

ISSN: 3030-3877

ACD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



Annals of clinical disciplines



VOLUME 2, ISSUE 2

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№1 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-1>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облокулов
Ш.Т. Ёроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садulloева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Түрция)
Eva Lietto (Италия)

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Кадиров Б.С.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида вегетатив дистония синдромининг даволашдан олдинги ва кейинги натижалари.....6

2. Матниязов Б.М., Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Хайитбоева К.Х., Маткурбонов Н.О.

Экспериментальные исследования по оценке результатов лечения абсцесса печени на фоне аллоксанового сахарного диабета.....13

3. Махаматходжаева Х.Б.

Спондилоартрит. взгляд на патологию с разных сторон (литературный обзор).....27

4. Мехриддинов М.Қ., Тешаев Ш.Ж., Раупов Ф.С.

Экспериментал деструктив пневмонияни антибактериал даволаш жараёнидаги морфологик ўзгаришлар.....36

5. Мирходжаев И.И., Тураев З.Ф., Тураев Ф.Ф.

Анализ результатов хирургического лечения больных с постстернотомным медиастенитом.....44

6. Носиров Ю.У., Раупов Ф.С.

Нафас йўллариға ёт жисм тушган болалардаги клиник белгиларнинг ўзига хос хусусиятлари.....60

7. Облокулова О.А.

Морфология селезёнки: строение, функции и изменения при патологии (обзор литературы).....67

8. Раупов Ф.С., Рузиқулова Ю.Б.

Преморбид фонли ўсмирларда бурун тўсиғи эгрилигининг клиник ва рентгенологик кўринишлари.....72

9. Рахимов Ф.Ф.

Эффективность фотодинамической терапии при деструктивных формах орхоэпидидимита.....81

10. Рахмонкулов Ш.Р., Маджидова Я.Н., Темирова М.К.

Современные возможности функциональной ближней инфракрасной спектроскопии (FNIRS) в оценке когнитивного восстановления после инсульта: литературный обзор.....88

11. Сапаев Д.Ш.

Технические аспекты усовершенствованного способа комбинированной аллопластики грыж передней стенки живота.....93

12. Саттаров О.Т., Тухтаев Д.А., Хакимов И.А.

Оценка эффективности бариатрической операции при ожирении у больных с сопутствующим неалкогольным стеатогепатитом.....100

13. Сафарова Г.А.

Коморбид ҳолатларсиз COVID-19 ўтказган беморларда яллиғланиш цитокинлари тахлили ва буйрак дисфункциясини эрта аниқлаш.....113

14. Ташева Г.С., Раупов Ф.С.

Преморбид фонли болаларда одонтоген яллиғланиш касалликлари.....126

15. Тешаев Ш.Ж., Облокулова С.А.

Орқа мия травматик жароҳатланишида жигардаги морфологик ўзгаришларни иммуногистохимик экспрессияланиш даражаларини аниқлаш (KI-67 BCL-2).....132

16. Тешаева Д.Ш.

Морфофункциональные изменения слюнных желёз под воздействием подземных вод.....140

17. Хайруллаева Г.С.

Особенности нарушения липидного обмена у пациентов, перенёсших COVID-19, и коррекция его розувастатином (литературный обзор).....146

18. Шарипова Э.М., Хасанова Д.А.

Сравнительная оценка морфологии подмышечных лимфатических узлов при проведении модели фиброза лёгких.....152

19. Юлдашев Н.Б.

Бирламчи аниқланган ОИВ инфекцияси билан касалланган шахсларнинг қон зардобдаги иммуноглобулинлар миқдорини таҳлил қилиш.....159

20. Латипова Ю.Ж., Ходжибекова Ю.М., Муратова Ш.Т.

