28]	7,14 [6,58-7,76]	0,742
	Дар ҳолати шиддат	6,65 [6,12-7,09]	6,68 [6,12-7,21]	6,21 [5,74-6,81]	0,318
	р оромӣ-шиддат	0,084	0,112	0,071	

Ғафсии мушакҳои мустақими шикам, см	Дар ҳолати оромӣ	0,93 [0,78-1,08]	1,07 [0,94-1,22] p1=0,008	2,24 [2,03-2,48] p1<0,001 p2<0,001	<0,001
	Дар ҳолати шиддат	1,22 [1,00-1,46]	1,72 [1,48-1,96] p1=0,006	2,62 [2,31-2,96] p1<0,001 p2=0,004	<0,001
	p оромӣ-шиддат	<0,001	<0,001	0,092	

Эзоҳ p-умум. - аҳаммияти омории фарқи байни се гурӯҳ аз рӯйи санҷиши Краскел-Уоллис. Муқоисаи дугонаи байнигурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши Данн бо ислоҳи Холм анҷом дода шуд: p1 - муқоиса бо гурӯҳи беморони чурра, p2 - муқоиса бо гурӯҳи шахсони бетачрибаи бе чурра. p шиддати оромӣ - аҳаммияти омории фарқи дохилигурӯҳӣ байни нишондодҳо дар ҳолати оромӣ ва шиддат мувофиқи санҷиши Вилкоксон

Дар беморони гирифтори чурра, афзоиши ғафсии мушакҳои рости шикам ҳангоми сарбории функсоналӣ аз 0,93 [0,78-1,08] то 1,22 [1,00-1,46] см ($p<0,001$) мушоҳида шуд, аммо арзишҳои мутлақ нисбат ба афроде, ки чурра надоранд, пасттар боқӣ монданд. Ин на танҳо аз тунукшавии сохтории бофтаи мушакҳо, балки, инчунин, аз захираи маҳдуди функционалӣ ҳангоми чамъшавӣ шаҳодат медиҳад.

Сканеркунии дуплексии рағҳо – шараёни сатҳии эпигастрия, шараёни поёнии эпигастрия ва а. circum flexailium profunda, дар В-режим бо таҳлили фишори марказии хун сурат гирифт. Ҳангоми таҳлил кардани маҷрои хун режими (PW) импульсӣ-мавҷии доплерӣ истифода карда шуд, суръати максималии маҷрои хун дар систолика (V_{max}) ва суръати минималии маҷрои хун дар систолика (V_{min}) чен карда шуд, ҳамчунин индекси муқовимат ҳисоб карда шуд. Дар доираи таҳлили доплерии ранга чунин параметрҳо, ба монанди қутри рағҳо, суръати миёнаи маҷрои хун (V_{mean} , бо см/сония ифода шудааст), ҳаҷми селайи маҷро (V_{vol} , бо мл/дақ. ифода шудааст) ва индекси конгестивӣ барои таҳлили ҳолати варидҳои даромадгоҳ (портал), испурч ва масориқа ба қайд гирифта шудаанд. Дар раванди таҳқиқоти суръати баландтарини систоликии маҷрои хун дар шараёни болоии эпигастрий (а. epigastrica superior) нисбат ба меъёр ба таври назаррас баланд буд - $0,40 \pm 0,02 (p>0,01)$ м/с. Илова бар ин, кам шудани индекси резистентнокии маҷрои хун дар ин шараён то сатҳи $0,66 \pm 0,03 (p>0,01)$ ба мушоҳида расид. Қутри миёнаи шараёни а. epigastrica superior то $2,1 \pm 0,2 (p>0,01)$ хурд шудааст, ки эҳтимолан, аз вазоспазм вобаста мебошад.

Омодагии пеш аз ҷарроҳӣ ба беҳтар гардонидани ҳолати функционалии организм тавассути табobati маҷмуии бемориҳои ҳамрадиф, барқарор намудани функцияҳои вайроншудаи узвҳо ва низомҳои гуногун, таъйин кардани доруи иммуномодулятории «Тимотсин» бо дозаи 1,0 мл

дохилимушакӣ равона шудааст. Дар раванди таҳқиқот дар 69 нафар бемори гурӯҳи асосии дорои чурраи ретсидивии вентралӣ омӯзиши мустақими дохилиҷарроҳии ҳолати майдони ҷарроҳӣ сурат гирифт. Аз анамнез ҳамаи 69 нафар беморони дорои чурраи ретсидивии вентралӣ дар заминаи диабети қанди типи II дар муассисаҳои гуногуни тиббӣ ҷарроҳӣ шудаанд ва тармими дарвозаи чурра бо усулҳои кашишдиҳӣ ва бидуни кашиш иҷро карда шудааст. Дар беморони гирифтори патологияи дар боло зикршуда ва диабети қанд мушоҳида шуд, ки қисми пеши профили ДПШ ҳамвортар ва ба поён майл пайдо кардааст, дар ҳоле ки қавриии пеш дар минтақаи пушт аз сабаби кам шудани андозаҳои қафо қоҳиш ёфтааст ($p < 0.05$). Дар бемороне, ки шаклҳои такрории чурраи вентралӣ доштанд, чуқурии максималии қавриии пушт дар минтақаи устухони тикӣгоҳ (0.37 ± 0.09) ($p < 0.05$), бар хилофи афроди солим, ки барои онҳо арзиши авҷи қавриии пушт дар сатҳи ноф 0.85 ± 0.09 ($p > 0.05$) см ба қайд гирифта шудааст. Дар ин маврид майдони пояи рӯй $121,91 \pm 3,57$ ($p > 0,01$) см² каме паст шудааст ва дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондодҳо дар одамони солим $123,62 \pm 1,33$ ($p > 0,5$) см² ва индекси асимметрия $91,59 \pm 1,32$ ($p > 0,5$) –ро ташкил дод.

Аз ҷиҳати гистологӣ бофтаҳои пайвасткунанда дар ин беморон ковок ва сусти инкишофёфта мебошанд ва дар он миқдори зиёди коллагени нозук, ҳамчунин нахҳои эластикӣ ва ретикулинӣ мушоҳида мешавад, ки дар онҳо фибробластҳо, макрофагҳо ва базофилҳои бофтаҳо мавҷуданд. Дар доираи таҳқиқоти таҳлили хатти сафеди шикам, махсусан, дар қисми болои нофии он, маълумотҳои гирифта ба он ишора менамуданд, ки ҳаҷми миёнаи нисбии нахҳои коллагенӣ дар ин минтақа то $21,7 \pm 3,241\%$ ($p > 0,05$) мерасанд. Дар айни замон, ҳаҷми нахҳои эластикӣ $6,3 \pm 1,327\%$ ($p > 0,05$) арзёбӣ мешаванд, ки ин имконият медиҳад таносуби миқдории нахҳои эластикӣ нисбат ба коллагенӣ дар сатҳи 0,86 муайян карда шавад. Дар иртибот бо ҳалқаи ноф ҳиссаи асосиро нахҳои коллагенӣ ташкил медиҳанд, ки иштироки онҳо дар сохтори бофтаҳои пайвасткунанда $11,5 \pm 1,7329\%$ ($p > 0,05$) –ро ташкил медиҳад, ин нисбат ба хатти сафед камтар аст, ки дар таносуби нахҳои эластикӣ ва коллагенӣ то 0,63 оварда мерасонад. Ҳангоми таҳқиқ кардани апоневрози ҳалқаи ноф дар шахсони дорои дисплазияи муътадили бофтаҳои пайвасткунанда (ДБП) бартарияти миқдори нахҳои коллагенӣ $5,7 \pm 0,438\%$ ($p > 0,05$) мушоҳида шуд, дар ин маврид коэффитсиенти таносуби онҳо 0,66 ($p < 0,05$) –ро ташкил дод. Дар беморони дорои дараҷаи баланди номуташакилии бофтаҳои пайвасткунанда дар ҳалқаи ноф нахҳои коллагенӣ $6,1 \pm 0,785\%$ ($p > 0,01$) ҳаҷм ва эластикӣ - $5,7 \pm 0,664\%$ ($p > 0,001$)-ро ишғол мекунанд ва таносуби нахҳои эластикӣ ва коллагенӣ то 0,78-ро ба вуҷуд

