

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

ҚОРИН ДЕВОРИНИНГ КАТТА ДЕФЕКТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ТАКТИКА

Газиев К.У.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Резюме. Қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморларда хирургик тактика танлаш замонавий герниологияда мураккаб муаммо ҳисобланади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморларда операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулларини қўллашнинг самарадорлиги ва зарурлигини, шунингдек оператив аралашув усулини танлашни баҳолашдан иборат эди. Тадқиқот гуруҳларида операциядан кейинги асоратлар даражаси операциядан кейинги қорин ичи босими кўрсаткичлари билан операциядан олдинги даврда адаптив усуллар ёрдамида шакллантирилган беморларнинг қорин ичи гипертензиясига индивидуал мослашув чегараси ўртасидаги нисбатга ишончли даражада боғлиқ бўлди. Қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморлар қорин ичи босимини самарали назорат қилишга ва операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулларини ўтказишга муҳтож бўлиб, бу операциядан кейинги асоратлар даражасини ишончли равишда камайтиришга имкон берди.

Калим сўзлар: қорин девори дефектлари, қорин ичи гипертензияси, операциядан олдинги тайёргарлик усуллари.

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH LARGE ABDOMINAL WALL DEFECTS

Gaziyev K.U.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Resume. The surgical tactic choice in patients with giant abdominal wall defects is complex problem of herniology. The aim of the study was to evaluate their necessity and efficiency in patients with giant defects of abdominal wall as well as selection methods of surgical intervention. The complications rate in groups was significantly depended on correlation between postoperative level of intra-abdominal pressure and individual adaptive threshold to intra-abdominal hypertension created by adaptive preoperative techniques. The patients with giant abdominal wall defects need effective monitoring and control of intra-abdominal pressure, conduction of adaptive methods of preoperative preparation and individual surgical tactic choice. It allowed significantly decrease the incidence of postoperative complications.

Key words: giant defects of abdominal wall, intra-abdominal hypertension, bacterial translocation, preoperative adaptation techniques.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ ДЕФЕКТАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Газиев К.У.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Резюме. Выбор хирургической тактики у пациентов с гигантскими дефектами брюшной стенки является сложной проблемой в современной герниологии. Целью данного исследования было оценить эффективность и необходимость использования адаптивных методик предоперационной подготовки у больных с гигантскими дефектами брюшной стенки, а также выбор методики оперативного вмешательства. Уровень послеоперационных осложнений в группах исследования достоверно зависел от соотношения послеоперационного уровня внутрибрюшного давления и индивидуально порога адаптации пациентов к внутрибрюшной гипертензии созданного в предоперационном периоде с помощью адаптивных методик. Пациенты с гигантскими дефектами брюшной стенки нуждаются в эффективном контроле внутрибрюшного давления и проведении адаптивных методик предоперационной подготовки, что позволило достоверно снизить уровень послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: дефекты брюшной стенки, внутрибрюшная гипертензия, методики предоперационной подготовки.

e-mail: gaziyev.karim@bsmi.uz

Қорин деворининг катта дефектлари шошилишч оператив аралашувлардан кейин беморларнинг 17–26 % ида учрайди, оғир ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлганда эса уларнинг частотаси 28–40 % гача ошади [9, 10].

Қорин деворининг гигант дефектларини даволашнинг янги усуллари пайдо бўлишига қарамай, операциядан кейинги асоратлар (ўпка артерияси тромбоемболияси, абдоминал компартмент-синдром, ўпка ва юрак етишмовчилигининг кучайиши, ретсидивлар) даражаси ханузгача 20–63 % ни ташкил этади, леталлик кўрсаткичи эса 3–12 % чегарасида қолмоқда [1, 2, 3, 4].

Ушбу беморлар тоифасида учрайдиган кўпчилик муаммолар турли даражада бевосита ёки билвосита қорин ичи босими (ҚИБ) ва қорин ичи гипертензияси (ҚИГ) омиллари билан боғлиқдир [5, 6, 10].

ҚИБ омили таянч тузилмаларининг массив йўқолиши билан кечувчи олдинги қорин деворининг гигант дефектлари патогенезидаги асосий омиллардан бири ҳисобланади. Ҳерниал ҳалтадаги аъзоларни қорин бўшлиғига қайта жойлаштиригандан ва олдинги қорин девори пластикаси бажарилгандан сўнг ривожланидиган ҚИГ эса беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини сезиларли даражада ёмонлаштиради [10].

Замоनावий ҳерниология нуқтайи назаридан қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморларни даволашнинг асосий тамойиллари қуйидаги муҳим вазифаларни ҳал этишдан иборат: беморнинг функционал резервларини аниқлаш ва мураккаб патофизиологик бузилишларни компенсация қилишга қаратилган операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулининг зарурлигини баҳолаш ва оптимал вариантини танлаш; қорин деворининг анатомио-функционал хусусиятлари, чурранинг ўлчамлари ва чуррали ҳалтанинг параметрларини ҳисобга олган ҳолда операция усули ҳамда қорин деворини протезлаш учун аллопластик материални индивидуал танлаш.

