

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Илмий техник кенгаши раиси

_____ **Ш.К.Атаджанов**

« ____ » _____ 2026 й.

ХУРСАНОВ ЁҚУБЖОН ЭРКИН ЎҒЛИ

**«ҚИСИЛГАН ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ТАРАНГЛАШМАГАН
ГЕРНИОПЛАСТИКА»**

(Монография)

Самарқанд 2026

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

УДК : 617.55 - 007.43 - 007.271 - 089.845

ХУРСАНОВ ЁҚУБЖОН ЭРКИН ЎҒЛИ

МОНОГРАФИЯ

**«ҚИСИЛГАН ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ТАРАНГЛАШМАГАН
ГЕРНИОПЛАСТИКА»**

Самарқанд-2026

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	4
КИРИШ.....	5
I БОБ. ҚИСИЛГАН ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ (адабиёт шарҳи).....	13
§ 1.1 Қорин олд деворининг қисилган чурраларини даволаш муаммосининг ҳолати	13
§ 1.2. Қисилган чурраларнинг таснифи.....	14
§ 1.3. Ўткир энтерал етишмовчилик синдроми ва қисилган чурра билан қорин бўшлиғи гипертензияси	15
§ 1.4.Герниологияда синтетик имплантлар.....	19
§1.5. Қорин олд деворининг қисилган чурраларини жарроҳлик йўли билан даволашда замонавий ёндашувлар.....	23
II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ.....	37
§ 2.1. Клиник материалнинг хусусиятлари	37
§ 2.2. Тадқиқот усуллари.....	44
§ 2.2.1. Клиник ва лаборатор текширувлар.....	44
§ 2.2.2. Рентгенологик текширувлар.....	45
§ 2.2.3. Ултратовуш текширувлари.....	47
§2.2.4. Эндоген интоксикация даражасини баҳолаш.....	50
§2.2.5. Микробиологик текширувлар.....	52
§2.2.6. Интроперитонеал босимни ўлчаш усули	52
§2.3. Анестезиологик таъминот	53
§2.4. Медикаментоз даволаш.....	55

§2.5. Материални статистик қайта ишлаш	56
III БОБ. ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН МУРАККАБЛАШГАН ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ	57
§3.1. Ошқозон ичак трактининг декомпрессияси ва энтерал терапия.....	60
§3.2. Қорин девори пластик жарроҳлиги учун синтетик имплантлар.....	61
§3.3. Қисилган чов чурра учун жарроҳлик аралашув техникаси	62
§3.4. Қисилган киндик ва операциядан кейинги вентрал чурра учун жарроҳлик техникаси	64
IV БОБ. ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН МУРАККАБЛАШГАН ҚИСИЛГАН ЧУРРАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	70
§4.1. Жарроҳлик аралашувининг давомийлиги	70
§4.2. Қорин бўшлиғи босимининг динамикаси ва операциядан кейинги даврда нурли текширувлари натижалари.....	71
§4.3. Операциядан кейинги эрта асоратларнинг учраш тезлиги ва табиати.....	75
§4.4. Беморларни касалхонага ётқизиш муддатини қиёсий баҳолаш	81
§4.5. Операциядан кейинги ўлим	82
§4.6. Мураккаб чурраси бўлган беморларни даволашнинг узоқ муддатли натижалари	82
ХОТИМА.....	84
ХУЛОСА.....	102
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	103

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

АКС - абдоминал компартмент-синдроми

ҚБГ-қорин бұшлиғи гипертензияси

ҚББ-қорин бұшлиғи босими

ОИТ-ошқозон-ичак тракти

ЛИИ-лейкоцитлар интоксикацияси индекси

НЕЗ-назоентерал зонд

НЕИ-назоентерал интубация

ОКВЧ-операциядан кейинги вентрал чурра

РФП-радиофармпрепарат

СИ-синтетик имплант

ИЕС-ичак етишмовчилиги синдроми

МҚҚ-миянинг қаттиқ қатлами

УТТ-ультратовуш текшируви

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

КИРИШ

Бугунги кунда кўп сонли тадқиқотлар ва нашрларда бағишланган шошилиш жарроҳлик бўлимларида қорин олд деворининг қисилган чурраларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси ётади. Қисилган чурра "чурра касалликлари" нинг 10-17 фоизида касалликнинг кечишини мураккаблаштиради ва қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликлари таркибида ўткир аппендицитдан кейин иккинчи ўринда туради. Шу билан бирга, уларда ўлим ҳолатлари ўткир аппендицитга қараганда 15-16 баравар юқори¹. Мамлакатнинг етакчи илмий-тадқиқот ва тиббиёт муассасалари статистикаси шуни кўрсатадики, эришилган ютуқларга қарамай, қорин девори қисилган чурраси бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини қониқарли деб ҳисоблаб бўлмайди. Операциядан кейинги асоратлар 50% га ётади, ўлим даражаси 2-4% ни ташкил қилади, бу странгуляция туфайли ривожланадиган ичак тутилиши ва ичак қовузлоқларининг қисилиши (70% дан ортиқ), шунингдек кекса ва қари ёшдаги беморлар қарийб 40% ни ташкил этиши билан боғлиқ. Қониқарсиз даволаниш натижаларининг асосий сабаблари пластик жарроҳлик усулини нотўғри танлаш, қорин девори тўқималарининг сезиларли таранглашиши, қорин бўшлиғи ҳажмининг пасайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12 фоизида абдоминал компартмент-синдромининг ривожланиши².

Дунё миқёсида қисилган чурраларни бартараф қилишда энг оддий жарроҳлик усули, чурра дарвозасини маҳаллий тўқималар билан ёпиш

¹ World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. www.who.int/iris/handle/10589/1111189.

² European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions [Text] / F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. – 2015. – Vol. 19. – P. 1–24.

устунлик қилади, бу эса операциядан кейинги эрта даврда ҳам, узоқ муддатли даврда ҳам нохуш натижаларга, яъни кўп сонли рецидивларга олиб келади. Ичак тутилиши билан мураккаблашган операциядан кейинги катта ва гигант ўлчамдаги вентрал чурралари бўлган беморларда, қорин бўшлиғига чурра таркибини бир вақтнинг ўзида киритиш каби жарроҳлик аралашуви катта хавф туғдирадиган алоҳида муаммо ҳисобланади, чунки ушбу жарроҳлик йўли, доимий ичак парезига олиб келиши мумкин, бу эса қорин бўшлиғида босим ошиши ва кейинчалик юрак ва нафас етишмовчилигининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Мамлакатимизда аҳолига юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатиш, эрта ташхис қўйиш ва асоратларнинг олдини олиш борасида кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»³. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Мавжуд адабиётларда чов, киндик чурраси ва ОКВЧ учун қорин девори пластик жарроҳлиги учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, операциянинг бажариш усули ва техникаси, у ёки бу синтетик материалдан фойдаланишнинг мақсадга мувофиқлиги етарлича батафсил ишлаб чиқилган. Кўпгина ҳолларда беморларни режалаштирилган жарроҳлик даволашнинг нафақат яқин, балки узоқ муддатли натижалари ҳам аниқланди. Бироқ, шошилиш жарроҳликда таранглашмайдиган герниопластикадан фойдаланиш масаласи долзарб бўлиб қолмоқда. Қониқарсиз даволаниш натижаларининг асосий сабаблари пластик жарроҳлик усулини нотўғри танлаш, қорин девори тўқималарининг сезиларли таранглашиши, қорин бўшлиғи ҳажмининг пасайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12 фоизда абдоминал компартмент-синдромининг ривожланиши. Ҳозиргача операциядан олдинги, интраоператив ва операциядан кейинги беморни олиб бориш тактикасининг ўзига хос хусусиятлари; мураккаб Қисилган чурранинг катталигига, локализациясига қараб пластик жарроҳлик усулини танлаш; катта ва гигант ўлчамдаги операциядан кейинги вентрал Қисилган чурралар, қорин олд девори тўқималарининг анатомик етишмовчилиги ва ичак тутилиши шароитида, абдоминал компартмент-синдроми ривожланишининг олдини олишда герниопластикани қўллаш каби масалалар етарлича ёритилмаган.

I БОБ. ҚИСИЛГАН ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ (адабиётлар шарҳи)

1.1 Қорин олд деворининг қисилган чурраларини даволаш муаммосининг ҳолати

Кўп сонли тадқиқотлар ва нашрлар бағишланган шошилиш жарроҳлик бўлимларидан бири қорин олд деворининг қисилган чурраларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммосидир [5, 12, 27, 58, 122, 127]. Чурра қисилиши энг тез-тез учрайдиган ва хавфли асорат бўлиб, чурра қопининг бўйнидаги таркибнинг тўсатдан қисилиши ва зарарланган органлар ва тўқималарда ишемик ўзгаришларнинг ривожланиши натижасида юзага келади. Қисилган чурра "чурра касалликлари" нинг 10-17 фоизида касалликнинг кечишини мураккаблаштиради ва қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликлари таркибида ўткир аппендицитдан кейин иккинчи ўринда туради. Шу билан бирга, уларда ўлим ҳолатлари ўткир аппендицитга қараганда 15-16 баравар юқори [33, 45, 51].

Мамлакатнинг етакчи илмий-тадқиқот ва тиббиёт муассасалари статистикаси шуни кўрсатадики, эришилган ютуқларга қарамай, қорин девори Қисилган чурраси қисилган беморларда жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини қониқарли деб ҳисоблаб бўлмайди [46, 47, 48]. Операциядан кейинги асоратлар 50% га етади [84, 105], ўлим даражаси 2-4% ни ташкил қилади, бу странгуляция туфайли ривожланадиган ичак тутилиши ва ичак тугунларининг қисилиши (70% дан ортиқ), шунингдек кекса ва қари ёшдаги беморлар қарийб 40% ни ташкил этиши билан боғлиқ [9, 45]. Агар ёш ва ўрта ёшдаги беморларда ўлим даражаси 2,8-3% [33] бўлса, 60-70 ёшда бу

кўрсаткич 5,6-7,4% га етади ва 70 ёшдан ошган ёшда 15-18% [49]. Қисилган чурра билан оғриган беморларнинг учдан биридан кўпроғи касаллик бошланганидан кейин 24 соатдан кейин касалхонага ётқизилади, бу ҳам умумий ва операциядан кейинги ўлим даражасига таъсир кўрсатади [9, 51, 86].

Ҳозиргача қисилган чурраларни йўқ қилишда энг оддий жарроҳлик усули, чурра дарвозасини маҳаллий тўқималар билан ёпиш устунлик қилади, бу эса операциядан кейинги эрта даврда ҳам, узоқ муддатли даврда ҳам нохуш натижаларга олиб келади, яъни кўп сонли рецидивларга [94, 104, 17, 71].

Тиббиёт муассасалари маълумотларига кўра, операциядан кейин вафот этган беморларнинг 56,7% қисилаган киндик ва операциядан кейинги чурраси бор бўлган беморлардир. Даволашнинг 60 фоизида қониқарсиз натижаларнинг асосий сабаблари тиббий ёрдам кўрсатишдаги хатолар (диагностика алгоритмига риоя қилмаслик, ингичка ичак интубациясини рад этиш, резекция чегараларини нотўғри аниқлаш, анъанавий пластик жарроҳлик усулларида фойдаланиш, улардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган тақдирда), бу операциядан кейинги даврда асоратларга олиб келди. [82].

§1.2. Қисилган чурралар таснифи

Ермолов А. С. (2009) клиник курснинг хусусиятлари нуқтаи назаридан қисилган чурралар таснифини тизимлаштирди:

1. Келиб чиқиши бўйича: бирламчи, травматик, операциядан кейинги странгуляцияланган чурралар.
2. Жойлашиши бўйича қуйидаги қисилган чурраларни ажратиш керак: чов, сон, оқ қорин чизиги, киндик ва ноёб шакллар (спигелиал чизиқ, ички чурралар). Операциядан кейинги: ўрта (юқори, ўрта ёки

ўрта пастки); ён (юқори ўнг ва чап томонли, пастки ўнг ва чап томонли).

3. Клиник кечиши бўйича:

а) қисилишнинг табиати: эластик, нажасли, париетал, ретроград;

б) асоратларнинг мавжудлиги: асоратланган ва асоратланмаган қисилган чурра.

Қисилган чурранинг асоратланмаган кечишда чуррани бартараф этишдан тақари, қўшимча аралашувлар талаб қилинмайдиган ҳолат тушунилади. Асоратланган кечишида эса чуррани бартараф этишдан ташқари қўшимча аралашувлар талаб қилинадиган ҳолат тушунилади;

с) асоратнинг табиати: ўтқир ичак тутилиши; зарарланган органнинг некрози; чурра қопининг флегмонаси; перитонит; ичак оқмалари;

д) тўғирланган қисилган чурра.

§1.3. Ўтқир ичак етишмовчилик синдроми ва қисилган чурра билан интраперитонеал гипертензия

Маълумки, қисилган органдаги морфологик ва функционал ўзгаришлар чурра дарвозасидаги қисилиш даражасига, қисилиш вақтига ва қисилган органнинг ўзига боғлиқ. Кўпинча ингичка ичак қисилади, қисилган жойида висцерал қорин парда томонидан странгуляцион жўяк аниқ кўринади. Чурра қопида ичакнинг қисилиши странгуляцион ичак тутилишининг одатий намунасидир. Ичак тутилиши билан оғриган беморларнинг 8% дан 25% гача беморларида қисилган чурра мавжуд. [5, 77, 83, 104, 114, 134, 158].

Ичакнинг етакчи қисми ундаги ичак таркибининг турғунлиги туфайли сезиларли даражада кенгаяди, шу билан бирга ичак томирларида турғунлик учун шароит яратилади ва қон томир деворларининг ўтказувчанлиги ошади. Ичак деворининг қалинлигига плазманинг оқиши, капиллярларда шаклланган қон элементларининг тўпланиши ва микроциркуляциянинг бузилиши мавжуд. Ичакдаги қон таъминоти бузилганлиги сабабли, ичак

тракти патоген микрофлоранинг ривожланиши ва интоксикацияга олиб келадиган токсик маҳсулотларнинг чиқиши билан некротик ўзгаришларга учрайди [18]. Қон плазмасининг трансудацияси нафақат ичак бўшлиғига, балки чурра копига ҳам киради, "чурра суви" ҳосил бўлади. Аввалига у шаффоф, лекин қон томир тўшагидан ташқарида қизил қон таначалари чиқиши ва уларнинг гемолизи туфайли аста-секин қизил рангга эга бўлади, вақт ўтиши билан чурра суви инфекцияланади, хира бўлади ва ундан нажас ҳиди келади. Метаболик, функционал ва таркибий зараланиш маҳаллий ўзгаришларнинг патогенезини тўлдиради, уларнинг биринчи бўғинлари қон оқимининг пасайиши ва микрофлоранинг ўсиши ҳисобланади. Ичак қовузлоқларида микросиркуляция бузилишларининг ривожланиши, тўқималарнинг гипоксияси ва метаболик ацидоз липидларни пероксидланиш жараёнларини кучайтиради. Бу, ўз навбатида, хужайраларнинг мембрана тузилмаларига зарарли таъсир кўрсатади ва кучли деструктив хусусиятга эга бўлган лизосомал ферментларнинг чиқарилишига сабаб бўлади [18, 50, 104].

Патологик жараённинг бориши, гомеостазда аниқ ўзгаришлар, микросиркуляция ва метаболизмнинг маҳаллий ва умумий бузилишлари ривожланганда, метаболик (эндоген) ва микробиал (экзоген) омиллар туфайли муқаррар равишда интоксикацияга олиб келади. Шу пайтдан бошлаб интоксикация ичак етишмовчилиги синдромининг етакчи патогенетик бўғинига айланади [38, 71]. Ичак дисбиёзининг ривожланиши энтерокиназа ферментларининг парчаланиши ва реабсорбциясини, ишқорий фосфатазани, ичакда В12 витаминининг сўрилишининг сустлашишига ва бошқа патологик ўзгаришларга олиб келади: унинг витамин ҳосил қилувчи, ферментатив, детоксикация функциялари бузилади, бу касалликнинг кечиши ва натижасига салбий таъсир қилади. Ошқозон-ичак тракти бўшлиғидаги ортиқча микробиал флора ичак тутилиши билан келган қисилган чуррада эндоген интоксикациянинг асосий манбаи ҳисобланади, шу жумладан ингичка ичак эпителиясининг шикастланиши туфайли, чунки баъзи

микроорганизмларнинг метаболитлари цитотоксик таъсирга эга. Ворсларнинг баландлигининг пасайиши, криптларнинг чуқурлашиши ва электрон микроскоп остида кўрганда микроворсчаларнинг, митохондрия ва эндоплазматик тўрнинг дегенерациясини кўриш мумкин [31].

Сув-электролитлар мувозанати, оксил ва углевод алмашинувининг бузилиши, кислота-ишқор ҳолатининг ўзгариши, марказий асаб тизимининг регуляция функциясининг бузилиши ва гипофиз-буйрак усти комплексининг етишмовчилиги беморнинг танасида қайтарилмас жараёнлар ва ўзгаришларга олиб келиши билан бир қаторда, оғир эндоген интоксикациянинг ривожланишида муҳим аҳамиятга эга. Вафот этган беморларнинг аксарияти, ичак тутилиши операцияларидан сўнг, прогрессив эндоген интоксикация ва тизимли полиорганик касалликларининг ривожланиши туфайли вафот этади [38, 39, 52, 57].

Шу муносабат билан В. И. Стручков ва бошқаларнинг тезисида (1978) қисилган чуррани даволашда, странгуляцион ичак тутилишига касалликнинг ўзига хос намоён бўлиши сифатида ва ушбу қоидадан келиб чиқадиган барча вазифалар билан тегишли ёндашилган ҳолларда энг самарали эканлиги кўринади.

Ичак тутилиши билан мураккаблашган операциядан кейинги катта ва улкан ўлчамдаги вентрал чурралари бўлган беморларда, қорин бўшлиғига чурра таркибини бир вақтнинг ўзида киритиш каби жарроҳлик аралашуви катта хавф туғдирадиган алоҳида муаммо ҳисобланади, чунки ушбу жарроҳлик йўли, доимий ичак парезига олиб келиши мумкин, бу эса қорин бўшлиғида босим ошиши ва кейинчалик юрак ва нафас етишмовчилигининг ривожланишига олиб келиши мумкин [1, 100, 173, 188]. Худди шундай ҳолат 1984 йилда Крон И.Л. ҚБГ натижасида ривожланаётган полиорганик етишмовчилигини «Абдоминал сомпармент сйndrome» деб аташни таклиф қилди [17].

Қорин бўшлиғи гипертензияси даражасини таснифлаш дастлаб Бурч ва бошқ. [17] томонидан таклиф этилган, 2006 йилда эса (World Society of Abdominal Compartment Syndrome (WCACC)) тавсиясига биноан ҚБГнинг янги градацияси қабул қилинди: I даража 12-15 мм симоб устуни, II даража 16-20 мм симоб устуни, III даража 21-25 мм симоб устуни, IV даража > 25 мм симоб устуни ва АКСни ҚБГнинг 20 мм симоб устунидан юқори бўлган ва орган уетишмовчилиги пайдо бўлган тури деб ҳисоблаш.

Интраабдоминал гипертензия даражаси қорин бўшлиғи органларидаги шикастланишининг оғирлиги ва ўлим даражаси билан бевосита боғлиқдир. Қорин бўшлиғи босимининг 1-2 кун давомида 10 мм.сим.уст дан ошиши кузатувларнинг 3-7% да ўлимга олиб келади, ва бу қийматнинг 6-7 соат ичида 35 мм.сим.уст гача ошиши 100% ҳолларда салбий оқибатларга олиб келади [119, 126, 173].

Диебел Л.Н. (1997) экспериментал тадқиқотларда ҚББ 60 дақиқа давомида 25 мм.сим.уст бўлса бу ҳолат ичак тўсиғи функциясининг бузилишига, бактериал транслокация асосан мезентерик лимфа тугунларида бўлишига ва мезентерик қон оқими бошланғич даражасига нисбатан 63% гача пасайишига олиб келади, кейинчалик сепсис ва полиорганик етишмовчилик ривожланиши билан бирга [117].

Kingsnortx A.N (2000) қорин девори пластик жарроҳлигини моделлаштириш ва амалга оширишда ҚББнинг 15-20 мм.сим.уст гача ўсишини чегара деб ҳисоблади, чунки бунда юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларидан келиб чиқадиган бузилишлар осонгина қопланиши мумкин. [135]. Гафаров У. О. (2010) [13] ҚББ II даража нуқтасида сақланиб қолган тақдирда (16-20 мм.сим.уст), "таранглашмайдиган" герниопластикани бажариш масаласини ҳал қилишни тавсия қилади.

Ошап И. (1975), ҳайвонлар тажрибасида, ичак тутилиши билан ичак ичидаги босимнинг 20 дан 100 мм гача ошиши фонида, қон томир қон оқими пасайишини, капилляр филтрация пасайишини ва қон оқимининг 70% гача

редукцияси содир бўлишини аниқлади. Қорин бўшлиғини умуртқа поғонаси, диафрагма, тос суяклари, қовурғалар ва қорин девори билан чегараланган ёпик бўшлиқ деб ҳисоблаш мумкин. Ёпик бўшлиқдаги босим тенг тақсимланганлигини кўрсатадиган физик қонунлар шуни кўрсатадики- унинг қиймати интралуминал босим қийматига тенг бўлгунча ичакни ташқаридан сиқади. Ичак девори ташқи томондан ҚББ ва ичкаридан интралуминал босим ўртасида қисилади, бу кичик томирларда микроциркуляция бузилиши ва тромб ҳосил бўлишига, ичак деворининг ишемиясига, унинг хужайра ичидаги ацидоз ривожланиши билан бирга келадиган шиш ҳосил бўлишига олиб келади, бу эса ўз навбатида суюқликнинг трансудацияси ва экссудациясига олиб келади ва ҚББни кучайтириб, аёвсиз доира ҳосил қилади [154].

Шундан келиб чиққан ҳолда, ҚББ ва ичак етишмовчилик синдроми ўртасидаги боғлиқлик умумий патологик жараёнларга эга бўлиб, улар ўзаро оғирлаштирувчи ўзгаришларнинг шафқатиз доирасини шакллантиришга олиб келади, бунда ҚББ этиологиясидан қатъи назар, асосий чора-тадбирлар қорин бўшлиғи гипертензиясини профилактикасига қаратилган бўлиши керак.

1.4. Герниологияда синтетик имплантлар

Умуман олганда, қорин девори чурраларини даволашда протезлардан фойдаланишнинг 100 йиллик тарихи давомида турли хил материаллардан фойдаланишга уринишлар қилинган: металл протезлар - кумуш иплар, тантал тўр, зангламайдиган пўлат, металл бўлмаган синтетик протезлар-фортисан мато, поливинил шимгич, силастик, нейлон, тефлон, углерод толаси, полиэстер тўр, бўғадиган политетрафлюороэтилен, дексон ва полигладтин, каучук. Ушбу материалларнинг аксарияти гидролиз ва биодеградацияга учраган, осонликча инфекцияланган ва рад этиш реакцияларига сабаб бўлган, механик кучга, мослашувчанликка ва шакл барқарорлигига эга бўлмаган. Улардан баъзилари ҳеч қачон клиник амалиётда ишлатилмаган [56, 103].

Узоқ вақт давомида чурраларни даволашда имплантлардан фойдаланишга бўлган муносабат чекланган бўлиб қолди, бу биологик инерт, сўрилмайдиган, механик бардошли синтетик материалнинг етишмаслиги билан боғлиқ, буларнинг барчаси имплантация қилинадиган материаллар учун маълум талабларни шакллантиришни талаб қилди.

1950 йилда, Cumberland V. X. ва Scales V.T. [115] мукаммал материал учун 8 та мезонни шакллантиришди:

1. Тўқима суюқлиги билан жисмонан юмшатишмаслиги керак
2. Кимёвий инерт бўлиши керак
3. Яллиғланишга ёки рад этилишга олиб келмаслиги керак
4. Канцероген хусусиятларга эга бўлмаслиги керак
5. Аллергия ёки сезгирликка олиб келмаслиги керак
6. Механик кучга эга бўлиши керак
7. Фабрикада ишлаб чиқариш учун мос бўлиши керак
8. Стерилизация учун мос бўлиши керак

Кейинчалик уларга қуйидаги талаблар қўшилди:

9. Тешикларнинг катталиги бириктирувчи тўқима униб чиқиши учун етарли бўлиши керак

10. Эксплантат фибробласт ўсишига ёрдам бериши ва унинг яхлитлигини сақлаб қолиш учун етарлича мослашувчан бўлиши керак.

Ф.Ушер (1958) герниологияда ўз даври учун революцион синтетик материал - полипропилендан (Marlex), муваффақиятли фойдаланган, бу қорин олд девори чурраларини даволашнинг таранглашмайдиган усулларини ишлаб чиқишга янги туртки берди [185].

Ф.Ушер томонидан ўтказилган дастлабки тадқиқотлар полипропилен эксплантатлари талабларга жавоб беришини кўрсатди. Полипропилен тўрларни қўллаш бўйича катта тажриба ва чов чурраларни жарроҳлик даволашда клиник кузатувлар давомийлиги уларнинг аллерген бўлмаган,

ўсмага олиб келмайдиган, мустаҳкамлиги ва эластиклиги, инфекцияга юқори чидамлилиги ва жуда яхши имплантацияси каби фазилатларини тасдиқлайди [20, 102, 156, 177, 180, 186].

1967 йилда Вена шаҳрида трансплантологлар томонидан қабул қилинган халқаро таснифга кўра трансплантатлар келиб чиқишига қараб қуйидагиларга бўлинади:

- 1) аутологик (бир хил организм ичида олинган - аутотери, аутофасция);
- 2) аллогеник (реципиент танаси билан бир хил турдаги танадан олинган – консервация қилинган инсон тўқималари);
- 3) ксеноген (бошқа турдаги танадан олинган - консервация қилинган ҳайвон тўқималари);
- 4) имплантатлар (биологик бўлмаган материаллар)
- 5) комбинирланган трансплантация (биологик, кўпинча аутологик тўқималарнинг биологик бўлмаган материаллар билан комбинацияси).