меоранд. Бо қувват гирифтани дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда дар шахсони мубтало ба ДҚ суст шудани пурқуввати он бо баланд шудани кашишхӯрӣ дида шуд, ки ҳам ба худи апоневроз якҷоя бо ҳалкаи ноф ва ҳам ба қабатҳои пӯст таъсир мерасонад.

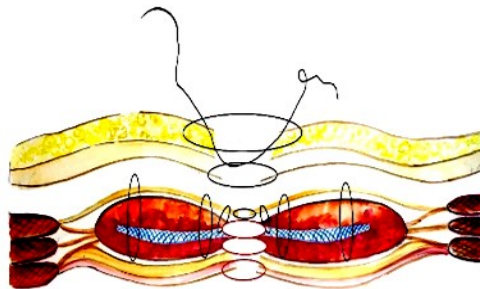
Баъди таҳлили ретроспективи натиҷаҳои табобати ҷарроҳии чурраҳои ретсидивии пасазҷарроҳӣ дар беморони таҳқиқшаванда бо усулҳои кашишдиҳӣ ва бидуни кашиш, ки бинобар оризаҳои худ қаноатбахш набуданд, бо усули вентропластика такмил дода шуданд. Ба гурӯҳи асосӣ ($n=69$) бемороне дохил карда шуданд, ки барои табобат дар муҳлатҳои гуногуни чуррадорӣ бистарӣ гардидаанд. Дар байни онҳо дар 43 (31,6%) бемор чурраҳои ислоҳшаванда, дар 26 (19,1%) – чурраҳои ислоҳнашаванда ба қайд гирифта шуд. Усули «onlay» дар 19 (13,9%) бемор дида шуд. Меъёрҳои барои интихоби ин методикаи пластика инҳоянд: ғафсии қабати зерипӯстӣ-чарбӣ на камтар аз 5,0 см, ҳаҷми на чандон калони дарвозаи чурра, ғафсии қабати мушакии девораи шикам камтар аз 3,0 см, ғафсии мушаки мустақими шикам камтар аз $0,927 \pm 0,181 (p > 0,001)$ см, васеъгии мушаки мустақим камтар аз $6,648 \pm 0,474 (p > 0,001)$ см. Такмил додани методика дар 14 (10,2%) беморони ҷинси зан ва 5 (3,67%) бемори ҷинси мард муайян карда шуд (расми 1.).



Расми 1.- Ислоҳи ҷарроҳии модификатсияшудаи чурраи ретсидивии вентралӣ бо усули «Onlay»

Пас аз репозитсияи муҳтавои ҳалтаи чурра ба ковокии шикам, апоневроз то 5 см дар атрофи нуқсон аз ҳар ду тараф бо истифода аз усули пешгирӣ аз осебҳои термикӣ ва механикӣ апоневроз аз бофтаи чарбӣ тоза карда мешавад. Дар раванди ҷарроҳӣ дар аввал дар мавзие бурриш дар қатори фалангҳои мушакҳои Ботулотоксин а таъриқ карда мешавад. Баъдан пардаи мушакҳои мустақими шикам дар тӯли ҳамаи периметри ҷароҳати амалиётшаванда кушода карда мешавад. Марҳалаҳои ин амалиёти ҷарроҳӣ аз бодикҷат дӯхтани девораи ақибӣ пардаи мушакҳои мустақим, наздик кардан ва дӯхтани худи мушакҳои мустақим дар тӯли тамоми ҷароҳат иборат мебошад. Пас аз ин, апоневроз дар периметри ҷароҳат дӯхта мешавад. Қойгир кунонидани тӯр тамоми сатҳи бурриши ҷарроҳиро фаро гирифта, дурии он аз канорҳо 5,0 см периметрро ташкил дод. Барои тавассути дӯхтан маҳкам кардани тӯр аз риштаҳои ҷаббиданашавандаи навъи атравматикӣ истифода бурда мешавад. Фиксатсияи имплантат бо усули дарзи

сиркулясионӣ, сар карда аз лаҳзаи мустаҳкамкунии ҳамаи чор кунҷ амалӣ карда мешавад. Барои дренажгузорӣ аз найчаи полихлорвинилӣ истифода бурда шуд, ки он бо истифода аз маводди ҷаббиданашаванда дӯхта, мустаҳкам карда шуд. Усули такмилдодаи методикаи «sublay» дар 29 (21,3%) бемор ба кор бурда шуд. Нишондод барои ин усули пластика ғафсии қабати зерипӯстӣ- чарбӣ буд, ки на камтар аз 5,0 см. аст, ҳаҷми миёнаи дарвозаи чурра, ғафсии қабати мушакии девораи шикам зиёда аз 4,0 см, ғафсии мушаки мустақим камтар аз $0,127 \pm 0,18$ ($p > 0,001$), васеъгии мушаки мустақим камтар аз $7,648 \pm 0,47$ ($p > 0,001$) см ташкил дод. Ин методикаи такмилёфта дар 22 (16,1%) бемори ҷинси мард ва 7 (5,1%) бемори ҷинси зан ба кор бурда шуд. Дар марҳалаи якум хадшаи пӯст бурида, халтаи чурра бурида мешавад. Марҳалаи муҳим вистсеролиз мебошад. Баъдан нуқсони чурра бо истифода аз риштаи ҷаббиданашаванда дӯхта, бо дарзҳои бефосилаи гиреҳдор ва ё 8-шакла пӯшонида мешавад. Мутавозӣ бо ин ба фалангаҳо маҳлули Ботулотоксин а ворид карда шуд (расми 2.).

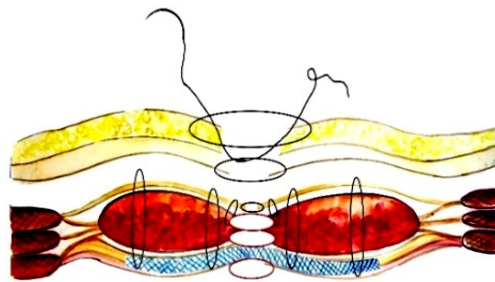


Расми 2.- Ислоҳи модификатсияшудаи ҷарроҳии чурраҳои ретсидивии вентралӣ бо усули «Sublay».

