

ҚИСИЛГАН ҚОРИН ЧУРРАЛАРИДА ТАРАНГЛАШМАГАН ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН УСУЛЛАРИ



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Хурсанов Ёкуб Эркин ўгли
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Хурсанов Ёкуб Эркин ўгли
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

IMPROVED METHODS OF NON-TENSION HERNIOPLASTY FOR STRANGED VENTRAL HERNIA

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Khursanov Yokub Erkin ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammi.uz

Резюме. Қорин олд деворининг қисилган чурраси билан оғриган, ичак тутилиши ривожланиши билан мураккаблашган, анъанавий ва таранглашмаган герниопластика усулларида фойдаланган ҳолда операция қилинган 121 нафар беморни даволаш натижалари келтирилган. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар бўйича жарроҳлик пайтида энтерал интубация ва ичак декомпрессияси қорин ички босимининг кучайиши билан курашиш ва ушбу патологияда ичак этишмовчилиги синдромини олдини олишнинг асосий чораларидан биридир. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар учун синтетик имплантлардан фойдаланиш операциядан кейинги жароҳатнинг эрта маҳаллий асоратларини камайтиради. Мураккаб қисилган чурраси бўлган беморларда таранглашмаган герниопластика қўллаш натижасида чурра қайталаниш частотаси 33,3% дан 2,8% гача камайди.

Калит сўзлар: қисилган чурра, таранглашмаган герниопластика.

Abstract: The results of treatment of 121 patients with strangulated hernia of the anterior abdominal wall, complicated by the development of intestinal obstruction, operated using traditional and tensionless repair methods are presented. Enteral intubation and intestinal decompression during surgery for strangulated hernias complicated by intestinal obstruction is one of the main measures to combat increased IAP and prevent intestinal failure syndrome in this pathology. The use of synthetic implants for strangulated hernias complicated by intestinal obstruction reduces the incidence of early local wound complications, including postoperative wound hematomas. In patients with complicated strangulated hernias, the use of tension-free hernioplasty helps reduce relapses from 33.3% to 2.8%.

Key words: Constrained hernia, tension-free hernioplasty.

Мавзунинг долзарблиги. Эришилган ютуқларга карамай, қорин девори чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини қониқарли деб булмайди [3]. Операциядан кейинги асоратлар 50% га [6, 7], улим даражаси 2-4% ни ташкил қилади, бу қисилган ичак тутилишининг ривожланиши билан ичак қовузлоклар бўлишининг юқори частотаси (70% дан ортик) билан боғлиқ бўлиб, шунингдек, сезиларли улушда, қарийб 40% [2, 4] ни ташкил этган кекса ва қари ёшдаги беморларда учрайди. Қониқарсиз даволаш натижаларининг асосий сабаблари пластик жарроҳлик усулини нотўғри танлаш, қорин дево-

ри туқималарида сезиларли таранглашиш, қорин бўшлиғи ҳажмининг камайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12,0% да қорин бўшлиғи-компартмент синдромининг ривожланиши саналади [1, 5, 10].

Фавқулодда жарроҳликда синтетик имплантлардан фойдаланиш ҳали ҳам танлов усули эмас ва бу турдаги жарроҳлик усули ёрдамидан фойдаланиш учун ягона курсатмалар ҳали ишлаб чиқилмаган [3, 8]. Қисилган чурраларни тузатишнинг протез усуллари кенг қўллашнинг ёққлиги инфекцияланган ярада синтетик материаллардан фойдаланганда операциядан кейинги яра асорат-

ларини ривожланиш хавфи билан изоҳланади [6, 9, 11].

Тадқиқот мақсади. Қорин олд деворининг мураккаб қисилган чурралари билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашда таранглашмаган герниопластика ёрдамида даволаш усулларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш орқали яхшилаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқотни амалга ошириш учун иш қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган, ичак тутилишининг ривожланиши билан асоратланган, пластик жарроҳликнинг анъанавий ва таранглашмаган усулларида фойдаланган ҳолда 2018-2022 йилларда РШТЁИМ Самарқанд филиалида стационар даволанган 125 нафар беморни даволаш натижаларига асосланди.