Бугунги кунда жарроҳликда ишлатиладиган синтетик материаллар ўртасидаги фарқлар тўғрисидаги маълумотларни тизимлаштириш учун 1997 йилда Амид П.К. синтетик материалнинг тузилиш турига қараб таснифни ишлаб чиқди ва таклиф қилди:

I тоифа - бутунлай микротешикли протезлар, тешик диаметри-75 микрон (Marlex, Bard, АҚSx, Surgipro Mesx SPMМ, AutoSuture, АҚSx; Prolene, Etxicon, АҚSx, GyneMesx soft, Etxicon, АҚSx). Тўр хужайра ўлчами макрофаглар, фибробластларнинг кириб бориши, қон томирлари ва коллаген толаларининг ўсиши учун оптимал. Монофиламентли ипдан фойдаланиш протезнинг емирилиш хусусиятларини ва шунга мос равишда юқумли асоратлар хавфини сезиларли даражада камайтиради.

II тоифа- бутунлай микротешикли протезлар, микропорлар 10 ц дан кам. (Gore Tex, e-PTFE). Бундай протез макрофаг ва фибробластларни ҳам, бактерияларни ҳам ўтказмайди, бу ўнинг коллагенининг шаклланишини секинлаштиради ва юқумли асоратларни ривожланиш хавфини оширади.

III тоифа- мультифиламентли ёки микротешикли компонентларга эга бўлган макротешикли протезлар (Mersilene, Micromesx, Parietex, Surgipro Mesx SPM, Teflon). Бундай протезларнинг асосий камчиликлари материалнинг юқори фитильлик қобилятидир, бу асосан операциядан кейинги чурраларни даволашда юқумли асоратларни ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширади.

IV тоифа - субмикроскопик ўлчамдаги тешикларга эга бўлган биоматериаллар Silastic, Cellgard, Preclude Pericardial membrane, Preclude Dura Substitute (полипропилен мато, шунингдек, миянинг қаттиқ қобиғидан тайёрланган пластинка).

Қорин олд деворининг чурраларини жарроҳлик даволашда синтетик имплантларнинг дастлабки 2 тури энг кенг тарқалган. Бироқ, имплантларнинг жуда кўплигига қарамай, янгиларини яратиш ва такомиллаштириш бугунги кунгача давом этмоқда. Келажакдаги биоматериаллар мукуммал протезнинг учта талабига жавоб бериши керак: 1. улар инфекцияга чидамли бўлиши керак; 2. улар ички органлар билан ёпишқоқлик пайдо бўлишининг олдини олишлари керак; 3. улар инсон танасида ўз тўқималари каби ўзини тутишлари керак: яхши маҳкамланган ва бардошли бўлиши, узок муддатли тарангликка бардош бериши керак, кўплаб замонавий протезлар каби чуқур чандиқлар қолдирмаслиги ва инкапсуляция ҳосил қилмаслиги керак.

Тўрларнинг кимёвий ва физик хусусиятларини ҳисобга оладиган таснифларга қўшимча равишда, тўрларни оғирлиги ва тешик ҳажми бўйича таснифлаш таклиф этилади [20]. м² учун полипропилен миқдори бўйича тўр турлари: жуда оғир (100 г/м² ва ундан кўп), оғир (70 - 100 г/м²), енгил (25 - 50 г/м²), жуда енгил (> 10 г/ м²). Тешиклар ҳажмига қараб: < 100 мк; 100 - 200 мк; 500 - 600 мк; 1000 - 3000 мк. Шунини таъкидлаш керакки, бу икки бўлим бир-бирига тўғри келади. Тўрнинг "тешиклари" қанчалик катта бўлса, тўқималарда шунча камроқ синтетик материал қолади.

Ишлаб чиқарувчилар томонидан сертификатланган синтетик материалларнинг кимёвий ва биологик инертлигига қарамай, уларга тўқима реакцияси мавжуд бўлиб, бу қорин девори пластик жарроҳлик усулини ва уларнинг турига ва тузилишига қараб синтетик протезлардан фойдаланиш кўрсаткичларини танлашда янада эҳтиёткорлик ва аниқроқ ёндашувни талаб қилади. [8, 56, 77].

Узоқ муддатли клиник кузатувлар, шунингдек, йирик ва гигант, айниқса операциядан кейинги такрорий чурраларни даволаш натижаларидан қониқмаслик янги ечимларни излашга ундади [12, 16, 73, 87]. Ксеноген ва аллогеник материаллардан фойдаланган ҳолда чурра нуқсонларини ёпишнинг турли усуллари экспериментал ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этиш асосий тенденция бўлди. Тўқималарда ривожланаётган биологик протезнинг тез ангиогенези туфайли биологик имплантларнинг бактериал инфекцияга чидамлилиги ишончли тарзда кўрсатилди [13,33,75]. Тўқималарда ривожланаётган ангиогенезнинг тезлиги сабабли биологик имплантларнинг бактериал инфекцияга чидамлилиги ишончли тарзда кўрсатилди [13,33,75].

1.5. Қорин олд деворининг қисилган чурраларини жарроҳлик йўли билан даволашда замонавий ёндашувлар.

Ҳозирги вақтда қисилган чурра учун қатъий терапевтик ва тактик ёндашув қабул қилинган бўлиб, у қуйидагилардан иборат: қисилган чурра шикастланиш вақти, тури ва локализациясидан қатъи назар, у дарҳол жарроҳлик йўли билан даволанади [72, 30,31,32,76].

Қисилган чурра учун шошилиш жарроҳлик режалаштирилган чурра жарроҳлигидан бир қатор туб фарқларга эга. Жарроҳнинг ҳаракатлари кетма-кетлиги қатъий тартибга солинади ва қуйидаги тартибда бажарилиши керак:

1. Кесма тўғридан-тўғри чурра чиқган жой устида амалга оширилади.
2. Герниал қоп изоляция қилинади ва очилади ва қисилган фиксацияланади.

3. Қисаётган ҳалқани кесиш.

4. Қисилган органнинг яшаш қобилятинпи баҳолаш.

Ичак тугунининг қисилиши тақдирида, унинг яшаш қобилятига ишонч ҳосил қилиш керак, бунинг фойдасига: странгуляция жўяги ва қора доғлар йўқлиги, деворнинг нормал пушти рангини тикланиши, тутқичнинг магистрал ва ён томирларининг яхши пулсацияси, перисталтиканинг мавжудлиги. Бундай ичак яшаш қобилятига эга деб эътироф қилинади ва қорин бўшлиғига жойлаштирилади [17, 18, 85]. Энг кичик шубҳа мавжуд бўлса ҳам, ичакни резекция қилиш керак. Ичакнинг яшаш қобилятига эга эмаслиги ҳақида қуйидагилар гапирди: унинг қорайган ранги, оч рангли сероз қобиғи, қалинлашган девори, ичак перисталтикаси ва тутқич томирларининг пулсацияси йўқлиги. Қисилган тутқичга алоҳида эътибор берилади, ўткир яллиғланишли шиши ёки кенг гематома иккиламчи тромбозга, сўнгра ичак некрозига олиб келиши мумкин. Шу муносабат билан, ўткир инфилтрацияланган тутқичда ҳам ичак резекцияси амалга оширилиши керак [24]. Умумий қабул қилинган қоидаларга кўра, ичак қўшувчи ичакнинг камида 30 см ва йўналтирувчи ичакнинг 15-20 см масофасида резекция қилинади. Ҳерниотомия (ингуинал ва феморал чурралар) резекция имкониятларини чеклайдиган ҳолларда медиан киришдан фойдаланиш керак [19]. Умумий қабул қилинган қоидаларга кўра, ичак ичакнинг афферент қисмидан камида 30 см ва эфферент қисмидан 15-20 см масофада резекция қилинади. Герниотомия (чов ва сон чурралари учун) резекция имкониятларини чеклаган ҳолларда, медиал ёндашувдан фойдаланиш керак [19].

Қисилган чуррани даволашда жарроҳлик аралашувнинг вазифаларидан бири чурра тешигини ёпишдир. Бундан ташқари, техник нуқтаи назардан, барча пластик усулларни икки гуруҳга бўлиш мумкин: маҳаллий тўқималардан фойдаланган ҳолда пластик усуллар ва пластик

материаллардан қўшимча фойдаланиш йўли билан пластик усуллар [42, 43, 94, 98, 99].

Жарроҳлик тарихи давомида ўрта ва чов чурраларни даволаш учун жуда кўп усуллар ва жарроҳлик усуллари таклиф қилинган. Ҳозирги вақтда чов чуррани герниопластикасининг 700 га яқин усуллари [20], вентрал чуррани йўқ қилишнинг 200 га яқин усуллари маълум, ҳар йили ўнлаб янги модификациялар таклиф этилади. Мавжуд замонавий адабиётларда қисилган чурралар учун герниопластика усуллари бўйича кўрсатмалар ёки тавсиялар мавжуд эмас.

К. Д. Тоскин ва В. В. Жебровский (1990) томонидан чов канали пластик жарроҳлик усули иложи борида содда бўлиши керак ва шошилиш жарроҳликда герниопластиканинг мураккаб турларидан фойдаланиш чекланган бўлиши керак деган фикр мавжуд [80]. Аммо чов чурраларни анъанавий жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари, герниопластиканинг кўплаб таклиф қилинган усулларига қарамай, касалликнинг юқори қайталаниш даражаси туфайли қониқарсиз ҳисобланади, бу кўрсаткич оддий чурралар учун 10% ва катта ва такрорий чурралар учун 30% ни ташкил қилади. [171]. Маҳаллий тўқималарга ёрдамида пластика қилишнинг энг оддий усулларида бири чов каналнинг олд деворини мустаҳкамлашдир (Жирар, Спасокукоцкий, Кимбаровский). Чов каналнинг орқа деворини мустаҳкамлаш усуллари қисилган чов чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашда ҳам кенг тарқалган (Бассини, Кукуджанов, Постемский). Сўнгги ишлар шуни исботладики, асоратланмаган қисилган чов чурра учун танлов усули синтетик Лихтенштейн имплантати ёрдамида "таранглашмайдиган" герниопластика ҳисобланади [29, 68, 90, 171, 179].

Пластик жарроҳлик усуллари тизимлаштиришга келсак, турли хил ёндашувлар мавжуд. В.В. Жебровский ва Том Эльбашир (2002, 2005) операциядан кейинги чурраларда қўлланиладиган жарроҳлик йўллариининг учта гуруҳини ажратадилар:

1. Аутопластика (фасциал-апоневротик; мушак- апоневротик), асосий усуллардан Напалков (1908), Мартынов (1914), Генрих(1890), Монаков (1959), Сапежко (1890) ва бошқ.усуллари.

2. Эксплантация («таранглашадиган ва таранглашмайдиган» - синтетик ва биологик имплантатларни қўллаш ёрдамида).

3. Комбинирланган пластик. Ушбу пластик жарроҳлик беморнинг ўз тўқималарини (чандик тўқимаси, чурра қоплари, катта чарви) эксплантатлар билан биргаликда уларни ҳар хил турларга қараб жойлаштиришга асосланган.

В.Н. Егиев (2002) қуйидагиларни ажратади:

1. Таранглашадиган пластика усуллари (дупликатурани шакллантиришсиз; дупликатурани шакллантириш билан)

2. Таранглашсиз усуллар: а) апоневрозга тўрли имплантни тикмасдан фиксация қилиш (onlay); б) апоневроз остидаги тўрли имплантни уни тикмасдан фиксация қилиш (инлай); в) апоневроз устига ва остига тўрли имплантни тикмасдан фиксация қилиш (инлай - onlay); д) қўшма имплантни апоневрозни тикмасдан фиксация қилиш.

3. Комбинирланган усуллар: а) апоневрозни унинг остига тўрли имплант қўйиш билан тикиш; б) апоневрозни унинг устига тўрли имплант ўрнатиш билан тикиш; в) тўрли имплант ёрдамида бирлаштирилган кўп қатламли пластика усули; д) тўрли имплант ёрдамида қисман тикиш; э) тўрли имплант ёрдамида қорин деворини реконструкция қилиш.

4. Эндовидеохирургик герниопластика: а) имплантни қорин бўшлиғига жойлаштириш билан; б) имплантнинг преперитонеал жойлашуви билан; в) апоневрозда жойлашган имплант билан. [19].

В.Н. Егиев томонидан таклиф қилинган тасниф биз учун замонавий бўлиб туюлади, аммо бу тасниф ҳам шубҳасиз эмас, чунки у эксплантатлардан ташқари бошқа пластик материалларни ҳисобга олмайди [3, 24].

Клиникамизда [11, 21, 47] пластик жарроҳлик ҳажми ва пластик жарроҳлик технологиясини фарқлаш таклиф этилади. Қорин деворидаги пластик жарроҳлик ҳажми бемор томонидан функционал равишда тоқат қилинадиган аралашув деб тушунилади. Бундай ҳолда, иккита вариант мавжуд: мушак апоневротик қатламларининг тўлиқ мослашиши ва белгиланган диастазни сақлаб қолган ҳолда уларнинг қисман мослашиши. Аралашувнинг биринчи ҳажми реконструкция (тиклаш операцияси), иккинчиси - коррекция (қисман тузатувчи, коррекция қилувчи операция) деб аталади. Технология ёки усул деганда биз пластик жарроҳлик техникасини (чурра тешигини ёпиш усуллари) тушунамиз. Бундай ҳолда, турли хил пластик материаллардан фойдаланиш мумкин.

Маҳаллий тўқималар билан пластик жарроҳлик усуллари қорин бўшлиғи ҳажмини камайтириш усуллари сифатида қаралади, улар маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг кўплаб нашрларида батафсил тавсифланган [10, 37, 44].

Чуррани анъанавий жарроҳлик йўли билан тузатиш усулларида фойдаланганда касалликнинг қайталаниши 10-35% ҳолларда кузатилади [5, 63, 153]. Аҳолининг герниопластиканинг стандарт турларидан сўнг қайталанишининг юқори учраш тезлиги тўғрисида хабардорлиги чурраси бўлган кўплаб беморларни операциядан бош тортишга мажбур қилади ва бу қисилган чурра бўйича операция қилинган беморлар сонининг кўпайишига олиб келади. Қисилган чурралар бўйича ўтказилган операциялардан сўнг қайталаниш даражаси режалаштирилган чурра операцияларидан кейин ҳам юқоридир [32, 54, 77].

Бу қорин олд деворининг пластик жарроҳлиги ичак тутилиши ва эҳтимолий перитонит ҳодисалари туфайли қорин бўшлиғи босимининг ошиши шароитида амалга оширилиши билан изоҳланади. Бу ҳолатлар вентрал чурраларни даволашда катта муаммо туғдиради. Буни ҳал қилиш

фақат чуррани тузатишнинг тубдан янги турларини кенг жорий этиш билан мумкин [47,51,59].

Деярли рад этиш реакцияларига олиб келмайдиган синтетик материаллардан фойдаланган ҳолда жарроҳлик аралашув турлари кенг тарқалди [29,68], қорин олд деворининг катта чурра нуқсонларини ёпишга имкон берадиган имплантлар ишлаб чиқилди [88, 156]. Сўнгги йилларда чурра операцияларининг травматик хусусиятини камайтириш, касалхонада қолиш муддатини, шунингдек, ижтимоий ва меҳнат реабилитациясининг давомийлигини қисқартириш учун лапароскопик герниопластика усуллари ишлаб чиқилди, бу эса чурра нуқсонларини катта кесмаларсиз пластик жарроҳлигини ўтказишга имкон беради [122, 139, 140, 179].

Жарроҳлик тактикаси нуқтаи назаридан асосий масала имплантнинг жойлашиши ва фиксация қилиш усули ҳисобланади. Хусусан, принципиал ёндашув мавзуси муҳокама қилинади - қорин деворининг қайси қатламлари ва синтетик имплантни қандай мустаҳкамлаш кераклиги, уни қайси бўшлиқларга жойлаштириш кераклиги ҳақида. [21].

Хорижий адабиётларда имплантацион герниопластикасининг 4 тури мавжуд («onlay», «inlay», «sublay», «intraabdominal»), таснифлаш принципи сифатида тўрнинг апоневротик тузилмаларга нисбатан позициясидан фойдаланади:

1. Интраабдоминал ҳолат [48], унда синтетик имплант қорин бўшлиғида жойлашган. Полипропилен тўрни ингичка ичак ҳалқаларидан ажратиш учун катта чарви ишлатилади. Видеолапароскопик пластик жарроҳликда, адгезив қопламали композит тўрлар (Sepramesh, Composite, Seprafilm, Proceed) кенг қўлланилади, улар қорин бўшлиғига қўшимча перитонизациясиз жойлаштирилиши мумкин, операциядан кейинги эрта ва узок муддатли даврда ичак оқмалари, ёпишқоқ ичак тутилишининг олдини олиш учун. [112, 186]. Бунга имплантнинг висцерал юзаси ғовак бўлмаган, тўқима ўтказмайдиган материал билан ифодаланганлиги сабабли эришилади, бунда

аниқ яллиғланиш реакцияси келиб чиқмайди ва у бириктирувчи тўқималарнинг шаклланишига ҳисса қўшмайди, аслида, бу тўр ва висцерал қорин парда ўртасидаги тўсиқ ҳисобланади[138]. Усулнинг камчилиги қорин олд деворининг нормал анатомиясининг тикланмаганлиги, ятроген электрожарроҳлик шикастланиши хавфи, касалликнинг қайталаниши 0 дан 17% гача ўзгариб туриши ҳисобланади [71,81,85].

Видеолапароскопик қорин девори пластик жарроҳлик усуллариининг бошқа салбий томонлари-бу қимматбаҳо асбоб-ускуналардан фойдаланиш зарурати, жарроҳнинг махсус тайёргарлиги, шунингдек, шошилиш жарроҳликда мумкин бўлмаган кучли пневмоперитонеум шароитида операция қилиш, беморнинг оғир аҳволи ва мураккаб қисилган чурра [42].

2. Преперитонеал ҳолат, унда имплантат преперитонеал бўшлиқда жойлашган. Қорин олд девори қорин мушаклари ва қорин парда ўртасида жойлашган протез устига қатламлар билан тикилади [77]. Операциядан кейинги вентрал чурраларнинг преперитонеал пластик жарроҳлиги такрорланиш хавфини камайтиради ва яра асоратлари частотасини камайтиришга ёрдам беради [44]. Ушбу гуруҳга Стоппа бўйича пластик жарроҳлик киради. Ушбу усулнинг камчиликлари орасида париетал қорин парданинг апоневроздан техник жиҳатдан қийин, шикастли ва баъзан амалга ошириб бўлмайдиган ажралиши киради, бу эса операция давомийлигини сезиларли даражада оширади [58]. Операциядан кейинги кенг дарвозали катта ва гигант вентрал чурраларда апоневрознинг олдинги қатламини синтетик имплант устига тикиш ҳар доим ҳам мумкин эмас. Бундай ҳолда, имплантни чурра қоплари қатламлари орасига жойлаштириш усулидан фойдаланиш мумкин, бу эса тўрнинг қорин бўшлиғи органлари ва тери ости ёғ қавати билан алоқа қилишига тўсқинлик қилади [6].

3. Субапоневротик ҳолат, бунда имплант қорин олд деворининг мушак-апоневротик қатламлари орасида жойлашган. Ушбу талаблар апоневрознинг олд ва орқа қатламлари орасидаги имплантнинг ретромускуляр ҳолатидан

иборат бўлган Ривес пластик жарроҳлиги томонидан қондирилади [72]. Ривес герниопластикаси операциядан кейинги катта ва такрорий вентрал чурраларини даволашнинг адекват усули бўлиб, мукамал натижалар ва минимал асоратлар сони билан ажралиб туради. Бундан ташқари, мушак тўқималарининг қон билан таъминланиши тери ости ёғига қараганда анча яхши бўлади, бу эса яққолроқ яллиғланиш реакциясига олиб келади, бу кейинчалик имплант толалари атрофида зич бириктирувчи тўқималарнинг ўсиши билан алмашинади [10, 18].

4. Апоневроз усти ҳолати, бунда синтетик имплант тери ости ёғ қавати билан бевосита алоқада бўлган олдиндан тикилган чурра дарвозаси устида жойлашган,. Бу гуруҳга, шунингдек, қорин олд деворини бўшаштирувчи кесмалардан сўнг апоневроз дубликатурасини шакллантириш йўли билан кечадиган тўр билан мустаҳкамлаш операциялари ҳам киради [53, 107]. Қорин бўшлиғи деворидаги пластик жарроҳликнинг ушбу варианты билан протезни тўғри жойлаштириш учун ёғ қатламини апоневроздан жуда кенг ажратиш керак. Бу лимфа дренаж йўллари сизиларли даражада шикастлайди, бу ярага сероз ва лимфатик суюқликнинг анча узоқ муддат чиқишига олиб келади ва узоқ муддатли (5 кунгача) фаол дренажни талаб қилади [12,16,82]. Шунингдек, имплант апоневроз устида ўрнатилганда, унинг кам томирланган тўқималар билан алоқаси (тери ости тўқимаси ва апоневроз) протезнинг қорин олд девори қатламларига ишончли интеграциялашувига ёрдам бермайди, бу эса унинг кейинги ажралиши ва субапротезли чурра шаклланишига олиб келиши мумкин. [76, 83].

5. Агар чурра дарвозасини тикишнинг иложи бўлмаса, комбинирланган ҳолат қўлланилади. Ушбу усул очик "таранглашмайдиган" герниопластикани ўз ичига олади, бунда тўрли эндопротез тикилмаган апоневроз нуқсонини қоплайди ва чурра тешигининг периметри бўйлаб маҳкамланади [19]. Ушбу операция усули операциядан кейинги катта ва гигант такрорий чурралар бўлган тақдирда кўрсатилади. Бундан ташқари, йўлдош оғир касалликлар

мавжуд бўлганда, "таранглашмойдиган" пластик жарроҳлик усули энг мақбул кўринади, чунки бунда қорин бўшлиғи босими ўзгармайди ва шу боис гемодинамика ва ўпканинг вентилизацияси ўзгармайди.

Алоҳида гуруҳга қорин олд деворини реконструкция қилишнинг "компонент сепаратив" усулини ўз ичига олиши керак, унинг моҳияти қорин олд деворини ташкил этувчи тўқималарнинг кенг анатомик мобилизацияси, бўшатиш кесмаларини босқичма-босқич қўллашдир. [65]. Кўпгина жарроҳлар эндопротезни апоневроз [78] устида, апоневроз [74] остида ва комбинирланган жойда [168] жойлаштириш билан "компонент сепаратив" усулини қўллаш пайтида қорин олд деворини мустаҳкамлаш учун қўшимча синтетик материаллардан фойдаланадилар.

Бироқ, замонавий революцион ўзгаришлар асосан режалаштирилган чурра операциясига таъсир кўрсатди, шошилиш герниология бу масалада ҳали ҳам орқада. Шошилиш жарроҳликда синтетик имплантлардан фойдаланиш ҳали ҳам танлов усули эмас. Бугунги кунга қадар ушбу турдаги жарроҳлик ёрдамидан фойдаланиш учун ягона кўрсатмалар ишлаб чиқилмаган [31,60]. Қисилган чурралар учун протезли пластик жарроҳлик усуллари кенг жорий этилмаслиги сабаби инфекцияланган ярада синтетик материаллардан фойдаланганда операциядан кейинги яра асоратларини ривожланиш хавфи билан изоҳланади [32].

Синтетик материалнинг киритилиши "бегона жисм" реакциясини келтириб чиқаради, бу эса ўз навбатида яллиғланиш реакциясининг ривожланишига олиб келади, синтетик имплант патоген микроорганизмлар томонидан тўлиши ва юқумли жараённинг боришини сезиларли даражада узайтириши мумкин [66].

Аммо ичак резекциясидан кейин ярада инфекциянинг потенциал мавжудлигини синтетик имплантлардан фойдаланишга қарши кўрсатма деб ҳисоблаш мумкин деган яна бир фикр бор [61]. Ваюп. М ва ҳамкасблари (1996) йўғон ичак резекцияси пайтида гангреноз ичак перфорациясидан

кейинги перитонитда яра инфекциясининг юқори хавфини синтетик имплантлардан фойдаланишга қарши кўрсатма деб ҳисоблашади [62].

Бироқ, сўнги йилларда адабий нашрларда қисилган чурраларни жарроҳлик даволашда синтетик имплантларнинг муваффақиятли қўлланилиши ҳақида хабарлар тобора кўпайиб бормоқда. Шундай қилиб, Vysocki. A. (2002) 27 та қисилган чов чурраси ҳақида хабар беради. Барча ҳолатларда Лихтенштейн усули бўйича пластик жарроҳлик усули ишлатилган. Операциядан кейинги эрта даврда битта серома қайд этилган. 24 ойгача бўлган кузатув даврида чурранинг қайталаниши аниқланмади [184].

Суковатых Б.С. ва бошқалар. (2005) «Линтекс Эсфил» тўр эксплантанти ёрдамида турли жойларда қисилган вентрал чурраларни йўқ қилиш бўйича 51 та мувоффақиятли операцияни маълум қилди. Операциядан кейинги даврда 4 (7,8%) та беморда серома ривожланди, операциядан кейинги яранинг йиринглаши ҳеч кимда кузатилмаган [75].

Ахтамов Ж.А. (2005) қисилган чов чурраларни даволашда Лихтенштейнга бўйича 7 та муваффақиятли герниопластика натижаларини тақдим этди. [48]. Ромашин-Тиманов (2005) операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган 17 нафар беморда турли эксплантатлардан ("onlay"пластика) фойдаланиш тўғрисидаги маълумотларни эълон қилди; операциядан кейинги даврда операциядан кейинги яраларни йиринглаш ҳолатлари кузатилмаган[64].

Швачко С. А. (2008) турли протез ёрдамида таранглашмайдиган пластик жарроҳлик ҳақида маълум қилди, қисса чов чурра билан - 129 та, феморал чурраси билан - 10 (жами 139 (65,9%), қисилган киндик чурраси билан - 44%, 20), операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси бўлган беморлар - 28 (13,3%) [90].

Самсонов А.А. (2009) ҳам, қисилган чурралар бўйича операциялар пайтида аллотрансплантатлардан фойдаланиш, усулнинг юқори самарадорлигини, асоратлар ва ўлимнинг паст фоизини кўрсатади, деб

ҳисоблайди [75]. Гарески Р. (2009) қисилган ва тўғирланмайдиган вентрал чурраси бўлган 44,9% беморда протезлаш билан таранглашмайдиган пластика усулидан фойдаланган [12]. Мартинез-Серрано М.А. (2009) операция қилинган қисилган чурраси бўлган беморларнинг 92,5 фоизида қорин деворини синтетик протезлар билан протезлашдан фойдаланиш ҳақида хабар берди [70].