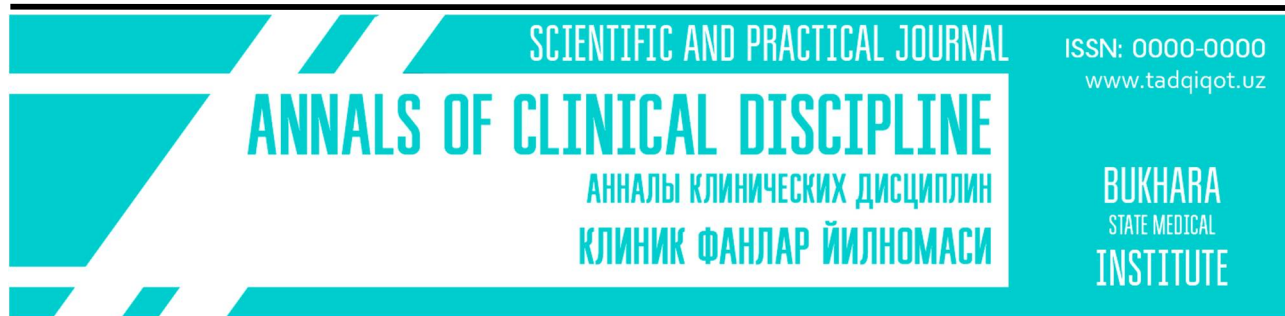
УЗИ-мониторинг в динамике подострого тиреоидита: сроки, цели, интерпретация.....167

21. Латипова Ю.Ж., Ходжибекова Ю.М., Муратова Ш.Т.

Подострый тиреоидит или тиреоидит хашимото? Тонкости дифференциальной диагностики.....173

22. Xolmuradova Z.E.

Semizlik bilan og'rig'an bolalarda yurak-qon tomir tizimidagi endoteliyning funksional holati.....177



Сапаев Д.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Хорезм, Узбекистан

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО СПОСОБА КОМБИНИРОВАННОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16747994>

РЕЗЮМЕ

Для практической хирургии разработан первый отечественный сетчатый протез с композитным покрытием для применения при аллогерниопластики вентральных грыж. С учетом того, что в современной герниологии продолжают активно применяться методы пластики с фиксацией протеза в позиции onlay, которые характеризуются большей частотой парапротезных осложнений, в данной статье представлен усовершенствованный способ комбинированной аллопластики грыж передней стенки живота, направленный на снижение частоты специфических послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: аллогерниопластика; модифицированный сетчатый протез; специфические протезные осложнения; серома.

Sapayev D.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Xorazm, O'zbekiston

QORIN OLD DEVORINING CHURRALARIDA KOMBINATSIYALANGAN ALLOPLASTIKASI TAKOMILLASHTIRILGAN USULINING TEXNIK JIHATLARI

RESUME

Amaliy jarrohlik uchun ventral churrallarni allogernioplastikada qo'llash uchun kompozit qoplamali birinchi mahalliy to'rsimon protezi ishlab chiqilgan. Zamonaviy gerniologiyada paraprotez asoratlarning yuqori chastotasi bilan ajralib turadigan onlay pozitsiyasida protezni mahkamlash bilan plastik usullar faol qo'llanilishda davom etayotganligini hisobga olib, ushbu maqolada operatsiyadan keyingi o'ziga xos asoratlar chastotasini kamaytirishga qaratilgan qorin old devorining churrallari uchun kombinatsiyalangan alloplastikaning takomillashtirilgan usuli keltirilgan.

Kalit so'zlar: allogernioplastika; modifikatsiyalangan to'rsimon protez; spetsifik protez asoratlar; seroma.

Sapaev D.Sh.

Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Khorezm, Uzbekistan

TECHNICAL ASPECTS OF THE IMPROVED METHOD OF COMBINED ALLOPLASTICS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS

ABSTRACT

For practical surgery, the first domestic mesh prosthesis with a composite coating has been developed for use in allogenioplasty of ventral hernias. Given that modern herniology continues to actively use onlay prosthesis fixation methods, which are characterized by a higher frequency of paraprosthesis complications, this article presents an improved method of combined alloplasty for anterior abdominal wall hernias aimed at reducing the frequency of specific postoperative complications.

Keywords: allogenioplasty; modified mesh prosthesis; specific prosthetic complications; seroma.