Натижалар: Асосий гуруҳ таранглашмаган пластика қилинган асоратланган чурраси бўлган 50 нафар бемордан иборат. Назорат гуруҳига анъанавий пластик жарроҳлик усулларида фойдаланган ҳолда операция қилинган, асоратланган чурраси бўлган 75 нафар бемор киритилди.

Сон чурраси ва чурра ҳалтасининг флегмонаси бўлган беморлар тадқиқотга киритилмаган. Иккала гуруҳдаги 28 нафар (22,4%) беморларда катта ва гигант вентрал чурралар мавжуд эди.

Ҳар иккала таҳлил қилинган гуруҳдаги операция қилинган беморларнинг асосий ёш тоифалари касалликнинг кечиши ва натижасига таъсир курсатадиган жиддий касалликларга чалинган кекса ва қари ёшдаги одамлардир. Шу билан бирга, қари ёшдаги беморларнинг 82 % да 2-3 та ҳамроҳ касалликлар аниқланган.

Иккала гуруҳда ҳам қисилган пайтидан бошлаб касалхонага ётқизиш вақти 3 дан 144 соатгача бўлган. Ўртача вақт мос равишда $27,1 \pm 8,4$ соат ва $22,6 \pm 6,8$ соатни ташкил этди, бу тиббий ёрдамга кеч мурожат қилишни кўрсатди.

Асосий гуруҳда 21 нафар (42%) беморда ингичка ичакнинг изоляцияланган қисилиши, 18 тасида (36%) чарви билан биргаликда ингичка ичакнинг қисилиши, 7 тасида (14%) ингичка ичакнинг йўғон ичак билан қисилиши кузатилган. 4 нафарида беморда (8%) чамбар ичакнинг қисилиши қайд этилган.

Назорат гуруҳида, шунингдек, кўп ҳолларда - 34 нафар (45,3%) беморда ингичка ичакнинг қисилиши, 22 тасида (29,3%) ингичка ичак ва чарвининг қисилиши, 12 тасида (16%) ингичка ичак ва йўғон ичакнинг қисилиши, чамбар ичакнинг қисилиши 7 тасида (9,4%) кузатилди.

Асосий гуруҳда 7 та (14%) ҳолатда ҳаётга яроқсиз бўлган чарви ва ингичка ичакни резекция қилиш, 5 (10%) ҳолатда ингичка ичакнинг некротик майдонини резекция қилиш амалга оширилди. Назорат гуруҳида 9 (12%) беморда некротик чарви ва ингичка ичак резекцияси, 10 нафар (13,3%)

беморда ингичка ичак резекцияси, 3 (4%) беморда чамбар ичак резекцияси амалга оширилди.

Қисилган чурраларни даволашда синтетик имплантни ишлатмасдан қилинган таранглашмаган герниопластика, анъанавий пластик усуллардан фойдаланилган. Қисилган чов чурраларни даволашда Бассини, Постемски, Жирар-Спасокукоцкий усуллари, қисилган киндик чурралари ва операциядан кейинги вентрал чурралар учун Мейо ва Сапежко усуллари қўлланилган. Катта вентрал чурралари бўлган 3 та ҳолатда операциядан кейинги жароҳатни декомпрессив тикиш амалга оширилди. Операциядан кейинги ярани дренажлаш ўтказилмади.

Беморларнинг асосий гуруҳида қисилган чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашда қорин олд деворини пластик жарроҳликнинг турли хил «таранглашмаган» усуллари қўлланилган.