Қоникарсиз натижаларнинг асосий сабаблари имплантни маҳкамлашда техник ва тактик хатолар борлиги, яранинг йирингли асоратларининг ривожланиши ва операциядан кейинги даврга салбий таъсир кўрсатадиган йўлдош касалликларнинг мавжудлигидир [3, 20, 52, 55].

Операциядан кейинги яра асоратларининг сабабларини билиш, бизга жарроҳлик усулини танлаш ва яра асоратларининг олдини олишга қаратилган беморларни операциядан кейинги даволашни оптималлаштириш билан боғлиқ кўплаб тактик масалаларни муваффақиятли ҳал қилиш имконини беради.

Бир қатор муаллифлар жарроҳлик ярасининг йиринглашига олиб келадиган лигатуралар ва чандикларда "ҳаракциз" инфекциянинг давом этишига алоҳида аҳамият беришади [3, 4, 15]. Чандик тўқималарида топилган микрофлора кўп йиллар давомида вирулент бўлиб қолиши ва унинг фаоллашиши маҳаллий тўқималар билан пластик жарроҳлик пайтида ҳам, қўшимча пластик материаллардан фойдаланганда ҳам яра асоратларини келтириб чиқариши, кейинчалик эса операциядан кейинги вентрал чурралари пайдо бўлиши исботланган.

ОКВЧ бўйича маҳаллий тўқималар ёрдамида қорин деворидаги пластик жарроҳликда яра асоратлари 20,9-49,2% га этади [79, 190]. Уларга йиринглаш, гематомалар, серомалар, давомий лимфорея, яра инфилтрати, лигатур оқмалар, яра қирраларининг некрози ва бошқалар киради.

Яранинг четларининг ҳар қандай ўз-ўзидан ажралиши ёки қорин деворининг чуқур қатламларини санитария қилиш учун уларни мажбурий ажратиш йиринглаш деб ҳисобланиши керак деган фикр мавжуд [14].

Яранинг четларининг ҳар қандай ўз-ўзидан ажралиши ёки қорин деворининг чуқур қатламларини санитария қилиш мақсадида уларни мажбурий ажратиш, йиринглаш деб ҳисобланиши керак деган фикр мавжуд [14].

Келиб чиқиши турли хил бўлган пластик материаллардан фойдаланиш туфайли чуррани пластик жарроҳлик йўли билан даволашда қўшимча яра асоратлари пайдо бўлди [167].

Серома кўринишидаги асорат турли жарроҳлик аралашувлардан сўнг юзага келади. Бу тўқималарнинг қалинлигидаги "бўш" бўшлиқда ёки операциядан кейин бўшлиқда экссудация натижасида суюқлик тўпланиши [72]. Тоза яраларни оддий бирламчи тикишда саркомалар жуда камдан-кам ҳолларда ривожланади, улар синтетик имплантлар ёрдамида қорин девори пластик жарроҳлиги даврида айниқса долзарб бўлиб қолди. Герниологияда операциядан кейинги серома шаклланиши протезда носпецифик яллиғланиш реакциясидир. Операциядан кейинги эрта даврда синтетик имплант ва қўшни тўқималар ўртасида бўшлиқнинг мавжудлиги баъзи ҳолларда пункция ёки дренажни талаб қиладиган катта миқдордаги экссудатнинг тўпланишига олиб келади [90, 95, 97].

Протезнинг жойлашишига, унинг тури ва ҳажмига, ишлатиладиган тикув материалининг бир хиллигига қараб, серомаларнинг учраш тезлиги 17,6 дан 30,3% гача [72, 78] ва хорижий муаллифларнинг фикрига кўра, 50% га этади [105]. Экспериментал ишлар ва тўпланган тажрибага асосланиб, биз идеал биоматериалга хос бўлган хусусиятларнинг кўпини бирлаштирган И тоифадаги полипропилен протезлар герниопластикада самарали деб хулоса қилишимиз мумкин. Буларга нисбий инертлик, инфекцияга чидамлилик,

говаклик, молекуляр ўтказувчанлик, механик мустаҳкамлик, эластиклик ва тўқималар суяқликларига чидамлилик киради [102].

Битишмалар ва ичак оқмаларининг пайдо бўлишининг сабаби операцияни нотўғри бажариш техникаси (имплантнинг қорин бўшлиғи органлари билан тўғридан-тўғри алоқаси ёки имплантнинг бурмалар ва бурмалар ҳосил бўлиши билан маҳкамланиши, иккинчисининг қорин бўшлиғига тушиши) [3, 11, 58, 64, 66]. Имплантларнинг миграцияси қорин олд девори тўқималарида дегенератив-дистрофик ўзгаришлар пайтида, айниқса уларнинг таранглашиши пайдо бўлганда содир бўлади [72].

Қорин олд деворининг пластик жарроҳлик амалиётидан сўнг яра асоратларининг олдини олиш усулларини оптималлаштириш жуда долзарб муаммодир. Шубҳасиз, ҳатто турли хил пластик усуллардан фойдаланган ҳолда муваффақиятли амалга оширилган операция ҳам, оқилона профилактика чораларисиз, операциядан кейинги асоратларнинг ривожланишига тўсқинлик қила олмайди. Яра асоратларининг олдини олишнинг асосий йўналишлари жарроҳликнинг бошқа соҳаларида қўлланиладиганларга ўхшашдир [91].

Бир қатор жарроҳлар қорин бўшлиғи деворидаги операциядан кейин жароҳатни дренажлаш зарурати ва самарадорлигини шубҳа остига қўйишади. Исроиллик жарроҳлар мамлакат бўйлаб тадқиқот ўтказганларида, унда улар турли жойларда жйлашган чурралар бўйича 11 касалхонада операция қилинган 1487 беморда яра инфекциясининг сабабларини ўрганишди [74]. Операциядан кейинги яранинг йиринглаши 68 (4,6%) беморда ривожланган. Яранинг дренажланиши унинг йиринглашига сабаб бўлувчи омиллардан бири бўлиб чиқди.

Ярада инфекция ривожланиш хавфи яра дренажининг фойдали таъсиридан устун туради деган хулосага келди. Т.Ј. Wхite ва бошқалар. (1998) шунингдек, қорин деворини пластик жарроҳлик усулидан қатъи назар, яра дренажидан кейинги асоратларнинг камайиши аниқланмади [97].

Краснов О.А. (2000) баъзи ҳолларда Редон дренажлари операциядан кейинги ярага инфекцияни юктириш учун канал бўлиб хизмат қилади, деб ҳисоблайди. Муаллиф onlay пластик жарроҳликдан сўнг серомаларнинг ултратовуш текшируви остида пункция қилишни афзал кўради [36]. Шу билан бирга, Врижланд В.В. ва бошқалар. (2000) полипропилен протезлар ёрдамида ОКВЧ да қорин олд деворининг пластик жарроҳлик амалиётидан сўнг дренажлаш ва яра инфекцияси даражаси, дренажлаш ва серомаларнинг пайдо бўлиши ўртасидаги боғлиқликни аниқламади [34].

Схеврел J.R. (2001) onlay пластик жарроҳликдан сўнг 2-4 та вакуумли дренаж қолдирилди. Агар 48 соат ичида дренажлар орқали оқинди бўлмаса, дренаж тўхтатилди. Муаллиф ярага дренаж қўйилган беморларда серомалар учраш тезлигини 3% гача пасайишини таъкидлади, 15% дренаж қўйилмаган беморларга қараганда[107].

Martin-Dyus A. ва бошқалар. (2001) ОКВЧ учун қорин олд деворининг sublay пластик жарроҳлигидан сўнг, битта вакуумли дренаж тўғридан-тўғри протез устида, иккинчиси - апоневроз устида қолдирилади. Дренаж 48-72 соатдан кейин олиб ташланади, чунки уларни ярада узоқроқ ушлаб туриш лимфореяни чақиради ва йиринглаш хавфини оширади [49].

Европа чурра жамияти эксперт гуруҳининг консенсусига кўра, қорин деворини пластик жарроҳлигидан сўнг, барча операциялар ярани фаол дренажлаш билан якунланиши керак [108]. Аммо муаммо очиқлигича қолмоқда, операциядан кейинги жароҳатни дренажлаш ва ёпиқ тикув қилишнинг турли усуллари бўйича қиёсий тадқиқотлар мавжуд эмас ва дренажлаш усулининг ярада серома шаклланишига таъсири ҳақида маълумотлар йўқ.

Шундай қилиб, мавжуд адабиётларда чов, киндик чурралари ва ОКВЧ да қорин деворининг пластик жарроҳлиги учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, операцияни ўзи бажариш методологияси ва техникаси, шунингдек, у ёки бу синтетик материаллардан фойдаланишнинг мақсадга

мувофиқлиги етарли даражада батафсил ишлаб чиқилган. Кўпгина кузатувлар беморларни режалаштирилган жарроҳлик йўли билан даволашнинг нафақат яқин, балки узоқ муддатли ижобий натижалари ҳам аниқлади. Бироқ, шошилиш жарроҳликда таранглашмаган герниопластикадан фойдаланиш масаласи долзарблигича қолмоқда. Қониқарсиз даволаш натижаларининг асосий сабаблари пластик жарроҳлик усулини нотўғри танлаш, қорин девори тўқималарида сезиларли таранглик, қорин бўшлиғи ҳажмининг пасайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12 фоизда абдоминал-компаратмент синдроми ривожланиши ҳисобланади. Шу пайтгача асоратланган қисилган чурралари бўлган беморларни операциядан олдинги, интраоператив ва операциядан кейинги даволаш тактикасининг ўзига хос хусусиятлари каби масалалар; мураккаб қисилган чурранинг катталиги ва жойлашишига қараб пластик жарроҳлик усулини танлаш; қорин олд девори тўқималарининг анатомик етишмовчилиги ва ичак тутилиши шароитида катта ва гигант ўлчамдаги операциядан кейинги қисилган вентрал чурралар учун герниопластика, абдоминал-компаратмент синдроми ривожланишининг олдини олиш масалалари етарли даражада ёритилмаган.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Клиник материалнинг хусусиятлари

Иш асосига 2018-2023 йилларда РШТЁИМ Самарқанд филиалига стационар даволанишга ётқизилган, ичак тутилиши ривожланиши билан асоратланган қорин олд деворининг турли жойларида локализацияланган қисилган чурралар бўйича дастлабки танловдан ўтмаган ва жарроҳлик амалиёти ўтказилган 121 нафар беморларнинг проспектив ва ретроспектив тадқиқотлари натижалари қўйилган.

Икки гуруҳга бўлинган беморлар жарроҳлик аралашувининг табиати ва кўламига қараб клиник кузатувдан ўтказилди.

Асосий гуруҳ қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган, ичак тутилиши билан асоратланган, синтетик имплантлар ("таранглашмаган" герниопластика) ёрдамида жарроҳлик муолажасидан ўтган 68 бемордан иборат эди. Ушбу гуруҳга чурранинг жойлашиши турли хил бўлган беморлар кирди:

1. Чов чуррасининг қисилиши билан - 23 (33,8%)
2. Киндик чурраси қисилиши билан - 19 (27,9%)
3. Операциядан кейинги вентрал чурранинг қисилиши билан-26 (38.2%)

Назорат гуруҳи қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган, ичак тутилиши билан асоратланган, анъанавий аутопластика усули ("таранглашган" герниопластика) билан операция қилинган 53 нафар бемордан иборат эди. Ушбу гуруҳ чурранинг локализацияси турли хил бўлган беморлардан иборат эди:

1. Чов чуррасининг қисилиши билан - 15 (28,3%)
2. Киндик чурраси қисилиши билан - 17 (32,1%)
3. Операциядан кейинги вентрал чурранинг қисилиши билан – 21 (39,6%)

Беморларнинг чурра турлари бўйича тақсимланиши 2.1-жадвалда келтирилган. Иккала гуруҳда ҳам сон чурраси ва чурра халтасининг флегмонаси бўлган беморлар тадқиқотга киритилмаган.

Жадвал 2.1

Беморларнинг чурра турлари бўйича тақсимланиши

Чурра тури	Асосий гуруҳ		Назора гуруҳи	
	Абс.	%	Абс.	%
Чов чурраси	23	33,8	15	28,3
Киндик чурраси	19	27,9	17	32,1
ОКВЧ	26	38,2	21	39,6
Жами	68 (100%)		53 (100%)	

Чов чурраси қисилган беморлар (2.2 - жадвал) L.M. Нуҳус (1993) таснифига мувофиқ тақсимланди: I – **тур** кенгаймаган кичик қия чурра. II- **тур** - чов ҳалқаси 2 см гача кенгайган, аммо тўғридан-тўғри бўшлиқни жалб қилмаган кичик қия чурра. III **тур** - чов тубининг заифлашиши. III **а** тоифа тўғридан-тўғри чурра. III **б тур**- тўғридан тўғри бўшлиқни деформацияловчи катта қия чурра:

1. Ички чов ҳалқасига етувчи
2. Чов каналига тушувчи
3. Ташқи чов ҳалқасига етувчи
4. Моякга етувчи.

III б тур – Сон чурраси.

IV тур – Ҳар қандай рецидивланувчи чурра:

1. Рецидивланувчи қия чов чурраси
2. Рецидивланувчи чов чурраси
3. Тўғри, қия чов ва сон чурраларининг комбинирланиши.

Жадвал 2.2**Беморларни чов чурра турлари бўйича тақсимлаш**

Чов чурраси тури	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Абс. (n=23)	%	Абс. (n=15)	%
II тур – қия чурра	10	43,5	6	40,0
III а – тўғри чурра	2	8,7	3	20,0
III б – катта қия чурра	6	26,1	4	26,7
IV – рецидивланувчи чурра	5	21,7	2	13,3

Киндик чурраларни таснифлаш учун Европа Герниология жамиятининг (ЕН8, 2007) киндик чурраларини чурра дарвозасининг кенглигига қараб тақсимлаш бўйича тавсиялари ҳисобга олинди (2.3-жадвал).

Жадвал 2.3**Беморларни киндик чурраси турлари бўйича тақсимлаш**

Киндик чуррасининг ҳажми	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Абс. (n=19)	%	Абс. (n=17)	%
Кичик (< 2 см)	4	21,1	5	29,4
Ўрта (2-4 см)	9	47,4	8	47,1
Катта (>4 см)	6	31,6	4	23,5

Операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган беморларни тақсимлаш учун Ж. Чеврел ва Р.М. Рат (CWP, 1999), таснифидан фойдаланилди, бунда ўрта чурра (М) ва ён чурра (L) ажратилди. Чурра дарвозаси ўлчамининг

градацияси: 5 см гача (W1), 10 см гача (W2), 15 см гача (W3), 15 см дан ортик (W4). (2.4-жадвал). Иккала гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигида катта ва улкан вентрал чурралар бор эди.

Жадвал 2.4

Операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган беморларнинг тақсимланиши

Чурранинг жойлашиши	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Абс.	%	Абс.	%
M	22	84,6	19	90,5
L	4	15,4	2	9,5
Чурра дарвозасининг кенглиги	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Абс.	%	Абс.	%
W1	3	11,5	2	9,5
W2	7	26,9	3	14,3
W3	7	26,9	6	28,6
W4	9	34,6	10	47,6
Жами	26 (100%)		21 (100%)	

Асосий гуруҳда беморларнинг ўртача ёши $56,4 \pm 4$ ни ташкил этди, гуруҳда 28 ёшдан 81 ёшгача бўлган беморлар бор эди. Эркаклар сони 31(45,6%) нафар ва аёллар сони 37 (54,4%) нафар эди.

Назорат гуруҳида ўртача ёш $57,6 \pm 3,1$ ни ташкил этди ва бу гуруҳ 27 ёшдан 78 ёшгача бўлган беморлардан ташкил топди. Эркаклар сони 25(47,2%) нафар ва аёллар сони 28 (52,8%) нафар эди.

Катта ёшдаги операция қилинган беморларнинг аксарияти жиддий касалликларга чалинган эди (2.5-жадвал), бу касалликнинг кечиши ва натижасига та'сир қилди. Шу билан бирга, ушбу ёш гуруҳидаги беморларнинг 82 % да 2-3 та ҳамроҳ касалликлар топилди.

**Қисилган чурраси бўлган беморларни ёндош патологияга қараб
тақсимланиши**

Ёндош касаллик	Асосий гуруҳ (n=68)		Назорат гуруҳи (n=53)	
	Абс.	%	Абс.	%
ЮИК	28	56	30	40
Артериал гипертония	22	44	34	68
Нафас органларининг патологияси (ЎОК, пневмосклероз, сурункали бронхит)	12	24	16	21
Оёқларнинг варикоз касаллиги	6	12	9	12
Урологик патология (простата беzi аденомаси, пиелонефрит и ва ҳк.)	8	16	11	14,6
Ошқозон ичак тракти касалликлари	10	20	12	16
Семизлик ТМИ 30 кг/м2 дан кўп	13	26	19	25,3
Қандли диабет	5	10	7	9,3
Бошқа касалликлар	6	12	11	14,6

2.5-жадвалдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳда ҳам юрак-қон томир ва нафас олиш тизимлари касалликлари устунлик қилган. Беморларнинг катта қисмида урологик патология ва ошқозон-ичак тракти касалликлари

бўлган. Тана массаси индекси 30 кг/м дан ортиқ бўлган алиментар семириш кўринишидаги метаболик касалликлар 32 беморда кузатилган.

Беморларда анамнезни йиғишда, касалхонага ётқизишдан олдин, уларда чурранинг давомийлиги 1 йилдан 20 йилгача бўлган (2.6-жадвал). Ўртача чурра давомийлиги $9,5 \pm 1,7$ йилни ташкил этди.

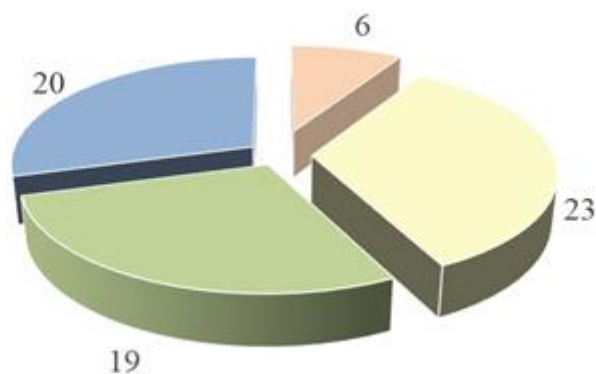
Жадвал 2.6

Чурра давомийлигига қараб беморларнинг тақсимланиши

Клиник гуруҳ	Чурранинг давомийлиги (йиллар)					
	1 йилгача	1-5 йил	6- 9 йил	10-15 йил	15 йилдан ортиқ	M±t
Асосий (n=68)	5	21	24	10	8	7,9±1,8
Назорат (n=53)	4	19	17	7	6	10,6±2,5
p>0,05						

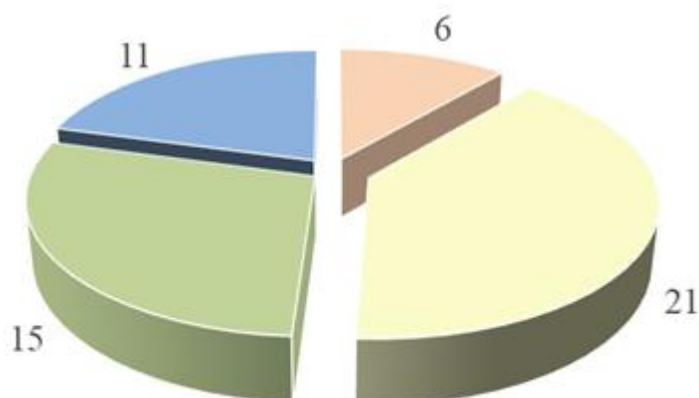
РШТЁИМ Самарқанд филиали шошилиш тиббий ёрдам бўлимига ётқизилган беморларда қисилиш бошлангандан бошлаб турли даврлар бўлган. Асосий гуруҳда (1-расм) қисилиш пайтидан бошлаб касалхонага ётқизиш вақти 4 дан 144 соатгача бўлган. Ўртача вақт- $27,1 \pm 8,4$ соат. Дастлабки 6 соат ичида 6 (8,8%) нафар бемор касалхонага ётқизилди, 23 (33,8%) бемор 6 дан 12 соатгача, 19 (27,9%) нафар бемор 12 дан 24 соатгача касалхонага ётқизилди ва 20 (29,4%) нафар бемор қисилиш пайтидан бошлаб 24 соатдан кечроқ касалхонага ётқизилди. (2.1- расм).

Назорат гуруҳида (2-расм) қисилиш пайтидан бошлаб касалхонага ётқизиш вақти 3 дан 144 соатгача бўлган. Ўртача вақт- $22,6 \pm 6,8$ соат. Дастлабки 6 соат ичида 6 (11,3%) нафар бемор касалхонага ётқизилди, 21 (39,6%) нафар бемор 6 дан 12 соатгача, 15 (28,3%) нафар бемор 12 дан 24 соатгача касалхонага ётқизилди, 11 (20,8%) нафар бемор қисилиш пайтидан бошлаб 24 соатдан кечроқ касалхонага ётқизилди. (2.2- расм).



■ 6 соатгача ■ 6 соатдан 12 соатгача ■ 12-24 соат оралигида ■ 24 соатдан куп

Расм 2.1. Асосий гуруҳдаги беморларни қисилиш пайтидан бошлаб касалхонага ётқизишгача бўлган вақт бўйича тақсимлаш.



■ 6 соатгача ■ 6 соатдан 12 соатгача ■ 12-24 соат оралигида ■ 24 соатдан куп

Расм 2.2. Назорат гуруҳидаги беморларни қисилиш пайтидан бошлаб касалхонага ётқизишгача бўлган вақт бўйича тақсимлаш.

Шундай қилиб, жинси, ёши, ҳамроҳ патологияси, чурра пайдо бўлиш вақти ва қисилиш пайтидан бошлаб тиббий ёрдамга мурожаат қилиш вақти каби иккала гуруҳ учун тақдим этилган маълумотларни солиштирганда, таҳлил қилинган иккала гуруҳ ҳам таққосланган.

2.2. Тадқиқот усуллари

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг "тиббиёт муассасаларида қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашнинг ягона тактикаси тўғрисида" ги стандартларига мувофиқ, қисилган чурра ташхиси қўйилган беморни қабул қилишда беморнинг клиник текшируви ўтказилди, бунда чурра тури, ҳажми, қисилиш борлиги, ичак тутилиши ҳодисалари, чурра халтаси таркибининг табиати аниқландиб.

2.2.1. Клиник ва лаборатория тадқиқотлари

Қабул бўлимида беморларни баҳолашда қисилган чурра ташхиси клиник маълумотларга, илгари тўғирланган чурра соҳасидаги тўсатдан оғриқнинг табиатига, оғриқнинг интенсивлигига, қисилиш турига ва зарарланган органга асосланиб қўйилади (2.7-жадвал).

Шундай қилиб, 119 (98,3%) нафар беморда илгари эркин тўғирланадиган чуррани тиклай олмаслик, чуррада оғриқ ва чурра чиққан жойнинг ҳажми ошиши кузатилади. 115 (95,1%) нафар беморда палпация пайтида "йўтал турткиси" ўтказувчанлиги аниқланмади.

Кўнгил айланиши каби ичак тутилишининг белгилари 68 (55%) нафар беморда, касалхонадан олдинги босқичда қайталанувчи қусиш 46 (37%) нафар беморда, 32 (26%) нафар беморларда нажас ва газларнинг кечикиши, 17 (14%) ҳолатда перисталтиканинг кучайиши. 14 (11%) ҳолатда перитонеал симптомларнинг пайдо бўлиши қайд этилган. Чурра чиқиши жойининг устида терининг ранги ўзгариши фақат 5 (4%) нафар беморларда қайд этилди.

**Ичак тутилиши билан асоратлашган қисилган чурранинг клиник
белгилари**

Симптом	Беморлар сони (n=121)	
	Абс.	%
Оғриқли тузатиб бўлмайдиган чурра чиқиш жойининг мавжудлиги	119	98,3
Манфий "йўтал турткиси" симптоми	115	95,1
Кўнгил айнаши	68	55
Қусиш	46	37
Нажас йўқлиги ва газларнинг кечиқиши	32	26
Перисталтиканинг кучайиши	17	14
Чурра чиқиши жойининг устида терининг ранги ўзгариши	5	4
Мусбат Щеткин- Блюмберг симптоми	14	11

Касалхонага ётқизилган барча беморлар клиник қон ва сийдик таҳлили, ЭКГ ўтказилди ва терапевт кўриги ўтказилди.

2.2.2. Рентгенологик текширув

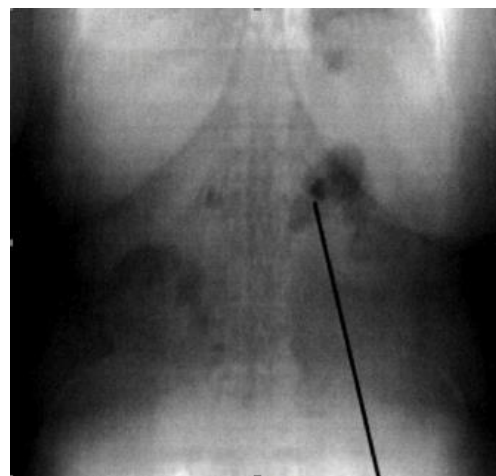
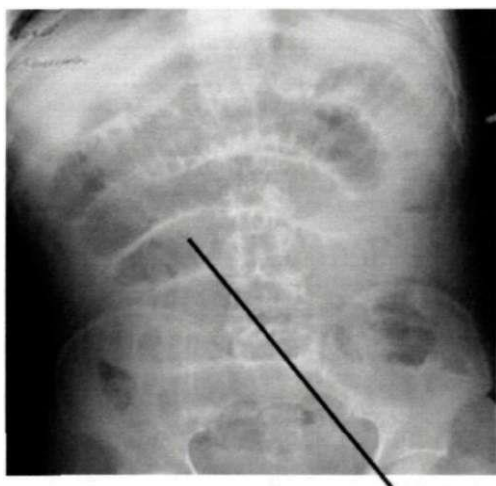
Қисилган чуррага шубҳа қилинган беморларда текшириш усули деб кўкрак ва қорин бўшлиғининг тўғри ва ён проекцияларда тик ҳолатда мажбурий рентгенограммасини назарда тутилган. Ичак тутилиши белгилари аниқланганда, қорин бўшлиғининг рентгенограммаси қўшимча равишда

беморнинг горизонтал ҳолатида ўтказилди. Агар беморнинг вертикал ҳолатида текширув ўтказишнинг иложи бўлмаса, қорин бўшлиғининг рентгенограммаси латеропозицияда ва горизонтал ҳолатда тўғри ва ён проекцияларда ўтказилди. Қорин бўшлиғининг ён рентгенограммаси қисилган киндик ва вентрал чурралари бор бўлган беморларда энг информатив деб ҳисобланади, улар чурранинг катталиги ва локализациясини, чурра ҳалтаси ва чурра чиқиш жойи устидаги ичак қовузлоқларининг ҳолатини аниқлашга имкон берди. Чов чурраларида беморнинг тик ҳолатида чурра чиқиш жойининг мақсадли рентгенограммаси ўтказилди.

