

M.M. Dusiyaarov

**QISILGAN CHURRALARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASHDA
GERNIOALLOPLASTIKANING TAKTIK VA TEXNIK JIHATLARINI
MAQBULLASHTIRISH**

MONOGRAFIYA



Samarqand – 2025 yil

Mualliflar:

Dusiyarov M.M.

PhD, Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrası dotsenti

Taqrizchilar:

Davlatov S.S.

Davlatov S.S. Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital xirurgiya, urologiya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

Курбаниязов З.Б.

SamDTU 1- son xirurgik kasalliklar, transplantologiya va urologiya kafedrası mudiri t.f.d., professor

Monografiya zamonaviy tibbiyotning eng murakkab va dolzarb muammolaridan biri - xolelitiyozga bag'ishlangan. Unda kalkulyoz xoletsistitni, shu jumladan uning murakkab shakllarini minimal invaziv texnologiyalardan foydalangan holda jarrohlik davolashning zamonaviy yondashuvlari batafsil bayon etilgan. Endojarrohlik texnologiyalaridan foydalangan holda diagnostika, jarrohlik aralashuvlarga ko'rsatmalar, minilaparotomiyaga kirish va endoskopik yordamli jarrohlik muolajalari masalalari yoritilgan. Maqolada turli usullardan foydalangan holda minilaparotomik xoletsistektomiya paytida olingan tadqiqot natijalari keltirilgan.

Monografiya rentgenologik diagnostika usullari, endoskopiya va intraoperativ fotosuratlar ma'lumotlari bilan tasvirlangan.

Monografiya Samarqand davlat tibbiyot universiteti ilmiy kengashining majlisida muhokama qilindi va ma'qullandi va nashrga tavsiya etildi.

"30" avgust 2025 yil, Bayonnoma № 1

Ilmiy kengash kotibi :

U.U. OCHILOV

SARLAVHA

QISQARTMALAR RO‘YXATI	4
KIRISH.....	5
I BOB. QISILGAN VENTRAL CHURRALARNI XIRURGIK DAVOLASHNING ZAMONAVIY MUAMMOLARI (adabiyotlar sharhi).....	13
§1.1. Qorin oldi devori qisilgan churralarini davolash muammosining hozirgi holati	13
§1.2. Qisilgan churralar tasnifi	14
§1.3. Qisilgan churralarda o‘tkir enteral yetishmovchilik sindromi va qorin ichi gipertenziyasi	15
§1.4. Gerniologiyada sintetik implantatlar	19
§1.5. Qorin old devori qisilgan churralarini jarrohlik yo‘li bilan davolashga zamonaviy yondashuvlar	23
II BOB. TADQIQOT MATERIALI VA USULLARI	37
§2.1. Klinik materialning tavsifi	37
§2.2. Tadqiqot usullari	44
§2.2.1. Klinik va laborator tekshirishlar	44
§2.2.2. Rentgenologik tekshiruv	45
§2.2.3. Ultratovush tekshiruvi.....	47
§2.2.4. Endogen intoksikatsiya darajasini baholash	50
§2.2.5. Mikrobiologik tekshiruv	52
§2.2.6.Qorin bo‘shlig‘i bosimini o‘lchash usuli	52
§2.3. Anesteziologik ta‘minot	53
§2.4. Medikamentoz terapiya	55
§2.5. Materiallarni statistik qayta ishlash	56
III BOB. ICHAK TUTILISHI BILAN ASORATLANGAN QISILGAN CHURRALARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASH	57
§3.1. Oshqozon-ichak trakti dekompressiyasi va enteral terapiya	60

§3.2. Qorin devori plastikasi uchun sintetik implantatlar.....	61
§3.3. Qisilgan chov churrasida operativ aralashuv texnikasi	62
§3.4. Qisilgan kindik churrasi va operatsiyadan keyingi ventral churrada operativ aralashuv texnikasi	64
IV BOB. ICHAK TUTILISHI BILAN ASORATLANGAN SIQILGAN CHURRALARI BO‘LGAN BEMORLARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASH NATIJALARI	70
§4.1. Jarrohlik amaliyotining davomiyligi	70
§4.2. Operatsiyadan keyingi davrda qorin bo‘shlig‘i ichki bosimi darajasining o‘zgarishi va nurli tekshirish natijalari	71
§4.3. Operatsiyadan keyingi dastlabki asoratlarning chastotasi va xususiyatlari.....	75
§4.4. Bemorlarning shifoxonada davolanish muddatini qiyosiy baholash	81
§4.5. Operatsiyadan keyingi o‘lim darajasi	82
§4.6. Asoratlangan churralar bilan og‘rigan bemorlarni davolashning uzoq muddatli natijalari	82
XULOSALAR.....	84
YAKUNIY FIKRLAR	102
AMALIY TAVSIYALAR	103

QISQARTMALAR RO‘YXATI

AKS—abdominal kompartmentsindromi

QIG—qorin ichi gipertenziyasi

QBIB—qorin bo‘shlig‘i ichki bosimi

OIT—oshqozon-ichak trakti

ILI—intoksikatsiya leykotsitar indeksi

NEZ—nazoenteral zond

NEI—nazoenteral intubatsiya

OKVCH—operatsiyadan keyingi ventral churra

RFP—radiofarmpreparat

SI—sintetik implantat

IYeS - ichak yetishmovchiligi sindromi

QMP - qattiq miya pardasi

UTT—ultratovush tekshiruvi

EGDS – ezofagogastroduodenoskopiya

KIRISH

Muammoning dolzarbligi. Qorin churrasini davolash muammosi bugungi kunda hal etilmasdan qolmoqda, bu muammoqo'shimcha o'rganish va malakali yordam ko'rsatish standartlarini ishlab chiqishni talab qiladi. Qorinning tashqi churrallari aholining 7 %ida uchraydi, keksa va qari yoshdagi kishilarda esa bu ko'rsatkich 15-17 %gacha yetadi (Karimov Sh.I. va hammualliflar, 2019; Teshayev O.R. va hammualliflar, 2023; Yegiev V.A., 2017; Timoshin A.D., 2018; Bauer K.N. va boshqalar, 2019). Bundan tashqari, bemorlarning yoshi oshgan sari churraning qisilishi va asoratlar rivojlanishi xavfi ham ortib boradi.

Churrallarni bartaraf etish bo'yicha operativ aralashuvlar barcha jarrohlik amaliyotlarining taxminan 10 foizini tashkil etadi (Yarema I.V. va hammualliflar, 2018; Jebrovskiy V.V., 2002). Churra kasalligi nafaqat o'lim holatlari, balki bemorning nogironligi bilan bog'liq katta mehnat yo'qotishlariga ham olib keladi. Gernioplastikaning ko'plab taklif etilgan usullariga qaramasdan, qorin tashqi churralarini davolash natijalari na bemorlarni, na jarrohlarni qoniqtirmoqda (Hakimov M.Sh. va hammualliflar, 2022; Tomnyuk N.D., 2019).

Churra xirurgiyasidagi alohida muammo ularning qisilishidir. Turli joylardagi qisilgan churrallarni bartaraf etishda shoshilinch xirurgiyada, odatda, churra nuqsonlarini mahalliy to'qimalar bilan bartaraf etishning eng oddiy tortuvchi usullari qo'llaniladi. Biroq, bunday jarrohlik amaliyotlarining natijalari doimo ham ijobiy bo'lavermaydi, ayniqsa og'ir hamroh kasalliklari bor bemorlarda. Shu bilan birga, churrallarni rejali operativ davolashda to'rsimon eksplantatlardan foydalanib tortilmaydigan operativ davolash usullari muvaffaqiyat bilan qo'llaniladi, ularning shoshilinch xirurgiyada qo'llanishi hozirgacha munozarali bo'lib qolmoqda.

Yuqorida bayon etilganlar hamda tibbiyot texnologiyalarining zamonaviy taraqqiyotini inobatga olgan holda, qorin old devorining qisilgan churrallari bo'yicha shoshilinch jarrohlik aralashuvlarida to'rsimon eksplantatlar yordamida alloplastika usullarini qo'llash imkoniyatlarini o'rganish nihoyatda dolzarb masalaga aylanmoqda.

I BOB.

QISILGAN VENTRAL CHURRALARNI XIRURGIK DAVOLASHNING ZAMONAVIY MUAMMOLARI

§1.1. Qorin oldi devori qisilgan churralarini davolash muammosining hozirgi ahvoli

Shoshilinch jarrohlikning ko'p tadqiqotlar va nashrlar bag'ishlangan bo'limlaridan biri qorin old devori qisilgan churralarini operativ davolash muammosidir [5, 12, 27, 58, 122, 127]. Churra qisilishi - eng ko'p uchraydigan va xavfli asorat bo'lib, u churra xaltasi bo'ynidagi tarkibning to'satdan siqilishi hamda qisilgan a'zo va to'qimalarda ishemik o'zgarishlar rivojlanishi bilan bog'liq. Qisilgan churra "churra tashuvchilar"ning 10-17 foizida kasallik kechishini og'irlashtiradi va qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir xirurgik kasalliklari tarkibida o'tkir appenditsitdan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi [9, 27]. Shu bilan birga, ushbu holatlarda o'lim ko'rsatkichi o'tkir appenditsitga nisbatan 15-16 barobar yuqori [33, 45, 51].

Mamlakatning yetakchi ilmiy-tadqiqot va davolash muassasalari statistikasi shuni ko'rsatmoqdaki, erishilgan yutuqlarga qaramay, qorin devorining qisilgan churralari bo'lgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini qoniqarli deb hisoblab bo'lmaydi [46, 47, 48]. Operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori ko'rsatkichlari saqlanib qolmoqda, ular 50% gacha yetmoqda [84, 105]. O'lim ko'rsatkichlari 2-4% atrofida o'zgarib turadi. Bu holat strangulyatsion ichak tutilishi rivojlanishi bilan ichak qovuzloqlari qisilishining yuqori (70% dan ortiq) chastotasi, shuningdek, qari va keksa yoshdagi bemorlarning 40% ni tashkil etuvchi sezilarli ulushi bilan bog'liq bo'lib, bu umuman aholi o'rtasida "churra tashuvchilar" ning tarqalishiga mos keladi. [9, 45]. Yosh va o'rta yoshli bemorlarda o'lim darajasi 2,8-3% ni tashkil qilsa [33], 60-70 yoshda 5,6-7,4% ga, 70 yoshdan kattalarda esa 15-18% ga yetadi [49]. Qisilgan churra bilan og'rigan bemorlarning uchdan bir

qismidan ko'prog'i kasallik boshlanganidan 24 soatdan keyin kasalxonaga yotqizilgan, bu ham umumiy va operatsiyadan keyingi o'lim darajasiga ta'sir qiladi [9, 51, 86].