Шундай қилиб, 12 нафар (24%) беморда қисилган чов чурраларни даволашда чов каналнинг орқа деворига синтетик ёки биологик имплант ўрнатиш билан Лихтенштейн усули қўлланилган. 27 (54%) нафар беморда қисилган киндик ва операциядан кейинги қорин бўшлиғи чурраси бўйича операциялар пайтида қорин олд деворини реконструкция қилиш усули қўлланилган бўлиб, бу чурра дарвозаси бартараф этилгандан сўнг, қорин оқ чизиғи ва қорин бўшлиғи мушаклари билан солиштиришни ўз ичига олган.

Қорин олд девори коррекцияси операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган 5 нафар (10%) беморда амалга оширилди (чурра дарвозаси ўлчами 10-15 см дан ортиқ (W3- W4), бу эса қорин бўшлиғининг маълум диастазасининг шаклланишини, тўғри қорин мушаклари ва қорин бўшлиғи ҳажмининг ортиши, назарда тутди. Операциядан кейинги қорин бўшлиғи чурраси билан оғриган 6 нафар (12%) беморда қорин олд деворининг тўқималари етишмовчилигида қўшимча трансплантат ёрдамида комбинирланган герниоаллопластика ўтказилди. 2 нафар беморда қорин олд деворини реконструкция қилиш усули апоневрознинг олдинги варағини протезлаш билан, 1 та беморда орқа апоневроз варақни протезлаш билан 3 нафар беморда қорин олд деворини орқа ёки олд қисмига протезлаш орқали даволаш усуллари қўлланилди. Бундай операциялар қисилган ва ичак тутилиши бартараф этилгандан сўнг чурра таркибининг қорин бўшлиғига ҳаракатланиши қорин девори тўқималарида сезиларли таранглашиши қориндаги босим, нафас олиш пайтида қорин босими ошиши ва аппарат қаршилигининг ривожланиши билан бирга бўлганда амалга оширилди.

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраси бўлган 54 нафар (43,2%) беморларда антибиотикларга сезувчанлиги аниқлаш

учун чурра суюқлиги флорасининг экмаси ўтказилди; экссудатнинг табиати шаффофлиги жиҳатидан шаффоф рангсиздан, геморрагик хира ранггача. 45 та (36%) ҳолатда чурра суюқлиги экмаси стерил бўлиб чиқди; 9 та (7,2%) ҳолатда, чурра қопчасида ингичка ичак қовузлоки қисилганда, экма пайтида *E.Coli* нинг кўпайиши қайд этилган бўлиб, унинг ишемияси, некрози ва ичак қисилишида *E.Coli* нинг чурра халтасига чиқиши пайтида қисилган ичак деворининг ўтказувчанлиги ошиши натижасида юзага келади.

Ичак тугилиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган 94 нафар (75%) беморда касалхонага ётқизилгандан сўнг рентген текшируви ўтказилди. Қорин бўшлиғини ўрганиш натижаларини таҳлил қилганда, ичак етишмовчилиги синдроми ривожланиши билан асоратланган қисилган чурраларнинг энг кенг тарқалган рентгенологик белгилари кўп горизонтал даражаларнинг шаклланиши ингичка ичакнинг кенгайган қовузлоқларида суюқлик - 53% билан паст ингичка ичак тугилишининг белгилари эканлиги аниқланди. Олинган натижалар шуни тасдиқлайдики, рентген текшируви усули ичак тугилиши белгиларини аниқлаш учун турли жойларда қисилган чурраларни ташхислашда етакчи ўринни эгаллайди.

Ультратовуш текшируви асосий гуруҳдаги 47 нафар (94%) ва назорат гуруҳидаги 31 нафар (86%) беморларда ичак тугилиши билан асоратланган қисилган чурра ташхисини тасдиқлашга имкон берди, бу эса шошилиш жарроҳлик амалиётига кўрсатма булди. Ультратовуш текшируви қорин олд деворининг чурраларини, чурра қопининг таркибини аниқ ташхислаш ва қисилиш мавжудлигини баҳолаш имконини берди. Замонавий технологиялар чурра дарвозаси майдонини, шунингдек, чурра қопчаси шакли, топографияси ва ҳажмини аниқлаштиришга имкон берди.