Касалхонага ётқизилганда 94 (75%) нафар ичак тутилиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурраси бор бўлган беморларга рентген текшируви ўтказилди.

Қорин бўшлиғини тадқиқот натижаларини таҳлил қилганда, ичак етишмовчилиги синдромининг ривожланиши билан асоратланган қисилган чурраларнинг энг кенг тарқалган рентгенологик белгилари пастки ингичка ичак тутилишининг ингичка ичакнинг кенгайган ҳалқаларида бир нечта горизонтал суюқлик даражасининг шаклланиши билан бирга келганлиги аниқланди - 53%. 25 (26,6%) нафар беморда юқори ингичка ичак тутилишининг рентгенологик белгилари аниқланди (Фиг. 2.3). Камдан кам йўғон ичак тутилиши билан бирга келадиган йўғон ичак қисилиши радиологик белгилари кузатилди 9 (14,9%) нафар беморларда. Чов чурраси бўлган 1 (1%) нафар беморда ва киндик чурраси бўлган 3 (3,2%) нафар беморда қорин бўшлиғида эркин газ борлиги ташхисланди.

Чурра чиқиш жойи проекциясида операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган 19 (20,2%) нафар беморларда ва киндик чурраси бўлган 21 (22,3%) нафар беморларда ингичка ичакнинг кенгайтирилган қовузоқлари аниқланди (расм. 2.4). Йўғон ичак обструкцияси белгилари бўлган 2 (2,1%) нафар беморда чурра чиқиш жойи проекциясида горизонтал суюқлик даражаси билан диаметрида кенгайган кўндаланг йўғон аниқланди.



1-расм. 1. Бемор Д., 51 ёш. Ингичка ичак тутилиши белгилари билан қисилган чов чурранинг рентгенограммаси (тўғри проекцияда)

2-расм. 2. Бемор А., 63 ёш. Ичак тутилишининг рентгенологик белгилари билан операциядан кейинги вентрал чурра (тўғри проекция).

Олинган натижалар рентген текшируви усули ичак тутилиши белгиларини аниқлаш учун турли локализациядаги қисилган чурралар диагностикасида етакчи ўринни эгаллашини тасдиқлайди.

2.2.3. Ультратовуш текшируви

Датчикни чурра чиқиш майдонига ўрнатишда чурра дарвозаси, чурра халтаси ва унинг таркиби (ичак қовузлоқлари, чарви, эркин суюқлик) ва чўнтаклар мавжудлиги баҳоланди.

Операциядан кейинги даврда УТТ операциядан кейинги асоратларни аниқлаш учун, тўқимада суюқлик, қон ва йиринг тўпланган яра асоратларидан яллиғланиш инфилтратларини дифференциация қилиш учун қўлланилади.

Патологик ўзгаришларни баҳолаш қорин олд деворининг қатламларига ва унинг чуқурлиги ва кенглигига нисбатан тўпланишнинг локализацияси асосида амалга оширилди. Дренаж, агар тадқиқот вақтида давом этаётган бўлса кузатилди ва суюқлик тўпланишининг дренаж, имплант ва унинг

атрофидаги тўқималарга (тери ости тўқимаси, мушак апоневроз қатлами) муносабати баҳоланди.

Қабулда ултратовуш текшируви асоратланган қисилган чурраси бўлган 86 (68,8%) нафар беморларда ўтказилди.

Ичак деворларининг калинлашиши билан кечадиган ичакнинг келувчи қисмининг диаметри кенгайиши ва ичак таркибининг "маятникга ўхшаш" ҳаракатлари ва ичакнинг қайтувчи қисмининг тушган қовузлоқлари асосий гуруҳнинг 46 (92%) нафар беморларида ва назорат гуруҳининг 34 (94%) нафар беморларида кузатилди. Қовузоқлараро бўшлиқда ва латерал каналларда эркин суюқлик белгиларини аниқлаш турли хил асоратлар билан кечди. Ичак (перитонит, ичак некрози) билан асоратланган қисилган чурраларнинг ултратовуш белгилари асосий гуруҳнинг 26 (52%) нафар беморларида ва назорат гуруҳининг 21 (58%) нафар беморларида топилган.

Датчикни чурра чиқиши майдонига ўрнатишда ва чурра таркибини баҳолашда асосий гуруҳнинг 24 (48%) та ҳолатларида ва назорат гуруҳининг 21 (58%) та ҳолатларида чурранинг таркиби ичакнинг қисилган ҳалқаси бўлиб чиқди (расм. 2.4, 2.5), 18 (36%) ва 15 (42%), ҳолатларда, ўз навбатида, ингичка ичак ва чарви бўлиб чиқди. Чурра суюқлик асосий гуруҳнинг 17 (34%) нафар беморларида ва назорат гуруҳининг 16 (44%) нафар беморларида аниқланган.

Қисилган ва тўғирланмайдиган чурраларнинг дифференциал диагностик белгиларини аниқлашга алоҳида эътибор қаратилди. Қайта тўғирланмайдиган чурра билан, қоида тариқасида, чурра халтасида анэхоген зона (чурра суви) йўқ эди; чурра халтасида жойлашган ичак ҳалқасининг деворида шиш белгилари аниқланмаган, аммо чурра чиқиш жойининг девори ва ичак соҳалари ўртасида аниқ чегаралари бўлмаган қалин тўқималар аниқланган. Тўғирланмайдиган чурра бўлганда ўтказилган кузатув ичак перисталтикасини ва унинг бўшлиғидаги таркибнинг ҳаракатини кузатиш имконини берди.

Асосий гуруҳнинг 47 (94%) беморларида ва назорат гуруҳининг 31 (86%) беморларида ултратовуш текшируви пайтида аниқланган ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра ташхиси шошилишч жарроҳлик учун кўрсатма деб ҳисобланди.

Шундай қилиб, ултратовуш текшируви қорин олд деворининг чурраларини, чурра халтасининг таркибини аниқ ташхислаш ва қисилиш мавжудлигини баҳолаш имконини беради. Замонавий технологиялар чурра дарвозаси майдонини, шунингдек, чурра чўнтақларининг шаклини, топографияси ва ҳажмини аниқлаштиришга имкон беради.

Қисилиш белгилари деб чурра қопчасида жойлашган ичак бўлагининг перисталтикасининг йўқлиги ёки заифлашиши, унинг диаметрининг ошиши, деворнинг қалинлашиши, чурра халтасида жойлашган ичак бўшлиғидаги гипоехоген таркиб ва қорин бўшлиғида жойлашган ичакнинг бириктирувчи қисмларининг кенгайиши ҳисобланади.



3-расм. Бемор Р., 52 ёш. Ултратовуш: қисилган вентрал чурра: чурра тешиги жойлашган бўлиб, унинг ичига таркибида суюқлик бўлган ингичка ичакнинг бўлаги чиқади, перистальтика аниқланмайди. Девордаги қон оқими қайд этилмайди. Суюқлик чурра ҳалтасида жойлашган.

4-расм. Бемор Ж., 71 ёш. УТТ: ўнг томонлама қисилган чов чурраси: ўнг чов минтақада 1,5 см гача чурра тешиги жойлашган бўлиб, унинг ичига диаметри 3,2 см диаметрли ингичка ичакнинг бўлаги чиқади, девори 0,3-0,4 см, қон. девордаги оқим ва перистальтика қайд этилмайди, таркиби суюқ табиатли. Ногомоген табиатли чурра суви жойлашган.

Чурра халтасида жойлашган ичак перисталтикасининг йўқлиги ва қорин бўшлиғида жойлашган келувчи ичак ҳалқасининг сезиларли кенгайиши, чурра таркибидаги қон томир тузилмаларни визуализация қила олмаслик қисилган органнинг некрозга учраганини кўрсатади.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда қисилган чурраси бўлган беморларда жарроҳлик тактикасини танлашга таъсир қилувчи муҳим белгилар деб клиник текширув маълумотлари, ўткир ичак тутилишининг рентгенологик ва ултратовуш белгилари ва эндоген интоксикация даражаси ҳисобланади.

2.2.4. Эндоген интоксикация даражасини баҳолаш

Интоксикация даражаси бир қатор омиллар тўплами билан аниқланди. Интоксикациянинг лейкоцитар индекси (ИЛИ) Я.Я. Калф-Калифанинг (1941) Рябов модификациясидаги (1985) формуласи ёрдамида ҳисоблаб чиқилган. Габриелян усули (1984) бўйича 254 нм тўлқин узунлигида умумий ҳовузнинг кислотада эрийдиган фракциясининг максимал сўрилишини аниқлаш асосида ишлатилган спектрофотометрик аниқлашнинг экспресс усулидан фойдаланилган.

Асоратланган қисилган чурраси бўлган беморларнинг қон таҳлилларида (2.8-жадвал) гемоглобин даражаси нормал қийматларга тўғри келди. Нейтрофил элементлар туфайли норма билан таққослаганда лейкоцитлар сонининг кўпайиши аниқланди, ўртача қийматлар $12,58 \pm 3,82 \times 10^9/\text{л}$ ташкил этди. Олинган маълумотларга кўра, лейкоцитоз даражаси қисилиш давомийлигини акс эттирмайди, 48 соатгача бўлган қисилишда лейкоцитлар сони деярли ўзгармайди. Шу билан бирга, ИЛИ бузилиш давомийлигига қараб ўзгаради. Қизилиш пайтидан бошлаб дастлабки 24 соат ичида қонда ИЛИ $3,9 \pm 0,8$ бирликни ташкил этди, 24 соатдан ортиқ қисилган тақдирда қонда ИЛИ $6,7 \pm 2,4$ бирликни ташкил этди.

Текширилган беморларнинг қонида билирубиннинг кўпайиши сезиларли қийматлар ва сезиларли фарқ доирасида қайд этилмади.

Мочевинанинг $9,43 \pm 8,84$ ммол/л гача кўтарилиши шаклида конда азот балансининг бузилиши 24 (19,2%) та ҳолатда қайд этилди, бу нормага қараганда 9,5% юқори. 39 (54,9%) нафар беморда, конда АСТ фаоллигининг ошиши аниқланди, бу норма билан таққослаганда 1,6 марта зиёд ва $65,37 \pm 33,54$ бир/л ташкил этди.

Қабулда кон зардобидида а - амилаза даражасининг бировз ошиши 7 (5,6%) нафар беморларда аниқланди ва бу кўрсаткич $96,5 \pm 32,7$ бир/л гача эди.

Жадвал 2.8

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраси бўлган беморларда клиник ва биокимёвий қон параметрларининг хусусиятлари

Кўрсаткич	Референт қиймати	Олинган маълумотлар (М $\pm$ ш)
Гемоглобин, г/л	120,0-165,0	$136,97 \pm 18,13$
Лейкоциты х 10 ⁹ /л	4,0-9,0	$12,58 \pm 3,82$
ИЛИ, бир.	0,83	$6,7 \pm 2,4$
Умумий билирубин, мкмол/л	4,70-18,80	$18,68 \pm 11,32$
Мочевина, ммол/л	1,80-8,30	$9,43 \pm 8,84$
АСТ, бир/л	0,00-35,00	$65,37 \pm 33,54$
а-амилаза, бир/л	0,00-90,00	$96,5 \pm 32,7$

Беморларнинг ўрганилган гуруҳларида қон плазмасининг ўрта молекуляр оғирликдаги пептидлари (ЎМП) ҳолатини ўрганаётганда, бошланғич ҳолатдаги ЎМП даражаси нормага нисбатан 2,2 баравар ошди, ўртача қиймат $0,453 \pm 0,02$ ОЕ ни ташкил этди.

Асоратланган чурраси бўлган беморларда асосий клиник ва биокимёвий қон параметрларининг олинган натижалари ўртача ва камдан-кам ҳолларда нормал қийматлардан сезиларли даражада ошиб кетди ва шу билан эндоген интоксикация мавжудлигини тасдиқлади. Шу муносабат билан турғун ичак таркибининг органлар ва тана тизимларига токсик таъсирини камайтириш ёки тўхтатишга қаратилган чора-тадбирлар катта аҳамиятга эга. Шу муносабат билан турғун ичак таркибининг органлар ва тана тизимларига токсик таъсирини камайтириш ёки тўхтатишга қаратилган чора-тадбирлар катта аҳамиятга эга.

2.2.5. Микробиологик текширув

Микробиологик текшириш учун материалдан намуна олиш (чурра суви, ички органлардаги фибрин қопламалари) стерил шароитда интраоператив тарзда амалга оширилди. Йирингли-яллиғланишли асоратларнинг ривожланиши билан операциядан кейинги ярадан ва / ёки дренаждан оқинди олинди. Флора бактериологик усул ёрдамида, дисклар тўплами ёрдамида антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан ўрганилди. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраси бўлган 54 (43,2%) нафар беморларда чурра суюқлигининг флораси ва антибиотикларга сезувчанлиги бўйича текшируви ўтказилди, экссудат табиати шаффоф – рангсиздан хира геморрогик ранггача. 45 (36%) та ҳолатда чурра суюқлиги таркиби стерил бўлиб чиқди, 9 (7,2%) та ҳолатда текширув пайтида чурра ҳалтасида ингичка ичак ҳалқаси қисилганда Э. Соли кўпайиши қайд этилган, бу қисилган ичак ҳалқасининг девори ишемия ва некроз натижасида ўтказувчанлиги ошгани сабабли, ичак бўшлиғидан ичак таёқчаларининг чиқиши билан боғлиқ.

Тадқиқот шуни кўрсатадики, асоратланган қисилган чурраларда прогрессив эндоген интоксикация туфайли нафақат маҳаллий, балки умумий асоратларни ривожланиш хавфи ортади. Қисилган органнинг турига ва унинг

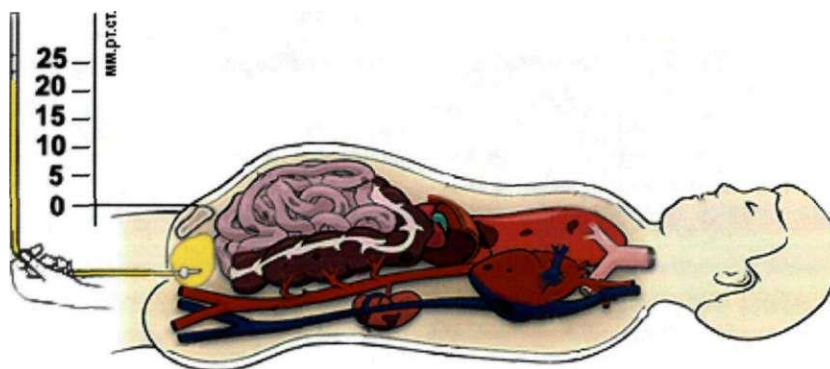
ҳолатига, ижобий микробиологик жавобга кўра эса, операциядан кейинги ярада йирингли-яллиғланиш асоратини тахмин қилиш мумкин.

2.2.6. Қорин бўшлиғи босимини ўлчаш усули

Операциядан кейинги вентрал чурраларнинг пластик жарроҳлигидан кейин ортиб боровчи қорин бўшлиғи гипертензияси даражаси клиник маълумотларни объективлаштириш ва операциядан кейинги даврни баҳолаш учун операциядан олдин ва кейин 4 кун давомида ўлчанди.

Қорин бўшлиғи босими Иберти Крөн (1984) усули ёрдамида ўлчанди. 80-100 мл физиологик эритма сийдик пуфагига Фолей катетери орқали Жане шприци билан пуфланган балон ёрдамида киритилди (одатда катетернинг кўшимча аспирация порти орқали). Кейин катетер ўлчаш жойидан дисталроқ қисқич билан ёпилди ва унга тройник ёки қалин игна ёрдамида анъанавий томчилатиб юбориш тизими уланди.

Ўлчов ўлчагич ёрдамида сув устунининг баландлиги бўйича амалга оширилди. Нол нуқтаси пубик симфиз даражаси деб ҳисобланди (2.7-расм).



Расм 2.7 Iberti Krön бўйича қорин бўшлиғи босимини ўлчаш (1984,1989).

Қорин бўшлиғи гипертензиясини даражасини баҳолашда Жаҳон жамиятининг АКС (WCACC) шкаласи ишлатилди. I даража-12-15 мм.сим.уст., II даража - 15-20 мм.сим.уст., III даража - 20-25 мм.сим.уст., IV даража - 25 мм.сим.уст дан ортиқ.

2.3 Анестезиологик та’минот

Америка анестезиологлар жамияти (ААЖ) томонидан таклиф қилинган тасниф хавф даражасини баҳолаш учун ишлатилди (2.9-жадвал). Оғриқсизлантириш усулини танлашда ёш, ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги, чурранинг тури, ҳажми ва анатомик хусусиятлари, кутилаётга травматизация даражаси ва операция давомийлиги ҳисобга олинди (2.10-жадвал.).

Ичак тутилишининг ривожланиши билан асоратланган қисилган чурралари бўлган иккала гуруҳдаги 46 (36,3%) нафар беморда оғир тизимли компенсацияланмаган касалликлар мавжуд бўлиб, улар анестетик даволаш учун юқори хавф туғдирди.

Жадвал 2.9

ASA бўйича анестетик хавф даражаси

Синф	Баҳолаш	Асосий гуруҳ (n=68)		Назорат Гуруҳи (n=53)	
		Абс.	%	Абс.	%
I	Умуман соғлом беморлар	15	22,1	14	26,4
II	Ўрта даражадаги тизимли касалликлари мавжуд бўлган беморлар	25	36,8	23	43,4
III	Оғир даражадаги компенсацияланмаган тизимли касалликлари бўлган беморлар	17	25,0	15	28,3
IV	Доимий хавф туғдирувчи компенсацияланмаган тизимли касалликлари бўлган беморлар	5	7,4		-
V	Беморда операциядан кейин ёки у сиз ўлим ҳолатини 24 соат ичида кутиш мумкин (морибунд).	1	2	1	1,9

Беморларнинг аксарияти - 104 (85,9%) нафар - кўпкомпонентли эндотрахеал наркоз остида операция қилинди. Чов чурраси қисилган 10 (8,2%) нафар бемор спинал анестезия остида операция қилинди. 7 нафар 4-5 хавф гуруҳида бўлган беморларда ААЖ бўйича маҳаллий инфилтрацтон анестезия остида операция ўтказилди.

2.10 Жадвал

Анестезия турлари

Анестезия	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Абс	%	Абс	%
Вена ичи маҳаллий анестезияси	2	2,9	5	9,4
Спинал анестезия	7	10,3	3	5,7
Кўпкомпонентли эндотрахеал наркоз	59	86,8	45	84,9
Жами	68 (100%)		53 (100%)	

2.4. Дори терапияси

Йирингли-яллиғланишли асоратларни олдини олиш учун барча беморларга операциядан олдин кенг спектрли антибиотикларнинг кунлик дозаси берилди (III – IV авлод цефалоспоринлари) + операциядан 30 дақиқа олдин 500 мг метрогил.

Ҳаётий муҳим тана орган тизимларининг декомпенсацияси, ҳамроҳ патологияси, шунингдек ичак тутилиши ёки перитонит фонида яққол сув-электролитлар бузилиши бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш интенсив терапия бўлимида ёки тўғридан-тўғри операция хонасида 2 соатдан кўп бўлмаган вақт давомида амалга оширилди.

Операциядан кейинги даврда антибиотик терапияси III-IV авлод цсефалоспоринлари + метронидазол ёки фторхинолонлар (ципрофлоксацин) + парентерал метронидазол билан биргаликда амалга оширилди. Операциядан кейинги асоратланмаган даврда антибиотик терапиясининг давомийлиги 5-7 кунни ташкил қилди. Операциядан кейинги даврда яра томонидан асоратлар бўлса, антибиотик, яра ёки дренажнинг таркибини экиб кўришдан кейинги натижаларга асосланиб, ўзгартирилди.

Беморларда ҳамроҳ соматик патология мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, операциядан кейин беморнинг ҳолати барқарорлашгунча, реанимация бўлимида интенсив терапия ўтказилди. Ҳамроҳ юрак ва эндокрин патологияни коррекция қилиш, белгиланган тартибда консултантлар назорати остида амалга оширилди. Ўткир ошқозон-ичак яраси пайдо бўлишининг олдини олиш учун протон помпаси блокаторлари (кунига 40 мг) буюрилди. Ўпка артерияси тромбози хавфи юқори бўлган беморларда паст молекуляр гепаринлар билан дезагрегант терапияси ўтказилди.

2.5. Материални статистик қайта ишлаш

Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш Sony VAIO Core i7 (MICROSOFT Windows 7 Профессионал операцион тизими) шахсий компютерида Эхсел, Статистика 6.0, Biostat пакетларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Кузатишларнинг олинган рақамли тавсифлари кўрсаткичларнинг ишонч чегараларини аниқлаш асосида натижаларнинг тўғрилигини баҳолаш усули билан таҳлил қилинди. Бунинг учун ўртача қийматлар (M) ва ўртача хато ($M \pm m$) ни ҳисоблаш усулидан фойдаланилди. Статистик фарқланиш даражаси (ишончлилиқ) Студент t -критерияси ёрдамида аниқланди. Натижалар $p < 0,05$ аҳамиятлилиқ даражасида статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланди. (Гланз С., 1999).

III БОБ. ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН МУРАККАБЛАШГАН ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра учун жарроҳлик тактикаси қуйидаги босқичларни ўз ичига олади (3.1-жадвал).

Кириш чурра жойлашган жойга мувофиқ амалга оширилди.

Чурра халтаси очилди, чурра суюқлиги чиқарилди ва қисилган орган фиксация қилинди.

Қисилган ҳалқани кесиш, қисилган органнинг ҳолати визуал равишда баҳоланди ва агар у яшовчан бўлса, у қорин бўшлиғига киритилди. Ичакни қорин бўшлиғига қайта киритишдан олдин унинг тутқичига 80-100 мл 0,25% новокаин эритмаси киритилди.

Ичакни резекция қилиш учун кўрсатмаларни аниқлашда визуал белгилар (ранг, деворнинг шишиши, субсероз қон кетишлар, перисталтика, пулсация ва париетал томирларнинг қон билан тўлиши), шунингдек, маҳаллий анестетикнинг илиқ эритмаси киритилгандан кейин ушбу бедгиларнинг динамикасини кузатилди.

Назоэнтерик интубация, декомпрессия ва ичакни ювиш

Агар ичак яшашга қобилияти бўлмаса (ичакнинг қорайган ранги; хира сероз мембрана; хиралашган девор; ичак перисталтикасининг йўқлиги; унинг тутқичларида томирларининг пулсацияси йўқлиги), уни резекция қилиш амалга оширилади.

Қисилган чов чуррасида, перитонит ва ичак деворининг перфорацияси ҳодисалар бўлмаган, аммо ичак яшаш фаолияти шубҳали бўлганда, резекция герниотомик ёндашувдан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Лапаротомия учун мутлақ кўрсаткичлар, ичак некрози, перитонит, ичак деворининг перфорацияси бўлди.

Ичакнинг NaCl 0,9% эритмаси ёрдамида санацияси, қорин бўшлиғининг дренажи

Чурра жойлашишига қараб чурра дарвозасининг пластик жарроҳлиги

Асосий гуруҳда 31 (42%) нафар беморда ингичка ичакнинг изоляцияланган қисилиши, 23 (36%) нафар беморда чарви билан биргаликда ингичка ичакнинг қисилиши, 9 (14%) нафар беморда ингичка ичакнинг йўғон ичак билан қисилиши кузатилган, йўғон ичакнинг қисилиши 5 (8%) беморларда.

Назорат гуруҳиди аксарият ҳолатларда ингичка ичак қисилиши кузатилган - 21 (45,3%) нафар беморда, 18 (29,3%) нафар беморда ингичка ичак ва чарви қисилиши кузатилган, ингичка ичак ва йўғон ичак қисилиши 9 (16%) нафар беморда, йўғон ичак қисилиши 5 (9,4%) нафар беморда.

3.1-жадвал

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра учун жарроҳлик аралашуви ҳажми

Чурра тури (n=121)	Чов чурраси	Киндик чурраси	ОКВЧ	Жами
Герниотомия	35	-	-	35
Лапаротомия	3	-	-	3
Герниолапаротомия	-	36	47	83
НЭИ	8	29	37	74
Адгеолизис	-	-	37	37
Ингичка ичак қисмининг резекцияси	4	11	12	27
Ингичка ичак қисмининг ва чарвининг резекцияси	-	8	6	14
Йўғон ичак резекцияси	1	1	-	2

Асосий гуруҳда 9 та ҳолатда яшаш қобилияти бўлмаган чарви ва ингичка ичакни резекция қилиш, 14 ҳолатда ингичка ичакнинг некротик майдонини резекция қилиш ва 1 беморда йўғон ичакни резекция қилиш амалга оширилди. Назорат гуруҳида 5 нафар беморда некрозга учраган чарви ва ингичка ичакни резекция қилиш, 13 нафар беморда ингичка ичакни резекция қилиш ва 1 нафар беморда йўғон ичакни резекция қилиш амалга оширилди. Ҳаммаси бўлиб 43 (35,5%) нафар беморда ичак некрози туфайли ичак резекцияси ўтказилган, 41 нафар беморда ингичка ичак, 2 нафар беморда йўғон ичак резекция қилган.

Синтетик имплантни ишлатмасдан қисилган чурраларни жарроҳлик даволашда - "таранглашган" герниопластика (назорат гуруҳи) анъанавий пластик усуллардан фойдаланилган. Қисилган чов чурраларни даволашда Бассини (n=6), Постемски (n=9) усуллари, қисилган киндик чурралари ва ОКВЧ учун Маё (n=19) ва Сапежко (n=31) усуллари қўлланилган. Гигант вентрал чурралари бўлган 3 нафар беморда ярани декомпрессив тикилиши амалга оширилган. Операциядан кейинги яра дренажланмаган.