Siqilgan churrallarni bartaraf etish bo'yicha jarrohlik amaliyotlari xilma-xil bo'lib, to'liq tizimlashtirilmagan. Hozirgacha qisilgan churrallarni bartaraf etishda churra darvozasini yopishning texnik jihatdan eng oddiy jarrohlik usullari ustunlik qiladi, bu esa operatsiyadan keyingi erta davrda ham, uzoq davrda ham salbiy natijalarga, ya'ni ko'p sonli retsidivlarga olib keladi [94, 104, 127, 171].

Davolash muassasalari ma'lumotlariga ko'ra, operatsiyadan keyin vafot etgan bemorlarning 56,7% ni qisilgan kindik va operatsiyadan keyingi churrallari bo'lgan bemorlar tashkil etgan. 60% hollarda qoniqarsiz natijalarning asosiy sabablari tibbiy yordam ko'rsatishdagi xatolar (diagnostika algoritmiga rioya qilmaslik, ingichka ichak intubatsiyasini rad etish, rezeksiya chegaralarini noto'g'ri aniqlash, foydalanishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda an'anaviy plastika usullarini qo'llash) bo'lib, bu operatsiyadan keyingi davrda asoratlarga olib keldi. [82].

§1.2. Siqilgan churralar tasnifi

Yermolov A.S. (2009) tomonidan qisilgan churralar tasnifi klinik kechish xususiyatlari nuqtayi nazaridan tizimlashtirilgan:

1. Kelib chiqishiga ko'ra: birlamchi, jarohatdan keyingi, operatsiyadan keyingi qisilgan churrallarni ajratish kerak.

2. Joylashuviga ko'ra, qisilgan churrallarni quyidagicha farqlash lozim: chov, son, qorin oq chizig'i, kindik va kam uchraydigan shakllari (spigeliy chizig'i, ichki churralar). Operatsiyadan keyingi churralar esa: o'rta (yuqori, o'rta yoki quyi o'rta); yon (yuqori o'ng va chap tomonlama, quyi o'ng va chap tomonlama) bo'lishi mumkin..

3. Kasallikning klinik variantlari bo'yicha:

- a)qisilish xarakteri: elastik, axlatli, devorga yaqin, retrograd;

- b)asoratning mavjudligi: asoratlangan va asoratlanmagan qisilgan churra.

Qisilgan churraning asoratlanmagan kechishi deganda, qisilganlikni bartaraf etishdan tashqari, hech qanday qo'shimcha aralashuvlar talab qilinmaydigan holat tushuniladi. Asoratli kechish esa qisilgan a'zoning sezilarli o'zgarishlari bilan tavsiflanadi va qo'shimcha aralashuvlarni talab qiladi;

v) asoratning tabiati: o'tkir ichak tutilishi; qisilgan a'zo nekrozi; churra xaltasi flegmonasi; peritonit; ichak oqmalari;

g) to'g'rilanadigan qisilgan churra.

§1.3. Qisilgan churrada o'tkir ichak yetishmovchiligi sindromi va qorin bo'shlig'i gipertenziyasi

Ma'lumki, qisilgan a'zodagi morfologik va funksional o'zgarishlar uning churra darvozasida qisilish darajasiga, qisilish muddatlariga va qisilgan a'zoning o'ziga bog'liq. Ko'pincha ingichka ichak qisiladi, visseral qorin pardasi tomonidan qisilgan joyda strangulyatsion egat aniq ko'zga tashlanadi. Churra qopida ichakning qisilishi strangulyatsion ichak tutilishiga tipik misol bo'ladi. Ichak tutilishi bilan og'rigan bemorlarning 8% dan 25% gachasi qisilgan churra bilan og'rigan bemorlardir. [5, 77, 83, 104, 114, 134, 158].

Ichakning olib keluvchi qismi unda ichak suyuqligi turib qolishi tufayli ancha kengayadi, shu bilan birga ichak venalarida staz bo'lishi uchun sharoit tug'iladi, tomirlar devorlarining o'tkazuvchanligi ortadi. Ichak devori qalinligiga plazma sizib chiqishi, kapillyarlarda qonning shaklli elementlari to'planishi va mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi kuzatiladi. Ichakning qon bilan ta'minlanishi izdan chiqqanligi sababli, ichakning bir qismi nekrotik o'zgarishlarga uchraydi, patogen mikroflora paydo bo'ladi va intoksikatsiya chaqiruvchi toksik mahsulotlar ajralib chiqadi [18]. Qon plazmasining transsudatsiyasi nafaqat ichak bo'shlig'iga, balki churra qopiga ham o'tib, "churra suvi" hosil bo'ladi. Dastlab u shaffof bo'ladi, lekin asta-sekin qizil qon tanachalari tomirlar o'zanidan tashqariga chiqib, gemolizga uchrashi tufayli qizil tusga kiradi, vaqt o'tishi bilan churra suviga infeksiya o'tadi, loyqa bo'lib, axlat hidi keladi.

Metabolik, funksional va strukturaviy shikastlanishlar qisilishdagi mahalliy o'zgarishlar patogenezini to'ldiradi, uning birinchi bo'g'inlari qon oqimining pasayishi va mikrofloraning o'sishiga xizmat qiladi. Ichak qovuzloqlarida mikrotsirkulyator buzilishlar rivojlanishi, to'qimalar gipoksiyasi va metabolik atsidoz lipidlarning peroksidlanish jarayonlarini kuchaytiradi. Bu, o'z navbatida, hujayralarning membrana tuzilmalariga zarar yetkazadi va kuchli destruktiv xususiyatga ega bo'lgan lizosomal fermentlarning chiqishiga yordam beradi. [18, 50, 104].

Patologik jarayonning kechishi, yaqqol ifodalangan gomeostaz o'zgarishlari, mikrotsirkulyatsiya va metabolizmning mahalliy va umumiy buzilishlari rivojlanishi metabolik (endogen) va mikroblar (ekzogen) omillar hisobiga intoksikatsiyaga olib keladi. Shu paytdan boshlab intoksikatsiya ichak yetishmovchiligi sindromining yetakchi patogenetik bo'g'iniga aylanadi [38, 71].

Ichak disbakteriozining rivojlanishi enterokinaza, ishqoriy fosfataza fermentlarining parchalanishi va qayta so'rilishini sekinlashtiradi, B₂ vitaminining ichakda so'rilishini pasaytiradi va boshqa patologik o'zgarishlarga olib keladi: uning vitamin hosil qiluvchi, fermentativ, zaharlanishga qarshi funksiyalari buziladi, bu esa kasallikning kechishi va oqibatlariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Oshqozon-ichak trakti bo'shlig'idagi ortiqcha mikroblar florasi ichak tutilishi bilan qisilgan churrada endogen zaharlanishning asosiy manbai hisoblanadi, shu jumladan ingichka ichak epiteliysining shikastlanishi tufayli ham, chunki ayrim mikroorganizmlarning moddalar almashinuv mahsulotlari hujayralarni zaharlovchi ta'sirga ega. Vorsinkalarning balandligi pasayishi, kriptalarning chuqurlashishi kuzatiladi, elektron mikroskopda esa mikrovorsinkalar, mitoxondriyalar va endoplazmatik to'ring yemirilishini ko'rish mumkin. [31].

Suv-elektrolit muvozanatining, oqsil va uglevod almashinuvining buzilishi, kislota-ishqoriy holatning o'zgarishi, markaziy asab tizimining boshqaruv vazifasining izdan chiqishi va gipofiz-buyrak usti bezi tizimi yetishmovchiligi bilan bir qatorda, bemor tanasida qaytarib bo'lmaydigan jarayonlar va o'zgarishlarning

rivojlanishida og‘ir endogen intoksikatsiya muhim ahamiyatga ega. Ichak tutilishi sababli jarrohlik amaliyotidan so‘ng vafot etgan bemorlarning asosiy qismi kuchayib boruvchi endogen intoksikatsiya va tizimli poliorgan buzilishlar rivojlanishi natijasida vafot etadi [38, 39,52,57].

Shu munosabat bilan V. I. Struchkov va hammualliflarining (1978) quyidagi fikri dolzarb ahamiyat kasb etadi: qisilgan churrani davolash, ushbu kasallikka strangulyatsion ichak tutilishining alohida ko‘rinishi sifatida yondashilganda va bundan kelib chiqadigan barcha vazifalar hisobga olinganda, eng samarali natija beradi.

Operatsiyadan keyingi qisilgan katta va gigant o‘lchamdagi ventral churralari bo‘lgan bemorlarni jarrohlik yo‘li bilan davolash masalasi ham alohida muammo bo‘lib turibdi, bunda churra tarkibini qorin bo‘shlig‘iga bir vaqtning o‘zida kiritish katta xavf tug‘diradi, chunki u ichakning turg‘un pareziga, qorin bo‘shlig‘i bosimining ko‘tarilishiga va keyinchalik yurak faoliyati va nafas olishning buzilishiga olib kelishi mumkin [1, 100, 173, 188].1984-yilda Krön I.L. qorin bo‘shlig‘idagi bosim ortishi (QIG) natijasida rivojlanadigan poliorgan yetishmovchilikni "Abdominal compartment syndrome" deb atashni taklif qildi [137].

Qorin bo‘shlig‘i ichki bosimi (QBIB) darajasini tasniflash dastlab Burch va boshqalar tomonidan taklif qilingan [178]. 2006-yilda esa Butunjahon qorin bo‘shlig‘i kompartment sindromi tashkiloti (WSACS) tavsiyasiga ko‘ra, QBIBning yangi gradatsiyasi qabul qilindi: I daraja 12-15 mm sim. ust., II daraja 16-20 mm sim. ust., III daraja 21-25 mm sim. ust., IV daraja > 25 mm sim. ust. Shuningdek, abdominal kompartment sindromi (AKS) ta‘rifi ham belgilandi: QBIB 20 mm sim. ust. dan ortiq bo‘lishi va organ yetishmovchiligi paydo bo‘lishi [155].