Жарроҳлик аралашувининг давомийлигини таҳлил қилганда, қорин олд деворининг пластик жарроҳлик амалиётига сарфланган вақт чурранинг жойлашишига, чурра нуқсонининг улчамига ва танланган герниопластика ҳажмига боғлиқ. «Таранглашган герниопластика» ёрдамида операция қилинган беморларда чов чурра бўйича жарроҳлик аралашувининг ўртача вақти $85,4 \pm 17,3$ дақиқа, Лихтенштейн усули бўйича пластик жарроҳлик билан - $94,2 \pm 10,4$ дақиқа. Киндик чурралари қисилганда, Мейо ва Сапежко бўйича маҳаллий туқималар билан даволашнинг ўртача вақти $124,4 \pm 17,8$ дақиқа, қорин олд деворини реконструкция қилиш йўли билан синтетик имплант қўллаш билан - $126,3 \pm 24,0$ дақиқа. Операциядан кейинги вентрал чурралар, айниқса катта ва гигантлар ҳажмли чурралар учун операция давомийлиги ошди, чунки янада мураккаб герниопластика усуллари талаб қилинди. Шундай

қилиб, ушбу гуруҳда «таранглашган» усуллари-дан фойдаланган ҳолда жарроҳлик аралашувининг ўртача вақти $137,7 \pm 14,0$ дақиқани, «таранглашмаган» герниопластика учун ўртача вақт - $179,1 \pm 28,8$ дақиқани ташкил этди.

Қорин олд деворини реконструкция қилиш доирасида операциядан кейинги вентрал чурралар учун жарроҳлик аралашувининг ўртача давомийлиги 172 ± 43 дақиқа, қорин олд деворини коррекция қилиш доирасида $186 \pm 40,2$ дақиқа. Комбинацияланган герниопластика усуллари-дан фойдаланган ҳолда гигант операциядан кейинги вентрал чурралар бўлса, операция вақти ўртача 20 дақиқага кўпайди (ўртача вақт $202,1 \pm 49,3$ дақиқа эди), бу қорин олд деворини қушимча протезлаш зарурати билан боғлиқ.

30 нафар беморда қорин бўшлиғи босими даражасининг динамикасини ўрганиш ўтказилди. Асосий гуруҳда (таранглашмаган герниопластика) тадқиқоти 16 нафар беморда, назорат гуруҳида (таранглашган герниопластика) 14 нафар беморда ўтказилди. Барча текширилган беморларда дастлабки қорин бўшлиғи гипертензияси бўлган, 30 нафар беморнинг 26 тасида (86,7%) II ва III даражали қорин ичи бўшлиғи чурралари кузатилган. Беморларнинг асосий гуруҳида бошланғич қорин ичи босими даражасининг ўртача қиймати $18,8 \pm 1,8$ мм. Сим.уст.га тенг, назорат гуруҳида ўртача қиймат сезиларли даражада юқори эмас эди ва $19,3 \pm 1,6$ мм. Сим.уст ни ташкил этди.

Ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва асосий гуруҳдаги беморларда «таранглашмаган» пластикадан фойдаланиш натижасида жарроҳлик аралашув охирида қорин ичи бўшлиғи босимининг пасайиши тенденцияси аниқ. Ўртача қорин ичи босими қийматлари ($14,5 \pm 1,3$ мм. Сим.уст) назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада паст эди ($17,1 \pm 1,3$ мм. Сим.уст). Жарроҳликдан кейинги даврда қорин ичи босимининг кўтарилиш тенденцияси иккала гуруҳларда ҳам операциядан кейинги 3 кунгача сақланиб қолди. Операциядан кейинги 1-куни ўртача ҚИБ 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-куни ўртача ҚИБ қиймати $16,2 \pm 0,7$ мм. Сим.уст, назорат гуруҳида - $18,9 \pm 0,7$ мм. Сим.уст. 4-кунида асосий гуруҳда ҚИБ даражасининг $13,3 \pm 0,8$ мм. Сим.уст, назорат гуруҳида $16,9 \pm 0,7$ мм. Сим.уст пасайиши кузатилди.