Беморларнинг асосий гуруҳини оператив даволашда, чурраларни режалаштирилган жарроҳлик даволашда яхши ишлаб чиқилган "таранглашмайдиган" қорин олд девори пластик жарроҳлигининг турли йўллари қўлланилган (3.2-жадвал).

Шундай қилиб, 23 нафар қисилган чов чурраси бўлган беморларни даволашда чов каналнинг орқа деворига синтетик имплантантни Лихтенштейн усули ёрдамида ўрнатиш қўлланилган. Қисилган киндик ва операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган 45 нафар беморда қуйидаги операциялар ўтказилди:- onlay герниоаллопластикаси 20; - имлантация қилинган эндопротез II шаклидаги чоклар билан тикилган onlay

герниопластикаси –16; – нуқсон комбинацияланган усулда тикилмаган онлат + sublay герниопластикаси -9.

Жадвал 3.2

Ичак тутилиши билан асоратлашган қисилган чурраси бўлган беморларда "таранглашмайдиган" пластик жарроҳлик хажми

Чурра тури	Лихтенштейн операцияси	onlay герниопластика	протезни П-симон чоклар ёрдамида фиксация қилинган	Комбинирланган усулдаги onlay+sublay герниопластикаси
Чов чурраси	23	-	-	-
Киндик чурраси	-	10	7	2
ОКВЧ	-	10	9	7
Жами	23(19,0%)	20 (16,5%)	16 (13,2)	9 (7,4%)

§3.1. Ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва энтерал терапия

Қисилишни бартараф этгандан сўнг ичак тутилишининг ривожланиши билан асоратланган қисилган чурралар бўйича операциялар пайтида назоэнтерал интубация зарурат туфайли муҳим қадам бўлди:

- Декомпрессияни ва гипертензияни йўқ қилиш, ичак микроциркуляциясини тиклаш, ичак бўшлиғига секрецияни тўхтатиш
- Токсик моддаларни бартараф қилиш, детоксикация қилиш, микроблар мувозанатни тиклаш ва микроблар транслокацияни камайтириш
- Абсорбцияни, мотор эвакуация қилиш функциясини тиклаш учун тузли ва мономер-тузли эритмаларнинг энтерал инфузиясини ўтказиш

- Энтеросорбцияни бажариш
- Силикон икки учли зондлар ёрдамида интраоперацион ичак декомпрессияси ўтказилди.

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар учун энетрал терапия глутамин (шартли аламашинмайдиган аминокислота, энтеропротектор ва иммуномодулятор) ва пектин (пребиотик, колоноцитлар учун энергия субстрати, ингичка ичакнинг патоген ва шартли патоген флорасига антибактериал таъсир кўрсатадиган озиқа толаси) дан фойдаланишни ўз ичига олган.

Энетрал терапия операциядан кейинги даврнинг биринчи соатларидан бошлаб пробага тузли эритмани доимий равишда киритиш ва 1% пектин эритмасини фракционал юбориш билан бошланди (таркибнинг аспирацияси фонида: сўрилмаган эритма ва ичак таркиби). Кейинги кунларда ичак полимер полисубстрат, изокolorик озуқа аралашмалари (Нутризон стандарти, Нутриент стандарти, Клинутрен ва бошқалар) қўшилди. Метаболик касалликларни даволаш ва ингичка ичак шиллиқ қаватининг регенератив жараёнларини яхшилаш учун цитопротектив таъсирга эга препаратлар ишлатилган - глутамин (кунига 15-30 грамм), пектин 1% ли 100 мл эритмаси шаклида кунига 3 маҳал.

Назоэнтерал зонд операциядан кейинги даврнинг 4-5-кунларида барқарор ичак моторикаси ва мустақил нажас тиклангандан сўнг олиб ташланади.

§3.2. Қорин девори пластик жарроҳлиги учун синтетик имплантлар

Турли материалларни ўрганиш шуни кўрсатдики, материалнинг сурункали инфекцияси эҳтимоли нафақат унинг кимёвий таркиби, балки физик хусусиятлари билан ҳам белгиланади. Пластик материални танлаш тўлиқ макротешикли монофиламент полипропилен имплантлари - Париетене, Пролене, Сурги Про, Вйпро фойдасига қилинган (3.3-жадвал). Ушбу

имплантларнинг тешиклари 75 микрондан катта бўлиб, бу макрофаглар, фибробластлар, қон томирлари ва коллаген толаларининг тешикларга кириб бориши ва инфекцияга чидамлилиги учун зарурдир. Ушбу турдаги материаллар фаол ангиогенез ва яққол фибробласт реакциясини келтириб чиқаради ва апоневрознинг ишончли "протез" каркасини шакллантириш билан бириктирувчи тўқималарнинг униб чиқиши учун асос бўлиб хизмат қилади. Етарли молекуляр ўтказувчанлик реципиентнинг оқсилга ўхшаш моддаларини тешикларга кириб боришига имкон беради, натижада имплантнинг тўқималарга тез фибриноз фиксацияси пайдо бўлади, бу эса серома ҳосил бўлиш хавфини камайтиради. Операциядан кейинги яранинг йиринглаши бўлса, бундай имплантни олиб ташлашнинг ҳожати йўқ.

Жадвал 3.3

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраси бўлган беморларда ишлатиладиган синтетик имплантларнинг турлари

Синтетик имплантант	Операциялар сони (n=68)	
	Абс.	%
Пролене	51	75,0
Сурги про™	12	17,6
Вйпро	5	7,3

Асосий гуруҳдаги 68 та операциядан 51 таси (48%) «Ethison, Johnson & Johnson» компаниялари томонидан ишлаб чиқарилган «Proline» полипропилен синтетик имплант ёрдамида, 12 таси (16%) операция «Surgi pro» (Sovidien), синтетик имплантаси ёрдамида амалга оширилган.) ва 5 (10%) да Vypro имплантати (Ethison, Johnson & Johnson) ишлатилган.

Имплантни маҳкамлаш учун USSS компаниясидан Surgipro (2-0; 3-0) ва Etxison (АҚШ) компаниясидан Proline (2-0; 3-0) монофиламент атравматик тикув материали ишлатилган. Синтетик имплант ишлаб чиқарувчи компанияни танлаш тасодифийдир.

§3.3. Қисилган чов чурраси учун жарроҳлик техникасини танлаш

Қисилган чов чурраси бўлган асосий гуруҳ беморларига Лихтенштейн усулидан фойдаланган ҳолда синтетик имплант ёрдамида чурра жарроҳлиги ўтказилди (3.1-расм, 3.2). Тери ва тери ости ёғ тўқималарининг дисексияси чов боғламига параллел ёки чурра чиқиш жойидан юқорида амалга оширилди. Чурра халтаси ажратилди ва очилди, чурра таркиби текширилди ва қўлда маҳкамланди, қисилиш ҳалқаси уруғ тизимчасидан латерал йўналишда ажратилди. Операциянинг кейинги қўлами қисилган органнинг ҳолатига қараб аниқланди. Агар ичак ҳалқаси яшошга мойил бўлса, у қорин бўшлиғига туширилади, агар некроз бўлса, резекция амалга оширилади. Чурра халтаси ажратиб олиниб, бўйин қисмига тикилиб, париетал қорин пардаси даражасида кесилган. Чурра дарвозасининг пластик жарроҳлиги учун 6х11 см ўлчамдаги синтетик имплант ишлатилган. Имплант уруғ тизимчасининг остига жойлаштирилиб, пастдан пупарт боғламига узлуксиз тикув билан ўрнатилди. Имплантнинг юқори қирраси ички қия мушакка тугунли лигатуралар билан тикилди. Ички чов ҳалқаси ҳосил бўлди. Имплантнинг юмалоқ пастки учи сон чурраси ривожланишига йўл қўймаслик учун пубик боғламга юқори пубик лигаментни қўшиб, 2-3 та чок билан маҳкамланган. Уруғ тизимачи имплантнинг устига жойлаштирилди. Тўр усти бўшлиғи Редон буйича битта дренаж ёрдамида дренажланди. Ташқи қия мушакнинг апоневрози уруғ тизимчаси устига узлуксиз тикув билан тикилган. Кейин тери ости тўқималари ва тикилиб, каучук чиқаргич қолдирди.



5-расм. Полипропилен тўрни чов каналнинг орқа деворига маҳкамлашнинг якуний кўриниши



6-расм. Тўрнинг медиал четини қорин тўғри мушаги апоневрозига узлуксиз чок билан маҳкамлаш ва уруғ тизимчасини тўрга жойлаштириш босқичи.

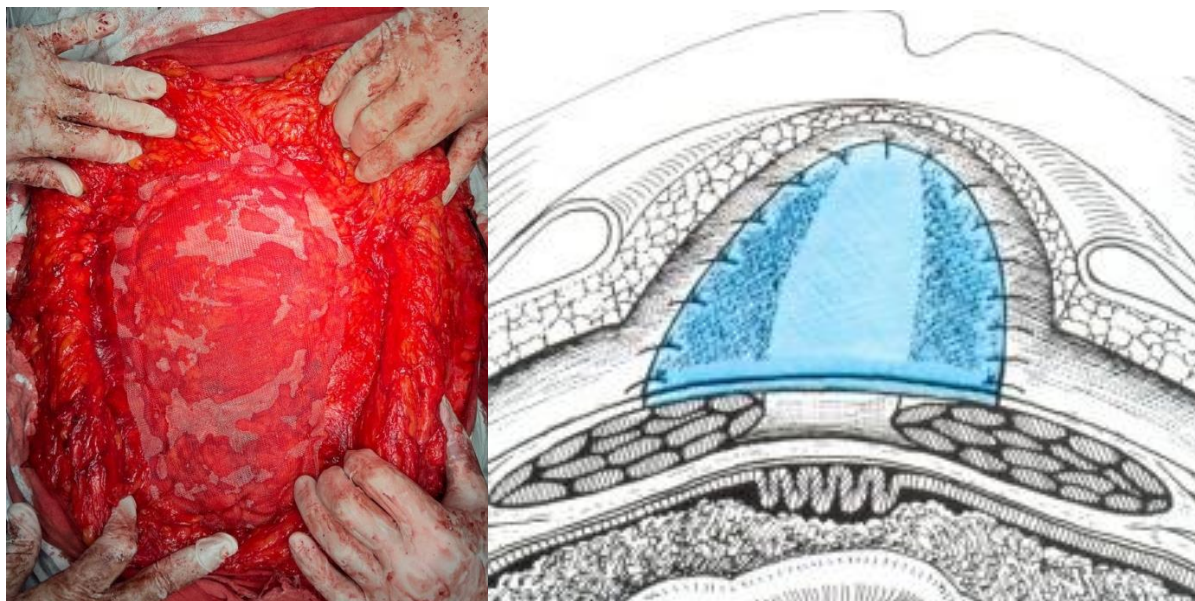
§3.4. қисилган киндик ва операциядан кейинги вентрал чурра учун жарроҳлик аралашув техникаси

Қорин олд деворининг пластик жарроҳлиги ҳажми чурра турига, унинг жойлашишига, ўлчамига ва атрофдаги тўқималарнинг ҳолатига қараб индивидуал равишда танланган.

W1-W2 вентрал чурраси бўлган 20 нафар беморлар учун биз тугнли чоклар билан эндопротез имплантациясини «onlay» усулида тикувсиз герниоаллопластикани амалга оширдик. Қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш, САҚ ривожланишининг олдини олиш учун, қорин бўшлиғини чурра халтаси қопқоғи билан чегаралагандан сўнг, қорин олд девори пластик жарроҳлиги апоневроз устига тўрни тикувсиз усулда ўрнатиш ёрдамида амалга оширилди. Эндопротез тугунли чоклар ёрдамида ўрнатилди.

Эндопротезни «onlay» тикувсиз усулда ўрнатишда тактика қуйидагича эди. Чурра халтаси ва чурра дарвозаси ажратилгандан сўнг, апоневроз ажратилди. Кейинчалик, ҳар томондан чурра дарвозасидан 4-5 см

каттароқ бўлган полипропилен имплант кесилди. Чурра халтаси қорин бўшлиғига ботирилди, чурра дарвозаси периметри бўйлаб имплант қўйилади ва полипропилен ип (диаметри № 0 ёки 1) ёрдамида тугунли чоклар билан апоневрозга тикилди (3.3-расм).



3.3-расм. а-имплантни мушак-апоневротик қатлам олдида "таранглашмаган" жойлаштириш, б-операция босқичининг схематик тасвири

Вентрал чурраси бўлган 16 нафар беморда II шаклидаги чоклар ёрдамида эндопротез имплантацияси билан нуқсонни тикмасдан "onlay" чурра аллопластикасини амалга оширдик. Қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш, САҚ ривожланишининг олдини олиш учун, қорин бўшлиғини чурра халтаси қопқоғи билан чегаралагандан сўнг, қорин олд девори пластик жарроҳлиги апоневроз устига тўрни тикувсиз усулда ўрнатиш ёрдамида амалга оширилди. Эндопротез II шаклидаги чоклар ёрдамида ўрнатилди. Қорин бўшлиғини чурра қопининг қопқоғи билан ёпишдан олдин, бу чоклар мушак апоневротик деворининг барча қатламларини қорин пардасигача ушлаб туриш учун олдиндан қўлланилди.

Эндопротезни II шаклидаги чоклар билан қорин деворининг барча қатламлари орқали фиксация қилиш сабаби, таранглашмайдиган пластик жарроҳлик пайтида имплантни "onlay" усулида тугнли чоклар ёрдамида протез периметри бўйлаб фақат апоневрозга фиксация қилишда гуруҳдаги беморлардаги нохуш натижалар эди. Шу тарзда жойлашган ва операциядан сўнг дарҳол апоневрозга чеккаларида маҳкамланган эндопротез, айниқса, семириб кетган беморларда асосий функционал юкни олади. «Onlay» усулида эндопротезини нуқсонни тикмасдан тугунли чоклар билан имплантация қилинган 20 беморнинг 3 тасида операциядан кейин қисқа вақт ичида рецидивлар кузатилди. Бизнинг фикримизча, рецидивнинг сабаби қорин бўшлиғи босими ва тери-ёғли "фартук" нинг тортишиш кучи таъсирида турли протезни апоневрозга маҳкамлайдиган чокларнинг чиқиб кетиши ва ажралиб чиқишидир. Шу сабабли, протезнинг юқори қисми маҳкамланган жойда эндопротез пастга силжиган ва шунинг учун қорин деворидаги заиф жой очилган.

10 см дан ортиқ чурра дефекти ва W3-W4 чурра протрузияси ҳажми бўлган асосий гуруҳнинг 9 (17,9%) нафар беморларда комбинацияланган таранглашмайдиган "onlay + sublay" герниопластикаси ўтказилди, яъни битта имплант қорин бўшлиғини чурра халтаси қопқоғи билан чегаралагандан сўнг мушак апоневроз қатлами орқасига, иккинчи имплант апоневроз устига қўйилди.

Қорин бўшлиғини қорин парда билан чегаралагандан сўнг, периметри бўйлаб ўлчами чурра нуқсонининг ўлчамидан 3 см каттароқ бўлган имплант кесилди, сўнгга турли имплантининг четлари II шаклидаги чоклар билан олдиндан тикилди. Имплантнинг дастлабки тикилиши, уни фиксация қилиш техникасини сезиларли даражада соддалаштирди.

Эндопротез "sublay" усули бўйича қўйилди (3.4-расм), илгари қўлланиладиган II шаклидаги чоклар апоневроз устидаги барча қатламлардан

ўтказилди ва "onlay" ўрнатилган иккинчи эндопротез ушбу чокларга маҳкамланди (3.5-расм).



3.4-расм. "sublay" эндопротезини қорин олд деворига олдиндан қўлланиладиган II шаклидаги чоклар билан маҳкамлаш



3.5-расм. "onlay" эндопротезини қорин олд деворига олдиндан қўлланиладиган II шаклидаги чоклар билан маҳкамлаш

Клиник мисол.

Бемор С., 51 ёш, ИБ 5397/518-сон, 2020-йил 8-май куни РШТЁИМ Самарқанд филиали 1-клиникаси жарроҳлик бўлимига чурра борлиги билан ётқизилган. Шикоятлари: киндик соҳасида қориннинг ўрта чизигида чурра чиқишига, қорин шишига, қусиш ва қайталанувчи оғриқга.

Анамнездан: 15 йил олдин чурра пайдо бўлган, шу сабабли 2012 йилда герниалопластика қилинган, бир йилдан кейин касаллик такрорланган. Қисилиш ва қорин оғриғи қабулга тушишидан 3 соат олдин бошланган. Тик ҳолатда палпация қилинганда, қорин олд деворида қориннинг ўрта чизиги бўйлаб, киндик соҳасида чурра чиқиб кетган, чурра зич эластик консистенцияли, 16×10 см, оғриқли, горизонтал ҳолатда пайпасланганда сезилмайди, қорин бўшлиғига тикланмайди, "йўтал импулси" симптоми манфий. Қабул қилингандаги аҳволи ўрта оғир, III даражаси семизлик. Пулс 94 зарба/мин, ритмик, қониқарли тўлдиришли. Қон босими 150/80 мм.с.м.уст.. Қорин шиш туфайли катталашган (3.6-расм).

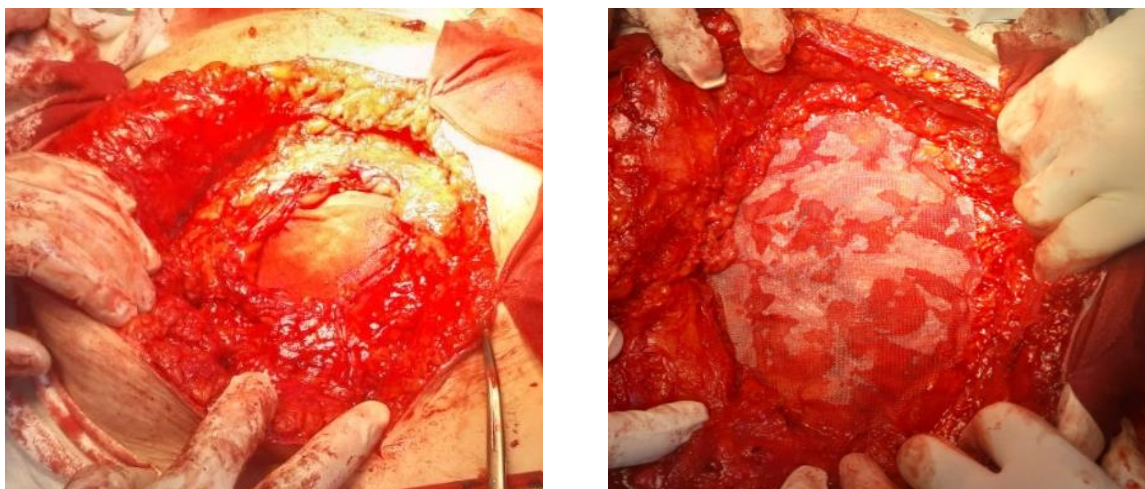


3.6. расм. Операциядан олдин беморнинг кўриниши антеролатерал (А) ва латерал (Б, В) проекцияларда

Клиник таъхис: киндиколди минтақанинг қисилган такрорий чурраси (W2, M2, P1). III даражали семизлик. 05.08.2020 йилда операциядан олдинги тайёргарликдан кейин 2 соат ичида беморга операция қилинган: Герниолапаротомия. Ичак тутилишини бартараф этиш. Протезни П шаклидаги чоклар билан фиксация қилиш билан "onlay" усулидаги нуқсонни тикувсиз герниалопластикаси.

Герниолапаротомия пайтида 500 мл гача геморрагик чурра суюқлиги ажралиб чиқди. Қисилиш ҳалқаси кесилгди. Ингичка ичак деворида илеоцекал бурчакдан 40 см проксималроқ странгуляция тутқичи мавжуд. Ичакнинг келувчи ҳалқаси ишишган ва тўқ пушти рангда. Қисилишни бартараф этишдан кейин ичак перисталтикаси тўхтади. Мезентерик томирларнинг пулсацияси аниқланади. Ичак ҳалқасининг яшаш фаолияти аниқланди. Ингичка ичакда НЭИ 1 метргача тригеминал боғлами остида амалга оширилди. Суюқ нажас ва газлар эвакуация қилинди. САҚ хавфини ҳисобга олган ҳолда, қорин бўшлигини чурра халтаси қопқоғи билан чеклаб

қўйгандан сўнг, протезни II шаклидаги чоклар билан фиксация қилиш билан "onlay" усулидаги аллопластика ўтказилди (3.7-расм)



3.7. расм Бемор Х. операция босқичлари: А – чурра нуқсони; Б - "onlay" эндопротезини II шаклидаги чоклар билан маҳкамлаш

Тўр усти майдонининг Редон бўйича дренажи ўтказилди.

Дастлабки ҚББ қиймати 19 мм.сим.уст эди. Ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва операция тугагандан сўнг қиймат 16 мм.сим.уст ни ташкил этди. 3 сутка ичида 14 мм.сим.уст гача бўлган пасайиш билан.

Операциядан кейинги давр асоратларсиз ўтди. Ультратовуш текширувида 4-куни жарроҳлик соҳасида суюқлик шаклланишини аниқламади. НЭИ 4-куни олиб ташланди. Тери чоклари 7-куни олиб ташланди. Битиш бирламчи тортилиш билан. Бемор 8-куни касалхонадан кўчирилди.

3 йилдан кейин бемор текширилади. Чурранинг қайталаниши кузатилмайди. Анкетага кўра, операция натижаси яхши деб баҳоланди. Бемор касбий фаолиятини давом эттирди.

IV БОБ. ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ҚИСИЛГАН ЧУРРАСИ БОР БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ичак тутилишининг ривожланиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш натижалари турли жарроҳлик усуллариининг клиник самарадорлигига қараб баҳоланди. Операциядан кейинги эрта даврни қиёсий таҳлил қилиш мезонлари қуйидагилардан иборат эди: жарроҳлик аралашувининг давомийлиги, операциядан кейинги асоратларнинг мавжудлиги ва табиати, беморларни даволаш муддати, ўлим сони.

§4.1. Жарроҳлик аралашувининг давомийлиги

Жарроҳлик аралашувининг давомийлигини таҳлил қилганда, ичак тутилишини бартараф этиш бўйича операцияга сарфланган вақт уни йўқ қилиш усулига (ичак резексияси билан ёки усиз) ва қорин олд деворининг пластик жарроҳлик амалиётига боғлиқ эканлиги аниқ. (4.1-жадвал).

"Таранглашган герниопластика" ёрдамида операция қилинган беморларда чов чурра бўйича жарроҳлик аралашувининг ўртача давомийлиги $75,4 \pm 17,3$ дақиқа, Лихтенштейн усули билан - $84,2 \pm 10,4$ дақиқа. Қисилган киндик чурралари учун Мейо ва Сапежко бўйича маҳаллий тўқималар билан пластик жарроҳлигини ўртача вақти $104,4 \pm 17,8$ дақиқа, синтетик имплант қўллаш билан қорин олд деворини реконструкция қилиш - $106,3 \pm 24,0$ дақиқа. Шундай қилиб, герниопластиканинг "таранглашмайдиган" усуллариини қўллашда жарроҳлик аралашувга сарфланган вақт кўпайиш йўналиши бўйича кетиши билан фарқланади, аммо бу фарқ сезиларли эмас ($p > 0,05$).

Операциядан кейинги вентрал чурралар, айниқса катта ва гигантларда, герниопластиканинг янада мураккаб усуллари амалга оширилганда операция давомийлиги ошади. Шундай қилиб, ушбу гуруҳда "таранглашадиган" усулларидан фойдаланган ҳолда жарроҳлик

аралашувининг ўртача вақти $117,7 \pm 14,0$ дақиқа, "таранглашмайдиган" герниопластика учун ўртача вақт $119,1 \pm 28,8$ дақиқани ташкил этди.

4.1-жадвал

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар бўйича операцияларнинг давомийлиги

Чурра тури	«Таранглашмаган пластик жарроҳлик» (дақиқаларда давомийлиги., $M \pm t$)	«Таранглашган пластик жарроҳлик» (дақиқаларда давомийлиги., $M \pm t$)	P
Чов чурраси	$84,2 \pm 10,4$	$75,4 \pm 17,3$	$p > 0,05$
Киндик чурраси	$106,3 \pm 24,0$	$104,4 \pm 17,8$	$p > 0,05$
ОКВЧ	$119,1 \pm 28,8$	$117,7 \pm 14,0$	$p < 0,05$

Операциядан кейинги вентрал чурралар учун жарроҳлик аралашувнинг ўртача давомийлиги герниаллопластиканинг onlay ҳажмида 111 ± 43 дақиқа, герниаллопластиканинг onlay+sublay ҳажмида $126 \pm 40,2$ дақиқа.

§4.2. Операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғи босими даражасининг динамикаси ва рентгенологик текширув натижалари

Қорин бўшлиғи босимининг динамикасини ўрганиш ичак тутилиши билан асоратланган операциядан кейинги қорин бўшлиғи чуррасининг қисилган чурраси бўйича операция қилинган 30 беморда ўтказилди. Асосий гуруҳда ("таранглашмаган" герниопластика) тадқиқот 16 беморда, назорат гуруҳида ("таранглашган" герниопластика) - 14 беморда

ўтказилди. Барча текширилган беморларда дастлабки қорин бўшлиғи гипертензияси бўлган (4.2-жадвал). Бундан ташқари, II ва III даражали ҚБГ 30 бемордан 26 тасида (86,7%) кузатилган.

4.2-жадвал

Операциядан кейинги қорин бўшлиғи чурраси билан операция қилинган беморларда қорин бўшлиғи гипертензиясининг бошланғич даражаси

Клиник гуруҳ	ҚБГ даражалари градацияси (ABCASS)			
	I (12-15 мм.сим.уст)	II (15-20 мм.сим.уст)	III 20-25 мм.сим.уст	IV 25 мм.сим.уст дан юқори
Асосий гуруҳ (p=16)	3 (18,75%)	7 (43,75%)	6 (37,5%)	-
Назорат гуруҳи (p=14)	1 (7,14%)	8 (57,14%)	5 (35,7%)	-

Беморларнинг асосий гуруҳида бошланғич ҚББ даражасининг ўртача қиймати $18,8 \pm 1,8$ мм.сим.уст ни ташкил этди; назорат гуруҳида ўртача қиймат сезиларли даражада юқори эмас ва $19,3 \pm 1,6$ мм.сим.уст ни ташкил этди. ($p>0,05$).

Ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва "таранглашмаган" жарроҳлик пластик усулидан фойдаланиш натижасида асосий гуруҳдаги беморлар операция тугагандан сўнг ҚББни пасайиш тенденциясини аниқ кўрсатдилар ($p<0,05$). Ўртача ҚББ қийматлари ($14,5 \pm 1,3$ мм.сим.уст) назорат гуруҳига ($17,1 \pm 1,3$ мм.сим.уст) нисбатан анча паст эди.

Операциядан кейинги даврда ҚББнинг ўсиши тенденцияси иккала гуруҳда ҳам операциядан кейинги даврнинг 3-кунига қадар давом этди. Операциядан кейинги 1-куни ўртача ҚББ қиймати асосий гуруҳда $15,6 \pm 1,5$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида - $17,8 \pm 1,1$ мм.сим.уст. 2-куни асосий гуруҳда - $15,9 \pm 0,8$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида - $18,3 \pm 0,7$ мм.сим.уст. Асосий гуруҳда 3-кундаги ўртача ҚББ қиймати $16,2 \pm 0,7$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида - $18,9 \pm 0,7$ мм.сим.уст. 4-куни асосий гуруҳда ҚББ даражасининг $13,3 \pm 0,8$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида $16,9 \pm 0,7$ мм.сим.уст гача пасайиши кузатилди.

ҚББ кўрсаткичлари ва НЭЗ бўйича олиб ташланган суюқлик ҳажмлари ўртасидаги корреляцион боғлиқлик операция пайтида дастлабки ҚББ қиймати ва эвакуация қилинган ичак таркибининг ҳажми учун Пирсон корреляция коэффициенти $r = 0,85$ $p < 0,05$ да ижобий бўлди.

НЭИ операциядан кейин ҚББ даражасини пасайтиришга имкон берди. 4 кун давомида мониторинг ўтказилганда, кўрсаткичларда сезиларли фарқлар билан ҚББнинг 3 кунгача ўсиши қайд этилди ($p < 0,05$). ҚББнинг тақдим этилган динамикаси билан бир вақтда, ичак оқиши ҳажми НЭЗ бўйича 3 кунга кўпайиши, оператив аралашув вақтида эвакуация қилинган суюқликнинг бошланғич ҳажми билан сезиларли фарқ йўқолиши кузатилади. Шундай қилиб, НЭИ ичак таркибини бўшатишни таъминлаш орқали ҚББ даражасини пасайтиришга ёрдам беради.

Операциядан кейинги даврда ингичка ичак тутилишининг тескари ривожланишини баҳолаш учун ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра бўйича операция қилинган 125 нафар бемордан 14 нафарида жарроҳликдан кейинги дастлабки босқичларда қорин бўшлиғини ултраторовуш текшируви натижалари таҳлил қилинди.

14 беморда жами 24 та тадқиқот ўтказилди. Операциядан кейинги 2 кундан 5 кунгача ўтказилган 10 та тадқиқотдан 9 таси ингичка ичакнинг назоэнтерик интубацияси фонида ўтказилди. Ингичка ичак

ковузлоқларида газ борлиги барча 14 беморда аниқланган ва 2 дан 10 кунгача ёки ундан кўпроқ вақт давомида ўтказилган барча тадқиқотларда қайд этилган. Жарроҳликдан кейинги 2 ва 3-кунларда ўрганиш давомида 14 беморнинг 2 тасида ингичка ичакнинг бир нечта қовузлоқлари бўшлиғида газ ва суюқлик таркибининг тўпланиши аниқланди. Ингичка ичак бўшлиғининг 4,0-5,0 см гача кенгайиши, девор ва бурмаларнинг алоҳида ҳалқаларда ўртача қалинлашиши, йўғон ичак ўнг қисмларида оз миқдордаги газ билан биргаликда унинг бўшлиғида кўп миқдорда горизонтал суюқлик даражасининг шаклланиши кузатилди. Юқорида тавсифланган ўзгаришлар ингичка ичакнинг назоэнтерик интубацияси фонида 10 дан 34 соатгача бўлган ичак тутилишининг давомийлиги ва операциядан олдин ичак тутилишининг оғир белгилари бўлган беморларда аниқланган. Кейинги динамик мониторингда ингичка ичакнинг газли қовузлоқлари сонининг камайиши, горизонтал суюқлик даражасининг йўқолиши, девор ва бурмаларнинг шишиши, йўғон ичакнинг бутун узунлиги бўйлаб газ пайдо бўлиши аниқланган.

12 нафар беморда ингичка ичакдаги ўзгаришлар ингичка ичакнинг алоҳида бир бўлақларида (24 та тадқиқотдан 22 тасида) алоҳида тўпланишлар (8 та тадқиқот) ёки диаметри 1.5 дан 3 смгача (14 та тадқиқот) бўлган ичида газ бўлган горизонтал суюқлик даражасисиз (5 та тадқиқот) алоҳида бир қовузлоқларда мавжудлиги билан ёки бўшлиғида ноаниқ суюқлик даражаси билан ифодаланган (9 та тадқиқот). Ингичка ичакнинг алоҳида бир ҳалқаларида шиллиқ қават бурмаларининг қалинлашиши 4 кундан ортиқ давом этган ичак тутилиши билан оғриган беморда назоинтестинал интубация фонида операциядан кейинги 4-куни тадқиқот давомида вентрал чурра фонида бўлган 1 та кузатувда содир бўлган. Барча беморларда йўғон ичакдаги газ ичакнинг бутун узунлиги бўйлаб ўртача миқдорда аниқланган.

Қорин бўшлиғини ултратовуш текшируви натижаларини таҳлил қилганда, ичак тутилишининг давомийлиги ва ичак етишмовчилиги синдромининг турли оғирлик даражаларида беморларда, назоэнтерал интубация фонида кўп ҳолларда ингичка ичакдаги ўзгаришлар унинг бўшлиғида оз миқдорда газнинг йўғон ичак бўйлаб ўртача миқдордаги газ билан бирга тўпланиши билан ифодаланади ва операциядан олдин ичакдаги ўзгаришларнинг оғирлигига боғлиқ эмас (14 та бемордан 12 таси). Операциядан кейинги даврнинг асоратланмаган кечиши бўлган тақдирда, назоэнтерал интубация фонида ингичка ичакнинг кенгайган қовузлоқларида кўп миқдорда горизонтал суюқлик даражасини аниқлаш ва деворлар ва (ёки) бурмаларнинг ўртача шишиши билан кечадиган операциядан кейинги 2-3 кунда аниқлаш мумкин, агар ичак тутилиши унинг кейичалик тескари ривожланиши билан 6 соатдан ортиқ давом этган бўлса.

Жарроҳликдан кейинги дастлабки босқичларда қорин бўшлиғининг ултратовуш текширувини ўтказиш энтерал зонднинг ҳолатини баҳолашга, ингичка ва йўғон ичаклардаги газлар нисбатини ва операциядан кейинги ичак парезлари динамикасини аниқлашга имкон беради.

§4.3. Операциядан кейинги асоратларнинг учраш тезлиги ва табиати

Операциядан кейинги эрта даврни баҳолашда қуйидагилар аниқланди: қорин бўшлиғи асоратлари, операциядан кейинги умумий асоратлар ва маҳаллий яра асоратлари.

Қорин бўшлиғи асоратлари орасида назорат гуруҳидаги 9 нафар беморда (12%) ва асосий гуруҳдаги 3 нафар (6%) беморда операциядан кейинги ичак парези мавжуд бўлиб, у узокроқ (6-7 кунгача) назоэнтерал интубацияни талаб қилди. Улардан назорат гуруҳидаги 2 бемор интраоператив назоэнтерал интубациядан ўтмаган. Шунга асосланиб, операциядан кейинги ичак парезлари пластик жарроҳликнинг "таранглашиш" усулини билан операция қилинган беморларда "таранглашишсиз" усулини қўллаган беморларга қараганда узокроқ давом этди.

1 та (1,3%) ҳолатда назорат гуруҳидаги беморда ўнг томнолама гемиколонэктомия ва илеостомиядан сўнг операциядан кейинги даврда ёнбош ичакнинг терминал қисмида некроз бор эди, бу эса такрорий операция қилишни талаб қилди. Мейога кўра киндик чуррасини пластик жарроҳлигидан сўнг назорат гуруҳидаги 1 (1,3%) нафар беморда консерватив тарзда бартараф этилган эрта ичакнинг ёпишқоқ тутилиши қайд этилди (қорин дренажи ва НЭИ бажарилмади).

Шундай қилиб, асосий ва назорат гуруҳларида қорин бўшлиғи асоратларининг ривожланишини таҳлил қилиш асосида, таранглашишсиз герниопластикада таранглашган герниопластикасига қараганда асоратларнинг ривожланиш хавфи паст келади деган хулосага келиш мумкин.

Операциядан кейинги умумий асоратлар (4.5-жадвал) назорат гуруҳининг 15 (20%) беморларида қайд этилган, улар орасида суний ўпка вентилизациясида узок вақт қолиш туфайли асоратлар устунлик қилган - 3 нафар (4%) беморда пневмония, 1 нафар (2,7%) да икки томонлама гидроторакс, 1 нафар (1,3%) беморда йирингли трахеобронхит. Такрорий ўпка артерияси тромбоэмболияси 1 нафар (2,7%) беморда ривожланган. Ўткир миокард инфаркти 2 (2,7%) ҳолатда ташхисланган. 2 (2,7%) ва 1 (1,3%) ҳолларда чуқур веналар тромбози ва тромбофлебит. Ошқозон яраси тарихи бўлган 1 нафар (1,3%) беморда операциядан кейинги даврда ошқозон яраси ва ошқозон-ичакдан қон кетишининг кучайиши билан асоратланган, 3 та ҳолатда сийдикнинг ўткир тутилиши кузатилди.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги умумий асоратлар диапазони унча кенг эмас ва уларнинг учраш тезлиги 11,8% га етади. 1 нафар (2%) беморда ўткир цереброваскуляр бузилиш ташхиси қўйилган, кейинчалик улар ихтисослаштирилган бўлимга ўтказилган. 1 нафар (2%) беморда йирингли трахеобронхит, 1 (2%) беморда пневмония ривожланган.

Оёқларнинг чуқур веналари тромбози 2 нафар (4%) беморда кайд этилган. 3 нафар (2%) беморда простата аденомаси мавжудлиги сабабли операциядан кейинги даврда ўткир сийдик тутилиши ривожланди, бу ҳолат эпицистостомияни талаб қилди.

4.4-жадвал

Операциядан кейинги эрта даврда абдоминал асораталар

Асорат табиати	Асосий гуруҳ (n=68)	Назорат гуруҳи (n=53)
Ингичка ичакнинг эрта ёпишқоқ тутилиши	-	1 (1,9%)
Операциядан кейинги ичак парези	3 (4,4%)	9 (16,9%)
Ёндош ичак терминал қисмининг некрози	-	1 (1,9%)
Жами	3 (4,4%)	11 (20,7%)

Беморларнинг барча гуруҳларида умумий асоратларнинг ривожланиши ёшга ва ҳамроҳ келадиган сурункали касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ. Шу билан бирга, назорат гуруҳида устун бўлган бронхопулмонал тизимдан келиб чиқадиган асоратлар қорин бўшлиғи босимининг кўтарилиши туфайли беморларнинг суний ўпка вентилияциясида

узоқ вақт давомида қолишлари билан боғлиқ бўлиб, бу нафас етишмовчилигининг ривожланишига олиб келди.

4.5-жадвал

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраси бўлган беморларда операциядан кейинги умумий асоратларнинг тузилиши

Асорат табиати	Асосий гуруҳ (п=68)	Назорат гуруҳи (п=53)
Ўпка артерияси тромбоэмболияси	-	1 (1,9%)
Гидроторакс	-	1 (1,9%)
Йирингли трахеобронхит	1 (1,5%)	1 (1,9%)
Пневмония	1 (1,5%)	3 (5,7%)
Чуқур веналар тромбози	2 (2,9%)	2 (3,8%)
Ўткир миокард инфаркти	-	2 (3,8%)
Мия қон айланишининг ўткир бузилиши	1 (1,5%)	-
Сон венасининг тромбофлебити	-	1 (1,9%)
Ошқозон ичак трактидан қон кетиш	-	1 (1,9%)
Сийдик ўткир тутилиши	3 (4,4%)	3 (5,7%)
Жами	8 (11,8%)	15 (28,3%)

Ҳар хил турдаги чурраларда операциядан кейинги яра асоратлари учраш тезлигини ва қорин олд девори пластик жарроҳлигининг турли усуллари таҳлил қилганда, беморларнинг ўрганилган гуруҳларида уларнинг учраш тезлиги ва табиати турлича эканлиги аниқланди.

Маҳаллий тўқималарнинг пластик жарроҳлигидан фойдаланган ҳолда назорат гуруҳида 15 нафар (28,3%) беморда яра асоратлари қайд этилган, улардан 6 нафар (11,3%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши ва иккиламчи таранглашиш билан даволаниши қайд этилган. 5 та (9,4%) ҳолатда юмшоқ тўқималарнинг ултратовуш текшируви серома ташхисини қўйди, бу эса кейинги пункция ва аспирацияни талаб қилди. 2 та (3,8%) ҳолатда маргинал тери некрози, 1 та (1,9%) ҳолатда операциядан кейинги яранинг инфилтрацияси қайд этилди. 2 нафар (3,8%) беморда операциядан кейинги эрта даврда эвентрация кузатилди.

Пластик жарроҳликнинг "таранглашишсиз" усулларини қўллаган асосий гуруҳда маҳаллий асоратлар 6 (8,8%) беморда қайд этилган, асоратлар орасида серома кўпинча шаклланган - 2 (2,9%). Операциядан кейинги яра соҳасида инфилтрация 2 нафар (2,9%) беморда кузатилган. Тери ости ёғ тўқималарининг йиринглаши 2 нафар (2,9%) беморларда ичак бўлими резекциясидан кейин содир бўлган. Ҳеч қандай ҳолатда синтетик имплантти олиб ташлаш талаб қилинмади. Лигатур оқмалар ёки абсцесслар аниқланмади.

Клиник мисол. Бемор Б., 80 ёшда, қисилиш пайтидан 14 соат ўтгач, қисилган вентрал чурра бўйича операция қилинди. Герниолапаротомия амалга оширилди, 30х30 см ўлчамдаги синтетик имплант ёрдамида қорин олд деворининг комбинацияланган пластик жарроҳлиги ўтказилди, Редон бўйича 2 та дренаж ёрдамида қорин бўшлиғи, тўр усти бўшлиқ ва тери ости ёғ қавати дренажланди. Операциядан кейинги 2-куни юмшоқ тўқималарнинг ултратовуш текширувида пастки тикув соҳасида 0,1-0,2 см суюқлик ҳосил бўлиши аниқланди. Операциядан кейинги даврнинг 3-кунида тўр усти бўшлиқдан дренажлар олиб ташланди. Операциядан кейинги 5-куни 37,8 ° С гача бўлган гипертермия эпизоди қайд этилди. Бемор цефотаксим 1 г х 3 марта м/о, Метрогил 100,0 х 3 марта в/и, НСЯҚ дорилар ва антигистаминлар қабул

қилди. Юмшоқ тўқималарнинг ултратовуш мониторинги олдинги тадқиқотга нисбатан ҳеч қандай динамикани кўрсатмади. Олдин ўрнатилган дренажларнинг мавжуд ўтиш жойлари бўйлаб 2 та иккита тешикли дренажлар киритилди ва тахминан 15 мл сероз-геморрагик суюқлик олинди. Олинган маданият: Кл. Пнеумониае. Антибактериал препарат ципрофлоксацинга алмаштирилди 100,0 х 2 марта в/и.. Операциядан кейинги 7-куни юмшоқ тўқималарнинг ултратовуш текшируви тўр усти бўшлиқда ўрта чизикдан пастки тикув соҳасида 1,6-2,2 см суюқлик зонасини кўрсатади. Тери юзасидан 1,5-3,1 см. юмшоқ то'қималарнинг ийишии давом этади. Ултратовуш текшируви остида серома қайта дренажланди. Қайта экиш пайтида: ўсиш аниқланмади. Жарроҳликдан кейинги 13-куни юмшоқ тўқималарнинг назорат ултратовуш текшируви пайтида тўр усти бўшлиқда дренаж трубкаси жойлашган, тикув соҳасида суюқлик зоналари аниқланмаган ва дренаж олиб ташланди. Яранинг бирламчи таранглашии билан битиши, синтетик имплантни олиб ташлаш талаб этилмади.

Ушбу клиник мисол инфекция шароитида синтетик имплантни сақлаб қолиш имкониятини кўрсатади.

Микробиологик тадқиқотда олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, ичак тутилиши билан асоратланган қиссилган чурраси бўлган беморларда йирингли асоратларда энг кўп учрайдиган патогенлар Энеробастериасеае гуруҳининг грам-манфий микроорганизмлари: Энеробастериасеае: Е. соли, Клебсиелла, Протеус ва ушбу гуруҳнинг бошқа патогенлари, шунингдек ферментация қилмайдиган грамусбат бактериялар, шу жумладан Псеудомонас аеругинога ва турли хил хаиртурушга ўхшаш замбуруғлар вакиллари.

Микроорганизмлар бирлашмаларининг аҳамияти ортди, масалан:

E. coli + R. aeruginosa;

R. aeruginosa + *Klebsiella* spp. + *E. coli*;

S. aureus + *E. coli*;

E. coli + *Klebsiella*;

E. coli + *Acinetobacter*;

Proteus + ноклостридиал анаэроб инфекция;

P. aeruginosa + *Acinetobacter*

Ажратилган микроорганизмлар турли диагностик титрларда аниқланди: 10⁴ дан 10⁹ СОЭ/мл гача.

Қорин бўшлиғида турли хил микробиял бирлашмаларни ажратиб олиш билан аралашган инфекциялар учун бирлашмаларга сезгир антибиотиклар ва анаэроб инфекцияга қарши фаол дорилар (метронидазол, клиндамицин, линкомицин) танлаб олинди ва биргаликда ишлатилди.

Pseudomonas инфекцияси учун антибактериал таъсирни кучайтириш учун 3-4 авлод фторхинолонлар гуруҳидан дорилар (пепфлоксацин, сипрофлоксацин, ломефлоксацин, моксифлоксацин), аминогликозидлар (гентамицин, амикасин, нетромицин), семисинтетик пенициллинлар (тикарциллин, тикарциллин/клавуланат), цефалоспоринлар (цефтазидим, цефуроксим, цефотаксим) билан биргаликда қўлланилди. Беморларнинг кўпчилигида (92%) даволашдан кейин патоген бактерияларни эрадикацияси кузатилди.

Ҳеч қандай ҳолатда нохуш ҳодисаларнинг ривожланиши туфайли антибактериал даволанишни эрта тўхтатиш талаб қилинмади, тадқиқот натижалари бактериологик тадқиқотлар асосида қисилган чурраси бўлган беморларда антибактериал терапия ўтказиш имкониятини ишончли тарзда кўрсатди.

Қорин олд деворининг чурраси қисилган беморларда операциядан кейинги эрта даврнинг асоратлари таҳлили шуни кўрсатдики, қорин олд деворининг "таранглашишсиз" герниопластикаси ёрдамида яра асоратлари кўпаймаган.

§4.4. Беморларни касалхонага ётқизиш муддатини қиёсий баҳолаш

Назорат гуруҳида ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чов чурраси жарроҳлик аралашувлардан сўнг беморларнинг касалхонада бўлиш муддати ўртача $6,5 \pm 6,9$ ётоқ кунини, қисилган киндик чурраси учун $9,8 \pm 5,2$ ётоқ кунини, операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси учун $11,8 \pm 2,8$ ётоқ кунни ташкил этди (4.6 жадвал).

Қисилган чов чурраси жарроҳлиги бўйича асосий гуруҳ беморларини касалхонада ётқизиш давомийлиги $5,4 \pm 2,8$ ётоқ кунини, қисилган киндик чурраси учун $7,4 \pm 5,4$ ётоқ кунини, операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси учун $11,7 \pm 6,5$ ётоқ кунини ташкил этди.

4.6-жадвал

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра бўйича операция қилинган беморларни касалхонага ётқизиш муддати

Чурра турлари	Асосий гуруҳ (n=50)	Назорат гуруҳи (n=75)	P
Чов чурраси	$5,4 \pm 2,8$	$6,5 \pm 6,9$	$p > 0,05$
Киндик чурраси	$7,4 \pm 5,4$	$9,8 \pm 5,2$	$p > 0,05$
ОКВЧ	$11,7 \pm 6,5$	$11,8 \pm 2,8$	$p > 0,05$

Шундай қилиб, ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар учун "таранглашмаган" герниопластика усулларида фойдаланиш

беморларнинг касалхонада қолиш муддатини оширмайди, кузатилган гуруҳларда касалхонага ётқизиш давомийлигидаги фарқи статистик аҳамиятга эга эмас ($p > 0,05$).

§4.5. Операциядан кейинги ўлим

Ичак тутилиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган операция қилинган беморларнинг умумий ўлим даражаси 3,3% (4 бемор). Назорат гуруҳида операциядан кейинги ўлим 5,7% (3 бемор), асосий гуруҳда 1,5% (1 бемор) ни ташкил этди.

Назорат гуруҳида 1 та ҳолатда ўлим сабаби ўпка эмболияси бўлса, қолган 2 ҳолатда суний ўпка вентилизациясининг узок давом этиши натижасида ўткир кардиореспиратор етишмовчилик ва қорин бўшлиғи босимининг ошиши натижасида икки томонлама пневмония бўлган. Асосий гуруҳда 1 нафар беморнинг ўлими сабаби ўткир миокард инфаркти бўлган.

3 та ўлим ҳолати ҳам 70 ёшдан ошган кекса ва қисилиш давомийлиги 24 соатдан ортиқ бўлган беморларда бўлган.

§4.6 Асоратланган чурраси бўлган беморларни даволашнинг узок муддатли натижалари

Операциядан кейинги 1 йилдан 3 йилгача бўлган даврда асосий гуруҳда биз 68 беморнинг 56 тасини (82,3%) текширдик. Назорат гуруҳида 53 нафар бемордан 42 нафари (79,2%) текширилди. Узок муддатда жами 121 нафар бемордан 98 нафари (80,9%) текширилди.

“Таранлашишсиз герниопластика” ёрдамида операция қилинган беморлар орасида бир йилдан сўнг текширув ўтказилганда 3 нафар (5,4%) беморда операциядан кейинги вентрал чурра қайталаниши аниқланган. Текширилган беморларда лигатур хўппозлар ёки оқмалар кузатилмади. Назорат гуруҳидаги анъанавий пластик усуллар билан операция қилинган беморларнинг 7 нафарида (19,1%) рецидив аниқланган.

Олинган маълумотларга асосланиб, биз рецидивларнинг асосий фоиизи операциядан кейинги вентрал чурра учун пластик жарроҳлик билан

операция қилинган беморларда, чурра дарвозаси W3-W4 катталигида бўлишини ва операциядан кейинги биринчи йилда ўзини намоён қилишини аниқладик.

Олинган натижалар асоратланган қисилган чурралар учун танлов усуллари сифатида таранглашишсиз герниопластика усуллари тавсия қилиш имконини беради.

ХОТИМА

Кўп сонли тадқиқотлар ва нашрлар бағишланган шошилини жарроҳлик бўлимларидан бири қорин олд деворининг қисилган чурраларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммосидир. Қисилган чурра "чурра соҳиблари" нинг 10-17 фоизида касалликнинг кечишини мураккаблаштиради ва қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликлари таркибида ўткир аппендицитдан кейин иккинчи ўринда туради. Шу билан бирга, уларда ўлим ҳолатлари ўткир аппендицитга қараганда 15-16 баравар юқори.

Мамлакатнинг етакчи илмий-тадқиқот ва тиббиёт муассасалари статистикаси шуни кўрсатадики, эришилган ютуқларга қарамай, қорин девори қисилган чурраси бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини қониқарли деб ҳисоблаб бўлмайди [46, 47, 48]. Операциядан кейинги асоратлар 50% га етади [84, 105], ўлим даражаси 2-4% ни ташкил қилади, бу странгуляция туфайли ривожланадиган ичак тутилиши ва ичак қовузлоқларининг қисилиши (70% дан ортиқ), шунингдек кекса ва қари ёшдаги беморлар қарийб 40% ни ташкил этиши билан боғлиқ [9, 45]. Қониқарсиз даволаниш натижаларининг асосий сабаблари пластик жарроҳлик усулини нотўғри танлаш, қорин девори тўқималарининг сезиларли таранглашиши, қорин бўшлиғи ҳажмининг пасайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12 фоизида абдоминал компартмент-синдромининг ривожланиши.

Ҳозиргача қисилган чурраларни йўқ қилишда энг оддий жарроҳлик усули, чурра дарвозасини маҳаллий тўқималар билан ёпиш устунлик қилади, бу эса операциядан кейинги эрта даврда ҳам, узок муддатли даврда ҳам ноҳуш натижаларга олиб келади, яъни кўп сонли рецидивларга.

Ичак тутилиши билан мураккаблашган операциядан кейинги катта ва улкан ўлчамдаги вентрал чурралари бўлган беморларда, қорин бўшлиғига чурра таркибини бир вақтнинг ўзида киритиш каби жарроҳлик аралашуви катта хавф туғдирадиган алоҳида муаммо ҳисобланади, чунки

ушбу жарроҳлик йўли, доимий ичак парезига олиб келиши мумкин, бу эса қорин бўшлиғида босим ошиши ва кейинчалик юрак ва нафас етишмовчилигининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Шошилиш жарроҳликда синтетик имплантлардан фойдаланиш ҳали ҳам танлов усули эмас ва шу кунгача ушбу турдаги жарроҳлик ёрдамида фойдаланиш учун ягона кўрсатмалар ишлаб чиқилмаган. Қисилган чурралар учун протезли пластик жарроҳлик усуллари кенг жорий этишнинг йўқлиги инфекцияланган ярада синтетик материаллардан фойдаланганда операциядан кейинги яра асоратларини ривожланиш хавфи билан изоҳланади.