Diebel L.N. (1997) o‘z tajriba ishlarida aniqlashicha, 60 daqiqa davomida 25 mm sim.ust. bo‘lgan QIG (qorin ichi gipertenziyasi) ichakning barer funksiyasining buzilishiga, asosan, mezenterial limfa tugunlariga bakterial translokatsiyaga va mezenterial qon oqimining dastlabki darajadan 63% gacha pasayishiga olib keladi, keyinchalik sepsis va poliorgan yetishmovchilik sindromi rivojlanadi [117].

Kingsnorth A.N. (2000) qorin devori plastikasini modellashtirish va bajarishda qorin bo'shlig'i bosimining 15-20 mm simob ustunigacha ko'tarilishini chegaraviy deb hisoblagan, chunki bu holatda yuzaga keladigan yurak-qon tomir va nafas olish tizimlaridagi buzilishlar oson bartaraf etilishi mumkin [135]. Gafarov U.O. (2010) [13] esa qorin bo'shlig'i gipertenziyasi II darajada (16-20 mm simob ustuni) saqlanib qolgan hollarda "taranglashmagan" gernioplastika o'tkazish masalasini ko'rib chiqishni tavsiya etadi.

O'shap I. (1975) hayvonlar ustida o'tkazgan tajribasida, ichak tutilishida ichak ichi bosimi 20 dan 100 mm gacha ko'tarilganda, qon tomir oqimining pasayishi, kapillyar filtratsiyaning kamayishi va qon oqimining 70% gacha qisqarishi kuzatilganini aniqladi. Qorin bo'shlig'ini umurtqa pog'onasi, diafragma, chanoq suyaklari, qovurg'alar va qorin devori bilan chegaralangan yopiq makon sifatida ko'rish mumkin. Yopiq bo'shliqda bosimning bir tekis tarqalishi haqidagi fizik qonunlarga ko'ra, bosim ichakni tashqi tomondan siqib turadi va bu to uning miqdori ichak bo'shlig'idagi bosim miqdoriga tenglashguncha davom etadi. Ichak devori tashqi tomondan qorin bo'shlig'i bosimi va ichki tomondan ichak bo'shlig'i bosimi o'rtasida siqiladi. Bu holat mikrotsirkulyatsiyaning buzilishiga va mayda tomirlarda tromblar paydo bo'lishiga olib keladi. Natijada ichak devorida ishemiya va shish yuzaga kelib, hujayra ichi atsidozi rivojlanadi. O'z navbatida, bu jarayon suyuqlikning transsudasiyasi va ekssudasiyasiga sabab bo'ladi hamda qorin bo'shlig'i gipertenziyasini kuchaytiradi, shu tariqa yopiq aylanma zanjir hosil qiladi [154].

§1.4. Gerniologiyada sintetik implantatlar

Umuman olganda, qorin bo'shlig'i churralarini davolashda protezlardan foydalanishning 100-yillik tarixi davomida turli xil materiallardan foydalanishga harakat qilingan: metall protezlar - kumush iplar, tantal to'r, zanglamaydigan po'lat, nometall sintetik protezlar - fortisan, polivinilli gubka, silastik, neylon, teflon, uglerod tolasi, poliester to'r, cho'ziluvchan polietetraflyuoroetilen, dekson va

poliglaktin, kauchuk. Ushbu materiallarning aksariyati gidroliz va biodegradatsiyaga uchragan, oson zararlangan va inkor reaksiyalarini keltirib chiqargan, mexanik mustahkamlik, egiluvchanlik va shaklga chidamlilikka ega bo'lmagan. Ularning ba'zilar klinik amaliyotda hech qachon qo'llanilmagan [56, 103]. Uzoq vaqt davomida churrani davolashda implantatlardan foydalanishga bo'lgan munosabat sust bo'lib qoldi, bu biologik inert, so'rilmaydigan, mexanik mustahkam sintetik materialning yo'qligi bilan bog'liq bo'lib, bularning barchasi implantatsiya qilinadigan materiallarga nisbatan ma'lum talablarni shakllantirish zaruratini keltirib chiqardi.

1950-yilda Cumberland V.H. va Scales V.T. [115] tomonidan ideal materialning 8 ta mezonini shakllantirildi:

1. To'qima suyuqliklari ta'sirida jismoniy jihatdan yumshamasligi kerak
2. Kimyoviy jihatdan inert bo'lishi shart
3. Yallig'lanish yoki rad etishga olib kelmasligi lozim
4. Kanserojen xususiyatlarga ega bo'lmasligi kerak
5. Allergiya yoki sensibilizatsiya chaqirmasligi kerak
6. Mexanik mustahkamlikka ega bo'lishi kerak
7. Fabrikada tayyorlash uchun yaroqli bo'lishi kerak
8. Sterilizatsiya uchun yaroqli bo'lishi kerak

Keyinchalik ularga quyidagi talablar qo'shildi:

9. Teshiklarning o'lchami biriktiruvchi to'qima o'sib kirishi uchun yetarli bo'lishi kerak
10. Eksplantat fibroblastlarning o'sishini rag'batlantirishi va butunligini saqlab qolish uchun yetarlicha moslashuvchan bo'lishi kerak

F.Usher (1958) o'z davri uchun inqilobiy hisoblangan sintetik material - polipropilen (Marlex)ni gerniologiyada muvaffaqiyatli qo'lladi. Bu qorin old devori churrasini davolashning tarangsiz usullarini rivojlantirishga yangi turtki berdi [185].

F.Usherning dastlabki tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, polipropilen eksplantlar qo'yilgan talablarga ega. Chov churralarini jarrohlik yo'li bilan davolashda polipropilen setkalarini qo'llashning keng tajribasi va klinik kuzatuvlarning

davomiyligi ularning allergen emasligi, onkogen emasligi, mustahkamligi va elastikligi, infeksiyaga yuqori rezistentligi, juda yaxshi payvandlanishi kabi xususiyatlarini tasdiqlaydi [20, 102, 156, 177, 180, 186].

Transplantologlar tomonidan 1967-yilda Venada qabul qilingan xalqaro tasnifga ko'ra, transplantatlar kelib chiqishiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

- 1) autologik (bir organizmning o'zidan olingan - o'z terisi, o'z fassiyasi);
- 2) allogen (retsipiyent organizmi bilan bir turdagi organizmdan olingan - insonning konservalangan to'qimalari);
- 3) ksenogen (boshqa turdagi organizmdan olingan - hayvon to'qimalarining konservalangan shakllari);
- 4) implantatlar (biologik bo'lmagan materiallar)
- 5) Kombinatsiyalangan transplantatlar (biologik, ko'pincha autolog to'qimaning nobiologik materiallar bilan birikmasi)

Bugungi kunda jarrohlikda qo'llaniladigan turli xil sintetik materiallarning farqlari haqidagi ma'lumotlarni tizimlashtirish maqsadida, 1997-yilda Amid R.K. sintetik materiallarning tuzilishiga asoslangan tasnifini ishlab chiqdi va taklif qildi:

I tur - to'liq makrog'ovakli protezlar, g'ovak diametri 75 mkm (Marlex, Bard, AQSH; Surgipro Mesh SPM, AatoSuture, AQSH; Prolene, Ethicon, AQSH; GyneMesh soft, Ethicon, AQSH). To'r katakchasining o'lchami makrofaglar, fibroblastlar kirishi, qon tomirlari va kollagen tolalari o'sib chiqishi uchun eng maqbul hisoblanadi. Monofilament ipdan foydalanish protezning fitil xususiyatlarini sezilarli darajada kamaytiradi va shunga mos ravishda infeksiyon asoratlar xavfini kamaytiradi.

II tur - to'liq mikrog'ovakli protezlar bo'lib, mikrog'ovaklar o'lchami 10 mikrometrdan kichik (Gore Tex, e-PTFE). Bunday protez makrofaglar va fibroblastlar uchun ham, bakteriyalar uchun ham o'tkazuvchan emas. Bu esa organizmning o'z kollageni shakllanishini sekinlashtirib, infeksiyon asoratlar rivojlanish xavfini oshiradi.

III tur - makroporali protezlar bo'lib, multifilamentli yoki mikrog'ovakli komponentlarga ega (Mersilene, Micromesh, Parietex, Surgipro Mesh SPM, Teflon).

Bunday protezlarning asosiy kamchiligi materialning yuqori fitil xususiyati bo'lib, bu asosan operatsiyadan keyingi churrallarni davolashda infeksiyon asoratlari rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi.

IV tur - submikroskopik o'lchamdagi g'ovakli biomateriallar: Silastic, Cellgard, Preclude Pericardial membrane, Preclude Dura Substitute (polipropilen mato, shuningdek, perikard yoki bosh miyaning qattiq qobig'idan maxsus tayyorlangan plastina).

Qorin old devori churralarini jarrohlik yo'li bilan davolashda birinchi 2 turdagi sintetik implantlar keng tarqalgan. Biroq, implantlarning yetarlicha ko'p bo'lishiga qaramay, ularni takomillashtirish va yangilarini yaratish hozirgi kunga qadar davom etmoqda. Kelajakdagi biomateriallar ideal protezning uch talabiga javob berishi lozim: 1. ular infeksiyaga chidamli bo'lishi; 2. ichki a'zolar bilan bitishmalar hosil bo'lishining oldini olishi; 3. inson tanasida xuddi o'z to'qimasidek harakat qilishi kerak: yaxshi o'rnashishi va mustahkam bo'lishi, uzoq vaqt davomida taranglikka bardosh berishi, ko'plab zamonaviy protezlar singari chuqur chandiqlanish va inkapsulyatsiyaga uchramamsligi lozim.

To'rlarning kimyoviy va fizik xususiyatlarini hisobga oluvchi tasniflardan tashqari, to'rlarning og'irligi va teshiklar o'lchami bo'yicha ham tasnif taklif etiladi [20]. Bir kvadrat metrda polipropilen miqdori bo'yicha to'r turlari: o'ta og'ir (100 g/m² va undan ortiq), og'ir (70-100 g/m²), yengil (25-50 g/m²), juda yengil (10 g/m² dan kam). Teshiklar o'lchamiga ko'ra: 100 mikrometrdan kichik; 100-200 mikrometr; 500-600 mikrometr; 1000-3000 mikrometr. Shuni ta'kidlash joizki, bu ikki bo'linish o'zaro bog'liqdir. To'rning teshiklari qancha katta bo'lsa, to'qimalarda shuncha kam sintetik material qoladi.