ҚИБ параметрлари ва назоэнттерик трубка томонидан чиқарилган суюқлик ҳажми ўртасидаги корреляция ҚИБнинг дастлабки қиймати ва операция вақтида ажратилган ичак таркибининг ҳажми учун ижобий булиб чиқди. Операциядан кейинги даврнинг 3-кунида ҚИБ ва

ичакдан оқинди микдори ўртасида сезиларли ва ижобий корреляция қайд этилди.

4 кун давомида кузатилганда, кўрсаткичларда сезиларли фарқлар билан ҚИБнинг 3 кунгача узиши қайд этилди. ҚИБнинг тақдим этилган динамикаси билан бир вақтда, операция вақтида ажратилган суюқликнинг бошланғич ҳажми билан сезиларли фарқ йўқолиши билан назоэнтэрал зонддаги ичак суюқлиги оқиши ҳажми 3-кунда кўпаяди. Ичак таркибини бушатишни таъминлаш орқали ҚИБ даражасини пасайтиришга ёрдам беради. Шундай қилиб, операциядан кейинги даврнинг фақат 4-кунгача ошқозон-ичак трактининг сурилиш функцияси тикланади, бу операциядан кейинги ичак парезининг клиник ечими, ҚИБ даражасининг кўрсаткичлари ва зонд орқали ичакдан чиққан суюқлик микдори билан тасдиқланади. Операциядан кейинги дастлабки босқичларда қорин бўшлиғининг рентгенологик текшируви энтерал зонднинг ҳолатини баҳолаш, ингичка ва йўғон ичакдаги газлар нисбати ва операциядан кейинги ичак парезлари динамикасини аниқлаш имконини берди. Назоэнтэрал найчани олиб ташлаш операциядан кейинги даврнинг 4-5 кунда барқарор ичак моторикасини ва ўз-ўзидан ичак ҳаракатини тиклашдан сўнг амалга оширилди.

Натижалар ва унинг муҳокамаси. Қорин бўшлиғи асоратлари орасида назорат гуруҳидаги 9 нафар бемор (12%) ва асосий гуруҳдаги 3 нафар (6%) беморда операциядан кейинги ичак парези мавжуд бўлиб, у узокроқ (6-7 кунгача) назоэнтэрал интубацияни талаб қилди. Шунга асосланиб, биз «таранглашмаган» герниопластика, «таранглашган» герниопластикага қараганда қорин бўшлиғида асоратларни ривожланиш хавфи пастроқ деган хулосага келишимиз мумкин.

Операциядан кейинги умумий асоратлар назорат гуруҳидаги 15 нафар (20%) ва асосий гуруҳдаги 8 нафар (16%) беморда қайд этилган. Беморларнинг барча гуруҳларида умумий асоратларнинг ривожланиши ёшга ва бирга келадиган сурункали касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ. Шу билан бирга, назорат гуруҳида (8%) устун бўлган бронхопулмонар тизимнинг асоратлари қорин ичи бўшлиғи босимининг ошиши туфайли беморларнинг механик вентиляцияда узок вақт қолиши билан боғлиқ бўлиб, бу нафас етишмовчилиги ривожланишига олиб келди.