Сўнгги йилларда ўтказилган кўплаб клиник ва экспериментал тадқиқотларга қарамай, юқорида келтирилган барча муаммоларни тўлиқ ва мукамал ҳал этишга ҳали ҳам эришилмаган.

Ишнинг мақсади — қорин ичи гипертензияси патогенезини экспериментал ўрганиш ва патогенетик жиҳатдан асосланган жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш орқали қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Материал ва методлар. Тадқиқотга 2015–2024-йиллар давомида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг абдоминал жарроҳлик бўлимида даволанган қорин деворининг катта дефектлари бўлган 47 нафар бемор киритилди.

Тадқиқот қорин деворининг катта дефектлари бўлган 47 нафар беморни даволаш натижаларини таҳлил қилишни ўз ичига олди. Периоперацион даврда танланган даволаш тактикаси турига қараб, тадқиқотга киритилган барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳни 27 нафар бемор ташкил этди ва улар 2 та кичик гуруҳга ажратилди: А кичик гуруҳига операциядан олдинги тайёргарлик мақсадида қорин соҳасини компрессион бинтлаш усули қўлланган 14 нафар бемор киритилди; Б кичик гуруҳига эса юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг функционал резервлари ҳамда ҚИГга мослашув чегараси прогрессив пневмоперитонеум фонида баҳоланган 13 нафар бемор киритилди.

2-гуруҳга қорин деворининг гигант дефектлари бўйича оператив аралашув операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулларисиз бажарилган 20 нафар бемор киритилди.

Ҳар икки гуруҳдаги беморлар орасида эркақлар — 12 нафар, аёллар — 35 нафарни ташкил этди. Беморларнинг ёши 30 дан 77 ёшгача бўлиб, асосий гуруҳда ўртача ёш $61,4 \pm 8,5$ йил, солиштирма гуруҳда эса $54,9 \pm 9,0$ йилни ташкил этди. Шакллантирилган гуруҳлар ёш ва жинс бўйича тақсимланиш жиҳатидан ўзаро таққосланадиган эди ($P = 0,96$).

Олдинги қорин девори дефекти хусусиятига кўра беморлар Chevrel–Ratz (2000) интраоперацион классификациясига мувофиқ тақсимланди; барча беморларда чуррали дефект кенглиги 15 см дан ортик (W4+) бўлган.

Ҳамроҳ патологиялар характериға кўра гуруҳлар ўзаро мос эди. Шунини таъкидлаш лозимки, ҳар иккала гуруҳдаги 25 нафар (51,1 %) беморда бир вақтнинг ўзида юрак-қон томир ва ўпка тизимларига оид ҳамроҳ касалликлар аниқланган.

1-гуруҳдаги 21 нафар (72 %) ва 2-гуруҳдаги 13 нафар (68,2 %) беморда тана вазни индекси 30 кг/м^2 дан юқори бўлиб, бу семизлик ташҳисини қўйиш учун асос бўлди ($P = 0,54$). Тана вазни индексининг ўртача қиймати 1-гуруҳда $33,5 \text{ кг/м}^2$, 2-гуруҳда эса $34,6 \text{ кг/м}^2$ ни ташкил этди.

Қорин соҳасини компрессион бинтлаш усули беморларга шифохонага ётқизилган заҳоти ёки амбулатор шароитда биринчи консултатсиядан сўнг қўлланилди. Олдинги қорин деворини компрессиолаш орқали ҚИБни ошириш эластик бинт ёрдамида амалга оширилди.

Операциядан олдинги прогрессив пневмоперитонеумни ўтказиш учун кўрсатмалар қуйидагилардан иборат бўлди: “loss of domain” феномени билан кечувчи қорин деворининг гигант дефектла-

рининг асоратланган шакллари, КТ-герниабдонометрия маълумотларига кўра чуррали бўртманинг нисбий ҳажми 25 % дан ортиқ бўлиши, ҚИГ учун қўшимча хавф омилларининг мавжудлиги ҳамда қорин соҳасини компрессион бинтлашнинг мумкин эмаслиги ёки самарасизлиги.

ҚИБ ўлчови билвосита усулда трансвезикал тенсометрия ёрдамида ҳамда прогрессив пневмоперитонеум ўтказиш жараёнида уч йўлли катетер орқали манометр ёрдамида бевосита усулда амалга оширилди.