Ishlab chiqaruvchilar tomonidan sintetik materiallarning kimyoviy va biologik jihatdan inert ekanligi tasdiqlangan bo'lsa-da, to'qimalarning ularga nisbatan reaksiyasi mavjud. Bu esa qorin devori plastikasi usulini tanlashda va sintetik protezlarni ularning turi hamda tuzilishiga qarab qo'llash ko'rsatmalarini belgilashda yanada e'tiborli va aniq yondashuvni talab etadi [8, 156, 177].

Uzoq muddatli klinik kuzatuvlar, shuningdek, katta va gigant, ayniqsa, operatsiyadan keyingi takroriy churralarni davolash natijalaridan qoniqmaslik yangi yechimlarni izlashga undadi [12, 16, 73, 87]. Asosiy tendensiya ksenogen va allogen materiallardan foydalanib, churra nuqsonlarini bartaraf etishning turli usullarini eksperimental tarzda ishlab chiqish va klinik amaliyotga joriy etish bo'ldi. Biologik protez to'qimasida tez rivojlanadigan angiogenez natijasida biologik implantlarning bakterial infektsiyaga chidamliligi ishonchli tarzda isbotlangan [113,133,175].

§1.5. Qorin old devori qisilgan churralarini jarrohlik yo'li bilan davolashga zamonaviy yondashuvlar.

Bugungi kunda qisilgan churra holatida qat'iy davolash-taktik yo'riqnoma qabul qilingan bo'lib, u quyidagicha: qisilgan churra, qisilish muddati, turi va joylashuvidan qat'iy nazar, zudlik bilan jarrohlik usulida davolanishi lozim [72, 130, 131, 132, 176].

Qisilgan churrada shoshilinch operatsiya, rejalashtirilgan churra kesish operatsiyasidan bir qator muhim farqlarga ega. Jarrohning harakatlar ketma-ketligi qat'iy belgilangan bo'lib, quyidagi tartibda amalga oshirilishi lozim:

1. Kesish churra bo'rtib chiqqan joyning bevosita ustidan amalga oshiriladi.
2. Churra qopini ajratib olish, ochish va qisilgan a'zoni fiksatsiya qilish amalga oshiriladi.
3. Siqib turuvchi halqani kesib ochiladi.
4. Qisilgan a'zoning yashovchanligini baholanadi.

Ichak qovuzlog'i qisilgan holatda, uning yashovchanligiga ishonch hosil qilish zarur. Quyidagi belgilar ichak yashovchanligini ko'rsatadi: strangulyatsion iz va qora dog'larning yo'qligi, devor rangining oddiy pushti rangga qaytishi, tutqichning asosiy va chetki qon tomirlarida yaxshi pulsatsiya kuzatilishi, peristaltikaning mavjudligi. Bunday ichakni yashovchan deb baholash va qorin bo'shlig'iga joylashtirish mumkin [17, 18, 85]. Ozgina shubha tug'ilganda ham ichakni rezeksiya qilish zarur. Ichakning qoramtir rangi, xira seroz pardasi, bo'shashgan va qalinlashgan devori, peristaltikaning yo'qligi hamda ichak tutqich tomirlari

pulsatsiyasining sezilmasligi uning hayotiy qobiliyatini yo‘qotganidan dalolat beradi. Qisilgan ichak tutqichga alohida e‘tibor qaratiladi, chunki uning keskin yallig‘lanishli shishi yoki keng tarqalgan gematoma ichakni nekrozga olib keladigan ikkilamchi trombozga sabab bo‘lishi mumkin. Shu sababli, ichak tutqichining keskin infiltratsiyasida ham ichakni rezeksiya qilish lozim [24]. Umumqabul qilingan qoidalarga ko‘ra, ichak rezeksiyasi ichakning olib keluvchi qismidan kamida 30 sm va olib ketuvchi qismidan 15-20 sm masofada amalga oshiriladi. Gerniotomiya (chov va son churralarida) rezeksiya imkoniyatlarini cheklagan hollarda, o‘rta qorin kesimidan foydalanish zarur [19].

Qisilgan churrani davolashda operativ aralashuvning asosiy vazifalaridan biri churra darvozasini yopishdir. Texnik jihatdan, barcha plastika usullarini ikki guruhga bo‘lish mumkin: mahalliy to‘qimalardan foydalangan holda amalga oshiriladigan plastika usullari va qo‘shimcha ravishda plastik materiallardan foydalangan holda bajariladigan plastika usullari [42, 43, 94, 98, 99].

Jarrohlik tarixi davomida o‘rta va chov churralarini davolashda juda ko‘p usullar va jarrohlik aralashuvlari taklif qilingan. Hozirgi kunda chov churrasi gernioplastikasining 700 ga yaqin usuli va qorin churrasini bartaraf etishning 200 ga yaqin usuli ma‘lum bo‘lib, har yili o‘nlab yangi modifikatsiyalar tavsiya etilmoqda. Ammo mavjud zamonaviy adabiyotlarda qisilgan churralarda gernioplastika usullari bo‘yicha aniq ko‘rsatmalar va tavsiyalar uchramaydi.

K.D. Toskin va V.V. Jebrovskiy (1990) tomonidan bildirilgan fikrga ko‘ra, chov kanalini plastika qilish usuli iloji boricha sodda bo‘lishi va shoshilinch jarrohlikda murakkab turdagi gernioplastikadan foydalanish cheklangan bo‘lishi lozim [80]. Biroq, chov churralarini an‘anaviy jarrohlik usuli bilan davolash natijalari, taklif etilgan ko‘plab gernioplastika usullariga qaramay, kasallikning retsidivlarining yuqori chastotasi tufayli qoniqarsiz deb topilgan, bu oddiy churralarda 10% ni, katta va retsidivli churralarda 30% ni tashkil qiladi [171]. Mahalliy to‘qimalar bilan plastika qilishning eng oddiy usullari chov kanalining old devorini mustahkamlashdir (Jirar, Spasokukotskiy, Kimbarovskiy

usullari). Chov kanalining orqa devorini mustahkamlash usullari ham qisilgan chov churralarini jarrohlik yo‘li bilan davolashda keng qo‘llaniladi (Bassini, Kukujanov, Postemskiy usullari). So‘nggi yillardagi tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, asoratlanmagan qisilgan chov churrasida Lixstenshtayn bo‘yicha sintetik implantat yordamida amalga oshiriladigan "taranglashmagan" gernioplastika tanlov usuli hisoblanadi [29, 68, 90, 171, 179].

Plastika usullarini tizimlashtirishga kelsak, turli xil yondashuvlar mavjud. V.V.Jebrovskiy va Tom Elbashir (2002, 2005) operatsiyadan keyingi churralarda qo‘llaniladigan operatsiyalarning uchta guruhini ajratadilar:

1. Autoplastika (fastsial-aponevroz va mushak-aponevroz), asosan Napalkov (1908), Martinov (1914), Genrix (1890), Monakov (1959), Sapejko (1890) va boshqalarning usullari.

2. Eksplantatsiya ("taranglashgan va taranglashmagan" - sintetik va biologik implantatlardan foydalangan holda).

3. Kombinatsiyalangan plastika. Bu plastika usulining asosini bemorning o‘z to‘qimalari (chandiqli to‘qimalari, churra qopchasining parchalari, katta charvi) va turli xil turdagi eksplantlar bilan birgalikda qo‘llash tashkil qiladi.

V.N. Yegiev (2002) quyidagilarni ajratib ko‘rsatadi:

1. Taranglovchi plastika usullari (duplikatura hosil qilmasdan; duplikatura hosil qilib)

2. Taranglashmagan usullar: a) to‘rsimon implantni aponevroz ustiga tikmasdan fiksatsiya qilish (onlay); b) to‘rsimon implantni aponevroz ostiga tikmasdan fiksatsiya qilish (inlay); v) to‘rsimon implantni aponevroz ustiga va ostiga tikmasdan fiksatsiya qilish (inlay - onlay); g) qo‘sh to‘rsimon implantni aponevroz ostiga tikmasdan fiksatsiya qilish.

3. Kombinatsiyalangan usullar: a) to‘rsimon implantni aponevrozning ostiga joylashtirish bilan aponevrozni tikish; b) to‘rsimon implantni aponevrozning ustiga joylashtirish bilan aponevrozni tikish; v) to‘rsimon implantni qo‘llash orqali kombinatsiyalangan ko‘p qatlamli plastika usuli; g) to‘rsimon implantni qo‘llagan holda qisman tikish; d) to‘rsimon implantni ishlatib qorin devorini qayta tiklash.

4. Endovideoxirurgik gernioplastika: a) implantning intraabdominal joylashuvi; b) implantning preperitoneal joylashuvi; v) implantning aponevrozda joylashuvi. [19].

V.N. Yegiyev taklif etgan tasnif bizga zamonaviy ko'rinsada, u ham bahsli, chunki u eksplantlardan boshqa plastik materiallarni hisobga olmaydi [3, 24].

Bizning klinikamizda [11, 21, 47] plastika hajmi va plastika texnologiyasini farqlash tavsiya etiladi. Qorin devori plastikasi hajmi deganda bemorning funksional jihatdan bardosh bera oladigan jarrohlik aralashuvi nazarda tutiladi. Bunda ikki xil holat bo'lishi mumkin: mushak-aponevrotik qatlamlarning to'liq moslashuvi yoki belgilangan diastazni saqlab qolgan holda ularning qisman moslashuvi. Birinchi turdagi aralashuv rekonstruksiya (qayta tiklash operatsiyasi), ikkinchisi esa korreksiya (qisman tuzatish operatsiyasi) deb ataladi. Texnologiya yoki usul deganda plastika texnikasi (churra darvozasini yopish usullari) nazarda tutiladi. Bunda turli xil plastik materiallardan foydalanish mumkin.

Mahalliy to'qimalar bilan plastika usullari qorin bo'shlig'i hajmini kamaytiradigan usullar sifatida qaraladi. Bu usullar mahalliy va xorijiy olimlarning ko'plab ilmiy nashrlarida batafsil yoritilgan [10, 37, 44].