Баъдан ғилофаки тамоми мушаки мустақими шикам дар атрофи ҷароҳати пасазҷарроҳӣ дӯхта мешавад. Раванди дӯхтани девораи ақибӣ ғилофаки мушаки мустақим ва баъдан муқоиса кардан ва дӯхтани мушакҳои мустақими шикам дар тӯли ҷароҳат пас аз гузоштани маводди тӯрӣ сурат мегирад, ки бо дарзҳои П-шакл дар девораи болоии апоневроз фиксатсия карда мешавад. Марҳалаҳои ниҳони ҷарроҳӣ аз дӯхтани апоневроз ва дренажгузорӣ иборат мебошад. Дар ин таҳқиқот аллопротези аз полипропиленӣ тӯрӣ истифода карда шудааст, ки бо доштани сӯроҳҳои махсуси васеъ фарқ мекунад. Усули такмилёфтаи техникаи «TAR» дар 21 (15,4%) нафар беморон ба кор бурда шудааст. Нишондод барои истифодабарии ин методикаи пластика: ғафсии қабати зерипӯстӣ- чарбӣ на камтар аз 5,0 см, ҳаҷми миёнаи дарвозаи чурра, ғафсии қабати мушакии девораи шикам зиёда аз 4,0 см. ғафсии мушаки мустақим камтар аз $0,927 \pm 0,18$ ($p > 0,001$) см, васеъгии мушаки мустақим камтар аз

$7,848 \pm 0,39 (p > 0,001)$ см. Ин методикаи такмилёфта дар 14 (10,2%) нафар бемори чинси мард ва 5 (3,6%) нафар бемори чинси зан ба кор бурда шуд.

Пас аз бурида гирифтани хадшаи куҳна, марҳила ба марҳила бодикқат ҷудо кардани апоневроз ва тайёр кардани халтаи чурра бо поккорию канорҳои фастсия анҷом дода шуд. Марҳалаи муҳим вистсеролиз мебошад. Барои рафъ кардани нуқсони чурраи фастсия аз маводди ҷаббиданашавандаи дӯхтанӣ истифода шуд, дар ин маврид техникаҳои гуногуни дарзҳо ба кор бурда шуд: дарзи бефосилаи гирехдор ва ё 8-шакла (расми 3). Сӯроҳ кардан мутавозӣ бо бурриш дар фалангаҳо маҳлули Ботулотоксин а ворид карда шуд.



Расми 3. - Ислоҳи модификацияшудаи ҷарроҳии чурраҳои пасазҷарроҳии ретсидивии вентралӣ бо усули «TAR».

Ҷудо кардани шикампарда аз баргаки ақби апоневрози мушаки мустақими шикам дар ҳама периметри ҷароҳат дар чуқурии 5-6 см гузаронида мешавад. Буридани маводди синтетикӣ ва ё ришта маҳкам кардани маводди синтетикӣ бо дарзҳои П-шакл дар ҳама периметри ҷароҳат ба амал оварда мешавад. Маводди синтетикӣ дар беморони дорои диабет қанд бояд, ки бо мақсади роҳ надодан ба ҷамъшавии тарашшӯх, сӯроҳҳои калон дошта бошад. Дӯхтани девораи ақби баргаки ғилофаки мушаки мустақими шикам бо фаро гирифтани 0,2 см дар маркази тӯр дар тӯли периметри ҷароҳати амалиёти ҷарроҳӣ сурат мегирад. Дӯхтан ва муқоиса кардани мушаки мустақими шикам дар тӯли периметр дар тамоми ҷароҳат пас аз гузоштани маводди тӯрӣ, мустаҳкам кардан бо дарзҳои П-шакл дар девораҳои болоии апоневроз сурат мегирад. Дӯхтани апоневроз. Гузоштан ва дренажкунӣ бо найчаҳои полихлорвинилӣ бо кашишҳо тавассути риштаҳои ҷаббиданашаванда дар болои тӯр. Гузоштани як ё ду дренаж, мустаҳкам дӯхтани ҷароҳат. Дар доираи таҳқиқоти мо ба 37 (27,2%) нафар бемори гурӯҳи таҳқиқшаванда имуномодулятори ватании «Тимотсин» бо дозаи 1,0 мл дохилимушакӣ дар шабонарӯзи 7-уми давраи пас аз ҷарроҳӣ таъйин карда шуд. Самаранокии таъсири имуномодулятсионии «Тимотсин» дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар шабонарӯзҳои 7-ум ва 14-уми пас аз ҷарроҳӣ муайян карда шуд (ҷадвали 7.).

Дар динамикаи назорат пастшавии тадриҷии фаъолияти чавоби илтиҳобӣ мушоҳида шуд: сатҳи миёнаи нейтрофилҳо аз 52,0 [49,2-55,1]% то 47,5 [44,9-50,2]% ($p=0,018$), сафедаи С-реактивӣ - аз 4,1 [3,2-5,0] то 3,2 [2,6-3,9] мг/л ($p=0,009$), прокалситонин - аз 1,30 [0,95-1,72] то 1,05 [0,78-1,36] нг/мл ($p=0,036$) коҳиш ёфт. Дар заминаи терапияи иммуномодуляторӣ, афзоиши миқдори нисбии лимфоситҳо аз 7,4 [6,2-8,6]% то 12,1 [10,8-13,4]% ($p < 0,001$) ва моноситҳо аз 2,6 [2,2-3,0]% то 7,0 [6,2-7,8]% ($p < 0,001$) мушоҳида шуд. Дар звенои масунияти ҳуҷайравӣ, то рӯзи 14-ум, афзоиши лимфоситҳои CD3+ то 50,0 [47,8-52,1]% ($p = 0,022$), инчунин, афзоиши муътадили ифодаи CD25+, CD71+ ва CD32+ мушоҳида шуд. Динамикаи ҳуҷайраҳои CD4+, CD8+, CD20+, CD95+ ва NK CD16+ асосан, хусусияти тавсифӣ доштанд ва ба аҳаммияти оморӣ нарасиданд. Дар масунияти гуморалӣ, дар рӯзи 14-ум пас аз ҷарроҳӣ коҳиши муътадили IgG аз 16,6 [14,8-18,4] то 14,4 [13,2-15,7] г/л ($p=0,031$) мушоҳида шуд.

Ҷадвали 7. – Динамикаи баъзе нишондиҳандаҳои сатҳи иммунитетии гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони мубталои бемории қанд ва чурраи ретсидивии вентралӣ ҷарроҳишуда, Ме [Q1-Q3]