Бажарилган оператив аралашувлар турлари бўйича беморларнинг тақсимланиши жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Бажарилган оператив аралашувлар тури бўйича беморларнинг тақсимланиши

Операция тури	Беморлар гуруҳи				Жами	
	1- гуруҳ		2- гуруҳ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ривес-Стоппа пластикаси	12	41,4	6	30	18	36,7
Сепарацион пластика	17	58,6	14	70	31	63,3
Жами	27	100	20	100	47	100

R=0,09

Rives–Stoppa усулини қўллашга кўрсатмалар чуррали халтанинг ҳаётга лаёқатли бўлиши, унда “латент” инфекция белгилари мавжуд эмаслиги ҳамда герниопластика моделлаштирилганда қорин ичи босими (ҚИБ) даражаси қорин ичи гипертензиясига (ҚИГ) индивидуал мослашув чегараларидан ошмаган ҳолатлар ҳисобланди.

Олдинги қорин деворининг компонентли сепарацион пластикаси усуллари синтетик протез имплантатсияси билан комбинатсияда тўғри қорин мушакларининг яққол латераллашуви шароитида, шунингдек чуррали халтанинг мавжуд эмаслиги ёки унинг ҳаётга лаёқатлилиги шубҳали бўлган ҳолатларда, ёхуд унда “латент” инфекция белгилари аниқланганда қўлланилди. Бунда пластикани моделлаштириш жараёнида ҚИБ кўрсаткичлари индивидуал мослашув чегараларидан ошмаслиги шартли сақлаб қолинди.

Олинган маълумотларнинг статистик ишлови вариацион ва тавсифий статистика усуллари ёрдамида Statistica 6.0 ҳамда OpenEpi в 2.3 статистик таҳлил пакетлари орқали амалга оширилди. Ишда келтирилган ўртача қийматлар $X \pm d$ кўринишида ифодаланди. Олинган натижалардаги фарқлар $p < 0,05$ бўлганда статистик жиҳатдан ишончли деб қабул қилинди, бу эса 95 % ишончилилик даражасини таъминлайди.

Натижалар ва муҳокама. ҚИБ ошиши билан юзага келадиган патофизиологик ўзгаришлар кўп аззоли етишмовчилик ривожланишининг асоси эканлиги экспериментал равишда тасдиқланди. Ушбу ҳолат кўпинча ичак бўшлиғидан грамманфий бактериал флоранинг транслокатсияси натижасида келиб чиқадиган жароҳат ва тизимли йирингли-инфекцион асоратлар билан кечади.

Олинган натижалар қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморларда операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулларидадан фойдаланиш ва ҚИБнинг тизимли мониторингини ўтказиш муҳимлигини кўрсатди.

Операциядан олдинги тайёргарлик натижасида 1-кичик гуруҳ беморларида ҚИБга мослашув чегараси сунъий равишда 15–17,5 мм симоб устуни (1,99–2,32 кПа) оралиғида шакллантирилди, мослашув чегарасининг ўртача қиймати 16,2±1,2 мм симоб устуни (2,15±0,16 кПа) ни ташкил этди.

Асосий гуруҳнинг 2-кичик гуруҳида операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилиши ҚИГга мослашув чегарасини 18–25 мм симоб устуни (2,39–3,32 кПа) оралиғида сунъий шакллантириш имконини берди, ўртача мослашув чегараси 20,0±1,0 мм симоб устуни (2,66±0,13 кПа) ни ташкил этди (1-кичик гуруҳ билан солиштирганда $P < 0,05$).

Операциядан кейинги даврда ҚИБ кўрсаткичлари динамикасининг таҳлили прогрессив пневмоперитонеумнинг қорин соҳасини компрессион бинтлашга нисбатан беморларни ҚИГга мослаштириш борасида юқори самарадорлигини кўрсатди. Бунга далил сифатида 2-кичик гуруҳдаги барча беморларда операциядан кейинги даврда ҚИБ кўрсаткичлари субпорсоғ (чегарадан паст) даражаларда бўлгани, 1-кичик гуруҳ беморларида эса операциядан кейинги дастлабки 2 суткада ҚИБ кўрсаткичлари сунъий яратилган мослашув чегаралари даражасида ёки ундан юқори бўлгани келтирилиши мумкин. Солиштирма гуруҳдаги беморларда эса операциядан кейинги дастлабки 4 сутка давомида ҚИБ кўрсаткичлари қорин ичи гипертензияси тушунчасида белгиланган 12 мм симоб устуни даражасидан юқори бўлиб қолди.

Бу ҳолат операциядан кейинги асоратлар даражасига сезиларли таъсир кўрсатди: асосий гуруҳда асоратлар 2 та (8 %) ни ташкил этди (операциядан кейинги яра йиринглаши — 1, пневмония — 1, нафас етишмовчилигининг кучайиши — 1), солиштирма гуруҳда эса 7 та (31,8 %) бўлди (операциядан кейинги яра йиринглаши — 2, тери четларининг некрози — 1, лигатурали оқма — 1, пневмония — 1, абдоминал компартмент-синдром — 1, юрак етишмовчилигининг кучайиши — 1). Умуман олганда, ушбу кўрсаткич бўйича фарқ статистик жиҳатдан ишончли бўлди ($R = 0,02$).