Churra plastikasining an'anaviy usullari qo'llanilganda kasallikning qayta yuzaga kelishi 10-35% holatlarda kuzatiladi [5, 63, 153]. Aholi orasida standart gernioplastikalardankeyin retsidivlarning yuqori chastotasi to'g'risida axborot mavjudligi churra bilan og'rigan ko'plab bemorlarni operatsiyadan voz kechishga majbur qiladi. Bu esa, o'z navbatida, qisilgan churralar tufayli operatsiya qilingan bemorlar sonining ortishiga olib kelmoqda. Qisilgan churralar bo'yicha o'tkazilgan operatsiyalardan keyingi takrorlanish chastotasi rejali churra kesishlaridan keyingiga qaraganda yanada yuqori ekanligi aniqlangan [32, 54, 77]. Buning sababi shundaki, qorin oldi devori plastikasi ichak tutilishi va ehtimol peritonit tufayli yuzaga kelgan yuqori qorin ichi bosimi sharoitida amalga oshiriladi. Ushbu holatlar ventral churralarni davolashda jiddiy muammolarni keltirib chiqarmoqda. Bu muammoni faqatgina churra plastikasining tubdan yangi turlarini keng joriy etish orqali hal qilish mumkin [47, 121, 159].

Sintetik materiallardan foydalangan holda amalga oshiriladigan operativ aralashuv turlari keng tarqalgan bo'lib, ular deyarli rad etish reaksiyasini keltirib chiqarmaydi [29, 68]. Bundan tashqari, qorin old devorining katta churra nuqsonlarini yopish imkonini beruvchi implantatlar ishlab chiqilgan [88, 156]. So'nggi yillarda churra operatsiyalarining travmatikligini kamaytirish, bemorlarning shifoxonada qolish muddatini, shuningdek, ijtimoiy va mehnat rehabilitatsiyasi muddatlarini qisqartirish uchun laparoskopik gernioplastika usullari ishlab chiqilgan [122, 139, 140, 179].

Jarrohlik taktikasi nuqtayi nazaridan implantatning joylashuvi va mahkamlash usuli asosiy masala hisoblanadi. Xususan, qorin devori qatlamlarini qanday va qaysi usulda sintetik implantat bilan mustahkamlash, uni qaysi bo'shliqlarga joylashtirish kerakligi haqidagi prinsipial yondashuv mavzusi muhokama qilinmoqda. [21].

Xorijiy adabiy manbalarda implantatsion gernioplastikaning 4 turi ("onlay", "inlay", "sublay", "intraabdominal") ajratib ko'rsatiladi, bunda tasnifiy tamoyil sifatida to'ring aponevrotik tuzilmalarga nisbatan joylashuvi qo'llaniladi:

1. Intraabdominal holat [148] da sintetik implant qorin bo'shlig'iga joylashtiriladi. Polipropilen to'rni ingichka ichak qovuzloqlaridan ajratish uchun katta charvi ishlatiladi. Videolaparoskopik plastikada antiadgeziv qoplamali kompozit to'rlar (Sepramesh, Composite, Seprafilm, Proceed) keng qo'llaniladi. Ularni qorin bo'shlig'iga qo'shimcha peritonizatsiyasiz implantatsiya qilish mumkin, bu esa erta va uzoq operatsiyadan keyingi davrda ichak oqmalari va bitishmali ichak tutilishining oldini olishga yordam beradi [112, 186]. Bunday effektga implantning visseral yuzasi g'ovaksiz, to'qimalarni o'tkazmaydigan materialdan iborat bo'lganligi tufayli erishiladi. Bu material sezilarli yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqarmaydi, biriktiruvchi to'qima hosil bo'lishini stimullamaydi hamda to'r va visseral qorin pardasi o'rtasidagi to'siq vazifasini bajaradi [138]. Usulning kamchiliklari qorin old devorining normal anatomiyasini tiklashning imkonsizligi, yatrogen elektr jarrohlik jarohatlari xavfi va kasallikning qaytalanish darajasi 0 dan 17% gacha bo'lishidir [111, 141, 151].

Qorin devori plastikasining video-laparoskopik usullarining boshqa salbiy tomonlari quyidagilardir: qimmatbaho jihozlardan foydalanish zarurati, jarrohning maxsus tayyorgarligi, shuningdek, operatsiyani zo‘riqtiruvchi pnevmoperitoneum sharoitida o‘tkazish. Bu esa shoshilinch jarrohlik holatlarida, bemorning ahvoli og‘ir bo‘lganda va asoratli qisilgan churra mavjud bo‘lganda imkonsiz hisoblanadi [142].

2. Preperitoneal holatda implant qorin pardasi oldidagi bo‘shliqqa joylashtiriladi. Qorinning oldingi devorini qorin mushaklari bilan qorin pardasi orasida joylashgan protez ustidan qavatma-qavat tikiladi. Operatsiyadan keyingi ventral churralarning preperitoneal plastikasi qaytalanish xavfini kamaytiradi va jarohat asoratlari chastotasini kamaytiradi [144]. Ushbu guruhga Stoppa usuli bo‘yicha plastika kiradi. Bu usulning kamchiliklariga quyidagilar kiradi: texnik jihatdan murakkab, travmatik va ba‘zan aponevrozdan paritalqorin pardasini uzoq vaqt ajratib olib bo‘lmaydi, bu esa operatsiya davomiyligini sezilarli darajada oshiradi [158]. Katta va gigant operatsiyadan keyingi ventral churralarda, keng darvozalar mavjud bo‘lgan hollarda, sintetik implant ustidagi aponevrozning oldingi varag‘ini doimo ham tikib bo‘lmaydi. Bunday vaziyatda implantatni churra xaltasi varaqlari orasiga joylashtirish usulidan foydalanish mumkin. Bu usul to‘rning qorin bo‘shlig‘i a‘zolari va teri osti yog‘ to‘qimalariga tegishining oldini oladi [6].

3. Subaponevrotik joylashuv, bunda implant qorin old devorining mushak-aponevrotik qatlamlari orasiga o‘rnatiladi. Ushbu talablarga Rives plastikasi to‘liq javob beradi. Bu usulda implant aponevrozning oldingi va orqa varaqlari orasiga retromuskulyar tarzda joylashtiriladi [172]. Rives bo‘yicha gernioplastika katta va qayta yuzaga kelgan operatsiyadan keyingi qorin churralarini davolashning samarali usuli hisoblanadi. Bu usul a‘lo natijalar va minimal asoratlar bilan ajralib turadi. Bundan tashqari, muskul to‘qimasining qon bilan ta‘minlanishi teri osti yog‘ to‘qimasiga nisbatan ancha yaxshi bo‘ladi. Bu esa dastlab kuchliroq yallig‘lanish reaksiyasiga olib keladi va keyinchalik implant tolalari atrofida zich biriktiruvchi to‘qimaning o‘sib chiqishi bilan almashinadi [101, 181].

4. Aponevroz usti holati - sintetik implantat oldindan tikilgan churra darvozasi ustida, teri osti yog‘ to‘qimasi bilan bevosita aloqada joylashadi. Bu

guruhga aponevroz duplikaturasini shakllantirgan holda bo'shashtiruvchi kesmalar qo'llangandan so'ng qorin old devorini to'r bilan mustahkamlaydigan operatsiyalarni ham kiritish mumkin [53, 107]. Qorin devori plastikasining ushbu usulida protezni tegishli tarzda joylashtirish uchun aponevrozdan yog' to'qimasini yetarlicha keng ajratish lozim. Bu limfa oqimi yo'llarini sezilarli darajada shikastlaydi, natijada yaraga seroz va limfa suyuqligi uzoq vaqt davomida ajralib chiqadi hamda uzoq muddat (5 kungacha) faol drenajlash talab etiladi [72, 116, 182].

Bundan tashqari, implantantni aponevroz ustiga joylashtirish paytida, uning zaif vaskulyarizatsiyalangan to'qimalar (teri osti kletchatkasi va aponevroz) bilan aloqasi protezning qorin old devori qatlamlariga ishonchli integratsiyasini ta'minlamaydi, bu esa uning keyinchalik ajralishiga va subprotez churrasining shakllanishiga olib kelishi mumkin [76, 183].

5. Churra darvozasini tikib bo'lmaydigan hollarda kombinatsiyalangan usul qo'llaniladi. Bu usulga ochiq "taranglashmagan" gernioplastika kiradi, bunda to'rsimon endoprotez aponevrozning tikilmagan nuqsonini qoplaydi va churra darvozasining perimetri bo'ylab mahkamlanadi [19]. Operatsiyaning bu usuli katta va gigant takroriy operatsiyadan keyingi churralarni davolashda ko'rsatilgan. Bundan tashqari, og'ir yo'ldosh kasalliklar mavjud bo'lganda, qorin ichki bosimini o'zgartirmaydigan, shu tufayli gemodinamika va o'pka ventilyatsiyasiga ta'sir qilmaydigan "tarangsiz" plastika eng ma'qul hisoblanadi.

Alohida guruh sifatida "component separation" qorin old devorini rekonstruksiya qilish usulini ajratib ko'rsatish kerak, uning mohiyati qorin old devorini tashkil etuvchi to'qimalarni keng anatomik mobilizatsiya qilish, bo'shashtiruvchi kesmalarni bosqichma-bosqich amalga oshirishdan iborat [165]. Ko'plab jarrohlr "component separation" amaliyotini bajarish paytida qorin old devorini mustahkamlash uchun qo'shimcha sintetik materiallardan foydalanadilar. Bunda endoprotezni aponevroz ustiga [78], aponevroz ostiga [74] yoki aralash holatda [168] joylashtirishadi.

Biroq, zamonaviy inqilobiy o'zgarishlar asosan churra kasalligining rejali xirurgiyasiga ta'sir ko'rsatdi, shoshilinch gerniologiya hozircha bu masalada ancha

orqada qolmoqda. Shoshilinch jarrohlikda sintetik implantlarni qo'llash hali ham tanlov usuli emas. Bugungi kungacha bu turdagi jarrohlik yordamini qo'llash uchun yagona ko'rsatmalar ishlab chiqilmagan [131, 160]. Qisilgan churralarda protezlash plastika usullarining keng joriy etilmaganligi infeksiyalangan jarohatda sintetik materiallardan foydalanilganda operatsiyadan keyingi yara asoratlari rivojlanish xavfi bilan bog'liq [132].