Шундай қилиб, мураккаб қисилган чурраси бўлган беморларда таранглашмаган герниопластикадан фойдаланиш масаласи долзарб бўлиб қолмоқда. Ҳозиргача операциядан олдинги, интраоператив ва операциядан кейинги беморни олиб бориш тактикасининг ўзига хос хусусиятлари; мураккаб қисилган чурранинг катталигига, локализациясига қараб пластик жарроҳлик усулини танлаш; катта ва улкан ўлчамдаги операциядан кейинги вентрал қисилган чурралар, қорин олд девори тўқималарининг анатомик етишмовчилиги ва ичак тутилиши шароитида, абдоминал компартмент-синдроми ривожланишининг олдини олишда герниопластикани қўллаш каби масалалар етарлича ёритилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади қисилган вентрал чурраси бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини, таранглашмаган герниопластика усуллари ишлаб чиқиш ва амалга ошириш орқали яхшилашдир.

Иш асосига 2018-2023 йилларда РШТЎИМ Самарқанд филиалига стационар даволанишга ётқизилган, ичак тутилиши ривожланиши билан асоратланган қорин олд деворининг турли жойларида локализацияланган қисилган чурралар бўйича дастлабки танловдан ўтмаган ва жарроҳлик амалиёти ўтказилган 121 нафар беморларнинг проспектив ва ретроспектив

тадқиқотлари натижалари қўйилган. Беморлар клиник кузатувдан ўтказилди ва жарроҳлик аралашувининг табиати ва даражасига қараб икки гуруҳга бўлинди.

Асосий гуруҳ қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган, ичак тутилиши билан асоратланган, синтетик имплантлар ("таранглашмаган" герниопластика) ёрдамида жарроҳлик муолажасидан ўтган 68 бемордан иборат эди. Ушбу гуруҳга чурранинг жойлашиши турли хил бўлган беморлар кирди: Чов чуррасининг қисилиши билан - 23 (33,8%), киндик чурраси қисилиши билан - 19 (27,9%), операциядан кейинги вентрал чурранинг қисилиши билан-26 (38,2%).

Назорат гуруҳи қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган, ичак тутилиши билан асоратланган, анъанавий аутопластика усули ("таранглашган" герниопластика) билан операция қилинган 53 нафар бемордан иборат эди. Ушбу гуруҳ чурранинг локализацияси турли хил бўлган беморлардан иборат эди: Чов чуррасининг қисилиши билан - 15 (28,3%), киндик чурраси қисилиши билан - 17 (32,1%), оперциядан кейинги вентрал чурранинг қисилиши билан – 21 (39,6%).

Асосий гуруҳда беморларнинг ўртача ёши $56,4 \pm 4$ ни ташкил этди, гуруҳда 28 ёшдан 81 ёшгача бўлган беморлар бор эди. Эркаклар сони 31(45,6%) нафар ва аёллар сони 37 (54,4%) нафар эди.

Назорат гуруҳида ўртача ёш $57,6 \pm 3,1$ ни ташкил этди ва бу гуруҳ 27 ёшдан 78 ёшгача бўлган беморлардан ташкил топди. Эркаклар сони 25(47,2%) нафар ва аёллар сони 28 (52,8%) нафар эди.

Катта ёшдаги операция қилинган беморларнинг аксарияти жиддий касалликларга чалинган эди (2.5-жадвал), бу касалликнинг кечиши ва натижасига та'сир қилди. Шу билан бирга, ушбу ёш гуруҳидаги беморларнинг 82 % да 2-3 та ҳамроҳ касалликлар топилди.

Беморларда анамнезни йиғишда, касалхонага ётқизишдан олдин, уларда чурранинг давомийлиги 1 йилдан 20 йилгача бўлган. Ўртача чурра давомийлиги $9,5 \pm 1,7$ йилни ташкил этди.

РШТЁИМ Самарқанд филиали шошилиш тиббий ёрдам бўлимига ётқизилган беморларда қисилиш бошлангандан бошлаб турли даврлар бўлган. Асосий гуруҳда қисилиш пайтидан бошлаб касалхонага ётқизиш вақти 4 дан 144 соатгача бўлган. Ўртача вақт- $27,1 \pm 8,4$ соат. Дастлабки 6 соат ичида 6 (8,8%) нафар бемор касалхонага ётқизилди, 23 (33,8%) бемор 6 дан 12 соатгача, 19 (27,9%) нафар бемор 12 дан 24 соатгача касалхонага ётқизилди ва 20 (29,4%) нафар бемор қисилиш пайтидан бошлаб 24 соатдан кечроқ касалхонага ётқизилди.

Назорат гуруҳида (2-расм) қисилиш пайтидан бошлаб касалхонага ётқизиш вақти 3 дан 144 соатгача бўлган. Ўртача вақт- $22,6 \pm 6,8$ соат. Дастлабки 6 соат ичида 6 (11,3%) нафар бемор касалхонага ётқизилди, 21 (39,6%) нафар бемор 6 дан 12 соатгача, 15 (28,3%) нафар бемор 12 дан 24 соатгача касалхонага ётқизилди, 11 (20,8%) нафар бемор қисилиш пайтидан бошлаб 24 соатдан кечроқ касалхонага ётқизилди.

Датчикни чурра чиқиши майдонида ўрнатишда ва чурра таркибини баҳолашда асосий гуруҳнинг 24 (48%) та ҳолатларида ва назорат гуруҳининг 21 (58%) та ҳолатларида чурранинг таркиби ичакнинг қисилган ҳалқаси бўлиб чиқди (расм. 2.4, 2.5), 18 (36%) ва 15 (42%), ҳолатларда, ўз навбатида, ингичка ичак ва чарви бўлиб чиқди. Чурра суюқлик асосий гуруҳнинг 17 (34%) нафар беморларида ва назорат гуруҳининг 16 (44%) нафар беморларида аниқланган.

Қорин бўшлиғи босими Крөн усули ёрдамида ўлчанди. Қорин бўшлиғи гипертензиясини даражасини баҳолашда Жаҳон жамиятининг АКС (WCACC) шкаласи ишлатилди. I даража- 12-15 мм.сим.уст., II даража - 15-20 мм.сим.уст., III даража - 20-25 мм.сим.уст., IV даража - 25 мм.сим.уст дан ортиқ.

Ичак тутилишининг ривожланиши билан асоратланган қисилган чурралари бўлган иккала гуруҳдаги 46 (36,3%) нафар беморда оғир тизимли компенсацияланмаган касалликлар мавжуд бўлиб, улар анестетик даволаш учун юқори хавф туғдирди.

Беморларнинг аксарияти - 104 (85,9%) нафар - кўпкомпонентли эндотрахеал наркоз остида операция қилинди. Чов чурраси қисилган 10 (8,2%) нафар бемор спинал анестезия остида операция қилинди. 7 нафар 4-5 хавф гуруҳида бўлган беморларда ASA бўйича маҳаллий инфилтрацтон анестезия остида операция ўтказилди.

Йирингли-яллиғланишли асоратларни олдини олиш учун барча беморларга операциядан олдин кенг спектрли антибиотикларнинг кунлик дозаси берилди (III – IV авлод цефалоспоринлари) + операциядан 30 дақиқа олдин 500 мг метрогил.

Ҳаётий муҳим тана орган тизимларининг декомпенсацияси, ҳамроҳ патологияси, шунингдек ичак тутилиши ёки перитонит фонида яққол сув-электролитлар бузилиши бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш интенсив терапия бўлимида ёки тўғридан-тўғри операция хонасида 2 соатдан кўп бўлмаган вақт давомида амалга оширилди.

Операциядан кейинги даврда антибиотик терапияси III-IV авлод цефалоспоринлари + метронидазол ёки фторхинолонлар (ципрофлоксацин) + парентерал метронидазол билан биргаликда амалга оширилди. Операциядан кейинги асоратланмаган даврда антибиотик терапиясининг давомийлиги 5-7 кунни ташкил қилди. Операциядан кейинги даврда яра томонидан асоратлар бўлса, антибиотик, яра ёки дренажнинг таркибини экиб кўришдан кейинги натижаларга асосланиб, ўзгартирилди.

Беморларда ҳамроҳ соматик патология мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, операциядан кейин беморнинг ҳолати барқарорлашгунча, реанимация бўлимида интенсив терапия ўтказилди. Ҳамроҳ юрак ва эндокрин патологияни коррекция қилиш, белгиланган тартибда консултантлар

назорати остида амалга оширилди. Ўткир ошқозон-ичак яраси пайдо бўлишининг олдини олиш учун протон помпаси блокаторлари (кунига 40 мг) буюрилди. Ўпка артерияси тромбози хавфи юқори бўлган беморларда паст молекуляр гепаринлар билан дезагрегант терапияси ўтказилди.

Асосий гуруҳда 31 (42%) нафар беморда ингичка ичакнинг изоляцияланган қисилиши, 23 (36%) нафар беморда чарви билан биргаликда ингичка ичакнинг қисилиши, 9 (14%) нафар беморда ингичка ичакнинг йўғон ичак билан қисилиши кузатилган, йўғон ичакнинг қисилиши 5 (8%) беморларда.

Назорат гуруҳиди аксарият ҳолатларда ингичка ичак қисилиши кузатилган - 21 (45,3%) нафар беморда, 18 (29,3%) нафар беморда ингичка ичак ва чарви қисилиши кузатилган, ингичка ичак ва йўғон ичак қисилиши 9 (16%) нафар беморда, йўғон ичак қисилиши 5 (9,4%) нафар беморда.

Асосий гуруҳда 9 та ҳолатда яшаш қобилияти бўлмаган чарви ва ингичка ичакни резекция қилиш, 14 ҳолатда ингичка ичакнинг некротик майдонини резекция қилиш ва 1 беморда йўғон ичакни резекция қилиш амалга оширилди. Назорат гуруҳида 5 нафар беморда некрозга учраган чарви ва ингичка ичакни резекция қилиш, 13 нафар беморда ингичка ичакни резекция қилиш ва 1 нафар беморда йўғон ичакни резекция қилиш амалга оширилди. Ҳаммаси бўлиб 43 (35,5%) нафар беморда ичак некрози туфайли ичак резекцияси ўтказилган, 41 нафар беморда ингичка ичак, 2 нафар беморда йўғон ичак резекция қилган.

Синтетик имплантни ишлатмасдан қисилган чурраларни жарроҳлик даволашда - "таранглашган" герниопластика (назорат гуруҳи) анъанавий пластик усуллардан фойдаланилган. Қисилган чов чурраларни даволашда Бассини (n=6), Постемски (n=9) усуллари, қисилган киндик чурралари ва ОКВЧ учун Мейо (n=19) ва Сапежко (n=31) усуллари қўлланилган. Гигант вентрал чурралари бўлган 3 нафар беморда ярани

декомпрессив тикилиши амалга оширилган. Операциядан кейинги яра дренажланмаган.

Беморларнинг асосий гуруҳини оператив даволашда, чурраларни режаштирилган жарроҳлик даволашда яхши ишлаб чиқилган "таранглашмайдиган" қорин олд девори пластик жарроҳлигининг турли йўллари қўлланилган (3.2-жадвал).

Шундай қилиб, 23 нафар қисилган чов чурраси бўлган беморларни даволашда чов каналнинг орқа деворига синтетик имплантанти Лихтенштейн усули ёрдамида ўрнатиш қўлланилган. Қисилган киндик ва операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган 45 нафар беморда қуйидаги операциялар ўтказилди:- onlay герниоаллопластикаси 20; - имплантация қилинган эндопротез II шаклидаги чоклар билан тикилган onlay герниоаллопластикаси –16; – нуқсон комбинацияланган усулда тикилмаган онлат + sublay герниопластикаси -9.

Ичак тутилишининг ривожланиши билан асоратланган қисилган чурралар бўйича операциялар пайтида силикон икки учли зондлар ёрдамида интраоперацион ичак декомпрессияси методикаси ўтказилди.

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар учун энетрал терапия глютамин (шартли аламашинмайдиган аминокислота, энтеропротектор ва иммуномодулятор) ва пектин (пребиотик, колоноцитлар учун энергия субстрати, ингичка ичакнинг патоген ва шартли патоген флорасига антибактериал таъсир кўрсатадиган озиқа толаси) дан фойдаланишни ўз ичига олган.

Энетрал терапия операциядан кейинги даврнинг биринчи соатларидан бошлаб пробага тузли эритмани доимий равишда киритиш ва 1% пектин эритмасини фракционал юбориш билан бошланди (таркибнинг аспирацияси фонида: сўрилмаган эритма ва ичак таркиби). Кейинги кунларда ичак полимер полисубстрат, изоколорик озуқа аралашмалари (Нутризон стандарти, Нутриент стандарти, Клинутрен ва бошқалар) қўшилди.

Метаболик касалликларни даволаш ва ингичка ичак шиллиқ қаватининг регенератив жараёнларини яхшилаш учун цитопротектив та'сирга эга препаратлар ишлатилган - глутамин (кунига 15-30 грамм), пектин 1% ли 100 мл эритмаси шаклида кунига 3 маҳал.

Назоэнтерал зонд операциядан кейинги даврнинг 4-5-кунларида барқарор ичак моторикаси ва мустақил нажас тиклангандан сўнг олиб ташланади.

Пластик материални танлаш тўлиқ макротешикли монофиламент полипропилен имплантлари фойдасига қилинди. Асосий гуруҳдаги 68 та операциядан 51 таси (48%) «Ethicon, Johnson & Johnson» компаниялари томонидан ишлаб чиқарилган «Prolene» полипропилен синтетик имплант ёрдамида, 12 таси (16%) операция «Surgi pro» (Covidien), синтетик имплантаси ёрдамида амалга оширилган.) ва 5 (10%) да Vypro имплантати (Ethicon, Johnson & Johnson) ишлатилган. Имплантни маҳкамлаш учун УССС компаниясидан Surgi pro (2-0; 3-0) ва Ethicon (АҚШ) компаниясидан Prolene (2-0; 3-0) монофиламент атравматик тикув материали ишлатилган. Синтетик имплант ишлаб чиқарувчи компанияни танлаш тасодикийдир.

Қисилган чов чурраси бўлган асосий гуруҳ беморларига Лихтенштейн усулидан фойдаланган ҳолда синтетик имплант ёрдамида чурра жарроҳлиги ўтказилди. Тери ва тери ости ёғ тўқималарининг дисексияси чов боғламига параллел ёки чурра чиқиш жойидан юқорида амалга оширилди. Чурра халтаси ажратилди ва очилди, чурра таркиби текширилди ва қўлда маҳкамланди, қисилиш ҳалқаси уруғ тизимчасидан латерал йўналишда ажратилди. Операциянинг кейинги кўлами қисилган органнинг ҳолатига қараб аниқланди. Агар ичак ҳалқаси яшошга мойил бўлса, у қорин бўшлиғига туширилади, агар некроз бўлса, резекция амалга оширилади. Чурра халтаси ажратиб олиниб, бўйин қисмига тикилиб, париетал қорин пардаси даражасида кесилган. Чурра дарвозасининг пластик жарроҳлиги учун 6x11

см ўлчамдаги синтетик имплант ишлатилган. Имплант уруғ тизимчасининг остига жойлаштирилиб, пастдан пупарт боғламига узлуксиз тикув билан ўрнатилди. Имплантнинг юқори қирраси ички қия мушакка тугунли лигатуралар билан тикилди. Ички чов ҳалқаси ҳосил бўлди. Имплантнинг юмалоқ пастки учи сон чурраси ривожланишига йўл қўймаслик учун пубик боғламга юқори пубик лигаментни қўшиб, 2-3 та чок билан маҳкамланган. Уруғ тизимачи имплантнинг устига жойлаштирилди. Тўр усти бўшлиғи Редон буйича битта дренаж ёрдамида дренажланди. Ташқи қия мушакнинг апоневрози уруғ тизимчаси устига узлуксиз тикув билан тикилган.

Қисилган киндик ва операциядан кейинги вентрал чуррада қорин олд деворининг пластик жарроҳлиги ҳажми чурра турига, унинг жойлашишига, ўлчамига ва атрофдаги тўқималарнинг ҳолатига қараб индивидуал равишда танланган.

W1-W2 вентрал чурраси бўлган 20 нафар беморлар учун биз тугунли чоклар билан эндопротез имплантациясини «onlay» усулида тикувсиз герниоаллопластикани амалга оширдик. Қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш, САҚ ривожланишининг олдини олиш учун, қорин бўшлиғини чурра халтаси қопқоғи билан чегаралагандан сўнг, қорин олд девори пластик жарроҳлиги апоневроз устига тўрни тикувсиз усулда ўрнатиш ёрдамида амалга оширилди. Эндопротез тугунли чоклар ёрдамида ўрнатилди. Эндопротезни «onlay» тикувсиз усулда ўрнатишда тактика қуйидагича эди. Чурра халтаси ва чурра дарвозаси ажратилгандан сўнг, апоневроз ажратилди. Кейинчалик, ҳар томондан чурра дарвозасидан 4-5 см каттароқ бўлган полипропилен имплант кесилди. Чурра халтаси қорин бўшлиғига ботирилди, чурра дарвозаси периметри бўйлаб имплант қўйилади ва полипропилен ип (диаметри № 0 ёки 1) ёрдамида тугунли чоклар билан апоневрозга тикилди.

Вентрал чурраси бўлган 16 нафар беморда II шаклидаги чоклар ёрдамида эндопротез имплантацияси билан нуқсонни тикмасдан "onlay" чурра аллопластикасини амалга оширдик. Қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш,

САҚ ривожланишининг олдини олиш учун, қорин бўшлиғини чурра халтаси қопқоғи билан чегаралагандан сўнг, қорин олд девори пластик жарроҳлиги апоневроз устига тўрни тикувсиз усулда ўрнатиш ёрдамида амалга оширилди. Эндопротез II шаклидаги чоклар рдамида ўрнатилди. Қорин бўшлиғини чурра қопининг қопқоғи билан ёпишдан олдин, бу чоклар мушак апоневротик деворининг барча қатламларини қорин пардасигача ушлаб туриш учун олдиндан қўлланилди.

Эндопротезни II шаклидаги чоклар билан қорин деворининг барча қатламлари орқали фиксация қилиш сабаби, таранглашмайдиган пластик жарроҳлик пайтида имплантни "onlay" усулида тугнли чоклар ёрдамида протез периметри бўйлаб фақат апоневрозга фиксация қилишда гуруҳдаги беморлардаги нохуш натижалар эди. Шу тарзда жойлашган ва операциядан сўнг дарҳол апоневрозга чеккаларида маҳкамланган эндопротез, айниқса, семириб кетган беморларда асосий функционал юкни олади. «Onlay» усулида эндопротезини нуқсонни тикмасдан тугунли чоклар билан имплантация қилинган 20 беморнинг 3 тасида операциядан кейин қисқа вақт ичида рецидивлар кузатилди. Бизнинг фикримизча, рецидивнинг сабаби қорин бўшлиғи босими ва тери-ёғли "фартук" нинг тортишиш кучи та'сирида тўрли протезни апоневрозга маҳкамлайдиган чокларнинг чиқиб кетиши ва ажралиб чиқишидир. Шу сабабли, протезнинг юқори қисми маҳкамланган жойда эндопротез пастга силжиган ва шунинг учун қорин деворидаги заиф жой очилган.

10 см дан ортиқ чурра дефекти ва W3-W4 чурра протрузияси ҳажми бўлган асосий гуруҳнинг 9 (17,9%) нафар беморларда комбинацияланган таранглашмайдиган "onlay + sublay" герниопластикаси ўтказилди, я'ни битта имплант қорин бўшлиғини чурра халтаси қопқоғи билан чегаралагандан сўнг мушак апоневроз қатлами орқасига, иккинчи имплант апоневроз устига қўйилди. Қорин бўшлиғини қорин парда билан чегаралагандан сўнг, периметри бўйлаб ўлчами чурра нуқсонининг

ўлчамидан 3 см каттароқ бўлган имплант кесилди, сўнгра тўрли имплантининг четлари П шаклидаги чоклар билан олдиндан тикилди. Имплантнинг дастлабки тикилиши, уни фиксация қилиш техникасини сезиларли даражада соддалаштирди. Эндопротез "sublay" усули бўйича қўйилди (3.4-расм), илгари қўлланиладиган П шаклидаги чоклар апоневроз устидаги барча қатламлардан ўтказилди ва "onlay" ўрнатилган иккинчи эндопротез ушбу чокларга маҳкамланди, яни дубликат яратилди, бу қорин олд деворини сезиларли даражада мустаҳкамлади.

Операциядан кейинги эрта даврни қиёсий таҳлил қилиш мезонлари қуйидагилардан иборат эди: жарроҳлик аралашувининг давомийлиги, операциядан кейинги асоратларнинг мавжудлиги ва табиати, беморларни даволаш муддати, ўлим сони.

Жарроҳлик аралашувининг давомийлигини таҳлил қилганда, ичак тутилишини бартараф этиш бўйича операцияга сарфланган вақт уни йўқ қилиш усулига (ичак резексияси билан ёки усиз) ва қорин олд деворининг пластик жарроҳлик амалиётига боғлиқ эканлиги аниқ. (4.1-жадвал).

"Таранглашган герниопластика" ёрдамида операция қилинган беморларда чов чурра бўйича жарроҳлик аралашувининг ўртача давомийлиги $75,4 \pm 17,3$ дақиқа, Лихтенштейн усули билан - $84,2 \pm 10,4$ дақиқа. Қисилган киндик чурралари учун Мейо ва Сапежко бўйича маҳаллий тўқималар билан пластик жарроҳлигини ўртача вақти $104,4 \pm 17,8$ дақиқа, синтетик имплант қўллаш билан қорин олд деворини реконструкция қилиш - $106,3 \pm 24,0$ дақиқа.

Операциядан кейинги вентрал чурралар учун жарроҳлик аралашувнинг ўртача давомийлиги герниаллопластиканинг onlay ҳажмида 111 ± 43 дақиқа, герниаллопластиканинг onlay+sublay ҳажмида $126 \pm 40,2$ дақиқа.

Қорин бўшлиғи босимининг динамикасини ўрганиш ичак тутилиши билан асоратланган операциядан кейинги қорин бўшлиғи чуррасининг қисилган чурраси бўйича операция қилинган 30 беморда

ўтказилди. Асосий гуруҳда ("таранглашмаган" герниопластика) тадқиқот 16 беморда, назорат гуруҳида ("таранглашган" герниопластика) - 14 беморда ўтказилди. Барча текширилган беморларда дастлабки қорин бўшлиғи гипертензияси бўлган (4.2-жадвал). Бундан ташқари, II ва III даражали ҚБГ 30 бемордан 26 тасида (86,7%) кузатилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида бошланғич ҚББ даражасининг ўртача қиймати $18,8 \pm 1,8$ мм.сим.уст ни ташкил этди; назорат гуруҳида ўртача қиймат сезиларли даражада юқори эмас ва $19,3 \pm 1,6$ мм.сим.уст ни ташкил этди. ($p > 0,05$).

Ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва "таранглашмаган" жарроҳлик пластик усулидан фойдаланиш натижасида асосий гуруҳдаги беморлар операция тугагандан сўнг ҚББни пасайиш тенденциясини аниқ кўрсатдилар ($p < 0,05$). Ўртача ҚББ қийматлари ($14,5 \pm 1,3$ мм.сим.уст) назорат гуруҳига ($17,1 \pm 1,3$ мм.сим.уст) нисбатан анча паст эди.

Операциядан кейинги даврда ҚББнинг ўсиши тенденцияси иккала гуруҳда ҳам операциядан кейинги даврнинг 3-кунига қадар давом этди. Операциядан кейинги 1-куни ўртача ҚББ қиймати асосий гуруҳда $15,6 \pm 1,5$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида - $17,8 \pm 1,1$ мм.сим.уст. 2-куни асосий гуруҳда - $15,9 \pm 0,8$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида - $18,3 \pm 0,7$ мм.сим.уст. Асосий гуруҳда 3-кундаги ўртача ҚББ қиймати $16,2 \pm 0,7$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида - $18,9 \pm 0,7$ мм.сим.уст. 4-куни асосий гуруҳда ҚББ даражасининг $13,3 \pm 0,8$ мм.сим.уст, назорат гуруҳида $16,9 \pm 0,7$ мм.сим.уст гача пасайиши кузатилди.

ҚББ кўрсаткичлари ва НЭЗ бўйича олиб ташланган суюқлик ҳажмлари ўртасидаги корреляцион боғлиқлик операция пайтида дастлабки ҚББ қиймати ва эвакуация қилинган ичак таркибининг ҳажми учун Пирсон корреляция коеффициенти $r = 0,85$ $p < 0,05$ да ижобий бўлди.

НЭИ операциядан кейин ҚББ даражасини пасайтиришга имкон берди. 4 кун давомида мониторинг ўтказилганда, кўрсаткичларда сезиларли

фарқлар билан ҚББнинг 3 кунгача ўсиши қайд этилди ($p < 0,05$). ҚББнинг тақдим этилган динамикаси билан бир вақтда, ичак оқиши ҳажми НЭЗ бўйича 3 кунга кўпайиши, оператив аралашув вақтида эвакуация қилинган суюқликнинг бошланғич ҳажми билан сезиларли фарқ йўқолиши кузатилади. Шундай қилиб, НЭИ ичак таркибини бўшатишни таъминлаш орқали ҚББ даражасини пасайтиришга ёрдам беради.

Операциядан кейинги даврда ингичка ичак тутилишининг тескари ривожланишини баҳолаш учун ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурра бўйича операция қилинган 125 нафар бемордан 14 нафарида жарроҳликдан кейинги дастлабки босқичларда қорин бўшлиғини ултратовуш текшируви натижалари таҳлил қилинди.

14 беморда жами 24 та тадқиқот ўтказилди. Операциядан кейинги 2 кундан 5 кунгача ўтказилган 10 та тадқиқотдан 9 таси ингичка ичакнинг назоэнтерик интубацияси фонида ўтказилди. Ингичка ичак қовузлоқларида газ борлиги барча 14 беморда аниқланган ва 2 дан 10 кунгача ёки ундан кўпроқ вақт давомида ўтказилган барча тадқиқотларда қайд этилган. Жарроҳликдан кейинги 2 ва 3-кунларда ўрганиш давомида 14 беморнинг 2 тасида ингичка ичакнинг бир нечта қовузлоқлари бўшлиғида газ ва суюқлик таркибининг тўпланиши аниқланди. Ингичка ичак бўшлиғининг 4,0-5,0 см гача кенгайиши, девор ва бурмаларнинг алоҳида ҳалқаларда ўртача қалинлашиши, йўғон ичак ўнг қисмларида оз миқдордаги газ билан биргаликда унинг бўшлиғида кўп миқдорда горизонтал суюқлик даражасининг шаклланиши кузатилди. Юқорида тавсифланган ўзгаришлар ингичка ичакнинг назоэнтерик интубацияси фонида 10 дан 34 соатгача бўлган ичак тутилишининг давомийлиги ва операциядан олдин ичак тутилишининг оғир белгилари бўлган беморларда аниқланган. Кейинги динамик мониторингда ингичка ичакнинг газли қовузлоқлари сонининг камайиши, горизонтал суюқлик даражасининг йўқолиши, девор ва

бурмаларнинг шишиши, йўғон ичакнинг бутун узунлиги бўйлаб газ пайдо бўлиши аниқланган.