Операциядан кейинги яра асоратларининг умумий частотаси 22,4% (28 бемор). Маҳаллий туқималарни пластик жарроҳлик қўллаган назорат гуруҳида 20 (16%) беморда яра асоратлари қайд этилган, улардан 9 нафар (7,2%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши ва иккиламчи ният билан даволаниши қайд этилган. 5 нафар (4%) ҳолатда юмшоқ туқималарнинг ултратовуш текшируви йирингли таранглашиш

ташхисини қуйди, бу эса қушимча пунксия ва аспиратсияни талаб қилди. 2 та (1,6%) ҳолатда тери бир қиррасининг некрози, 1 та (0,8%) ҳолатда операциядан кейинги яранинг инфилтрацияси қайд этилган. 2 нафар (1,6%) беморда операциядан кейинги эрта даврда эвентрация ҳолатлари кузатилди.

«Таранглашмаган» усулларини қўллаган асосий гуруҳда маҳаллий асоратлар 8 нафар (6,4%) беморда қайд этилган, асоратлар орасида йиринг энг кўп шаклланган - 4 (3,2%). Операциядан кейинги яра соҳасида инфилтрация 2 та (1,6%) беморда кузатилган. Тери ости ёғ туқималарининг йиринглаши 2 та (1,6%) беморларда ичак бир қисмининг резекциясидан кейин содир бўлган.

«Таранглашмаган» пластикадан фойдаланганда, 24 та (48%) ҳолатда қорин олд деворининг юмшоқ туқималарини ултратовуш текшируви билан 0,1 см дан 1,5 см гача бўлган клиник жиҳатдан аҳамиятсиз суюқлик тупланиши ташхиси қуйилган. Унинг регрессияси беморнинг касалхонадан чиқиши билан қайд этилган. Бу режалаштирилган жарроҳликда бўлгани каби, қорин олд девори туқималарининг лимфо-веноз дренажининг бузилиши билан кенг мобилизацияси ва туқималарнинг ёт жисмга реакциясининг ўзига хос хусусиятлари билан изоҳланади.

3 (6%) ҳолатда ташхис қуйилган суюқлик тўпланиши кейинги пунксия ва ултратовуш текшируви остида аспиратсияни талаб қилди. 2 (4%) беморда тери ости ёғ туқималарининг йиринглаши ва 1 (2%) ҳолатда операциядан кейинги яранинг инфилтрацияси қайд этилган. Синтетик имплантни рад этиш ва уни кейинчалик олиб ташлаш ҳеч қандай ҳолатда талаб қилинмади.

Операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғи чуррасининг комбинацияланган герниопластикаси бўлган беморларда 1 (2%) ҳолатда инфекция бўлганда юмшоқ туқималарнинг йиринглаши кузатилди, имплантни олиб ташлаш талаб қилинмади, бу ҳам унинг хусусиятини тасдиқлайди.

Операциядан кейинги даврда қорин олд деворининг қисилган чурралари бўлган беморларда шуни кўрсатдики, қорин олд девори «таранглашмаган» герниопластика қўлланилганда асоратлар кўпайиши кузатилмади. Қушимча протезлари бўлган беморларда қорин олд девори протезланишида операциядан кейинги ҳолатларда иммунитет билан боғлиқ ўзига хос реакциялар аниқланмаган.

Ичак тутилиши билан асоратланган чов чурраси бўлган беморларда йирингли асоратларда энг куп учрайдиган патогенлар *Enterobacteriaceae* гуруҳининг грам-манфий микроорганизмлари: *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* ва ушбу гуруҳнинг бошқа патогенлари, шунингдек ферментатив бўлмаган

грамм-манфий бактериялар, шу жумладан *Pseudomonas aeruginosa* вакиллари ва турли хил хамиртурушга ухшаш замбуруғлар киради.

Қорин бўшлиғида турли хил микробиял асоциациялар изоляцияси билан аралашган инфекциялар учун асоциацияланган сезувчанлик учун танланган антибиотиклар анаэроб инфекцияга қарши фаол дорилар билан биргаликда кулланилган (метронидазол, клиндамитсин, линкомитсин). Беморларнинг 92 фоизида даволанишдан кейин патоген бактерияларни йўқ қилиш кузатилди.