Нишондод	То ҷарроҳӣ	7-ум рӯз пас аз ҷарроҳӣ	14-ум рӯз пас аз ҷарроҳӣ	p
Нейтрофилҳо, %	52,0 [49,2-55,1]	50,3 [47,8-53,0]	47,5 [44,9-50,2]	0,018
Эозинофилҳо, %	2,9 [2,3-3,5]	2,7 [2,2-3,2]	2,2 [1,7-2,8]	0,041
Базофилҳо, %	1,1 [0,8-1,4]	1,0 [0,7-1,3]	0,9 [0,6-1,2]	0,214
Лимфоситҳо, %	7,4 [6,2-8,6]	8,2 [7,0-9,4]	12,1 [10,8-13,4]	<0,001
Моноситҳо, %	2,6 [2,2-3,0]	5,2 [4,6-5,9]	7,0 [6,2-7,8]	<0,001
Прокалситонин, нг/мл	1,30 [0,95-1,72]	1,22 [0,90-1,55]	1,05 [0,78-1,36]	0,036
Сафедаи С-реактивӣ, мг/л	4,1 [3,2-5,0]	3,8 [3,0-4,6]	3,2 [2,6-3,9]	0,009
IgA, г/л	4,3 [3,9-4,7]	4,4 [4,0-4,8]	3,9 [3,5-4,3]	0,048
IgM, г/л	3,9 [3,4-4,4]	4,2 [3,7-4,7]	3,8 [3,3-4,2]	0,087
IgG, г/л	16,6 [14,8-18,4]	17,2 [15,6-18,9]	14,4 [13,2-15,7]	0,031
CD3+, %	47,2 [45,1-49,3]	45,6 [43,8-47,4]	50,0 [47,8-52,1]	0,022
CD4+, %	31,5 [29,1-33,8]	30,9 [28,6-33,0]	32,8 [30,6-35,0]	0,164
CD8+, %	14,8 [13,2-16,4]	13,3 [11,8-14,9]	15,1 [13,5-16,7]	0,071
CD20+, %	15,3 [14,1-16,5]	14,9 [13,8-16,1]	16,8 [15,4-18,1]	0,116
CD95+, %	19,7 [18,1-21,3]	18,5 [17,0-20,0]	20,2 [18,6-21,8]	0,089
CD25+, %	10,2 [9,0-11,4]	10,1 [8,9-11,2]	11,8 [10,5-13,0]	0,038
CD71+, %	11,5 [10,4-12,6]	11,2 [10,2-12,3]	12,3 [11,1-13,4]	0,046
CD32+, %	33,1 [31,4-34,8]	32,4 [30,8-34,0]	34,4 [32,7-36,0]	0,049
NK-клетки CD16+, %	3,9 [3,4-4,4]	3,8 [3,3-4,3]	4,2 [3,7-4,7]	0,112

Эзоҳ: p - аҳаммияти оморӣ тағйирот дар нишондиҳандаҳо дар динамикаи мушоҳида мувофиқи меъёри Фридман

Ба ҳисоби миёна ҷарроҳии пластика бо усули «onlay» майдони маводди синтетикӣ 15,3x6,5 см², бо методикаи «sublay» 14,7x5,8 см², бо методикаи

«TAR» пластика 14,0x8,5 см² –ро ташкил дод ва вай аксар вақт аз сохтори девораи пеши шикам вобаста аст. Қисми муҳимми равиши амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосии дорои чурраҳои ретсидивӣ дар заминаи диабети қанд мушаххас ва чен кардани фишори дохилибатнӣ буд (ҷадвали 8.).

Арзишҳои ибтидоии фишори дохили батн дар бемороне, ки вариантҳои гуногуни герниопластикаро аз сар гузаронидаанд, аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас фарқ накарданд. Пас аз ҷарроҳӣ, дар ҳамаи гурӯҳҳо коҳиши тадриҷии фишори дохили шикам ФДБ мушоҳида шуд, ки ҳангоми истифодаи технологияи TAR бештар ба назар мерасид. Як-ду рӯз пас аз ҷарроҳӣ, фишори миёнаи дохили шикам дар гурӯҳи Onlay 18,7 [18,2-19,1] см ст. обӣ, дар гурӯҳи Sublay 18,6 [18,1-19,0] см ст. обӣ ва дар гурӯҳи TAR 18,3 [17,8-18,7] см ст.обӣ буд. Коҳиши бештари фишори дохили батн ҳангоми истифодаи TAR метавонад нишон диҳад, ки мутобиқшавии беҳтари бофтаҳои девори пеши шикам ва хатари камтари пайдоиши синдроми баландшавии фишори дохили батн дар давраи аввали баъдиҷарроҳӣ ба амал омадааст.

Ҷадвали 8. – Нишондиҳандаҳои ФДБ вобаста ба усули герниопластика, Me [Q1-Q3]

Усули пластика	То ҷарроҳӣ	Доҳилиҷарроҳӣ пас аз пластика	Баъди 1-2 шабонарӯзрӯз	p
Onlay (n=19)	19,9 [19,2-20,5]	19,3 [18,9-19,8]	18,7 [18,2-19,1]	0,018
Sublay (n=29)	19,8 [19,3-20,3] p1=0,742	19,1 [18,7-19,6] p1=0,381	18,6 [18,1-19,0] p1=0,514	0,011
TAR (n=21)	19,8 [19,4-20,2] p1=0,688 p2=0,913	19,1 [18,6-19,5] p1=0,274 p2=0,847	18,3 [17,8-18,7] p1=0,008 p2=0,041	0,004

Эзоҳ: p – аҳаммияти омори тағйирёбии нишондиҳандаҳо дар динамика дар дохили гурӯҳ мувофиқи меёри Фридман. Муқоисаҳои ҷуфтии байнигурӯҳӣ бо истифода аз меёри Данн бо ислоҳи Холм анҷом дода шудаанд: p1 – муқоиса бо гурӯҳи Onlay, p2 – муқоиса бо гурӯҳи Sublay.

Абдоминометрияи то ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳиро гузаронида, дар ҳамаи беморони ҷарроҳишудаи гурӯҳи асосӣ талафи ҳаҷми шикам ба ҳисоби миёна 16-20%-ро ташкил дод. Бо мақсади сари вақт муайян кардани фасогии захм, таҳлили моеъи аз захм хориҷшаванда барои муайян кардани лимфоситҳо гузаронида шуд ва муҳлати дар захм нигоҳ доштани дренажҳо мувофиқи ҷараёни шифоёбии захм ислоҳ карда шуд (ҷадвали 9). Дар давраи баъдиҷарроҳӣ, пас аз таъмир бо истифода аз техникаи Onlay, ҷараёни номусоиди раванди захм мушоҳида шуд. Дар ин гурӯҳ, экссудатсияи тӯлонии захм дар 9 бемор (47,4%), серома дар 6 бемор (31,6%) ва фасодгии захми баъдиҷарроҳӣ дар 3 нафар (15,8%) муайян карда шуд. Бо истифода аз техникаи Sublay, басомади экссудатсияи тӯлонии захм 3 нафар (10,3%),

серома дар 2 нафар (6,9%) буд ва ягон ҳолати фасоднокӣ ба қайд гирифта нашуд. Пас аз тармими TAR, экссудатсияи тӯлонии захм дар 2 бемор (9,5%), серома дар 2 нафар (9,5%) ва фасоднокӣ дар 1 нафар (4,8%) ба қайд гирифта шуд.