Sintetik materialning kiritilishi "begona jism" reaksiyasini keltirib chiqaradi, bu esa o'z navbatida yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishiga olib keladi, sintetik implantant patogen mikroorganizmlar bilan o'rtnashishi va infeksiyon jarayonning kechishini sezilarli darajada uzaytirishi mumkin [66].

Ba'zi mualliflar potentsial infeksiyalangan sharoitlarda qorin devorini protezlash haqida ma'lumot berishadi. Ular yo'g'on ichak rezeksiyasi yaxshi natijalar bilan bajarilganidan so'ng [94, 104, 110, 152, 163], shuningdek, qisilgan churralarda ichak rezeksiyasi holatlarida ham [97, 120, 121, 157] bu jarrohlik amaliyotining muvaffaqiyatli amalga oshirilganini ta'kidlashadi. V.V. Jebrovskiyning (2002) fikricha, infeksiya sharoitida protezlashning xavfi bo'rttirib ko'rsatilmoqda [25].

Ammo ichak rezeksiyasidan so'ng yarada infeksiya mavjud bo'lishi ehtimoli sintetik implantatlardan foydalanishga qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin, degan boshqa bir fikr ham bor [161]. Vayup M va hamkasblarining (1996) fikricha, faqat gangrenoz ichak teshilishidan keyingi peritonitda yoki yo'g'on ichak rezeksiyasida yaraninginfitsirlash xavfi yuqori bo'lgan hollargina sintetik implantatlarni qo'llashga qarshi ko'rsatma hisoblanadi [162].

Biroq, so'nggi yillarda adabiyotlarda qisilgan churralarni jarrohlik yo'li bilan davolashda sintetik implantatlarning muvaffaqiyatli qo'llanilishi haqida xabarlar tobora ko'proq paydo bo'lmoqda. Masalan, Visotski A. (2002) 27 ta qisilgan chov churralari haqida xabar beradi. Barcha holatlarda Lixtenshteyn usuli bo'yicha plastika jarrohlik amaliyoti qo'llanilgan. Operatsiyadan keyingi erta davrda bitta seroma qayd etildi. 24 oygacha bo'lgan kuzatuv davrida churraning qaytalanishi aniqlanmadi [184].

Sukovatix B.S. va hammual. (2005) "Linteks Esfil" to'rtli transplantati yordamida turli lokalizatsiyadagi qisilgan ventral churrallarni bartaraf etish bo'yicha 51 ta jarrohlik amaliyoti ijobiy natija bilan amalga oshirilganligini ma'lum qilgan. Operatsiyadan keyingi davrda 4 (7,8%) bemorda seroma rivojlangan, operatsiyadan keyingi yaraning yiringlashi kuzatilmagan [75].

Axtamov J.A. (2005) qisilgan chov churralarini davolashda Lixstenshteyn bo'yicha 7 ta muvaffaqiyatli gernioplastika natijalarini keltirgan. Romashin-Timanov (2005) esa operatsiyadan keyingi qisilgan qorin churralari bo'lgan 17 nafar bemorda to'rsimon eksplantlarni ("onlay" plastikasi) qo'llash haqidagi ma'lumotlarni e'lon qilgan. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatning yiringlashi holatlari kuzatilmagan [64].

Sajin V.P. (2007) taranglashmagan plastik jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan turli lokalizatsiyadagi qisilgan churralari bo'lgan 31 nafar bemorni davolash natijalari haqidagi maqolani e'lon qildi. Muallif operatsiyadan keyingi yaraning yiringlash holatlarini qayd etmaydi. 11 (35,5%) bemorda operatsiyadan keyingi yara seromalari tashxisi qo'yilgan, bemorlarning 3-yilgacha bo'lgan kuzatuv muddatlarida churraning qaytalanishi kuzatilmagan [67].

Shvachko S. A. (2008) to'rsimon protezdan foydalangan holda tarangsiz plastika haqida ma'lumot berdi. Bunga ko'ra, qisilgan chov churrasi - 129 ta, son churrasi - 10 ta (jami 139 ta, ya'ni 65,9%), qisilgan kindik churrasi - 44 ta (20,9%), operatsiyadan keyingi qisilgan qorin devori churrasi bilan og'rigan bemorlar - 28 ta (13,3%) edi [90].

Samsonov A.A. (2009) ham qisilgan churralardagi jarrohlik amaliyotlarida allotransplantatlardan foydalanish usulning yuqori samaradorligini, asoratlar va o'lim ko'rsatkichlarining pastligini ta'kidlaydi [75]. Gareski R. (2009) qisilgan va to'g'rilanmaydigan ventral churrali bemorlarning 44,9% da protezlash bilan taranglashmagan plastikadan foydalangan [12]. Martínez-Serrano M.A. (2009) esa qisilgan churra bilan operatsiya qilingan bemorlarning 92,5 foizida qorin devorini sintetik protezlar bilan protezlash amalga oshirilganini ma'lum qilgan [170].

Qoniqarsiz natijalarning asosiy sabablari implantatni mahkamlashdagi texnik va taktik xatolar, yiringli jarohat asoratlarning rivojlanishi, operatsiyadan keyingi davrning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan yondosh kasalliklarning mavjudligi hisoblanadi [3, 20, 52, 145].

Operatsiyadan keyingi jarohat asoratlarning kelib chiqish sabablarini bilish nafaqat operatsiya usulini tanlash, balki bemorlarni operatsiyadan keyingi davolashni optimallashtirish va jarohat asoratlarning oldini olish bilan bog'liq ko'plab taktik masalalarni muvaffaqiyatli hal etish imkonini beradi.

Bir qator mualliflar ligaturalar va chandiqlarda "mudraydigan" infeksiyaning saqlanib qolishiga alohida e'tibor berishadi, bu esa operatsiya yarasining yiringlashiga olib keladi [3, 4, 15]. Chandiqli to'qimalarda joylashgan mikroflora ko'p yillar davomida virulentlikni saqlab qolishi mumkinligi va uning faollashuvi mahalliy to'qimalar bilan plastika qilinganda ham, qo'shimcha plastik materiallardan foydalanilganda ham jarohat asoratlarga, keyin esa operatsiyadan keyingi ventral churralarning paydo bo'lishiga sabab bo'lishi isbotlangan.

Qorin devorini mahalliy to'qimalar bilan plastika qilishda yara asoratlari 20,9-49,2% ga yetadi [79, 190]. Ularning strukturasiga yiringlashlar, gematomalar, seromalar, uzoq davom etadigan limforeya, yara infiltratlari, ligaturali oqmalar, yara chetlari nekrozi va boshqalar kiradi.

Jarohat chetlarining har qanday o'z-o'zidan ajralishi yoki qorin devorining chuqur qatlamlarini tozalash uchun majburiy ochilishi yiringlash deb qaralishi kerakligi haqida fikr mavjud [14].

Turli xil kelib chiqishga ega bo'lgan plastika materiallarning qo'llanilishi sababli, churra plastikasida ilgari kuzatilmagan qo'shimcha yara asoratlari ham paydo bo'ldi. [167].

Seroma ko'rinishidagi asorat turli jarrohlik aralashuvlaridan keyin uchraydi. Bu jarrohlik operatsiyasidan keyin to'qimalarning qalinligida, "erkin" maydon yoki bo'shliqda ekssudatsiya natijasida suyuqlik to'planishidir [72]. Toza jarohatlarni oddiy birlamchi tikishda seromalar juda kam rivojlanadi, ular sintetik implantatlardan foydalangan holda qorin devorini plastika qilish davrida alohida

dolzarblik kasb etdi. Gerniologiyada operatsiyadan keyingi seroma hosil bo'lishi protezga xos bo'lmagan yallig'lanish reaksiyasidir. Operatsiyadan keyingi yaqin davrda sintetik implant va unga yondosh to'qimalar o'rtasida bo'shliqning mavjudligi bir qator hollarda punksiya yoki drenajlashni talab qiladigan ko'p miqdorda ekssudat to'planishiga olib keladi [90, 105, 187].

Protezning joylashuviga, uning turi va kattaligiga, qo'llaniladigan chok materialining bir xilligiga qarab, seromaning chastotasi 17,6-30,3% [72, 78] oralig'ida o'zgarib turadi va xorijiy mualliflarning fikriga ko'ra - 50% gacha yetadi [105]. Tajriba ishlari va to'plangan tajribaga asoslanib, gernioplastikada aynan ideal biomaterialga xos bo'lgan ko'pgina xususiyatlarni o'zida mujassamlashtirgan I turdagi polipropilen protezlarning samaradorligi haqida xulosa qilish mumkin. Ularga nisbiy inertlik, infeksiyaga chidamlilik, g'ovaklik, molekulyar o'tkazuvchanlik, mexanik mustahkamlik, elastiklik va to'qima suyuqliklari ta'siriga chidamlilik kiradi [102].

Bitishma jarayoni va ichak oqmalarining shakllanishiga sabab jarrohlik aralashuvining noto'g'ri texnikasi (implantning qorin bo'shlig'i a'zolari bilan bevosita aloqasi yoki burmalar va egilishlarni shakllantirish bilan implantatni mahkamlash, qorin bo'shlig'iga kirish) [3, 11, 58, 24, 106]. Implantlar migratsiyasi qorin old devori to'qimalarining degenerativ-distrofik o'zgarishlarida, ayniqsa ularning tortilishida sodir bo'ladi [72].

Qorin old devori plastikasidan keyin yara asoratlarini oldini olish usullarini optimallashtirish juda dolzarb muammo hisoblanadi. Shubhasiz, hatto turli xil plastik usullardan foydalangan holda muvaffaqiyatli bajarilgan operatsiya ham ratsional profilaktika choralarini qo'llamasdan operatsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanishiga to'sqinlik qila olmaydi. Jarohat asoratlari profilaktikasining asosiy yo'nalishlari jarrohlikning boshqa bo'limlarida qo'llaniladigan chora-tadbirlarga o'xshashdir [91].

Bir qator jarrohlar qorin devori plastikasidan so'ng yarani drenajlash zaruriyati va samaradorligini shubha ostiga qo'ymoqdalar. Isroillik jarrohlar turli lokalizatsiyadagi churralar tufayli 11 ta gospiatalda operatsiya qilingan 1487 bemorda

jarohat infeksiyasining sabablarini o'rganuvchi umummilliy tadqiqot o'tkazdilar [174]. Operatsiyadan keyingi yara yiringlashi 68 (4,6%) bemorda kuzatildi. Yarani drenajlash uning yiringlashiga olib keluvchi omillardan biri ekanligi aniqlandi. Yarani infeksiyalanish xavfi uni drenajlashning ijobiy ta'siridan yuqori ekanligi to'g'risida xulosa qilindi. T.J. White va hammualliflari (1998) qorin devorini plastika qilish usulidan qat'i nazar, jarohatni drenajlashdan so'ng asoratlar chastotasi kamaymaganini aniqladi [190]. Krasnov O.A. (2000) fikricha, ba'zi hollarda Redon drenajlari operatsiyadan keyingi jarohatga infeksiya o'tkazuvchi vosita bo'lib xizmat qiladi. Muallif onlay plastikasidan keyin UTT nazorati ostida seromalarni punksiya qilishni afzal ko'radi [36]. Shu bilan birga, Vrijland W.W. va hammualliflari (2000) OKVCHda polipropilen protezlari yordamida qorin old devorini plastika qilishdan so'ng drenajlash va jarohat infeksiyasi darajasi o'rtasida, shuningdek drenajlash va seromalar paydo bo'lish chastotasi o'rtasida bog'liqlik topmadi [134].

Chevrel J.P. (2001) onlay plastikadan so'ng 2-4 ta vakuum drenaj qo'ygan. Agar 48 soat davomida drenajlar orqali suyuqlik ajralmasa, drenajlash to'xtatilgan. Muallif jarohatni drenajlash natijasida bemorlarda seroma chastotasi drenajlashsiz 15% bo'lgan holatga nisbatan 3% gacha pasayganini qayd etgan [107].

Martin-Duce A. va hammualliflar (2001) OKVCH bo'lgan bemorlarda qorin old devorining sublay plastikasidan so'ng, to'g'ridan-to'g'ri protez ustiga bitta vakuum drenaj, ikkinchisini esa aponevroz ustiga qo'yishni tavsiya etadilar. Drenajlar 48-72 soatdan so'ng olib tashlanadi, chunki ularning jarohatda uzoqroq qolishi limforreya rivojlanishini tezlashtiradi va yiringlash xavfini oshiradi [149].

Yevropa gerniologiya jamiyati ekspertlari guruhining konsensusiga ko'ra, qorin devori plastikasidan keyin barcha operatsiyalar jarohatni faol drenajlash bilan yakunlanishi kerak [108]. Ammo muammo ochiqlicha qolmoqda, drenajlashning turli usullari va operatsiyadan keyingi yarani bo'g'iq tikishning qiyosiy tadqiqotlari mavjud emas, drenajlash usulining yarada seroma hosil bo'lish chastotasiga ta'siri haqida ma'lumotlar yo'q.

Shunday qilib, mavjud adabiyotlarda chov, kindik churrallari va OKVCHda qorin devori plastikasiga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, operatsiyani bajarish

uslubi va texnikasi, turli sintetik materiallarni qo'llashning maqsadga muvofiqligi batafsil o'rganilgan. Ko'pchilik kuzatuvlarda bemorlarni rejali jarrohlik yo'li bilan davolashning nafaqat yaqin, balki uzoq muddatli natijalari ham ijobiy ekanligi aniqlangan. Shunga qaramay, shoshilinch jarrohlikda tarangsiz gernioplastikani qo'llash masalasi hamon dolzarbligicha qolmoqda. Davolashning qoniqarsiz natijalarining asosiy sabablari plastika usulini noadekvat tanlash, qorin devori to'qimalarining sezilarli darajada tortilishi, qorin bo'shlig'i hajmining kamayishi va operatsiya qilingan bemorlarning 0,8-12% da abdominal kompartment sindromining rivojlanishi hisoblanadi. Bugungi kunga qadar asoratlangan qisilgan churrallari bo'lgan bemorlarni operatsiyadan oldingi, intra- va operatsiyadan keyingi olib borish taktikasining o'ziga xos xususiyatlari; asoratlangan qisilgan churraning o'lchamiga, lokalizatsiyasiga qarab plastika usulini tanlash; qorin old devori to'qimalarining anatomik tanqisligi sharoitida katta va gigant o'lchamdagi qisilgan operatsiyadan keyingi ventral churralarda gernioplastika, qorin old devori o'tkazuvchanligi va ichak kompartment sindromi rivojlanishining oldini olish masalalari yetarli darajada yoritilmagan.

II BOB.

TADQIQOT MATERIALI VA USULLARI

§2.1. Klinik materialning tavsifi

Tadqiqotning asosi sifatida 2019-2024-yillarda RSHTYOIM Navoiy filialida statsionar davolanishda bo‘lgan, qorin old devorining turli lokalizatsiyadagi qisilgan churralari bo‘yicha dastlabki tanlovsiz operatsiya qilingan 127 nafar bemorlarning retrospektiv va prospektiv tadqiqot natijalari olingan.

Klinik kuzatuvga olingan bemorlar jarrohlik aralashuvining xarakteri va hajmiga qarab ikki guruhga bo‘lingan.

Asosiy guruh qorin old devorining qisilgan churralari bo‘lgan 71 nafar bemordan iborat bo‘lib, ularga sintetik implantatlar ("taranglashmagan" gernioplastika) yordamida jarrohlik amaliyoti o‘tkazildi. Ushbu guruhga churra lokalizatsiyasi turlicha bo‘lgan bemorlar kiritilgan:

1. Qisilgan chov churrasi bilan - 24 (33,8%)
2. Qisilgan kindik churrasi bilan - 20 (28,1%)
3. Operatsiyadan keyin qisilgan ventral churra bilan–27(38,1%)

Nazorat guruhini qorin old devorining qisilgan churralari bo‘lgan, an’anaviy autoplastika usullari ("taranglashgan" gernioplastika) bilan operatsiya qilingan 56 nafar bemor tashkil etdi. Ushbu guruhga ham churra lokalizatsiyasi turlicha bo‘lgan bemorlar kiritilgan:

1. Qisilgan chov churrasi bilan - 16 (28,6%)
2. Qisilgan kindik churrasi bilan - 18 (32,1%)
3. С ущемленной послеоперационной вентральной грыжей – 22 (39,3%)

Bemorlarning churra turlari bo‘yicha taqsimlanishi 2.1-jadvalda ko‘rsatilgan. Son churrasi va churra xaltasining flegmonasi mavjud bo‘lgan bemorlar har ikkala guruhda ham tadqiqotga kiritilmagan.

2.1-jadval

Bemorlarning churra turlari bo'yicha taqsimlanishi

Churra turi	Asosiy guruh		Nazorat guruhi	
	Abs.	%	Abs.	%
Chov churrasi	24	33,8	16	28,6
Kindik churasi	20	28,1	18	32,1
OKVCH	27	38,1	22	39,3
Jami	71 (100%)		56 (100%)	

Qisilgan chov churrasi bo'lgan bemorlar (2.2-jadval) L.M. Nyhus (1993) tasnifiga muvofiq quyidagicha taqsimlandi: **I tur** - Chuqur chov halqasi kengaymasdan kichik qiyshiq churra. **II tur** - Chuqur halqa 2 sm gacha kengaygan, biroq to'g'ri bo'shliqqa ta'sir qilmagan qiyshiq chov churrasi. **III tur** - Chov tubi zaiflashuvi. **IIIa turi** - To'g'ri churra. **IIIb turi** - To'g'ri bo'shliqni deformatsiyalovchi katta qiyshiq churra:

1. ichki chov halqasi sathida
2. chov kanaliga tushadigan
3. tashqi chov halqasiga yetadigan
4. yorg'oqqa yetadigan

IIIv tur - Son churrasi.

IV tur - Har qanday retsdivlanuvchi churra:

1. retsdivlanuvchi qiyshiq chov churralari
2. retsdivlanuvchi son churralari
3. retsdivli to'g'ri, qiyshiq chov va son churralari kombinatsiyasi

2.2-jadval

Chov churrasi turi bo'yicha bemorlarning taqsimlanishi

Chov churrasi turi	Asosiy guruh		Nazorat guruhi	
	Abs. (n=24)	%	Abs. (n=16)	%
II tur - qiyshiq churra	11	45,8	7	40,0
IIIa –to'g'ri churra	2	8,6	3	20,0
IIIb–kata qiyshiq churra	6	24,0	4	26,7
IV –retsdiv churra	5	20,9	2	13,3

Kindik churralarini tasniflashda Yevropa gerniologlar jamiyatining (EHS, 2007) churra darvozasi kengligiga qarab kindik churralarini taqsimlash bo'yicha tavsiyalari inobatga olingan (2.3-jadval).

2.3-jadval

Bemorlarning kindik churrasi turi bo'yicha taqsimlanishi

	Asosiy guruh		Nazorat guruhi	
	Abs. (n=20)	%	Abs. (n=18)	%
Kichik (< 2 cm)	5	25,0	6	33,3
O'rta (2-4 cm)	9	45,0	8	44,4
Katta (>4 cm)	6	30,0	4	22,2

Operatsiyadan keyingi ventral churrasi bo'lgan bemorlarni taqsimlashda J. Chevrel va R.M. Rath (SWR, 1999) tasnifiga amal qilindi. Bu tasnif o'rta churra (M) va yon churrani (L) ajratishni nazarda tutadi. Churra darvozasi kattaligining

darajalanishi quyidagicha: 5 sm gacha (W1), 10 sm gacha (W2), 15 sm gacha (W3), 15 sm dan ortiq (W4). (2.4-jadval). Ikkala guruhda ham bemorlarning ko'pchiligi katta va ulkan o'lchamdagi ventral churraga ega edi.

2.4-jadval

Operatsiyadan keyingi ventral churrasi bo'lgan bemorlarning taqsimlanishi

Churra lokalizatsiyasi	Asosiy guruh		Nazorat guruhi	
	Abs.	%	Abs.	%
M	23	85,2	20	90,1
L	4	14,8	2	9,1
Churra darvozasi kengligi	Asosiy guruh		Nazorat guruhi	
	Abs.	%	Abs.	%
W1	4	14,8	3	13,6
W2	7	25,9	3	13,6
W3	7	25,9	6	27,3
W4	9	33,3	10	45,4
Jami	27 (100%)		22 (100%)	

Asosiy guruhda bemorlarning o'rtacha yoshi $55,4 \pm 4$ yilni tashkil etib, 28 yoshdan 81 yoshgacha oraliqda bo'ldi. Erkaklar soni 34 nafar (47,9%), ayollar soni esa 37 nafar (52,1%) edi.