Актуальность проблемы. За последние несколько десятилетий существенно расширились понятия о биологических основах развития вентральных грыж, оперативных методиках и использовании биоматериалов для пластики брюшной стенки. Биоматериалы существенно улучшили послеоперационное течение со значительным снижением частоты рецидивов - с 50% до менее 20% [1]. Однако существуют различные мнения в этом плане. Несмотря на то, что было доказано, что протезная аллогерниопластика привела к снижению частоты рецидивов, отрицательным моментом этого вида операций явился более высокий риск развития раневых осложнений по сравнению с восстановлением только местными тканями [2, 3]. Размещение инородного тела, такого как сетка, может привести к серьезным побочным реакциям, включая боль, инфекцию, свищи и образование спаек в брюшной полости. На самом деле, в литературе мало данных об отдаленных осложнениях после протезирования брюшной стенки и их связи с ранними осложнениями, и трудно точно установить истинную частоту поздних осложнений, связанных именно с использованием сетки. Ретроспективные исследования часто вводят в заблуждение, так как они включают относительно небольшое количество пациентов, а период наблюдения, как правило, слишком короткий, чтобы выявить появление осложнений, связанных с использованием сетки, которые также могут возникнуть после длительного интервала времени [4].

В последнее время в литературе сообщается об увеличении числа случаев раневой инфекции, формирования внутрибрюшных спаек, миграции протеза и других осложнениях [5, 6]. Висцеральные осложнения, связанные с сеткой, могут возникать, когда реакция на инородное тело, затрагивает органы брюшной полости. Биологические свойства сеток, связанные с типом структуры материала, типом волокна, размером пор, играют роль в безопасности и переносимости биоматериала. Однако непосредственный контакт между протезом и внутренними органами, по-видимому, лежит в основе патогенеза этих осложнений. Спайки - очень частая находка при

повторной операции. При размещении протезного материала может возникнуть воспалительная реакция, приводящая к спайкам между сеткой и органами брюшной полости [7]. Хотя производители использовали различные стратегии для минимизации образования спаек, безопасный протез все еще не создан.

Осложнения, связанные с сеткой, представляют собой необычные, но тяжелые последствия хирургии, патогенез которых до сих пор полностью не ясен. Действительно, было отмечено увеличение числа этих осложнений, связанное с доминированием лапароскопических методов в новую эру герниопластики, предполагая, что расстояние между сеткой и брюшиной может представлять собой важный фактор [8].

В литературе сообщалось, что способ пластики и вид протеза влияют на частоту раневых осложнений и возможность миграции протеза вдоль анатомических плоскостей. Сетчатая инфекция может представлять собой тяжелое осложнение протезной пластики с серьезными последствиями, длительной госпитализацией и увеличением затрат. Его частота колеблется от 1 до 10%, в зависимости от техники, популяции пациентов и типа сетчатого протеза [9]. Традиционно первоначальное лечение консервативное, основанное на внутривенном введении антибиотиков, чрескожном или хирургическом дренировании, лечении ран отрицательным давлением, но при глубоких протезных инфекциях с образованием абсцессов часто требуется удаление сетки [9]. Удаление сетки может быть полным или частичным, но всегда представляет собой сложную задачу как для хирургов, так и для пациента, так как это технически сложная процедура, требующая хорошего знания анатомии и хирургических навыков, а также сопровождающаяся развитием послеоперационных осложнений в 36-50% случаев с длительной госпитализацией [10, 11].

Таким образом, протезная пластика вентральных грыж продолжает набирать популярность, но при этом хирурги, вероятно, увидят больше пациентов с осложнениями, связанными с использованием сетки, поскольку ни одна техника или материал для пластики грыж не продемонстрировала иммунитета к этим осложнениям. Тем не менее, было ясно продемонстрировано, что использование сетки для усиления восстановления связано с гораздо более низким риском рецидива по сравнению с пластикой местными тканями. Поэтому исследования по разработкам новых различных подходов и методов остается актуальной задачей современной хирургии, при этом должны учитываться не только размер исходного грыжевого дефекта, тип пластики, точное анатомическое расположение сетки, техника фиксации сетки, но и совершенствование сетчатого материала, который бы способствовал снижению частоты развития различных раневых и абдоминальных осложнений.

