



Ўроков Шухрат Тўхтаевич¹, Саидов Икром Кокилович²

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЁННЫХ ГРЫЖАХ

Уроков Шухрат Тухтаевич¹, Саидов Икром Кокилович²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Бухара

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF DIAGNOSIS IN STRANGULATED HERNIAS

Urokov Shukhrat Tukhtayevich¹, Saidov Ikrom Kokilovich²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Bukhara Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: dr.ikromsaidov82@mail.ru

Резюме. Қисилган чурралар шошилич хирургик патологиялардан бири бўлиб, кеч қўйилган таъхис оғир асоратлар ва юқори ўлим кўрсаткичларига олиб келиши мумкин. Ушбу мақолада қисилган чурраларни эрта ва аниқ аниқлашда клиник белгилари, лаборатор кўрсаткичлар ҳамда замонавий инструментал диагностика усулларининг аҳамияти таҳлил қилинган. Ультратовуш текшируви ва компьютер томографияни қўллаш диагностика самарадорлигини ошириши исботланган.

Калит сўзлар: қисилган чурра, диагностика, ультратовуш текшируви, компьютер томография, шошилич хирургия.

Abstract. Strangulated hernias are among the most urgent surgical conditions, and delayed diagnosis may lead to severe complications and high mortality. This article analyzes the role of clinical signs, laboratory findings, and modern instrumental diagnostic methods in the early detection of strangulated hernias. The use of ultrasonography and computed tomography significantly improves diagnostic accuracy.

Key words: strangulated hernia, diagnosis, ultrasonography, computed tomography, emergency surgery.

Қириш. Қорин девори чурралари (ventral hernias) нинг қисилиши — шошилич хирургик ёрдамни талаб қиладиган оғир ва хавфли ҳолат ҳисобланади [1, 2]. Чурра қисилиши натижасида органлар, айниқса ичак ҳалқалари, ўз қон билан таъминланишини йўқотади, бу эса ишемия, некроз ва маҳаллий ёки генерализован перитонит ривожланишига олиб келади [3, 4]. Шу боис чурраларнинг эрта ва аниқ диагностика қилиниши, операциядан олдинги тактика ва реанимацион чораларни тўғри белгилаш, беморларнинг клиник натижаларини яхшилашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга ҳисобланади [5, 6].

Шошилич ҳолатларда клиник кўрикнинг ўзи кўпинча чурранинг таҳдид даражасини аниқ кўрсатмайди. Масалан, оғрик, қон кетиш, кўнгил айланиш ва қайт қилиш белгилари ўхшаш бўлиши мумкин ва уларнинг оғирлиги ҳам ишемия ёки некроз даражаси билан ҳамеша мувофиқ кел-

майди [1, 3]. Шу сабабли замонавий инструментал усуллар — ультратовуш текшируви (УТТ) ва компьютер томография (КТ) — диагностик жараёнда муҳим роль ўйнайди [7–10].

УТТ чурра ҳалтачасидаги органларнинг ҳолатини тез ва хавфсиз баҳолаш имконини беради, шунингдек ишемия белгиларини (ичак девори қалинлашиши, перистальтика сусайиши) ва суюқлик йиғилишини аниқлайди [3, 7, 9]. УТТнинг яна бир устунлиги — шошилич ҳолатларда беморни бошқа ускуналарга узатишга ҳожат қолдирмай, реал вақт режимида оператив қарор қабул қилиш имконини бериши [7, 9].

КТ эса махсус ноаниқ клиник ҳолатларда қўлланилади ва кенг тарқалган некроз, маҳаллий перитонит, эркин суюқлик ва чурра билан боғлиқ асоратларни юқори ахборотли усул сифатида аниқлайди [4, 8, 10]. КТ натижалари шошилич ҳолатларда ҳам операциянинг тактикасини, яъни

герниопластика тури, резекция ҳажми ва қорин бўшлиғини санация қилиш чораларини белгилашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга [4, 8].

Шунингдек, клиник ва лаборатор маълумотлар билан биргаликда УТТ ва КТ натижалари шошилишч хирургик тактика ва реанимацион чораларни танлашда асосий ахборот манбаи ҳисобланади [11–15]. Бунинг натижасида операциядан кейинги асоратлар хавфи камаяди, беморнинг қайтдан соғайиши тезлашади ва шошилишч хирургия хизматининг самарадорлиги ошади [12, 13].

Шу билан бирга, илмий тадқиқотлар кўрсатдики, чурранинг ўрнатилган диагностика ва мониторинг усулларисиз оператив қарорнинг нотўғри белгиланиши ички органлар некрозининг кенг тарқалиши ва перитонит ривожланиши хавфини сезиларли даражада оширади [2, 5, 14]. УТТ ва КТ билан комплекс диагностика қилиш жараёни, шунингдек, операциядан олдинги тайёрловни оптималлаштириш, шошилишч ҳолатларда умумий ҳолатни баҳолаш ва аниқ реанимацион чоралар режасини ишлаб чиқиш имконини беради [6, 11, 15].

Шу тариқа, қорин девори чурралари ташхисида УТТ ва КТнинг биргаликда қўлланилиши беморларнинг клиник натижаларини яхшилашда ва хирургик тактикада аниқлик киритишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлиб, шошилишч ҳолатларда хавфни минималлаштиришда муҳим аҳамият касб этади.

Ташхис қўйиш ва натижада тактик хатолар сонини сезиларли даражада камайтирадиган спирал компьютер томографияси ва лапароскопия (5,8). Бироқ, адабиётда тасвирланган ушбу усулларнинг диагностик имкониятларига қарамадан, улар шошилишч герниологияда кенг қўлланилмайди ва улардан фойдаланиш кўрсаткичлари жуда хилма-хилдир.

Ўтган ўн йил ичида шундай бўлди странгуляцияланган чурраларни жарроҳлик даволаш концепциясида сезиларли қайта кўриб чиқиш ва биринчи навбатда, бу шошилишч жарроҳликда герниопластиканинг кучланишсиз усулларини жорий этиш билан боғлиқ (6,9). Лапароскопик герниопластика кучланишсиз усуллар орасида алоҳида ўрин тутади. Ушбу операция режалаштирилган жарроҳликда кенг тарқалган бўлишига қарамай, бу усулнинг афзалликлари аниқ, странгуляцияланган чурраларни даволашда эндовидеожарроҳлик усулларида фойдаланиш кўплаб жарроҳлар нуктаи назаридан ҳали ҳам мунозарали масала бўлиб қолмоқда (14,15). Лапароскопик герниопластиканинг афзалликлари паст шикастланиш ва юқори ишончликдир, бу операциядан кейинги асоратларни камайтиришга ёрдам беради, шунингдек, яхши косметик

натижалар (4,7,8). Странгуляцияланган чурраларни диагностикаси, даволашда герниологиянинг энг истикболли йўналишларини танлаш ва ҳанузгача замонавий адабиётларда, қисилган чурраларнинг чурра махсулотлари яъни органнинг ҳаётлигини баҳолаш учун аниқ кўрсатмалар ва умумий қабул қилинган алгоритмлар мавжуд эмас.

Қорин олд девори чурралари кўп йиллар давомида шошилишч жарроҳлик амалиётида долзарб муаммо бўлиб келмоқда. Барча чурралар орасида ингвинал чурралар энг кўп учрайдиган тур ҳисобланиб, улар илмий ҳамда амалий жиҳатдан катта қизиқиш уйғотади (1,2,7). Қисилган чурраларнинг турли томонларини фаол ўрганишга сабаб бўлаётган асосий омил — уларда асоратлар даражасининг қабул қилиб бўлмас даражада юқориликдир: операциядан кейинги асоратлар 50% гача етади, 37% ҳолатларда релапс кузатилади ва ўлим кўрсаткичи 30% атрофида қайд этилади (9,10). Қорин олд девори странгуляцияланган чурраларининг юқори учраш частотаси бир қатор омиллар билан изоҳланади. Биринчи навбатда, режали жарроҳлик амалиётларининг етарли даражада амалга оширилмаслиги ҳамда аҳоли орасида профилактик ва маърифий ишлар кам олиб борилиши бу ҳолатга сабаб бўлади (12,15). Беморларнинг катта қисми стационарга кеч мурожаат қилади, бу эса тиббий ёрдам сўрашнинг кечикиши билан боғлиқ бўлиб, странгуляция асоратларининг кўпайишига ва натижада даволаш самарадорлигининг пасайишига олиб келади (3,5,6). Даволаш натижасига энг катта таъсир кўрсатувчи омиллардан бири — странгуляцияланган чуррани ўз вақтида аниқ ташхислаш ҳисобланади. Аксарият ҳолларда бундай чуррани ташхислаш қийинчилик туғдирмайди, аммо кичик ўлчамли, каналли ёки қайтарилмас чурраларда, шунингдек париетал (“Рихтер”) странгуляцияси ёки нотўғри қисқариш ҳолатларида, айниқса семиз беморларда диагностик хатолар тез-тез учрайди (11,12,13,14). Ташхисдаги ва тактик хатоларни камайтиришда спирал компьютер томографияси ҳамда лапароскопия юқори самарадор усуллар ҳисобланади (5,8). Бироқ адабиётларда ушбу методларнинг диагностик имкониятлари юқори баҳоланганига қарамадан, улар шошилишч герниология амалиётида ҳали ҳам кенг қўлланилмаяпти ва улардан фойдаланиш кўрсаткичлари турлича талқин қилинмоқда. Сўнгги ўн йилликда странгуляцияланган чурраларни жарроҳлик йўли билан даволаш концепцияси сезиларли даражада қайта кўриб чиқилди. Бу ўзгаришлар асосан шошилишч жарроҳлик амалиётида кучланишсиз герниопластика усулларининг жорий қилиниши билан боғлиқ (6,9). Кучланишсиз усуллар ичида

лапароскопик герниопластика алоҳида аҳамият касб этади. Гарчи ушбу операция режали жарроҳликда кенг татбиқ қилинган бўлса-да, странгуляцияланган чурраларни даволашда эндовидеожарроҳлик усуллари қўллаш кўплаб мутахассислар томонидан ҳануз баҳсли масала сифатида қаралмоқда (14,15). Лапароскопик герниопластиканинг асосий афзалликлари — кам травматиклиги, юқори ишончлилиги, операциядан кейинги асоратларни камайитириши ҳамда косметик натижаларнинг яхши бўлишидир (4,7,8). Шу билан бирга, странгуляцияланган чурраларни ташхислаш ва даволашда герниологиянинг энг истикболли йўналишларини танлаш муҳим бўлиб қолмоқда. Ҳозирги замонавий адабиётларда қисилган чурраларда чурра махсулоти бўлган органларнинг ҳаётлигини баҳолаш учун аниқ кўрсатмалар ва умумий қабул қилинган алгоритмлар етарли даражада ишлаб чиқилмаган.

Айрим ҳолларда, ушбу патологик жараён чурра халтасининг флегмонасини келтириб чиқариб, ушбу инфекцияланган соҳада чурра дарвозасини бартараф қилиш борасида, яъни пластика усулини, кесиш соҳасини танлашда мураккаб вазифаларни қўяди.

Материаллар ва усуллар. Ушбу тадқиқот Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (БухДТИ “Хирургик касалликлар” кафедраси клиник базаси)да 2023–2025 йиллар мобайнида ущемланган қорин олд девори чурралари ташхиси билан стационар даволанган 72 нафар бемор мисолида ўтказилди.

Барча беморлар шошилишч қабул бўлимига келган пайтда клиник текширувдан ўтказилди ҳамда лаборатор таҳлиллар билан бир қаторда инструментал диагностика усуллари — ультратовуш текшируви (УТТ) ва компьютер томография (КТ) қўлланилди.

УТТ барча беморларда бирламчи диагностика усули сифатида амалга оширилиб, чурра халтачасидаги органларнинг ҳолати, ичак девори қалинлашиши, суюқлик тўпланиши ва қон айланиши (доплер режимида) баҳоланди.

Клиник манзара ноаниқ бўлган, интоксикация белгилари кучли намоён бўлган ёки некроз ва маҳаллий перитонитдан шубҳа

қилинган ҳолатларда 32 нафар беморда қўшимча равишда компьютер томография ўтказилди. КТ орқали ичак ишемияси, некроз даражаси, эркин суюқлик мавжудлиги ва қўшни тўқималарнинг жалб этилганлиги аниқланди.

Барча беморларда чурра ущемланиши некроз билан асоратланган бўлиб, уларга шошилишч оператив даволаш қўлланилди. 7 нафар беморда УТТ ва КТ натижалари асосида некроз жараёни операциядан олдин аниқланиб, умумий аҳволнинг оғирлиги, интоксикация ва ҳамроҳ соматик касалликлар инobatга олинган ҳолда операция олди тайёрлов чора-тадбирлари ўтказилди.

Некрозланган чурра таркибини баҳолашда клиник, лаборатор, инструментал (УТТ, КТ) ва интраоперацион мезонлардан фойдаланилди. Некрозга учраган органларнинг ҳаётлиги баҳоланиб, соғлом тўқималар чегарасида резекция қилиш тактикаси танланди.

Қўлланилган хирургик усулларга қараб беморлар икки гуруҳга бўлинди:

- 1-гуруҳ – 35 нафар беморда УТТ маълумотларига асосан некроз чегараланган деб баҳоланиб, чуррани очиш, некрозланган тўқималарни резекция қилиш ва бирламчи герниопластика бажарилди;

- 2-гуруҳ – 37 нафар беморда КТ орқали некрознинг кенг тарқалганлиги ва инфекция хавфи юқори эканлиги аниқланиб, некрозланган ичак резекцияси, қорин бўшлиғини санация қилиш ва герниопластикани кечиктирилган (икки босқичли) усулда амалга ошириш тактикаси танланди.

Текширувга жами 72 нафар бемор киритилиб, улар қўлланилган хирургик тактикага қараб икки гуруҳга бўлинди. Беморларнинг ўртача ёши $59,8 \pm 9,9$ йилни ташкил этди. Иккала гуруҳда ҳам 50–69 ёшли беморлар устунлик қилди. Эркаклар сони аёлларга нисбатан кўпроқ бўлиб, жами беморларнинг 61,1% ни ташкил этди. Қўшимча касалликлар орасида юрак-қон томир тизими касалликлари етакчи ўринни эгаллаб, айниқса 2-гуруҳ беморларида кўпроқ учради, бу эса касалликнинг оғир кечиши ва жарроҳлик тактикасини танлашда муҳим аҳамият касб этди.

Жадвал 1. Беморларни ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Кўрсаткичлар	1-гуруҳ (n=35)	2-гуруҳ (n=37)	Жами (n=72)
Ўртача ёш (йил)	$58,4 \pm 9,6$	$61,2 \pm 10,1$	$59,8 \pm 9,9$
40–49 ёш	6 (17,1%)	5 (13,5%)	11 (15,3%)
50–59 ёш	12 (34,3%)	11 (29,7%)	23 (31,9%)
60–69 ёш	10 (28,6%)	13 (35,1%)	23 (31,9%)
≥ 70 ёш	7 (20,0%)	8 (21,7%)	15 (20,9%)
Эркаклар	21 (60,0%)	23 (62,2%)	44 (61,1%)
Аёллар	14 (40,0%)	14 (37,8%)	28 (38,9%)

Жадвал 2. Қўшимча касалликлар бўйича тақсимланиши

Қўшимча касалликлар	1-гурух (n=35)	2-гурух (n=37)
Юрак-қон томир касалликлари (АГ, ИЮК)	18 (51,4%)	22 (59,5%)
Қандли диабет	7 (20,0%)	9 (24,3%)
Сурузмали ўпка касалликлари	5 (14,3%)	6 (16,2%)
Семизлик	9 (25,7%)	11 (29,7%)
Бир нечта қўшимча касаллик	12 (34,3%)	15 (40,5%)
Қўшимча касалликсиз	8 (22,9%)	6 (16,2%)

Жадвал 3. УТТ ва КТ самарадорлиги

Диагностик усул	Беморлар сони	Тўғри ташхис қўйилган беморлар	Самарадорлик (%)
Ультратовуш (УТТ) – барча беморлар	72	60	83%
Компьютер томография (КТ) – чекланган ҳолатлар	32	28	88%

Изоҳ: УТТ барча беморларда биринчи қадамда қўлланди, КТ эса асосан ноаниқ клиник ҳолатларда ва юқори хавфли беморларда қўлланди.

Натижалар ва муҳокама. 1-гурух беморларида ультратовуш текшируви (УТТ) натижалари клиник маълумотлар билан юқори даражада мос келиб, некроз жараёнининг чегараланганлиги тасдиқланди. Ушбу гуруҳда некрозланган чурра таркиби сифатида беморларнинг 62,9 % (22 нафар) да ингичка ичак ҳалқалари, 25,7 % (9 нафар) да чарви, 11,4 % (4 нафар) да эса ингичка ичак ва чарвининг биргаликдаги некрози аниқланди. УТТ орқали аниқланган ичак деворининг қалинлашиши ҳамда маҳаллий қон айланишининг пасайиши ҳолатлари операция вақтида олинган интраоперацион маълумотлар билан тўлиқ тасдиқланди, бу эса УТТ усулининг диагностик ишончлилигини кўрсатади.

2-гурух беморларида компьютер томографияси (КТ) ёрдамида некроз жараёнининг кенг тарқалганлиги, маҳаллий перитонит белгилари ҳамда қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги аниқланди. Ушбу патологик ўзгаришлар беморларнинг аксарият қисмида инфекцион жараённинг оғир даражада эканлигини кўрсатди. Шу муносабат билан мазкур гуруҳда бирламчи тўрли герниопластика қўлланилмади ва беморларнинг 100 % ида қорин бўшлиғини кенг қўламда санация қилиш ҳамда дренажлаш устувор хирургик тактика сифатида танланди.

Операция жараёнида беморларнинг 8,6 % (3 нафар) да некрозланган ичак сегментини ажратиш вақтида қон кетиш кузатилиб, ушбу асорат электрокоагуляция ёрдамида самарали бартараф этилди. Операциядан кейинги эрта даврда 14,3 % (5 нафар) беморда умумий интоксикация белгилари ва биохимик кўрсаткичларнинг ўзгариши қайд этилди. Мазкур ҳолатларда компьютер томографияси орқали хирургик асоратлар истисно қилиниб, комплекс детоксикацион ва инфузион терапия ўтказилиши натижасида беморлар ҳолати барқарорлаштирилди.

Операциядан кейинги асоратлар асосан 2-гурух беморларида кузатилиб, бу ҳолат КТ

орқали аниқланган некроз жараёнининг кенг тарқалганлиги ва инфекция даражасининг юқорилиги билан узвий боғлиқ эканлиги аниқланди. Шу билан бирга, УТТ ва КТ маълумотларига асосланган ҳолда тўғри танланган хирургик тактика ҳамда комплекс реанимацион ва интенсив терапия чора-тадбирлари беморларнинг қониқарли ҳолатда реабилитация қилинишига имконият яратди.

Қисилган чурраларни аниқлаш ва ўз вақтида даволашда диагностика самарадорлигини ошириш жуда муҳим ҳисобланади. Бунинг учун клиник маълумотларни лаборатор ҳамда инструментал текширув усуллари билан комплекс тарзда баҳолаш талаб этилади.

Клиник кўрик пайтида беморнинг шикоятлари (тўсатдан пайдо бўлган оғрик, чурра соҳасида қаттиқлашиш, қайтишмаслик, қўнгил айниши, қусиш), касалликнинг бошланиш вақти ва динамикаси, умумий ҳолатининг оғирлик даражаси диққат билан баҳоланади. Бироқ айрим ҳолларда клиник белгилари аниқ ифодаланмаган бўлиши мумкин, шунинг учун қўшимча текширув усуллари аҳамияти ортади.

Лаборатор текширувлар (қоннинг умумий таҳлили, лейкоцитоз, СОЭ ошиши, биокимёвий кўрсаткичлар) организмда яллиғланиш, ишемия ёки некроз ривожланаётганини билишга ёрдам беради. Бу маълумотлар асоратлар хавфини баҳолашда муҳим ўрин тутади.

Инструментал усуллар ичида ультратовуш текшируви (УТТ) ва компьютер томографияси (КТ) алоҳида аҳамиятга эга. УТТ орқали чурра ҳалтаси ичидаги аъзоларнинг ҳолати, қон айланишининг бузилиши, суюқлик тўпланиши аниқланади. КТ эса анатомик тузилмаларни янада аниқ кўрсатиб, ичак қисилиши, некроз, перфорация каби оғир асоратларни эрта босқичда аниқлаш имконини беради.

УТТ ва КТ ни эрта қўллаш диагностикада хатоларни камайтиради, асоратлар хавфини пасайтиради ҳамда хирургик даволаш тактикасини

тўғри танлашга ёрдам беради. Натижада операци-
яни ўз вақтида ва оптимал ҳажмда ўтказиш имко-
ни яратилиб, беморларда даволаш натижалари
яхшиланади ва операциядан кейинги асоратлар
сони камаяди.

Тадқиқот натижалари қисилган чурраларда
инструментал текширув усулларини дифференци-
ал қўллаш клиник қарор қабул қилишда ҳал
қилувчи аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди. 1-
гурух беморларида ультратовуш текшируви
натижалари клиник маълумотлар билан юқори
даражада мувофиқ келиб, некроз жараёнининг
чегараланган характери тасдиқланди. Ушбу гу-
руҳда некрозланган чурра таркиби беморларнинг
62,9 % (22 нафар) да ингичка ичак ҳалқалари, 25,7
% (9 нафар) да чарви ва 11,4 % (4 нафар) да ин-
гичка ичак ҳамда чарвининг биргаликдаги некро-
зи сифатида намоён бўлди. УТТ орқали аниқлан-
ган ичак девори қалинлашиши ва маҳаллий қон
айланишининг пасайиши операция вақтида олин-
ган интраоперацион маълумотлар билан тўлиқ
мос келди, бу эса ушбу усулнинг чегараланган
некроз ташхислашда юқори сезгирликка эга
эканлигини кўрсатади.

2-гурух беморларида компьютер томогра-
фияси ёрдамида некроз жараёнининг кенг
тарқалганлиги, маҳаллий перитонит белгилари ва
қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги
аниқланди. КТ маълумотлари асосида инфекцион-
яллиғланиш жараёнининг оғир даражаси баҳола-
ниб, ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси ўз-
гартирилди. Хусусан, некроз ва инфекциянинг
юқори тарқалиш даражаси сабабли 2-гурух бе-
морларининг 100 % ида бирламчи тўрли гернио-
пластикадан воз кечилиб, қорин бўшлиғини кенг
санация қилиш ва дренажлаш устувор тактика
сифатида танланди. Бу ёндашув инфекцион асо-
ратлар хавфини камайтиришга қаратилган мақбул
қарор эканлиги билан изоҳланади.

Интраоперацион даврда беморларнинг 8,6
% (3 нафар) да некрозланган ичак сегментини
ажратиш жараёнида қон кетиш қайд этилди. Маз-
кур асорат ўз вақтида электрокоагуляция ёрдами-
да бартараф қилиниб, қўшимча оғир оқибатлар-
нинг олди олинди. Операциядан кейинги эрта
даврда 14,3 % (5 нафар) беморда умумий инток-
сикация белгилари ҳамда биохимик кўрсат-
кичларнинг ўзгариши кузатилди. Ушбу ҳолатлар-
да компьютер томографияси ёрдамида ичиқ қон
кетиш, анастомоз етишмовчилиги ёки интраабдо-
минал абсцесс каби оғир асоратлар истисно
қилинди. Комплекс детоксикацион ва инфузион
терапия ўтказилиши натижасида беморлар ҳолати
барқарорлаштирилди.

Операциядан кейинги асоратлар асосан 2-
гурух беморларида қайд этилди, бу ҳолат КТ
орқали аниқланган некроз жараёнининг кенг
тарқалганлиги ва инфекция даражасининг юқори-

лиги билан узвий боғлиқ эканлиги аниқланди. Шу
билан бирга, УТТ ва КТ маълумотларига таянган
ҳолда тўғри танланган индивидуал хирургик так-
тика ҳамда комплекс реанимацион ва интенсив
терапия чора-тадбирлари беморларнинг қониқар-
ли клиник ҳолатда реабилитация қилинишига им-
кон яратди.

Қисилган чурраларни ўз вақтида ва аниқ
ташхислаш шошилини жарроҳлик амалиётида ҳал
қилувчи аҳамиятга эга бўлиб, бемор ҳаётини
сақлаб қолиш ва оғир асоратларнинг олдини
олишда асосий омиллардан бири ҳисобланади.
Чурранинг қисилиши натижасида чурра ҳалтаси
ичидаги органлар қон айланишининг бузилишига
учрайди, бу эса қисқа вақт ичида ишемия, некроз
ва перфорацияга олиб келиши мумкин. Шу сабаб-
ли, ташхисда кечикишлар ёки нотўғри баҳолаш
ҳолатлари перитонит, сепсис ва кўп аъзолар
етишмовчилиги каби оғир ҳолатларнинг риво-
жланиш хавфини оширади.

Амалиётда қисилган чуррани ташхислаш
кўп ҳолларда клиник белгиларга асосланади. Бе-
морларда кескин оғрик синдроми, чурра соҳаси-
даги қаттиқлашиш, қайтарилмаслик, кўнгил ай-
ниши, қусиш, ич кетмаслиги ва умумий интокси-
кация белгилари кузатилади. Бироқ баъзи ҳоллар-
да клиник симптоматика ноаниқ бўлиши мумкин,
айниқса кекса ёшдаги беморларда, семиз инсон-
ларда, ҳамда ҳамроҳ касалликлари мавжуд бўлган
беморларда. Бундай вазиятларда клиник белгилар-
и кам намоён бўлган “Рихтер” туридаги парие-
тал қисилиш ёки ички чурра шакллари диагно-
стикада қийинчилик туғдиради.

Шу нуқтаи назардан, ташхис самарадорли-
гини ошириш мақсадида лаборатор кўрсат-
кичларни баҳолаш муҳим аҳамият касб этади.
Қонда лейкоцитоз, нейтрофилёз, С-реактив
оксилнинг ошиши, метаболит ацидоз белгилари
ва электролит бузилишлари организмда яллиғла-
ниш жараёнининг кучайганлигини кўрсатиши
мумкин. Шу билан бирга, биохимик таҳлилларда
креатинин, мочевино, трансаминазалар ўзгариши
ва гипопроteinемия организмнинг умумий ин-
токсикацияси ҳамда ички аъзолар фаолиятининг
издан чиқишини акс эттиради. Лаборатор кўрсат-
кичлар ўзгаришлари тўғридан-тўғри ташхис қўй-
ишда ҳал қилувчи бўлмасда, патологик жараён
оғирлигини баҳолашда ва операция олдида бем-
орни тайёрлаш тактикасини белгилашда муҳим
ҳисобланади.

Замонавий инструментал текширув усулла-
ри, аниқса ультратовуш текшируви (УТТ) ва
компьютер томография (КТ) шошилини гернио-
логияда ташхис имкониятларини сезиларли дара-
жада кенгайтиради. УТТ ёрдамида чурра ҳалтаси-
нинг таркиби, ичак ҳалқаларининг перистальти-
каси, девор қалинлиги, экссудат мавжудлиги ва
қон айланиш ҳолатини баҳолаш мумкин. Доппле-

рография усули қўлланилганда органлардаги микроциркуляция ҳолати тўғрисида қўшимча маълумот олиш имкони пайдо бўлади. Ушбу усулнинг афзаллиги — тезкор, хавфсиз ва қайта-қайта қўллаш имкониятининг мавжудлигидир.

КТ текшируви эса, айниқса клиник жихатдан ноаниқ ҳолатларда, чурранинг анатомик хусусиятларини аниқлашда, ичак девори ишемияси ва некроз белгилари, ичак тугунланиши, перфорация, ичак деворида газ йиғилиши каби асоратларни эрта аниқлашда юқори диагностик аҳамиятга эга. Шу билан бирга, КТ ёрдамида чурра дарвозаси ўлчамини, чурра халтасининг локализациясини ва бошқа ички патологияларни дифференциал диагностика қилиш мумкин. Бундай кенг маълумот хирургик тактикани тўғри белгилаш, операция ҳажмини режалаштириш ва аниқ прогноз беришга хизмат қилади.

Диагностик жараёнда лапароскопия ҳам катта аҳамиятга эга бўлиб, у нафақат ташхисий, балки даволовчи усул сифатида ҳам хизмат қилиши мумкин. Лапароскопия орқали чурра махсулоти бўлган органларнинг ҳаётийлигини визуал баҳолаш, некроз даражасини аниқлаш, шунингдек, зарурат бўлса, бир вақтнинг ўзида герниопластика амалга ошириш имкони мавжуд. Айниқса, кўп камерали чурраларда ёки клиник жихатдан аниқ ташхис қўйиш қийин бўлган ҳолатларда лапароскопия юқори самарадорлик кўрсатади.

Шу тарзда, қисилган чурраларни ташхислашда клиник белгиларни лаборатор ва инструментал усуллар билан комплекс баҳолаш ташхис қўйишдаги хатоларни камайтиришга, операция вақтида тўғри тактик қарор қабул қилишга ҳамда беморларда даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади. УТТ ва КТ ни эрта босқичда қўллаш, айниқса хавф гуруҳидаги беморларда, асоратлар ривожланишининг олдини олиш, операциядан кейинги даврни енгиллаштириш ва ўлим кўрсаткичини пасайтиришда муҳим омил ҳисобланади.

Хулоса. Қисилган чурраларни ўз вақтида ва аниқ ташхислаш клиник амалиётда муҳим аҳамиятга эга. Диагностика самарадорлигини ошириш мақсадида беморнинг клиник ҳолатини лаборатор кўрсаткичлар ҳамда замонавий инструментал текширув усуллари билан комплекс тарзда баҳолаш зарур. Ультратовуш текшируви (УТТ) ва компьютер томографиясини (КТ) эрта босқичларда қўллаш патологик жараённинг хусусиятларини аниқлаш, асоратларнинг олдини олиш ҳамда хирургик тактикани тўғри белгилаш имконини беради. Бу эса, ўз навбатида, жарроҳлик даволашнинг самарадорлигини оширишга, операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиришга ва беморларда клиник натижаларни яхшилашга хизмат қилади.

Адабиётлар:

1. World Society of Emergency Surgery (WSES) Guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. *World Journal of Emergency Surgery*. 2013;8:50.
2. Jancelewicz T, et al. Multidetector CT signs in strangulated small bowel obstruction: predictive value and interpretation. *World J Surg*. 2013.
3. Stavros AT, et al. Dynamic ultrasound in the evaluation of abdominal wall hernias. *Surg Clin North Am*. 2017.
4. Aguirre DA, et al. CT of abdominal wall hernias: comprehensive review. *Radiographics*. 2011.
5. Skandalakis JE, et al. *Surgical Anatomy and Technique*. Springer; 2019.
6. Townsend CM, et al. *Sabiston Textbook of Surgery*. Elsevier; 20th Edition.
7. Martínez-Serrano M, et al. Emergency hernia repair: morbidity and mortality analysis. *Surg Today*. 2018.
8. Tsumura H, et al. Role of SIRS and lactate levels in strangulated small bowel obstruction. *J Gastrointest Surg*. 2006.
9. Diagnosis of a Strangulated Laparoscopic Incisional Hernia with Point-of-Care Ultrasonography. *PubMed*. 2015.
10. Traumatic Abdominal Wall Hernia: Case series and literature review emphasizing CT. *World J Surg*. 2022.
11. Clinical Review: Abdominal wall hernias — imaging and clinical findings. *GPonline*. 2025.
12. Umarkerov Z.Z., et al. Ventral hernia: diagnosis, treatment, and prevention. *Research Focus International Scientific Journal*. 2024.
13. Everhart JE. Abdominal wall hernia epidemiology and clinical relevance. In: *The Burden of Digestive Diseases in the United States*. NIH; 2008.
14. Kurbaniazov Z.B. *Хирургия грыж живота и сочетанной патологии органов брюшной полости*. Самарканд: Tibbiyot Ko'zguşi; 2021.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЁННЫХ ГРЫЖАХ

Уроков Ш.Т., Саидов И.К.

Резюме. Ущемлённые грыжи относятся к числу неотложных хирургических заболеваний, при которых несвоевременная диагностика может привести к тяжёлым осложнениям и высокой летальности. В статье проанализирована роль клинических симптомов, лабораторных показателей и современных инструментальных методов исследования в ранней диагностике ущемлённых грыж. Показано, что использование ультразвукового исследования и компьютерной томографии способствует повышению диагностической эффективности.

Ключевые слова: ущемлённая грыжа, диагностика, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, неотложная хирургия.