Ҷадвали 9.- Ҷараёни манзараи захми баъдичарроҳӣ пас аз ҷуррабури ва пластика, Ме [Q1-Q3]

Нишондод	Onlay (n=19)	Sublay (n=29)	TAR (n=21)	P
Миқдори миёнаи ихроҷот дар шабонарӯз, мл	99 [92-106]	53 [48-59] p1<0,001	24 [20-29] p1<0,001 p2<0,001	<0,001
Мухлати гирифтани дренажҳо, шабонарӯз	14 [13-15]	9 [8-10] p1<0,001	10 [9-11] p1<0,001 p2=0,041	<0,001
Экссудатсияи тӯлонии захм	9 (47,4%)	3 (10,3%)	2 (9,5%)	0,003
Серома	6 (31,6%)	2 (6,9%)	2 (9,5%)	0,044
Фасодгирии захми баъдичарроҳӣ	3 (15,8%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0,071
Некрози канорӣ пӯст	1 (5,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,263
Парестезия	2 (10,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,067
Давомнокии бистарӣ будан, шабонарӯзҳо	18 [16-21]	13 [12-15] p1<0,001	12 [10-14] p1<0,001 p2=0,174	<0,001

Эзоҳ: тағйирёбандаҳои категориявӣ ҳамчун n (%) ифода карда мешаванд. Барои тағйирёбандаҳои миқдорӣ, p - аҳаммияти омории фарқ байни гурӯҳҳо бо истифода аз санҷиши Краскел-Уоллис мебошад. Муқоисаҳои ҷуфтӣ бо истифода аз санҷиши Дани бо ислоҳи Холм анҷом дода шуданд: p1 муқоиса бо гурӯҳи Onlay, p2 муқоиса бо гурӯҳи Sublay мебошад. Барои тағйирёбандаҳои категориявӣ, p бо истифода аз критерияи хи-квадратии Пирсон ё критерияи дақиқи Фишер-Фриман-Халтон ҳисоб карда шуд.

Ҳаҷми ихроҷи захм пас аз Onlay-пластика ҳадди аксар буд ва дар як рӯз 99 [92-106] -млро ташкил дод, дар ҳоле ки пас аз Sublay то 53 [48-59] мл ва пас аз TAR то 24 [20-29] мл коҳиш ёфт ($p < 0,001$). Давомнокии бартараф кардани дренаж низ дарозтарин дар гурӯҳи Onlay буд - 14 [13-15] рӯз дар муқоиса бо 9 [8-10] рӯз пас аз Sublay ва 10 [9-11] рӯз пас аз TAR ($p < 0,001$). Давомнокии бистарӣ будан пас аз пластикаи Onlay 18 [16-21] рӯзро ташкил дод, ки аз ҷиҳати омор нисбат ба пластикаи Sublay - 13 [12-15] рӯз ва TAR - 12 [10-14] рӯз ба таври назаррас дарозтар буд ($p < 0,001$). Барқароршавии тӯлонии баъдичарроҳӣ пас аз пластикаи Onlay, эҳтимолан, бо ҷойгиршавии болоии апоневрозӣ эндопротези турӣ алоқаманд аст, ки дар беморони гирифтори диабетӣ қанди навъи II барои экссудатсияи баръало ва тӯлонитари захм шароит фароҳам меорад.

Ҳангоми ҷарроҳӣҳои модификатсионии «sublay» ва «TAR» мавҷуд набудани тамоси эндопротез бо қабати зерипӯстӣ-ҷарбӣ имконияти

резорбсияи ҷузьии экссудатро истисно мекунад, ки ин садди роҳи ташаккул-ёбии мавзеи музмини илтиҳобӣ бо имконпазир будани пайдошавии сером дар атрофи эндопротези тӯрӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ мегардад.

Ҳамин тавр, маълумоти ба даст овардашуда аз он шаҳодат медиҳад, ки истифодаи равишҳои модификатсионии ҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷурраҳои ретсидивии вентралӣ дар беморони гирифтори бемории қанд беҳатар ва самаранок маҳсуб мешаванд. Ин усулҳо барои кам кардани миқдори оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва дар давраи пас аз амали ҷарроҳӣ кам шудани хатари пайдошавии ҷойҳои сусти навпайдошуда дар девораи пеши шикам мусоидат намуда, муҳофизати беҳтари сохторҳои нейроваскуляриро таъмин мекунад, ки ин, дар навбати худ, эҳтимоли пайдо шудани ретсидивии беморию кам мекунад.

ХУЛОСАҲО

1. Хусусиятҳо ва сабабҳои ретсидивҳои ҷурраҳои вентралӣ шикам дар беморони гирифтори диабет қанди тип II рушди тағйироти дистрофӣ дар чорҷӯби мушакҳову апоневрози девораи пеши шикам ва ҳалтаи ҷурра, босуръат калон шудани ҳаҷми шикам, ҷараёни музмини равандҳои илтиҳобӣ ва деструктивӣ дар ҳалтаи ҷурра ва берун аз ҳудуди он мебошанд [1-М,3-М,7-М,13-М,17-М].

2. Омилҳои асосии пайдошавии ҷурра дар патогенези инкишофи ретсидивии ҷурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабет қанди тип II ҷараёни музмини статуси коморбидӣ, ихтилоли статуси гормоналӣ, захролудшавии музмин ба ҳисоб мераванд, ки дар маҷмӯъ, маҷмуи заминаҳои ҷиддӣ барои ташаккул ёфтани тағйироти деструктивӣ дар чорҷӯбаи мушакҳову апоневрози девораи пеши шикам маҷмуи заминаҳои ҷиддиро ташкил медиҳанд [1-М,2-М,5-М,9-М,11-М,18-М,21-М].

3. Дар беморони дорои ретсидивҳои ҷурраҳои вентралӣ шикам дар заминаи диабет қанд ба таври макроскопӣ тағйироти бурриши кундаланги девораи пеши шикам ба амал меояд ($p < 0,01$) ва дар ҳолати индекси асимметрия $= 100$ будан дар ин ҷо қисми чапи майдон аз қисми рост (индекси асимметрия < 100) бартарӣ дорад, дар ин маврид тирчаи инҳироф то ҳамвориҳои шикам ($p < 0,05$), умқи ноф ($0,9 \pm 0,04$ см) ($p < 0,05$) ва майдони девораи пеши шикам зиёд мешавад ва кам шудани фаса ($119,3 \pm 3,57$ см²) ($p < 0,05$) ба мушоҳида мерасад [1-М,4-М,8-М,12-М,20-М].

Ба тариқи микроскопӣ дар қабатҳои пӯст бофтаи ковоки пайвасткунанда бо унсурҳои фиброз, зухуроти васкулит, кам шудани зичии нахҳои коллагенӣ ($t_{cn} = 0,939$) ($p < 0,05$), дараҷаи вазнини дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда бо номуташаккилӣ, атрофияи миофибриллҳое, ки бо бофтаҳои гранулятси-

онӣ ихота карда шудаанд, ноҳамвориҳои рағҳо, пурхунӣ, ғафс шудани девора бо трансформатсияи возеҳ муайян карда мешавад, ки нишондиҳандаи мустақим барои истифода намудани имплантатҳои адгезивии нарму тӯри сӯрохиҳои калондошта, маҳсуб меёбад [1-М,3-М,6-М,10-М,19-М].

4. Истифодаи иммуномодулятори ватании «Тимотсин» дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони дорои ретсидивҳои ҷурраҳои вентралии шикам дар заминаи диабет қанд имконият дод, ки равандҳои вазину ниҳонии илтиҳобӣ қатъ гардида, ҷавоби иммунӣ муътадил шавад, ҷараёни тӯлкашидаи давраи пас аз ҷарроҳӣ бартараф ва протсессҳои шифоёбӣ барқарор ва хатари пайдо шудани оризаҳои маҳаллии фасодӣ- септикии ҷароҳатро кам гарданд [2-М,8-М,12-М,13-М,20-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Барои баҳодиҳии миқёсан комил ва босифати ҳолати бофтаҳои девораи пеши шикам, бо дақиқ кардани инкишофи ҷорҷӯбаи мушакиву апоневрозӣ дар беморони дорои ретсидивҳои ҷурраҳои вентралии шикам гузаронидани ТУС-и қабат ба қабат ва дар низоми нақшагирии доплерӣ зарур аст.