Назорат гуруҳида ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чов чурра бўйича жарроҳлик аралашувлардан сўнг беморларнинг касалхонада бўлиш муддати ўртача $16,5 \pm 6,9$ ётоқ кунини, қисилган киндик чурраси билан $19,8 \pm 5,2$ ётоқ кунини, операциядан кейинги қорин бўшлиғи чурралари эса $21,8 \pm 2,8$ ётоқ куни ташкил этди.

Қисилган чов чурра бўлган асосий гуруҳ беморларини касалхонада ётқизиш давомийлиги $15,4 \pm 2,8$ ётоқ кунини, қисилган киндик чурраси учун $17,4 \pm 5,4$ ётоқ кунини, операциядан кейинги вентрал чурраси учун $21,7 \pm 6,5$ ётоқ кунини ташкил этди.

Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурраларда «таранглашмаган» герниопластиканинг усулларидан фойдаланиш беморларнинг касалхонада қолиш муддатини оширмайди.

Ичак тутилиши билан асоратланган қорин олд деворининг қисилган чурраси бўлган, операция қилинган беморларнинг умумий улим даражаси 3,2% (4 бемор). Назорат гуруҳида операциядан кейинги улим 4% (3 бемор), асосий гуруҳда 2% (1 бемор) ни ташкил этди. Туртта ўлимнинг барчаси кекса ёшдаги беморларда содир бўлган ва жароҳатларнинг давомийлиги 24 соатдан ортик.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги 1 йилдан 3 йилгача бўлган даврда биз 50 нафар беморнинг 36 (72%) ни текширдик. Назорат гуруҳида 75 нафар бемордан 42 нафари (56%) текширилди. Узоқ муддатда жами 125 нафар бемордан 78 нафари (62,4%) бемор чиқади.

«Таранглашмаган» операция қилинган беморлар орасида герниопластика бир йил ўтгач, текширув вақтида 1 нафар беморда операциядан кейинги қорин бўшлиғи чуррасининг такрорланиши аниқланди. Текширилган беморларда абсцесслар ёки оқмалари кузатилмади.

Анъанавий пластик жарроҳлик усуллари билан операция қилинган беморларнинг назорат гуруҳида 14 та (33,3%) қайталанишлар аниқланди: 2 беморда чов чурра (III Б ва IV тип), 4 беморда киндик чурраси (>4 см), операциядан кейинги катта ва гигант ўлчамдаги вентрал чур-

ралари бўлган 8 беморда чурра дарвозасининг майдони 10 см дан ортик (W3- W4).

Олинган маълумотларга асосланиб, биз қайталанишларнинг асосий фоизини (19%) операциядан кейинги қорин бўшлиғи чурраси учун маҳаллий туқималарни тиклаш билан операция қилинган беморларда содир бўлишини аниқладик, чурра дарвозаси ўлчами W3- W4 булиб, операциядан кейинги биринчи йил ўзини намоён қилади. «Таранглашмаган» герниопластика тамойилини қўллаш қайталанишни 33,3% дан 2,8% гача камайтиради. Олинган натижалар қисилган чурралар учун таранглашмаган герниопластика усулларни танлов усули сифатида тавсия қилиш имконини беради. Маҳаллий туқималар билан пластик жарроҳлик I турдаги чов чурра ва кичик киндик чурралари учун чурра дарвозаси ўлчами 2 см дан кам бўлган операциялар учун мақбулдир.

Мавжуд барча маълумотларнинг таҳлили шуни курсатдики, ичак тутилиши билан асоратланган қисилган қорин девори чурраларини даволашнинг таранглашмаган герниопластика усуллари жарроҳлик аралашувларнинг бевосита натижаларини яхшилайти ва узоқ муддатли даволаниш натижаларини сезиларли даражада яхшилайти. Бу бизга замонавий синтетик имплантлардан фойдаланган ҳолда герниопластиканинг таранглашмаган усулларини ичак тутилиши билан асоратланган қисилган қорин девори чурраларини жарроҳлик даволаш учун танлаш усули сифатида кўриб чиқиш ва уларни кенг қўллаш учун тавсия қилиш имконини беради.