Для совершенствования способа поставлена следующая задача: снижение травматичности операции, улучшение ближайших (профилактика сером и специфических протезных осложнений) и отдаленных результатов операции, таких как спаечная болезнь, улучшение процесса приживления синтетического сетчатого протеза.

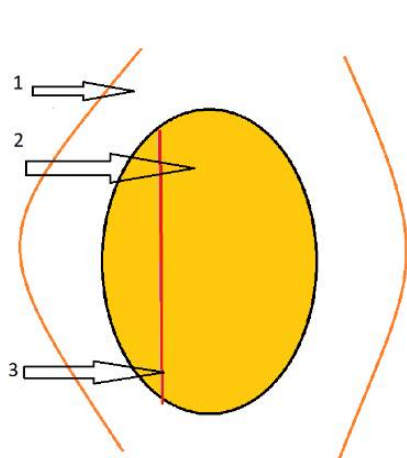
Способ выполняют следующим образом:

- производят мобилизацию и выделение грыжевого мешка и грыжевых ворот;
- далее выполняют продольное рассечение грыжевого мешка по условной продольной линии, разделяющей стенки мешка на 1/3 и 2/3, после чего содержимое грыжевого мешка мобилизуется и погружается в брюшную полость;
- со стороны большей площади (2/3) рассеченного грыжевого мешка производят мобилизацию передней брюшной стенки поверх апоневроза на расстоянии не менее 5 см от края грыжевых ворот;
- после чего поверх указанного свободного края стенки рассеченного грыжевого мешка укладывают ССП с соответствующими объему планируемой пластики размерами, один боковой край которого подводят под подкожную клетчатку поверх выделенного участка апоневроза, а с другого края на протез подворачивается свободный листок брюшины от грыжевого мешка таким образом, что край протеза оказывается в складке из дубликатуры брюшины (со стороны 2/3) и последние сшиваются между собой вдоль этого края протеза непрерывным швом викрил 3,0;
- далее со стороны созданной дубликатуры из брюшины с ССП на расстоянии 4-5 см от края грыжевых ворот параллельно грыжевому дефекту эллипсовидно рассекают париетальную брюшину, последнюю отсепааровывают с формированием площадки шириной 1,0-1,5 см от края рассечения и край ССП с фиксированной к нему дубликатурой брюшины подшивают к этой области к заднему листку влагалища прямой мышцы живота (по способу sublay) непрерывным швом пролен 2/0;
- верхние края грыжевых ворот сшивают между собой на протяжении не менее 3 см с вовлечением в шов соответствующей зоны протеза, аналогично сшивают и нижние края грыжевых ворот;
- после этого оставшийся свободный край ССП подшивают к поверхности передней стенки апоневроза (по способу onlay) непрерывным швом пролен 2/0;
- оставшийся со стороны укрепления протеза к заднему листку влагалища прямой мышцы живота свободный лоскут брюшины подшивают к ССП поверх последнего непрерывным швом нитью викрил 3/0;
- в рану подводят дренаж, который выводят через контраппертуру наружу и ушивают подкожную клетчатку и кожу.

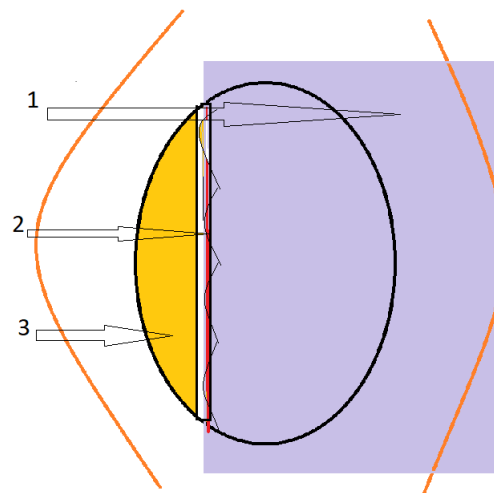
Основные существенные признаки, обуславливающие улучшение результата аллогерниопластики, следующие:

свободный край рассеченного грыжевого мешка с одной стороны заворачивают на край ССП и сшивают непрерывным швом викрил 3,0; с другой стороны, на расстоянии 4-5 см от края грыжевых ворот вдоль грыжевого дефекта рассекают париетальная брюшина с формированием площадки шириной 1,0-1,5см; ССП с фиксированной к нему брюшиной подшивают к заднему листку апоневроза прямой мышцы живота в области рассеченной париетальной брюшины непрерывным швом пролен 2/0; верхний и нижний

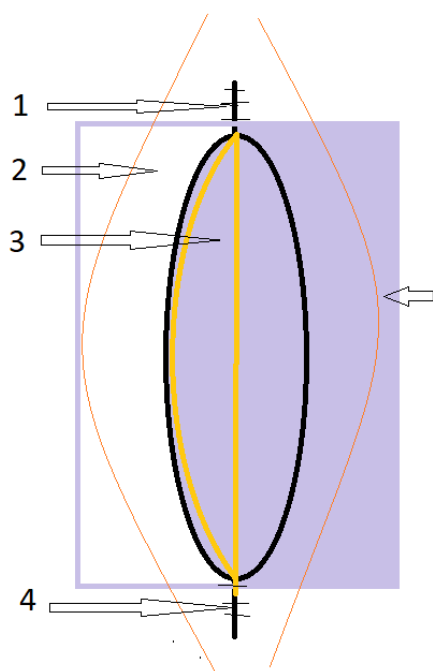
край грыжевых ворот сшивают на расстоянии не менее 3 см с вовлечением в шов ССП; свободный край ССП сшивают с передней стенкой апоневроза прямой мышцы живота непрерывным швом пролен 2/0; свободный лоскут брюшины сшивают с поверхностью ССП нитью викрил 3/0 (рис. 1).



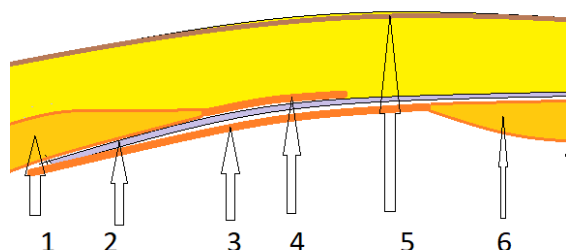
1- апоневроз влагалища прямых мышц живота; 2-грыжевой мешок; 3- рассечение грыжевого мешка.



1-синтетический сетчатый протез (ССП); 2-сшивание края ССП с краем большего по размеру грыжевого мешка внахлест; 3-край пересеченного грыжевого мешка (меньшего по размеру).



1 и 4-частичное ушивание грыжевых ворот; 2-часть ССП, фиксированного в позиции sublay (позади брюшной стенки); 3-лоскут грыжевого мешка, фиксированного к передней стенке ССП; 5-часть ССП, фиксированного в позиции onlay (спереди брюшной стенки) к



1-край прямых мышц живота; 2-часть ССП, фиксированного в позиции sublay; 3-часть грыжевого мешка (большая), фиксированная к ССП; 4-часть грыжевого мешка (меньшая), фиксированная к ССП спереди; 5-восстановленная целостность кожи и подкожной клетчатки; 6- край противоположной прямой мышцы с

апоневрозу прямых мышц живота. апоневрозом; 7-противоположный край ССП, фиксированного в позиции onlay к апоневрозу.