2. Интиҳоби усули ҷойгиркунонии дохилиҷарроҳии маводи аллопластикӣ бояд инфиродӣ бо назардошти дараҷаи тағйирот ва инкишофи ҷорҷӯбаи мушакиву апоневрозии девораи пеши шикам гузаронида шавад.

3. Бо мақсади ба даст овардани натиҷаҳои хуби табobati ҷарроҳии ретсидивҳои ҷурраҳои ретсидивии вентралии шикам дар беморони гирифтори диабет қанд ва бартараф кардани ретсидивҳои пас аз ҷарроҳӣ ҳангоми ҷарроҳӣ тазриқ кардани ҷароҳат дар фалангаҳои девораи пеши шикам бо маводи Ботулотоксин а зарур аст.

4. Бо мақсади бартараф кардани иммунодефитситаи музмини такрории ҳуҷайравӣ дар беморони дорои ҷурраҳои ретсидивии вентралии шикам дар заминаи диабет қанди типи II ҷузъи ҳатмӣ барои амалиёти ҷарроҳӣ гузаронидани табobati иммуномодулятсионӣ тавассути препарати ватании «Тимотсин» ба ҳисоб меравад.

РҶҲАТИ АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Абдуллозода Дж.А. Послеоперационные ventральные грыжи: особенности проведения исследования результатов профилактики и хирургического лечения[Текст]/Абдуллозода Дж.А., Шамсуллозода Ш.Н.//Здравоохранение Таджикистана. -2022. -№3. -С.5-11.

2. Асланов А.Д. Сравнительная оценка эффективности ненатяжной и традиционной герниопластики [Текст] / А.Д. Асланов, О.Е. Логвина, Л.М. Сахтуева [и др.] // Московский хирургический журнал. 2020. - № 2 (72). - С. 61-68. EDN: ZSMMEZ

3. Акимов В.П. Результаты хирургического лечения вентральных грыж с использованием методики интраабдоминального расположения сетчатых имплантов [Текст] / В.П. Акимов, В.В. Тоидзе, Д.Ю. Крикунов [и др.] // Теория и практика современной хирургии: материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых учёных-хирургов; под ред. д-ра мед. наук, акад. В.К. Гостищева. - Рязань: РязГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2018. - С. 142-144. EDN: EKSUYGA
4. Белоконев В.И. Обоснование объема операции и способа закрытия грыжевых ворот у пациентов, страдающих ожирением [Текст] В.И. Белоконев, Д.Б. Грачев, З.В. Ковалева // Таврический медикобиологический вестник. - 2019. - № 22 (1). - С. 14-21. EDN: AZPNYG
5. Махмадов Ф.И. Результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп [Текст]/ Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». -2020. - №1 (344). - С.33-38.
6. Магомедрасулова А. А. Применение биоинженерного трансплантата для пластики дефекта передней брюшной стенки при грыжах белой линии живота (экспериментальное исследование) [Текст] / А.А. Магомедрасулова //: дис. ... канд. мед. наук : 3.1.9 / Магомедрасулова Асият Абдулнасировна ; [Место защиты: ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России]. - Воронеж, 2025. - 160 с.
<https://vrngmu.ru/upload/iblock/112/qmghxzl19zsrie11odnneo421yt2vv1h.pdf>
(дата обращения: 20.12.2025).
7. Ступин В.А. Особенности соединительной ткани у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / В.А. Ступин, Э.Т. Джафаров, А.В. Черняков, Э. Кротт, У. Клинге, М.В. Ануров // Российский медицинский журнал.- 2009. - №4.- с. 17-20.
8. Султонов Р.Б. Результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп[Текст]/Ф.И.Махмадов //Здравоохранение Таджикистана. -2020. -№ 1(344). -С. 33-38.
9. Федосеев А.В. Прединдикторы развития послеоперационных вентральных грыж и их профилактика в ургентной хирургии [Текст] / А.В. Федосеев, А.С. Инютин, С.Н. Лебедев [и др.] // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. - 2020. - № 2 (44). - С. 68-75. EDN: SORRAD
10. Факиров Х.З. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж[Текст] /К.М. Курбонов, Х.З. Факиров//Вестник Авиценны.-2017.-№2.-С.198-202.
11. Чарышкин А.Л. Способ герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж, фролов а.а. способ герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж [Текст] / А.Л.

Чарышкин, А.А. Фролов // Фундаментальные исследования. – 2013. - № 11-1. с. - 100-103; URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33017> (дата обращения: 20.04.2025).

12. Шамсуллозода Ш.Н. Пути улучшения хирургического лечения при послеоперационных вентральных грыжах[Текст]/Шамсуллозода Ш.Н. XIV-международная научно-практическая конференция молодых учёных и студентов, посвященная Годам развития села, туризма и народных ремесл. Душанбе. -2019. -С.176.

13. Abdominal wall reconstruction with pedicled rectus femoris muscle flap] [Text] / Daigeler A, Fansa H, Altmann S, Awiszus F, Schneider W. // Chirurg. -2015.-№7(6). -P.609-614.

14. A randomized, multi-centre, prospective, observer and patient blind study to evaluate a non-absorbable polypropylene mesh vs a partly absorbable mesh in incisional hernia repair Langenbecks [Text] / Rickert A., Klenle P., Kuthe A. et al. // Arch Surg.- 2017. -№3. –P. 1255-1234.

15. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an experts' meeting[Text] / Korenkov M, Paul A, Sauerland S, Neugebauer E, Arndt M, Chevrel JP, Corcione F, Fingerhut A, Flament JB, Kux M, Matzinger A, Myrvold HE, Rath AM, Simmermacher RK. // Langenbecks Arch Surg. -2013.- №6(1).-P.65-73.

16. Fung, S. Vertical traction device prevents abdominal wall retraction and facilitates early primary fascial closure of septic and non-septic open abdomen. Langenbecks Arch. Surg. 2022. V. 407 (5). P. 2075-2083. DOI: 10.1007/s00423-021-02424-1 EDN: TWHQWY

17. Harrahill's technique: a simple screening test for intra-abdominal pressure measurement [Text] / Otto J, Binnebösel M, Junge K, Jansen M, Dembinski R, Schumpelick V, Schachtrupp A. // Hernia. -2010. -№4(4). -P.415-419.

18. Hellar L. Component Separation [Text] / Hellar L., McNicholds, Ramirez O. // Semin Plast Surg.- 2012. -№26. -P. 25-28.

19. Makhmadov F. The results of laparoscopic hernioplasty in patients of older age groups [Text] /F. Makhmadov, R. Sultonov// 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium. – Seoul. – 2019. – PP03-12.

20. Niebuhr H. Intraoperative Faszientraktion (IFT) zur Behandlung großer ventraler Hernien [Text] //Chirurg. 2022. V. 93. P. 292-298. DOI: 10.1007/s00104-021-01552-0

ИНТИШОРОТ АЗ РҶҶИИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Ғаниев, А.Э. Ҷанбаҳои ҳозираи этиология, патогенез ва истифодаи турҳои аллопластикӣ дар муолиҷаи ҷурраҳои тақрорӣ шикам [Матн] / А.Э. Ғаниев,

Ш.Қ. Назаров, А.М. Холбеков, Т.Ш. Назаров, Ш.Б. Анваров //Симурғ. – 2021. - №2.- С.54-63.