12 нафар беморда ингичка ичакдаги ўзгаришлар ингичка ичакнинг алоҳида бир бўлакларида (24 та тадқиқотдан 22 тасида) алоҳида тўпланишлар (8 та тадқиқот) ёки диаметри 1.5 дан 3 смгача (14 та тадқиқот) бўлган ичида газ бўлган горизонтал суюқлик даражасисиз (5 та тадқиқот) алоҳида бир қовузлоқларда мавжудлиги билан ёки бўшлиғида ноаниқ суюқлик даражаси билан ифодаланган (9 та тадқиқот). Ингичка ичакнинг алоҳида бир ҳалқаларида шиллиқ қават бурмаларининг қалинлашиши 4 кундан ортиқ давом этган ичак тутилиши билан оғриган беморда назоинтестинал интубация фонида операциядан кейинги 4-куни тадқиқот давомида вентрал чурра фонида бўлган 1 та кузатувда содир бўлган. Барча беморларда йўғон ичакдаги газ ичакнинг бутун узунлиги бўйлаб ўртача миқдорда аниқланган.

Қорин бўшлиғи асоратлари орасида назорат гуруҳидаги 9 нафар беморда (12%) ва асосий гуруҳдаги 3 нафар (6%) беморда операциядан кейинги ичак парези мавжуд бўлиб, у узоқроқ (6-7 кунгача) назоэнтерал интубацияни талаб қилди. Улардан назорат гуруҳидаги 2 бемор интраоператив назоэнтерал интубациядан ўтмаган. Шунга асосланиб, операциядан кейинги ичак парезлари пластик жарроҳликнинг "таранглашиш" усулини билан операция қилинган беморларда "таранглашмаган" усулини қўллаган беморларга қараганда узоқроқ давом этди.

1 та (1,3%) ҳолатда назорат гуруҳидаги беморда ўнг томнолама гемиколонэктомия ва илеостомиядан сўнг операциядан кейинги даврда ёнбош ичакнинг терминал қисмида некроз бор эди, бу эса такрорий операция қилишни талаб қилди. Мейога кўра киндик чуррасини пластик жарроҳлигидан сўнг назорат гуруҳидаги 1 (1,3%) нафар беморда консерватив тарзда бартараф этилган эрта ичакнинг ёпишқоқ тутилиши қайд этилди (қорин дренажи ва НЭИ бажарилмади).

Операциядан кейинги умумий асоратлар (4.5-жадвал) назорат гуруҳининг 15 (20%) беморларида қайд этилган, улар орасида суний ўпка вентиляциясида узок вақт қолиш туфайли асоратлар устунлик қилган - 3 нафар (4%) беморда пневмония, 1 нафар (2,7%) да икки томонлама гидроторакс, 1 нафар (1,3%) беморда йирингли трахеобронхит. Такрорий ўпка артерияси тромбоэмболияси 1 нафар (2,7%) беморда ривожланган. Ўткир миокард инфаркти 2 (2,7%) ҳолатда ташхисланган. 2 (2,7%) ва 1 (1,3%) ҳолларда чуқур веналар тромбози ва тромбофлебит. Ошқозон яраси тарихи бўлган 1 нафар (1,3%) беморда операциядан кейинги даврда ошқозон яраси ва ошқозон-ичакдан қон кетишининг кучайиши билан асоратланган, 3 та ҳолатда сийдикнинг ўткир тутилиши кузатилди.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги умумий асоратлар диапазони унча кенг эмас ва уларнинг учраш тезлиги 11,8% га етади. 1 нафар (2%) беморда ўткир цереброваскуляр бузилиш ташхиси қўйилган, кейинчалик улар ихтисослаштирилган бўлимга ўтказилган. 1 нафар (2%) беморда йирингли трахеобронхит, 1 (2%) беморда пневмония ривожланган. Оёқларнинг чуқур веналари тромбози 2 нафар (4%) беморда қайд этилган. 3 нафар (2%) беморда простата аденомаси мавжудлиги сабабли операциядан кейинги даврда ўткир сийдик тутилиши ривожланди, бу ҳолат эпицистостомияни талаб қилди.

Беморларнинг гуруҳларида умумий асоратларнинг ривожланиши ёшга ва ҳамроҳ келадиган сурункали касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ. Шу билан бирга, назорат гуруҳида устун бўлган бронхопулмонал тизимдан келиб чиқадиган асоратлар қорин бўшлиғи босимининг кўтарилиши туфайли беморларнинг суний ўпка вентиляциясида узок вақт давомида қолишлари билан боғлиқ бўлиб, бу нафас етишмовчилигининг ривожланишига олиб келди.

Ҳар хил турдаги чурраларда операциядан кейинги яра асоратлари учраш тезлигини ва қорин олд девори пластик жарроҳлигининг

турли усуллари таҳлил қилганда, беморларнинг ўрганилган гуруҳларида уларнинг учраш тезлиги ва табиати турлича эканлиги аниқланди.

Маҳаллий тўқималарнинг пластик жарроҳлигидан фойдаланган ҳолда назорат гуруҳида 15 нафар (28,3%) беморда яра асоратлари қайд этилган, улардан 6 нафар (11,3%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши ва иккиламчи таранглашиш билан даволаниши қайд этилган. 5 та (9,4%) ҳолатда юмшоқ тўқималарнинг ултратовуш текшируви серома ташхисини қўйди, бу эса кейинги пункция ва аспирацияни талаб қилди. 2 та (3,8%) ҳолатда маргинал тери некрози, 1 та (1,9%) ҳолатда операциядан кейинги яранинг инфилтрацияси қайд этилди. 2 нафар (3,8%) беморда операциядан кейинги эрта даврда эвентрация кузатилди.

Пластик жарроҳликнинг "таранглашмаган" усуллари қўллаган асосий гуруҳда маҳаллий асоратлар 6 (8,8%) беморда қайд этилган, асоратлар орасида серома кўпинча шаклланган - 2 (2,9%). Операциядан кейинги яра соҳасида инфилтрация 2 нафар (2,9%) беморда кузатилган. Тери ости ёғ тўқималарининг йиринглаши 2 нафар (2,9%) беморларда ичак бўлими резекциясидан кейин содир бўлган. Ҳеч қандай ҳолатда синтетик имплантти олиб ташлаш талаб қилинмади. Лигатур оқмалар ёки абсцесслар аниқланмади.

Қорин олд деворининг чурраси қисилган беморларда операциядан кейинги эрта даврнинг асоратлари таҳлили шуни кўрсатдики, қорин олд деворининг "таранглашишсиз" герниопластикаси ёрдамида яра асоратлари кўпаймаган.

Назорат гуруҳида ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чов чурраси жарроҳлик аралашувлардан сўнг беморларнинг касалхонада бўлиш муддати ўртача $6,5 \pm 6,9$ ётоқ кунини, қисилган киндик чурраси учун $9,8 \pm 5,2$ ётоқ кунини, операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси учун $11,8 \pm 2,8$ ётоқ кунни ташкил этди (4.6 жадвал).

Қисилган чов чурраси жарроҳлиги бўйича асосий гуруҳ беморларини касалхонада ётқизиш давомийлиги $5,4 \pm 2,8$ ётоқ кунини, қисилган киндик чурраси учун $7,4 \pm 5,4$ ётоқ кунини, операциядан кейинги қисилган вентрал чурраси учун $11,7 \pm 6,5$ ётоқ кунини ташкил этди.

Шундай қилиб, ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар учун "таранглашишсиз" герниопластика усулларида фойдаланиш беморларнинг касалхонада қолиш муддатини оширмайди, кузатилган гуруҳларда касалхонага ётқизиш давомийлигидаги фарқи статистик аҳамиятга эга эмас ($p > 0,05$).

Ичак тутилиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган операция қилинган беморларнинг умумий ўлим даражаси 3,3% (4 бемор). Назорат гуруҳида операциядан кейинги ўлим 5,7% (3 бемор), асосий гуруҳда 1,5% (1 бемор) ни ташкил этди.

Назорат гуруҳида 1 та ҳолатда ўлим сабаби ўпка эмболияси бўлса, қолган 2 ҳолатда суний ўпка вентилизациясининг узоқ давом этиши натижасида ўткир кардиореспиратор етишмовчилик ва қорин бўшлиғи босимининг ошиши натижасида икки томонлама пневмония бўлган. Асосий гуруҳда 1 нафар беморнинг ўлими сабаби ўткир миокард инфаркти бўлган. 4 та ўлим ҳолати ҳам 70 ёшдан ошган кекса ва қисилиш давомийлиги 24 соатдан ортиқ бўлган беморларда бўлган.

Операциядан кейинги 1 йилдан 3 йилгача бўлган даврда асосий гуруҳда биз 68 беморнинг 56 тасини (82,3%) текширдик. Назорат гуруҳида 53 нафар бемордан 42 нафари (79,2%) текширилди. Узоқ муддатда жами 121 нафар бемордан 98 нафари (80,9%) текширилди.

“Таранлашмаган герниопластика” ёрдамида операция қилинган беморлар орасида бир йилдан сўнг текширув ўтказилганда 3 нафар (5,4%) беморда операциядан кейинги вентрал чурра қайталаниши аниқланган. Текширилган беморларда лигатур хўппозлар ёки оқмалар кузатилмади.

Назорат гуруҳидаги анъанавий пластик усуллар билан операция қилинган беморларнинг 7 нафарида (19,1%) рецидив аниқланган.

Олинган маълумотларга асосланиб, биз рецидивларнинг асосий фоизи операциядан кейинги вентрал чурра учун пластик жарроҳлик билан операция қилинган беморларда, чурра дарвозаси W3-W4 катталигида бўлишини ва операциядан кейинги биринчи йилда ўзини намоён қилишини аниқладик.

Олинган натижалар асоратланган қисилган чурралар учун танлов усуллари сифатида таранглашишсиз герниопластика усуллари тавсия қилиш имконини беради.

ХУЛОСА

1. Энтерал ва полиорганик етишмовчилигини ривожланиш хавфи бўлган юқори ҚББ бўлган беморларда, таранглашишсиз пластик жарроҳлик усуллари қўллаш, тури ва ҳажмидан қат'и назар, қисилган вентрал чурралар учун учун кўрсатма ҳисобланади. Энтерал интубация ичак етишмовчилигининг профилактикаси ҳисобланади.

2. Ишлаб чиқилган герниопластиканинг П симон фиксация чоклари ёрдамида таранглашишсиз «onlay» (W1-W2 да) усули ва комбинирланган «onlay+sublay» усули (W3-W4 да) компартмент синдром ва чурра рецидивининг хавфини 19,1% дан 5,4% гача камайтиради.

3. НЭИ ва таранглашишсиз пластик жарроҳлик натижасида асосий тадқиқот гуруҳида ҚББнинг пасайишига сезиларли ($p<0,05$) тенденция кузатилди (таққослаш гуруҳида дастлабки $19,3\pm1,6$ операциядан кейин $17,1\pm1,3$ гача пасайди, асосий гуруҳда $18,8\pm1,8$ дан $14,5\pm1,3$ мм.сим.уст гача) кейинги 3 кун ичида тегишли тенденция билан. Қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви ичак тутилиши ва парезларни бартараф этилишини кузатиш имконини берди.

4. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраси бўлган беморларни энтерал етишмовчилик даражаси ва ҚББ даражасига, шунингдек, чурраларнинг тури ва ҳажмига қараб даволашнинг тавсия этилган алгоритми, қорин бўшлиғи асоратлари частотасини 20,7 % дан 4,4% гача камайтириш имконини, операциядан кейинги умумий асоратларни 28,3% дан 11,3% гача, ўлим даражаси 5,2% дан 1,5% гача, яра асоратлари 28,3% дан 8,8% гача пасайтириш имконини берди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Ичак тутилишининг бартараф этилиш даражасини ва имлантант худудида серомаларнинг шаклланишини баҳолаш учун қорин бўшлиғи ва қорин олд деворининг ултратовуш текшируви тавсия этилади.
2. Қисилган киндик чурраси ва W_1 - W_2 ОКВЧ да дастлабки П-симон чоклар ёрдамида эндопротез фиксацияси билан таранглашмаган «onlay» пластик жарроҳлиги тавсия этилади, бу имплант силжишини ва рецидивланишни олдини олади. W_3 - W_4 ОКВЧда– таранглашмаган комбинирланган «onlay+sublay» усулида герниоаллопластика тавсия этилади .
3. Яра асоратларининг олдини олиш учун герниоаллопластика Редон бўйича тўр устидаги бўшлиқни дренажлаш билан яқунланиши керак. Бунда макротешикли имплантларга афзаллик берилади.
4. НЭИ ва ичак лаважи, билан бир қаторда инфузион-трансфузион ва антибактериал терапия мажмуасига пробиотиклар ва физиологик эритмаларни энтерал юборишни киритиш керак.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Абалян А. К. и др. Особенности соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и признаками дисплазии соединительной ткани //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11. – №. 2-2. – С. 348-351.
2. Алиев Р. А., Одишелашвили Г. Д. Исследование объема брюшной полости у больных с вентральными грыжами до и после герниопластики //Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – №. 2. – С. 7-9.
3. Ануров М. В. Влияние структурных и механических свойств сетчатых протезов на эффективность пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки : дис. – Российский национальный исследовательский медицинский университет имени НИ Пирогова, 2014.
4. Паршиков В. В. и др. Атензионная пластика: современное состояние вопроса, проблемы и перспективы //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4. – №. 3. – С. 612-618.
5. Барт И. И. и др. Особенности ассоциации соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки и полиморфизма генов матриксных металлопротеиназ //Фундаментальные исследования. – 2013. – №. 2-1. – С. 28-34.
6. Борисова, И.Ю. Оценка частоты рецидивов после операций грижесечения в зависимости от индивидуальных особенностей соединителной ткани пасиентов [текст] / И.Ю. Борисова, Л.Э. Славин и соавт. // Мат. 10-й конф. "Актуалние Вопросы герниологии". – Москва, 2013. – С. 25-26.

8. Бондарев, В.А. Ресидиви протезирующей герниопластики [текст] / В.А. Бондарев // Актуальные Вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2012. – С. 43-45.

9. Бубович, Э.В. Патогенетический подход к периоперационному мониторингу интраабдоминального давления у пациентов с большими и гигантскими грижами [текст] / Э.В. Бубович, В.В. Дарвин, Н.А. Барбашинов // материалы X конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С. 32 -34.

10. Ботезату, А.А. Комбинированная пластика гриж передней брюшной стенки с использованием аутодермального трансплантата [текст]: Автореф. дис. ... Д-ра мед. наук / А.А. Ботезату. – М., 2012. – 37 с.

11. Володкин, В.В. Паховые грижи, причины возникновения, Современные способы лечения, профилактика рецидивов [текст] / В.В. Володкин, Н.Г. Харкевич // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2013. – Т. 12. – № 4. – С. 51-58.

12. Власов, А.В. Проблема раневых осложнений при эндопротезировании брюшной стенки по поводу вентральных гриж [текст] / А.В. Власов, М.В. Кукош // Современные технологии в медицине. – 2013. – №5(2). – С.116-124.

13. Власов, И.С. Прогнозирование вероятности развития сером при эндопротезировании вентральных гриж [текст] / И.С. Власов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №2. – С. 40.

14. Влияние экзогенных эмбриональных фибробластов на соотношение коллагена I и III типов в тканях парапротезной капсулы у

Мишей [текст] / И.С. Иванов [и др.] // Цитология. – 2012. – Т. 54, №10. – С. 783-789.

15. Возможности и преимущества бесшовной пластики брюшной стенки с применением различных синтетических эндопротезов (экспериментальное исследование) [текст] / В.А. Ходак [и др.] // Современные технологии в медицине. – 2012. – №2. – С.31-36.

16. Возможные предикторы и морфологические аспекты развития сероми после пластики грижи передней брюшной стенки [текст] / В.И. Белоконев [и др.] // Материали XII конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2014. – С.17-19.

17. Восстановление функций Мишс живота после реконструктивной герниопластики [текст] / Р.И. Райляну [и др.] // Материали X конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С. 130-132.

18. Галкин Р.А. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение [текст]: монография / Р.А. Галкин, И.Г. Летшенко. – 2-э изд., перераб. и доп. – М.: Геотар Медиа, 2013. – 372 с.

19. Гафаров, Г.Н. Выбор синтетического материала для герниопластики (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Н. Гафаров. – Курск, 2015. – 19 с.

20. Герниология: Практическое руководство [текст] / С.А. Колесников [и др.]: под общ. Ред. С.А. Колесникова. – Белгород: Белгородская областная типография, 2014. – 276 с.

21. Гиганцкая пахово-мошоночная грижа [текст] / С.В. Иванов [и др.] // Новости хирургии. – 2015. – №2. – С. 226 -230.

22. Гривенко, С.Г. Возможные пути уменьшения местной реакции тканей на полипропиленовый сетчатый эндопротез при эго имплантации в ткани передней брюшной стенки [текст] / С.Г. Гривенко // материалы XII конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2014. – С. 39-41.
23. Гуляев, М.Г. Динамика результатов при лечении больных грижами в зависимости от способа операции [текст] / М.Г. Гуляев // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. – №1-2. – С. 116-119.
24. Дженг, Ш. Хирургическая тактика лечения больных с паховыми грижами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш. Дженг. – Москва, 2015. – 17 с.
25. Зайнутдинов, А.М. Лапароскопическая герниопластика и качество жизни больных с использованием различных сеток [текст] / А.М. Зайнутдинов, Р.Ю. Якубов // материалы X конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С. 53-54.
26. Зашита кишечника от контактной травмы при внутрибрюшной пластике [текст] / Э.П. Кривотшеков [и др.] // Вестник хирургии Казахстана: тез. III конгресса хирургов Казахстана с международным участием "Инновации в хирургии". – 2012. – С. 252.
27. Иванов, И.С. Стратегия выбора способа пластики гриж передней брюшной стенки (экспериментально-клиническое исследование): дис. ... докт. мед. наук. / И. С. Иванов. – Курск, 2013. – 267 с.
28. Измайлов, А.Г. Методы профилактики Гнойно-воспалительных раневых осложнений после оперативных вмешательств по поводу ущемленных послеоперационных вентральных грижах у больных с сахарным диабетом / А.Г. Измайлов, С.В. Доброквашин, Д.Э. Волков // альманах ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. – 2015. – №2. – С. 604-605.

29. Инфекционно-воспалительные осложнения и ИХ профилактика при вентральных грижесечениях с использованием сетчатых эндопротезов [текст] / А.Н. Айдемиров [и др.] // Актуальные Вопросы герниологии: материалы 10-й конф. – М., 2013. – С.13-15.

30. Исаев, Г.Б. Динамика внутрибрюшного давления и ее Влияние на функцию внешнего дыхания в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу больших вентральных гриж [текст] / Г.Б. Исаев, Н.З. Мусаева // Централно-Азияцкий медицинский журнал имени М. Миррахимова. – 2015. – ВИП. 21, №1. – С. 101-104.

31. Использование клеточных технологий с целью улучшения свойств соединительной ткани в эксперименте [текст] / И.С. Иванов [и др.] // Новости хирургии (Витебск). – 2012. – Т. 20, №4. – С. 3-8.

32. К оценке лечения ущемленных гриж [текст] / В.В. Рибачков [и др.] // Материалы X конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С.134-136.

33. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т. Лапароскопическая герниопластика в хирургическом лечении паховых гриж // медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – №. 2. Стр. 113-119.

34. Клеменов, А.В. Наследственные нарушения соединительной ткани: современный подход к классификации и диагностике (обзор) [текст] / А.В. Клеменов, А.С. Суслов // Современные технологии в медицине. – 2014. – Т. 6. – № 2. – С. 127-137.

35. Клинический опыт хирургического лечения вентральных гриж у больных с избыточной Массой тела и ожирением [текст] / О.В. Галимов [и др.] // Материалы Междунар. конф. "Трудные грижи". – М., 2012. – С. 1-2.

36. Козлов, М.Н. К вопросу о профилактике ранних послеоперационных осложнений при вентральных грижах [текст] / М.Н. Козлов, С.А. Иванов, Э.П. Кривотшеков // материалы X конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С.72-74.

37. Кривотшеков, Э.П. Хирургия вентральных гриж [текст] / Э.П. Кривотшеков. – Самара: Самлюкспринт, 2014. – 152 с.

38. Критерии прогнозирования грижевой болезни [текст] / И.С. Иванов [и др.] // Материалы 10-й конф. "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С.61-63.

39. Кукош, М.В. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндопротезировании вентральных гриж [текст] / М.В. Кукош, А.В. Власов, Г.И. Гомозов // Новости хирургии. – 2012. – №5. – С.32-37.

40. Лапароскопические пластики вентральных гриж [текст] / И.А. Криворучко [и др.] // Сучасні медичні технології. – 2012. – №4. – С.30-32.

41. Легкие или композитные эндопротезы для герниопластики: выбор материала на основании экспериментального изучения ИХ биосовместимых свойств [текст] / А.А. Нетяга [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №5. – С. 370.

42. Маркова, Я.А. Выбор способа герниопластики послеоперационного ведения пациентов с вентральными грижами [текст] / Я.А. Маркова // Новости хирургии. – 2012. – Т.20, №5. – С. 24-31.

43. Морфология интегрирования синтетической сетки при пластике брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грижи. Клиническое исследование [текст] / А.С. Эрмолов [и др.] // Материалы XII конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2014. – С. 51-53.

44. Мохов, Э.М. О Ресидивах заболевания и качестве жизни пациентов после операций устранения гриж передней брюшной стенки с использованием биологически активного хирургического шовного материала [текст] / Э.М. Мохов, Н.Г. Эвтушенко // Хирургическая практика. – 2013. – №3. – С.60-64.

45. Мохов, Э.М. Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении гриж передней брюшной стенки [текст] / Э.М. Мохов, Н.Г. Эвтушенко, А.Н. Сергеев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5(4). – С. 648-654.

46. Насибян, А.Б. Выбор способа операции у больных с ресидивной паховой грижей после аутопластических и протезирующих грижесечений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б. Насибян. – Самара, 2014. – 21 с.

47. Ненатяжная интраперитонеальная пластика с помотшю клеевой композисии [текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5(1). – С. 76-79.

48. Ненатяжная пластика в хирургии гриж брюшной стенки [текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – №5. – С. 74-79.

49. Нетяга А.А. Сравнительное экспериментальное исследование биомеханических свойств стандартних, легких и композитних эндопротезов для пластики брюшной стенки после ИХ имплантасии [текст] / А.А. Нетяга, А.О. Парфенов, В.А. Жуковский // Фундаментальные исследования. – 2013. – №9-5. – С. 875-880.

50. Овчинников, В.А. Абдоминальный компартмент синдром [текст] / В.А. Овчинников, В.А. Соколов // Современные технологии в медицине. – 2013. – №5(1). – С.122-129.
51. Оперативное лечение гриж передней брюшной стенки [текст] / Ю.С. Винник [и др.]. – Красноярск, 2011. – 260 с.
52. Осложнения хирургического лечения вентральных гриж [текст] / В.А. Самарцев [и др.] // Материалы X конференции "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2013. – С. 136-137.
53. Особенности иннервации прямых Мышц живота у людей с различными типами телосложения [текст] / А.А. Скипидарников [и др.] // Человек и Его Здоровье. – 2013. – №1. – С.21-26.
54. Островский В.К., Филимончев И.Э. Факторы риска рецидивов паховых гриж // хирургия. – 2010. – №. 3. – С. 45-48.
55. Островский, В.К. Рецидивные паховые грижи [текст] / В.К. Островский, И.Э. Филимончев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2013. – №3. – С. 110 - 112.
56. Паршиков, В.В. Протезирующая пластика брюшной стенки в лечении вентральных и послеоперационных гриж: классификация, терминология и технические аспекты (обзор) [текст] / В.В. Паршиков // Современные технологии в медицине. – 2015. – Т. 7, №. 2. – С. 138-152.
57. Патогенез и профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений при больших вентральных грижах [текст] / В.Г. Лубянский [и др.] // Хирургия. – 2008. – №1. – С. 30-32.

58. Петренко, Д.Г. Определение риска возможного абдоминального компартмент-синдрома при мультиспиральной компьютерной томографии у пациентов с вентральными грижами [текст] / Д.Г. Петренко, Э.П. Шармазанова, А.Н. Бортний // Радиология - Практика. – 2014. – № 6 (48). – С.31-39.

59. Петров, В.В. Ненатяжная интраперитонеальная пластика брюшной стенки композитными эндопротезами (экспериментальное исследование) [текст] / В.В. Петров // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №2. – С.161-170.

60. Пискунов, А.С. Выбор операции у больных с паховыми грижами с учетом дисплазии соединительной ткани: дис. ... канд. мед. наук / А.С. Пискунов. – Перм, 2011. – 96 с.

61. Пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами с помощью Клея в эксперименте [текст] / В.В. Паршиков [и др.] // СТМ. – 2013. – №5(2). – С.14-19.

62. Пономарева Ю.В. Оперативное лечение вентральных гриж с позиции морфологии регенеративных процессов / ю.В. Пономарева. – дисс. докт. мед. наук. – Москва, 2018. – 320 с.

63. Применение клеевых композиций в герниологии [текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Медисинский альманах. – 2012. – №2 (21). – С.261-264.

64. Протасов, А.В. Влияние материала имплантата при паховой герниопластике на репродуктивную функцию мужчин [текст] / А.В. Протасов, И.В. Виноградов, А.В. Блохин // материалы 9-й Всерос. конф. "Актуальные Вопросы герниологии". – М., 2012. – С.175-176.

65. Протезирующие операции при резидивной грыже передней брюшной стенки [текст] / Н.А. Пострелов [и др.] // Актуальные Вопросы герниопластики: материалы XII конф. – М., 2014. – С. 100-102.

66. Профилактика и лечение инфекционных раневых осложнений при протезирующих грыжесечениях [текст] / А.Г. Сонис [и др.] // Раны и раневая инфекция. Журнал им. проф. Б.М. Костиченко. – 2014. – Т. 1, №2. – С.16-23.