Шу билан бирга, Rives–Stoppa усули бўйича бажарилган аллогер-ниопластикадан кейинги асоратлар 33,3 % ни, олдинги қорин деворининг компонентли сепаратсион пластикаси синтетик протез имплантатсияси билан комбинатсияда бажарилганда эса 16,1 % ни ташкил этди. Яъни, турли оператив усуллар қўлланилгандан кейинги асоратлар даражаси бўйича статистик жиҳатдан ишончли фарқ аниқланмади ($R = 0,32$).

Бактериологик текширув маълумотларига кўра, жароҳатлардаги йирингли-инфекцион жараёнлар *E. coli* ва *St. epidermidis* томонидан чақирилган. Антибиотикограмма натижаларини инобатга олган ҳолда антибиотиклар ва антисептиклар буюрилиши натижасида жароҳатлар санитатсиясига эришилди. Бирорта ҳолатда ҳам тўр (сетка) ни эксплантатсия қилишга эҳтиёж бўлмади.

Операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулларини ўтказиш билан боғлиқ асоратлар кузатилмади. Асосий гуруҳда летал ҳолатлар қайд этилмади. Солиштирма гуруҳда эса 1 та (4 %) ўлим ҳолати интраабдоминал асоратлар фонида абдоминал компартмент-синдром ривожланиши натижасида юз берди.

Хулосалар:

1. Қорин деворининг гигант дефектлари бўлган беморларда перооперацион даврда ҚИБнинг тизимли мониторингини олиб бориш ва операциядан олдинги адаптив тайёргарлик усулларини қўллаш кўрсатилган бўлиб, бу операциядан кейинги асоратлар сонини сезиларли даражада камайтиришга имкон беради.

2. Оператив аралашув усулини танлаш қорин деворининг анатомио-функционал хусусиятларини инобатга олган ҳолда, интраоперацион ҚИБ мониторинги маълумотларига асосланиши лозим.

3. Қорин пардаси қопламасининг мураккаб дефектлари мавжуд бўлган ҳолатларда биологик мос келувчи протезлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Білянський Л.С. Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, І.М. Тодуров, С.В. Косюхно, О.В. Перехрестенко // Український журнал хірургії.- 2011. - 2(11). – С.27-31.

2. Фелештинский Я.П. Герниопластика гигантских дефектов брюшной стенки: материалы науч.-практ. конф. с международным участием “Современные методы хирургического лечения ventральных грыж и эвентераций” / Я.П. Фелештинский, В.І. Мамчич, В.О. Дубенець. – Алушта, 2006. – С. 174-176.

3. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P. Chevrel, A.M. Rath // *Hernia*. – 2000. – Vol. 4. – P. 7-11.

4. Complications in incisional hernia repairs by the placement of retromuscular prostheses / J.B. Flament, C. Avisse, J.P. Palot [et al.] // *Hernia*. – 2000. – Vol. 4, № 1. – P. 25-29.

5. Diebel L.N. Splanchnic ischemia and bacterial translocation in the abdominal compartment syndrome / L.N. Diebel, S.A. Dulchavsky, W.J. Brown // *J. Trauma*. – 1997. – Vol. 43. – P. 852-855.

6. Incidence and prognosis of intra–abdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients: a multiple-center epidemiological study / M.L. Malbrain, D. Chiumello, P. Pelosi [et al.] // *Crit. Care Med*. – 2005. – Vol. 33. – P. 315-322.

7. Ramirez O.M. “Components separation” method for closure of abdominal–wall defects: an anatomic and clinical study / O.M. Ramirez, E. Ruas, A.L. Dellon // *Plast. Reconstr. Surg*. – 1990. – Vol. 86. – P. 519-526.

8. Rives–Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients / J. J. Bauer, M.T. Harris, S. R. Gorfine [et al.] // *Hernia*. – 2002. – Vol. 6, № 3. – P. 120-123.

9. Staged management of giant abdominal wall defects: acute and long–term results / T.W. Jernigan, T.C. Fabian, M.A. Croce [et al.] // *Ann. Surg*. – 2003. – Vol. 238. – P. 349-355.

10. Willis S. Use of progressive pneumoperitoneum in the repair of giant hernias / S. Willis, V. Schumpelick // *Hernia*. – 2000. – № 4. – P. 105-111.

Иқтибос учун: Газиёв К.У. Қорин деворининг катта дефектлари бўлган беморларда хирургик тактика // *Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси*. – 2026. – № 2(22). – Б. 337–340. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18643607>