Рис. 1. Схема способа комбинированной аллопластики грыж передней стенки живота

Преимущества способа обусловлены следующей причинно-следственной связью между отличительными/существенными признаками заявляемого способа и достигаемым результатом:

- В результате фиксации синтетического сетчатого протеза (ССП) к грыжевому мешку предупреждается «оголение» протеза со стороны брюшной полости и соответственно формирование спаек между органами брюшной полости и ССП.
- Фиксация ССП в положении sublay с одной стороны способствует предупреждению развития парапротезного рецидива грыжи.
- Формирование площадки после рассечения париетальной брюшины способствует лучшему приживлению ССП к передней брюшной стенке.
- Мобилизация передней стенки апоневроза только с одной стороны позволяет создать большую площадку для фиксации сетки, а также снижает риск формирования подкожных сером.
- Укрытие ССП свободным листком грыжевого мешка способствует дополнительному снижению риска формирования сером в области операционной раны.
- В целом уменьшается травматичность операции, риск развития специфических протезных осложнений, а также улучшается процесс приживления ССП при аллопластике больших и гигантских послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Таким образом, разработан способ корригирующей аллопластики грыж передней стенки живота, характеризующийся комбинированным вариантом фиксации сетчатого протеза, обеспечивающим надежную ненатяжную коррекцию грыжевого дефекта, а также адекватную изоляцию имплантата от органов брюшной полости и зоны мобилизованного подкожно-жирового слоя;

Заключение. Усовершенствованный способ корригирующей аллогерниопластики с комбинированным вариантом фиксации сетчатого протеза при больших и гигантских вентральных грыжах обеспечивает надежную ненатяжную коррекцию дефекта передней брюшной стенки, адекватную изоляцию имплантата от органов брюшной полости и зоны мобилизованного подкожно-жирового слоя, а также уменьшает травматичность операции и риск развития специфических протезных осложнений.

Список литературы

1. Conze J, Binnebosel M, Junge K, Schumpelick V (2010) Incisional hernia. How do I do it? Standard surgical approach. Chirurg 81:192–200.
2. Fischer JP, Nelson JA, Rohrbach JJ, Braslow BM, Kovach SJ (2014) Analysis of perioperative factors associated with increased cost following abdominal wall reconstruction. Hernia 18:617–624.

3. Cunningham HB, Weis JJ, Taveras LR, Huerta S (2019) Mesh migration following abdominal hernia repair: a comprehensive review. *Hernia* 23:235–243. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01898-9>
4. Fortelny RH, Petter-Puchner AH, Glaser KS, Offner F, Benesch T, Rohr M (2010) Adverse effect of polyvinylidene fluoride-coated polypropylene mesh used for laparoscopic intraperitoneal onlay repair of incisional hernia. *Br J Surg* 97:1140–1145.
5. D'Amore L, Negro P, Ceci F, Gossetti F (2019) Comment to: mesh migration following abdominal hernia repair: a comprehensive review. *Hernia*. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01977-x>.
6. Orcione F (2018) Laparoscopic ventral hernia repair: where is the border? In: Campanelli G (ed) *The art of hernia surgery*. Springer, Berlin, pp 563–569. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72626-7_57.
7. Yang GPC (2017) From intraperitoneal onlay mesh repair to preperitoneal onlay mesh repair. *Asian J Endosc Surg* 10:119–127. <https://doi.org/10.1111/ases.12388>.
8. Tsapralis D, Vasiliades G, Zaxou Z, Delimpaltadaki M, Margetousakis TH, Papadakis H, Machairas A, Misiakos EP (2018) Bowel obstruction secondary to migration of a Ventralex mesh: report of a rare complication. *Hernia*. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1720-x>.
9. Krpata DM, Blatnik JA, Novitsky YW, Rosen MJ (2013) Evaluation of high-risk comorbid patients undergoing open ventral hernia repair. *Surgery* 153:120–125. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182849871>.
10. Sharma R, Fadaee N, Zarrinkhoo E, Towfigh S (2018) Why we remove mesh. *Hernia* 22:953–959. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1839-4>.
11. Shukhratovich, S.D., Abrarovich, S.R., Khasanovich, B.A. et al. Clinical Evaluation of the Effectiveness of the New Mesh Prosthesis “Niprocel”. *Indian J Surg* (2024). <https://doi.org/10.1007/s12262-024-04116-8>

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины

основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт