



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (65) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (65)

2024

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.34-007.43-007.271

КИСИЛГАН ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЧУРРАЛАРИДА ТАРАНГЛАШМАГАН ГЕРНИОПЛАСТИКАНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

¹Махрамов У.Т., ²Хурсанов Ё.Э., ²Махмудов С.Б.

¹ Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

² Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, ст. Амир Темура, Тел:
+99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Қорин олд деворининг странгулятсияланган чурраси билан оғ'риган, ичак тутилиши ривожланиши билан мураккаблашган, анъанавий ва тарангликсиз тузатиш усулларида фойдаланган ҳолда оператсия қилинган 121 нафар беморни даволаш натижалари келтирилган. Ичак тутилиши билан асоратланган странгулятсияланган чурралар бо'йича жарроҳлик пайтида энтерал интубатсия ва ичак декомпрессияси ИАПнинг кучайиши билан курашиш ва ушбу патологияда ичак этишмовчилиги синдромининг олдини олишнинг асосий чораларидан биридир. Ичак тутилиши билан асоратланган странгулятсияланган чурралар учун синтетик имплантлардан фойдаланиш яранинг эрта маҳаллий асоратлари, шу жумладан оператсиядан кейинги яра гематомалари билан касалланиш даражасини пасайтиради. Мураккаб странгулятсияланган чурраси бо'лган беморларда кучланишсиз ҳерниопластикадан фойдаланиш релапсларни 33,3% дан 2,8% гача камайтиришга ёрдам беради.

Калит сузлар. Чекланган чурра, кучланишсиз ҳерниопластика

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕНАТЯЖЕННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫМ ГРЫЗЕ

¹Махрамов У.Т., ²Хурсанов Ё.Э., ²Махмудов С.Б.

¹ Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

² Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул.
Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Приведены результаты лечения 125 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными развитием кишечной непроходимости, оперированных с применением как традиционных, так и ненапряжных 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 ненапряжной герниопластики у пациентов с осложненными ущемленными грыжами способствует снижению рецидивов с 33,3% до 2,8%.

Ключевые слова. Ущемленная грыжа, ненапряжная герниопластика.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF NON-TENSIONED HERNIOPLASTY FOR VENTRAL HERNIA

¹Makhramov U.T., ²Khursanov Y.E., ²Makhmudov S.B

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.

1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,

Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

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. Enterol 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%.

Keywords. Limited hernia, tension-free hernioplasty

Долзарблиги

Эришилган ютуқларга қарамай, қорин девори чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини қониқарли деб бўлмайди [3]. Операциядан кейинги асоратлар 50% га [6.7], ўлим даражаси 2-4% ни ташкил қилади, бу қисилган ичак тутилишининг ривожланиши билан ичак қовузлоқлар бўлишининг юқори частотаси (70% дан ортиқ) 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 девори тўқималарида сезиларли таранглашиш, қорин бушлиғи ҳажмининг камайиши ва операция қилинган беморларнинг 0,8-12 фоизда қорин бушлиғи-компаратмент синдромининг ривожланиши саналади [1.5.10].

Фавқулудда жарроҳликда синтетик имплантлардан фойдаланиш ҳали ҳам танлов усули эмас ва бу турдаги жарроҳлик усули ёрдамидан фойдаланиш учун ягона кўрсатмалар ҳали ишлаб чиқилмаган [3.8]. Қисилган чурраларни тузатишнинг протез усуллари кенг қўллашнинг йўқлиги инфекцияланган ярада синтетик материаллардан фойдаланганда операциядан кейинги яра асоратларини ривожланиш хавфи билан изоҳланади [6.9.11].

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

Материал ва усуллар

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 РШТЎИМ Самарқанд филиалида статсионар даволанган 125 нафар беморни даволаш натижаларига асосланди.

Натижа ва таҳлиллар

Асосий гуруҳ таранглашмаган пластика қилинган асоратланган чурраси бўлган 50 нафар бемордан иборат. Назорат гуруҳига анъанавий пластик жарроҳлик усулларида фойдаланган ҳолда операция қилинган, асоратланган чурраси булган 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 кўрсатадиган 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 югон ичак билан қисилиши кузатилган. 4 нафарида (8%) чамбар ичакнинг қисилиши беморда 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, Жирара-Спасокукоцкий усуллари, қисилган киндик чурралари ва Операциядан кейинги ветрал чурралар учун Меё ва Сапежко усуллари қўлланилган. Катта вентрал чурралари бўлган 3 та ҳолатда ярани 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, улар чурраларни режалаштирилган жарроҳлик даволашда қайта ўзлаштирилган.

Шундай қилиб, 12 нафар (24%) беморда қисилган чов чурраларни даволашда чов каналнинг орқа деворига синтетик ёки биологик имплант ўрнатиш билан Лихтенштейн усули қўлланилган. 27 та (54%) беморда қисилган киндик ва операциядан кейинги қорин бўшлиғи чурраси бўйича операциялар пайтида қорин олд деворини реконструкция қилиш усули қўлланилган бўлиб, бу чурра дарвозаси олиб ташлангандан 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 ортик (W 3- W 4), бу эса қорин бўшлиғининг маълум диастазининг 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 туқималари етишмовчилигида қўшимча трансплантат ёрдамида комбинирланган герниопластика ўтказилди. 2 та беморда қорин олд деворини реконструкция қилиш усули апоневрознинг олдинги варағини протезлаш билан, 1 та беморда орқа апоневроз варағини 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 туқималарида 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 экмиси ўтказилди; экссудатнинг табиати шаффофлиги жиҳатидан шаффоф рангсиздан, геморрагик хира ранггача. 45 та (36%) ҳолатда чурра суюқлиги экмиси стерил бўлиб чиқди; 9 та (7,2%) ҳолатда, чурра қопчасида ингичка ичак қовузлоқи қисилганда, эма пайтида Э. Соли нинг кўпайиши қайд этилган бўлиб, унинг ишемияси, некрози ва ичак қисилишида Э. Соли нинг чурра ҳалтасига чиқиши пайтида қисилган ичак деворининг утказувчанлиги ошиши натижасида юзага келади.

Ичак тутилиши 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 ковузлокларида суюқлик - 53% билан паст ингичка ичак тутилишининг белгилари эканлиги аниқланди. Олинган натижалар шуни тасдиқлайдики, рентген текшируви усули ичак тутилиши 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 тутилиши билан асоратланган қисилган чурра ташхисини тасдиқлашга имкон берди, бу эса шошилиш жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлди. 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, Меё 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" усулларида 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 усулларида 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 қўшимча протезлаш зарурати билан боғлиқ.

30 нафар беморда қорин бушлиғи 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 бушлиғи гипертензияси бўлган, 30 нафар беморнинг 26 тасида (86,7%) ИИ ва ИИИ 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 назоентерик трубка томонидан чиқарилган суюқлик ҳажми ўртасидаги корреляция ҚИБнинг дастлабки қиймати ва операция вақтида ажратилган ичак таркибининг ҳажми учун ижобий бўлиб чиқди. Операциядан кейинги даврнинг 3-кунида ҚИБ ва ичакдан оқинди миқдори ўртасида сезиларли ва ижобий корреляция қайд этилди.

4 кун давомида кузатилганда, кўрсаткичларда сезиларли фарқлар билан ҚИБнинг 3 кунгача ўсиши қайд этилди. ҚИБнинг тақдим этилган динамикаси билан бир вақтда, операция вақтида ажратилган суюқликнинг бошланғич ҳажми билан сезиларли фарқ йўқолиши билан НЕЗдаги ичак суюқлиги оқиши ҳажми 3-кунда кўпаяди. Ичак таркибини бушатишни таъминлаш орқали НЕП 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 оқинди миқдори 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 берибди. Назоэнтерик найчани олиб ташлаш операциядан кейинги даврнинг 4-5 кунда барқарор ичак моторикасини ва ўз-ўзидан ичак ҳаракатини тиклашдан сўнг амалга оширилди.

Натижа ва таҳлиллар

Қорин бўшлиғи асоратлари орасида назорат гуруҳидаги 9 нафар бемор (12%) ва асосий гуруҳдаги 3 нафар (6%) беморда операциядан кейинги ичак парези мавжуд бўлиб, у узокрок (6-7 кунгача) назоэнтерал 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 бронхопұлмонар тизимнинг асоратлари қорин ичи бўшлиғи босимининг ошиши туфайли беморларнинг механик вентильацияда узок вақт қолиши билан боғлиқ бўлиб, бу нафас етишмовчилиги ривожланишига олиб келди.

Операциядан кейинги яра асоратларининг умумий частотаси 22,4% (28 бемор). Маҳаллий тўқималарни 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 тўқималарнинг ультратовуш текшируви йирингли таранглашиш ташхисини қўйди, бу эса қушимча пункция ва аспирацияни талаб қилди. 2 та (1,6%) ҳолатда маргинал тери некрози, 1 та (0,8%) ҳолатда операциядан кейинги яранинг инфильтрацияси қайд этилган. 2 нафар (1,6%) беморда операциядан кейинги эрта даврда эвентрация ҳолатларида 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 инфильтрация 2 та (1,6%) беморда кузатилган. Тери ости ёғ тўқималарининг йиринглаши 2 та (1,6%) беморларда ичак бўлими резекциясидан кейин содир бўлган.

"Таранглашмаган" пластикадан фойдаланганда, 24 та (48%) ҳолатда қорин олд деворининг юмшоқ тўқималарини ультратовуш текшируви билан 0,1 см дан 1,5 см гача бўлган клиник жиҳатдан аҳамиятсиз суюқлик тўпланиши ташхиси қўйилган. Унинг регрессияси беморнинг касалхонадан чиқиши билан қайд этилган. Бу режалаштирилган жарроҳликда бўлгани каби, қорин олд девори тўқималарининг лимфо-веноз дренажининг бузилиши билан кенг мобилизацияси ва тўқималарнинг бегона жисмга реакциясининг ўзига хос хусусиятлари билан изоҳланади.

3 (6%) ҳолатда ташхис қўйилган суюқлик тўпланиши кейинги пункция ва ультратовуш текшируви остида аспирацияни талаб қилди. 2 (4%) беморда тери ости ёғ тўқималарининг йиринглаши ва 1 (2%) ҳолатда операциядан кейинги яранинг инфильтрацияси 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 йиринглашиши 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. Қўшимча протезлари бўлган беморларда қорин олд девори протезланишида операциядан кейинги ҳолатларда трансплантация имунитети билан боғлиқ ўзига хос реакциялар аниқланмаган.

Ичак тутилиши билан асоратланган чов чурраси бўлган беморларда йирингли асоратларда энг кўп учрайдиган патогенлар *Энеробастериасеае* гуруҳининг грам-манфий микроорганизмлари: *E.Coli*, *Klebsiella*, *Proteus* ва ушбу гуруҳнинг бошқа патогенлари, шунингдек ферментатив булмаган грамм-манфий бактериялар, шу жумладан *Pseudomonas aeruginosa* вакиллари ва турли хил хамиртурушга ухшаш замбуруғлар киради.

Қорин бушлиғида турли хил микробиял ассотсиациялар изоляцияси билан аралашган инфекциялар учун ассоциацияланган сезувчанлик учун танланган антибиотиклар анаэроб инфекцияга қарши фаол дорилар билан биргаликда қўлланилган (метронидазол, клиндамицин, линкомицин). Беморларнинг 92 фоизда даволанишдан кейин патоген бактерияларни йўқ қилиш кузатилди.

Назорат гуруҳида ичак тутилиши билан асоратланган қисилган чов чурра буйича 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 бушлиғи чурралари эса $21,8 \pm 2,8$ ётоқ кунини 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 усулларида фойдаланиш беморларнинг касалхонада қолиш муддатини оширмайди.

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

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 бушлиғи чуррасининг такрорланиши аниқланди. Текширилган беморларда абцесслар ёки оқмалари кузатилмади.

Анъанавий пластик жарроҳлик усуллари билан операция қилинган беморларнинг назорат гуруҳида 14 та (33,3%) қайталанишлар аниқланди: 2 беморда чов чурра (ИИИ Б ва ИВ тип), 4 беморда киндик чурраси (>4 см), операциядан кейинги катта ва гигант улчамдаги вентрал чурралари бўлган 8 беморда чурра дарвозасининг майдони 10 см дан ортиқ (W 3- W 4).

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 улчами W 3- W 4 бўлиб, 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 усуллари танлов усули сифатида тавсия қилиш имконини беради. Маҳаллий туқималар билан пластик жарроҳлик II турдаги чов чурра ва кичик киндик чурралари учун чурра дарвозаси ўлчами 2 см дан кам бўлган операциялар учун мақбулдир.

Мавжуд барча маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, 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 усуллари 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.

Хулоса

1. Асоратланган қисилган чуррада: а) чов - танлаш операцияси Лихтенштейн усулида пластик жарроҳлик; б) киндик ва операциядан кейинги вентрал чурралар W 1- W 2 - қорин олд деворини қайта тиклаш; с) операциядан кейинги вентрал чурралар W 3- W 4 - 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 РҲЙХАТИ:

1. Славин Л. Е. и др. Особенности соединительной ткани, влияющие на результаты хирургического лечения грыж живота // Казанский медицинский журнал. 2013;94(1):86-89.
2. Некрасов А. Ю. и др. Ненатяжная герниопластика послеоперационных вентральных грыж // Новости хирургии. 2011;19(2):21-25.
3. 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; 3:39-43.
4. Гуменюк С. Е. и др. Сравнительный анализ качества жизни пациентов при различных вариантах герниопластики в лечении грыж живота // Кубанский научный медицинский вестник. 2017; 2:61-65.
5. Габоян А. С., Климов А. Е. Ненатяжные способы пластики грыж живота с использованием современных аллотрансплантатов / М.: РУДН. – 2008.
6. Косинец В. А., Штурич И. П., Украинец Е. А. Опыт комбинированной абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки // Новости хирургии. 2012; 20(2):101-104.
7. Янгиев Б. А. и др. Ненатяжная герниоаллопластика в хирургическом лечении ущемленных вентральных грыж // Journal the Coryphaeus of Science. 2024; 6(1):88-97.
8. Асланов А. Д. и др. Ненатяжная герниопластика и абдоминопластика у пациентов с морбидным ожирением // Московский хирургический журнал. 2020;2:45-53.
9. Байрамов Н. Ю. и др. Грыжи живота // Книга посвящается. 2020; с. 359.

Қабул қилинган сана 20.02.2024