[2-М]. Ганиев, А.Э. Усулҳои ҳозиразамони табобати чурраҳои такрории баъдичарроҳии батнӣ дар беморони гирифтор ба диабет қандӣ [Матн]/А.Э. Ганиев //Симурғ. – 2021. - №4.- С.112-119.

[3-М]. Ганиев, А.Э. Функциональная аллопластика рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки [Текст] /А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде //Здравоохранение Таджикистана. – 2022. - №2. -С. 66-72.

[4-М]. Ганиев, А.Э. Ислоҳи чурраҳои азим, ки баъди ҷарроҳии шикам пайдо шудаанд [Матн] /А.Э. Ганиев, Ш.Қ. Назаров, С.Г. Али-Заде, Э. Чумъахон// Симурғ. – 2022. - №2.- С.116-127.

[5-М]. Ганиев, А.Э. Ультразвуковой мониторинг брюшной стенки при вентропластике [Текст] /А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, Дж.П. Эрадж//Здравоохранение Таджикистана. – 2023. - №4.- С. 22-29.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конференсияҳо

[6-М]. Ганиев, А.Э. Применение синтетических и биотехнологических материалов при герниопластике грыж передней брюшной стенки [Текст] /А.Э. Ганиев, Б.У. Курбонов, Т.Ш. Назаров//Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.161.

[7-М]. Ганиев, А.Э. Способ реконструктивной операции стенок пахового канала при рецидивных паховых грыжах [Текст]/А.Э. Ганиев, Б.У. Курбонов, Т.Ш. Назаров //Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.163

[8-М]. Ганиев, А.Э. Принципы интраоперационной профилактики рецидива грыж [Текст] / А.Э. Ганиев, Б.У. Курбонов, Т.Ш. Назаров//Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.164.

[9-М]. Ганиев, А.Э. Возможности применения ненатяжных методик в экстренной герниопластике [Текст]/А.Э.Ганиев, Р.А. Додихудоев, С.А. Умаров // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.222.

[10-М]. Ганиев, А.Э. Эффективность медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений у больных вентральными грыжами [Текст] / А.Э. Ганиев, Р.А. Додихудоев, Фарзонаи Иброхим// Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». - 2021. - С.271.

[11-М]. Ганиев, А.Э. Способ уменьшения негативных исходов при использовании синтетических материалов у больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / А.Э. Ганиев, Х.Ш. Назаров, С.Г. Али-Заде//Материалы первого международного медицинского конгресса государств Евразии - «Душанбе 2023» -С. 76.

[12-М]. Ганиев, А.Э. Показатели маркеров воспалительного процесса в мониторинге у пациентов после вентропластики [Текст] / А.Э. Ганиев, Т.Ш. Назаров С.Сафарбекзода//Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием -2023. - С.216.

[13-М]. Ганиев, А.Э. Хронический болевой фактор после проведения вентропластики [Текст] / А.Э. Ганиев, Э. Дж. Пирназарзода // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием -2023. - С.217.

[14-М]. Ганиев, А.Э. Выбор способа пластики передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э. Ганиев, С. Сафарбекзода. С.С. Наджмидинов // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Наука и инновации в медицине-2023» с международным участием -2023. - С.218.

[15-М]. Ганиев, А.Э. Особенности диагностики и лечения послеоперационных рецидивных вентральных и боковых грыж живота [Текст] / А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки и к практике», с международным участием-2023.-С. 66-69.

[16-М]. Ганиев, А.Э. Применение внутривенного лазерного облучения при комплексном лечении гнойно-септических осложнений послеоперационных ран брюшной стенки [Текст] / А.Э. Ганиев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-Заде // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки и к практике» с международным участием-2023.-С. 209-210.

[17-М]. Ганиев, А.Э. Морфологическое изменение тканей передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э.Ганиев, Э.Дж. Пирназарзода // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.48.

[18-М]. Ганиев, А.Э. Выбор метода герниопластики при грыж передней брюшной стенки больших и гигантских размеров Текст]/А.Э. Ганиев, И.Т. Гайратов, М.И. Наджмидинов //Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ ТГМУ имени «Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.45.

[19-М]. Ганиев, А.Э. Функциональный ультразвуковой мониторинг брюшной стенки в оперативном лечении вентральных грыж [Текст] /А.Э. Ганиев, Ф.И. Кудратов, Ф.С. Рашидов//Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.45.

[20-М]. Ганиев, А.Э. Состояние кровотока передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э. Ганиев, С.А. Шарифов, Р.И. Султонов // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.46.

[21-М]. Ганиев, А.Э. Мышечные параметры передней брюшной стенки при рецидивных вентральных грыжах у пациентов с сахарным диабетом [Текст] / А.Э. Ганиев, С.А. Шарифов, Р.И. Султонов // Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего о сегодня» с международным участием -2024- С.47.

Патентҳо

1. Способ лечения больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами.Нахустпатент № TJ 1425. – 2023 г. Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Ганиев А.Э.

2. Способ лечения больных с большими послеоперационными вентральными грыжами. Нахустпатент № TJ 1471 – 2024 г. Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш. Ганиев А.Э.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО, АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ

ДПШ	девораи пеши шикам
ДБП	дисплазияи бофтаи пайвасткунанда
ДҚ	диабети қанд
ДМА	деалдегиди маллонӣ
ҚПШ	қувваи пресси шикам
МДТ	муассисаи давлатии таълимӣ
МКД	миқдори кашишхӯрии дил

СТЭ	суръати такшиншавии эритроцитҳо
СРС	сафедаи реактиви С
ТК	томографияи компютерӣ
ТУС	ташхиси ултрасадо
ТУТ	ташкilotи умумичаҳонии тандурустӣ
ФЭГДС	фиброэзофагогастроскопия
ФДБ	фишори дохили батн
ШМБ	шохиси массаи бадан
ШММ	шохиси массаи мушак
ЭКГ	Электрокардиография

АННОТАЦИЯ
ГАНИЕВ АЛИЁР ЭШМУРОВОВИЧ
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ
ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II-ТИПА

Ключевые слова. Вентральные грыжи, сахарный диабет, рецидивные вентральные грыжи, хирургическое вмешательство.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургической коррекции рецидивных вентральных грыж и профилактики локальных послеоперационных осложнений у пациентов с сахарным диабетом II -типа.

Методы исследования и использованная аппаратура. Клинический осмотр, исследование брюшного пресса, биохимические анализы крови, маркеры воспалительного процесса, Узи стенок передней брюшной стенки, доплер и дуплекс сосудов передней брюшной стенки, герниопластика.

Полученные результаты и их новизна. Изучены особенности клинического течения рецидивных вентральных грыж после различных способов герниопластики у пациентов с сахарным диабетом II –типа. Усовершенствованы методы герниопластики, проведено макро и микроскопический анализ изменений локальных тканей передней стенки живота с рецидивными вентральными грыжами у пациентов с сахарным диабетом II –типа для последующей профилактики рецидива. Выявлены основные предикторы грыжеобразования в патогенезе развития рецидива вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II –типа. Доказана целесообразность интраоперационного обкалывания стенок живота перед размещением алопластического материала препаратом Ботулотоксин а при рецидиве вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом II –типа. Доказана эффективность применения отечественного иммуномодулятора «Тимоцин» в послеоперационном периоде у пациентов с рецидивными вентральными грыжами страдающих сахарным диабетом II –типа.

Рекомендации по использованию. Для полномасштабной и качественной оценки состояния тканей передней брюшной стенки, с уточнением развития мышечно-апоневротического каркаса у пациентов с рецидивными вентральными грыжами необходимо выполнить послойное УЗ-исследование и в режиме доплеровского картирования. Выбор метода интраоперационного размещения аллопластического материала должен исходить строго индивидуально и от степени изменения и развития мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки. Для получения хороших результатов хирургического лечения рецидивных вентральных грыж у пациентов с сахарным диабетом и дальнейшего предотвращения послеоперационного рецидива необходимо интраоперационно обкалывание раны по флангам стенок передней брюшной стенки препаратом Ботулотоксин а. С целью ликвидации хронического вторичного клеточного иммунодефицита у пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета II-типа обязательным компонентом к оперативному вмешательству является проведение иммуномодулирующей терапии отечественным препаратом «Тимоцин».

Область применения: Хирургия

**АННОТАТСИЯИ
ҒАНИЕВ АЛИЁР ЭШМУРОВОВИЧ
ИСЛОҲИ ҶАРРОҲИИ ЧУРРАҲОИ РЕТСИДИВИИ ВЕНТРАЛӢ ДАР
БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ ТИПИ II**

Калимаҳои калидӣ. Чурраи вентралӣ, диабети қанд, чурраҳои ретсидивии вентралӣ, амалиёти ҷарроҳӣ.

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар сохтани натиҷаҳои ислоҳи ҷарроҳии чурраҳои ретсидивии вентралӣ ва профилактикаи оризаҳои мавзеии баъдиҷарроҳӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II.

Методҳои таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот. Муоинаи клиникӣ, таҳқиқоти пресси шикам, таҳлили биохимиявии хун, маркерҳои раванди пешазилтиҳобӣ, ТУС-и девораҳои пеши шикам, доплер ва дуплекси рағҳои девораҳои пеши шикам, герниопластика.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзони онҳо. Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ чурраҳои ретсидивии вентралӣ пас аз усулҳои гуногуни герниопластика дар беморони гирифтори диабети қанди типи II омӯхта шуд. Усулҳои герниопластика такмил дода, таҳлили макро- ва микроскопии ҷарроҳии тағйироти бофтаҳои маҳаллии девораи пеши шикам бо ретсидивҳои чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II бо мақсади пешгирӣ намудани ретсидив гузаронида шуд. Предикторҳои асосии пайдошавии чурра дар патогенези инкишофи ретсидивии чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II муайян карда шуд. Ба маврид будани тазриқи девораи шикам пеш аз ҷойгир кунонидани маводи алопластикӣ бо препарати Ботулотоксин а ҳангоми ретсидивии чурраҳои вентралӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II исбот карда шудааст. Самаранокии истифодаи иммуномодулятори ватании «Тимотсин» дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори диабети қанди типи II исбот карда шудааст.

Тавсияҳо барои истифода. Бо мақсади миқёсан комил ва босифат баҳогузурӣ кардан ба ҳолати бофтаҳои девораи пеши шикам, бо дақиқ кардани инкишофи чорчӯбаи мушакиву апоневрозӣ дар беморони дорои ретсидивҳои чурраҳои вентралӣ шикам иҷро кардани ТУС-и қабат ба қабат ва дар режими нақшагирии доплерӣ зарур аст. Интиҳоби усули ҷойгиркунонии интраҷарроҳӣ маводи алопластикӣ бояд инфиродӣ бошад ва бо назардошти дараҷаи тағйирот ва инкишофи чорчӯбаи мушакиву апоневрозии девораи пеши шикам гузаронида шавад. Бо мақсади ба даст овардани натиҷаҳои хуби табобати ҷарроҳии чурраҳои ретсидивии вентралӣ шикам дар беморони гирифтори диабети қанд ва бартараф кардани ретсидивии пас аз ҷарроҳӣ дар дохилиҷарроҳӣ бо маводи Ботулотоксин а тазриқ кардани ҷароҳат дар фалангаҳои девораи пеши шикам зарур аст. Бо мақсади бартараф кардани иммунодефисити музмини такрорӣ ҳуҷайравӣ дар беморони дорои чурраҳои ретсидивии вентралӣ шикам дар заминаи диабети қанди типи II ҷузъи ҳатмӣ барои амалиёти ҷарроҳӣ гузаронидани табобати иммуномодулятсионӣ тавассути препарати ватании «Тимотсин» ба ҳисоб меравад.

Соҳаи истифода: Ҷарроҳӣ.

ANNOTATION
GANIEV ALIYOR ESHMURODOVICH
SURGICAL CORRECTION OF RECURRENT VENTRAL HERNIA
IN PATIENTS WITH TYPE II-DIABETES MELLITUS

Key words. Ventral hernias, diabetes mellitus, recurrent ventral hernia, surgical intervention.

Purpose of the study. Improvement of immediate results of surgical correction of recurrent ventral hernia and prevention of local postoperative complications in patients with type II diabetes mellitus.

Research methods and apparatus used. Clinical examination, abdominal press examination, biochemical blood tests, pro-inflammatory markers, anterior abdominal wall ultrasound, doppler and duplex of anterior abdominal wall vessels, hernioplasty.

Findings and their novelty. The features of the clinical progression of recurrent ventral hernias after different methods of hernioplasty in patients with II-type diabetes mellitus have been studied. Methods of hernioplasty were improved, macro and microscopic analysis of changes in local tissues of the anterior abdominal wall with recurrent ventral hernias in patients with II-type diabetes mellitus for the subsequent prevention of recurrence was carried out. The main predictors of hernia formation in the pathogenesis of the development of ventral hernia recurrence in patients with II-type diabetes mellitus are revealed. The relevance of intraoperative abdominal wall irrigation before alloplastic material placement with Botulinum toxin A in case of recurrent ventral hernias in patients with II-type diabetes mellitus is proved. The efficacy of application of the domestic immunomodulator “Timocin” in the postoperative period in patients with recurrent ventral hernias suffering from II-type diabetes mellitus is proved.

Recommendations for use. It is necessary to perform a layer-by-layer ultrasound examination and doppler mapping for a full-scale and qualitative assessment of the state of the anterior abdominal wall tissues, specifying the development of the muscular-aponeurotic framework in patients with recurrent ventral hernias. The choice of the method of intraoperative placement of alloplastic material should be based strictly individually and on the degree of change and development of the muscular-aponeurotic skeleton of the anterior abdominal wall. In order to obtain good results of surgical treatment of recurrent ventral hernias in patients with diabetes mellitus and further prevention of postoperative recurrence it is necessary to intraoperatively irrigate the wound on the flanks of the anterior abdominal wall with Botulinum toxin A. In order to eliminate chronic secondary cellular immunodeficiency in patients with recurrent ventral hernias against the background of II-type diabetes mellitus, immunomodulatory therapy with the domestic drug “Timocin” is a mandatory component of surgical intervention.

Field of application: Surgery