Хулосалар:

1. Асоратланган қисилган чуррада: а) чов - танлаш операцияси Лихтенштейн усулида пластик жарроҳлик; б) киндик ва операциядан кейинги вентрал чурралар W1- W2 - қорин олд деворини қайта тиклаш; в) операциядан кейинги вентрал чурралар W3- W4 - қорин олд деворини тузатиш.

2. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар бўйича операция вақтида энтерал интубация ва ичак декомпрессияси ҚИБнинг кучайиши билан курашиш ва ушбу патологияда ичак етишмовчилиги синдромини олдини олишнинг асосий чораларидан биридир.

3. Ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чурралар учун синтетик имплантлардан фойдаланиш яраининг эрта маҳаллий асоратлари, шу жумладан операциядан кейинги яра гематомалари билан касалланиш даражасини пасайтиради. Таранглашмаган герниопластикани қўллаш мураккаб қисилган чурраси бўлган беморларда герниопластика рецидивларини 33,3% дан 2,8% гача камайтиришга ёрдам беради.

Адабиётлар:

1. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом

генерализованном парадонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.

2. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

3. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

4. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

5. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.

6. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

7. Славин Л. Е. и др. Особенности соединительной ткани, влияющие на результаты хирургического лечения грыж живота // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94. – №. 1. – С. 86-89.

8. Некрасов А. Ю. и др. Ненатяжная герниопластика послеоперационных вентральных грыж // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19. – №. 2. – С. 21-25.

9. Аверьянов М. Ю., Гаар Е. В., Горохов В. Н. Сравнительный анализ применения ненатяжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота различной локализации // Современные технологии в медицине. – 2011. – №. 3. – С. 39-43.

10. Гуменюк С. Е. и др. Сравнительный анализ качества жизни пациентов при различных вариантах герниопластики в лечении грыж живота //Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – №. 2. – С. 61-65.

11. Габоян А. С., Климов А. Е. Ненатяжные способы пластики грыж живота с использованием

современных аллотрансплантатов //М.: РУДН. – 2008.

12. Косинец В. А., Штурич И. П., Украинец Е. А. Опыт комбинированной абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки //Новости хирургии. – 2012. – Т. 20. – №. 2. – С. 101-104.

13. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.

14. Янгиев Б. А. и др. Ненатяжная герниопластика в хирургическом лечении ущемленных вентральных грыж // Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 88-97.

15. Асланов А. Д. и др. Ненатяжная герниопластика и абдоминопластика у пациентов с морбидным ожирением //Московский хирургический журнал. – 2020. – №. 2. – С. 45-53.

16. Байрамов Н. Ю. и др. Грыжи живота //Книга посвящается. – С. 359.

17. Бузрукзода, Ж. Д., Кубаев, А. С., Абдуллаев, А. С., & Шавкатов, П. Х. (2021). Устранение перфорации дна верхнечелюстного синуса с применением остеопластического материала. Интернаунка, (7-1), 25-27.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ МЕТОДЫ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Курбаниязов З.Б., Хурсанов Ё.Э.

Резюме. Приведены результаты лечения 125 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными развитием кишечной непроходимости, оперированных с применением как традиционных, так и ненатяжных методов пластики. Энтеральная интубация и декомпрессия кишечника во время оперативного вмешательства при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью, является одной из основных мер борьбы с повышением ВБД и профилактики синдрома кишечной недостаточности при данной патологии. Использование синтетических имплантатов при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью снижает частоту ранних местных раневых осложнений, в том числе и гематом послеоперационной раны. Применение ненатяжной герниопластики у пациентов с осложненными ущемленными грыжами способствует снижению рецидивов с 33,3% до 2,8%.

Ключевые слова. Ущемленная грыжа, ненатяжная герниопластика.