Nazorat guruhida o'rtacha yosh $56,6 \pm 3,1$ yoshni tashkil etdi va 27 yoshdan 78 yoshgacha o'zgarib turdi. Bunda erkaklar 28 nafar (50,0%), ayollar 28 nafar (50,0%) edi.

Katta yoshdagi guruhga mansub operatsiya qilingan bemorlarning ko'pchiligida jiddiy yondosh kasalliklar mavjud edi (2.5-jadval), bu esa kasallikning kechishi va oqibatiga ta'sir ko'rsatdi. Shu bilan birga, ushbu yosh guruhidagi bemorlarning 82% da 2-3 ta yondosh kasalliklar aniqlangan.

2.5-jadval

Qisilgan churra bilan og‘rigan bemorlarning hamroh kasalliklarga ko‘ra taqsimlanishi

Hamroh kasallik	Asosiy guruh (n=68)		Nazorat guruhi (n=53)	
	Aʼdc.	%	Aʼdc.	%
YuIK	28	56	30	40
Arterialgipertoniya	22	44	34	68
Nafas aʼzolari patologiyasi (Oʻpkalar surunkali obstruktiv kasalligi, pnevmoskleroz, surunkali bronxit)	12	24	16	21
Oyoqlarning varikoz kasalligi	6	12	9	12
Urologik patologiyalar (prostata bezi adenomasi, pielonefrit va boshqalar)	8	16	11	14,6
Oshqozon-ichak trakti kasalliklari	10	20	12	16
Semizlik TMI 30 kg/m ² dan yuqori	13	26	19	25,3
Qandli diabet	5	10	7	9,3
Boshqa kasalliklar	6	12	11	14,6

2.5-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, ikkala guruhda ham yurak-qon tomir va nafas olish tizimi kasalliklari ustunlik qildi. Bemorlarning aksariyatida urologik patologiya va oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo‘lgan. Tana vazni indeksi 30 kg/m² dan yuqori bo‘lgan alimantar semizlik ko‘rinishidagi moddalar almashinuvining buzilishi 32 nafar bemorda qayd etildi.

Bemorlardan anamnez yig'ishda, ularning statsionarga yotqizilishidan oldingi churra bilan yashash davomiyligi 1 yildan 20 yilgacha o'zgarib turganini aniqlandi (2.6-jadval). O'rtacha churra bilan yashash davomiyligi $9,5 \pm 1,7$ yilni tashkil etdi.

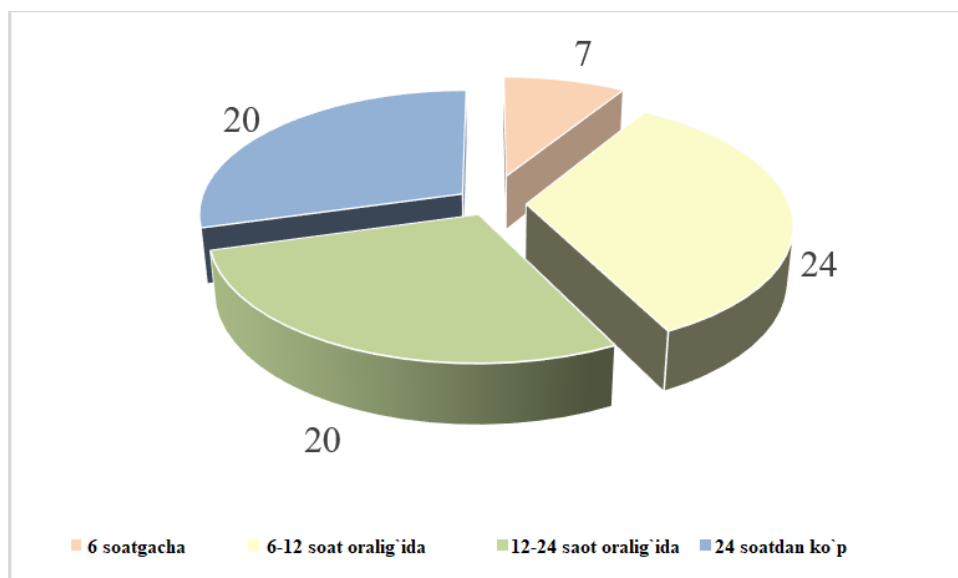
2.6-jadval

Bemorlarni churra bilan kasallanish davomiyligiga ko'ra taqsimlash

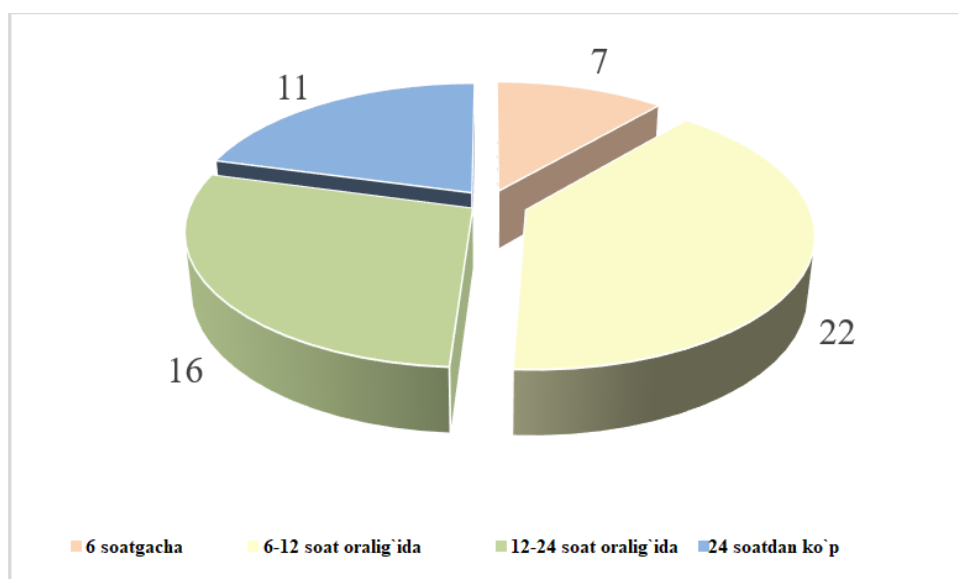
Klinik guruh	Длительность грыженосительства (годы)					
	1yilgacha	1-5 yil	6- 9 yil	10-15 yil	15 yildan ko`p	M $\pm$ T
Asosiy (n=71)	6	22	25	10	8	7,9 $\pm$ 1,8
Nazorat (n=56)	5	20	18	7	6	10,6 $\pm$ 2,5
p>0,05						

RSHTYOIM Navoiy filialining qabul bo'limiga shoshilinch tarzda keltirilgan bemorlarning qisilish boshlanganidan to shifoxonaga yotqizilguniga qadar bo'lgan vaqt turlicha edi. Asosiy guruhda (1-rasm) shifoxonaga yotqizish vaqti qisilish paydo bo'lgan paytdan boshlab 4 soatdan 120 soatgacha cho'zilgan. O'rtacha vaqt $17,1 \pm 8,4$ soatni tashkil etdi. Dastlabki 6 soat ichida 7 nafar (9,9%) bemor, 6 soatdan 12 soatgacha 24 nafar (33,8%) bemor, 12 soatdan 24 soatgacha 20 nafar (28,1%) bemor, 24 soatdan keyin esa 20 nafar (28,2%) bemor kasalxonaga yotqizilgan (2.1-rasm).

Nazorat guruhida (2-rasm) qisilgan paytdan boshlab shifoxonaga yotqizish vaqti 3 soatdan 144 soatgacha bo'lgan. O'rtacha vaqt $20,6 \pm 6,8$ soat. Dastlabki 6 soatda 7 nafar (12,5%) bemor, 6 soatdan 12 soatgacha 22 nafar (39,3%) bemor, 12 soatdan 24 soatgacha 16 nafar (28,8%) bemor, qisilgan paytdan 24 soatdan keyin 11 nafar (19,6%) bemor kasalxonaga yotqizilgan (2.2-rasm).



2.1-rasm. Asosiy guruh bemorlarining churra qisilgan paytdan kasalxonaga yotqizilgunga qadar bo'lgan muddatlar bo'yicha taqsimlanishi.



2.2-rasm. Nazorat guruhidagi bemorlarning churra qisilgan paytdan kasalxonaga yotqizilgunga qadar bo'lgan vaqt bo'yicha taqsimlanishi.

Shunday qilib, har ikki guruh bo'yicha taqdim etilgan ma'lumotlarni taqqoslaganda, jumladan jins, yosh, hamroh kasalliklar, churra davomiyligi va qisilish paytidan boshlab tibbiy yordamga murojaat qilish vaqti kabi ko'rsatkichlar bo'yicha, tahlil qilinayotgan ikkala guruh ham o'zaro mos edi.

§2.2. Tadqiqot usullari

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Davolash-profilaktika muassasalarida qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir xirurgik kasalliklarini tashxislash va davolashning yagona taktikasi to'g'risida"gi standartlariga muvofiq, qisilgan churra tashxisi bilan bemor qabul qilinganda, bemor klinik ko'rikdan o'tkazildi, bunda churraning turi, joylashuvi, kattaligi, qisilishning mavjudligi, ichak tutilishi hodisalari, churra xaltasi tarkibi tabiati aniqlandi.

§2.2.1. Klinik va laboratoriya tekshiruvlari

Qabul bo'limida bemorlarni baholashda, qisilgan churra tashxisi klinik ma'lumotlarga, ilgari tog'rilanib turgan churra sohasida to'satdan paydo bo'lgan og'riqlarning xususiyatiga va ularning intensivligiga (qisilish turi va shikastlangan organga qarab) asoslangan (2.7-jadval). 122 (96,1%) bemor ilgari songin atog'rilanadigan churrani enditog'rilab bo'lmayotganini, og'riq paydo bo'lganini va churra bo'rtmasining kattalashganini ta'kidlagan. Paypaslab ko'rilganda, 118 (92,9%) bemorda "yo'tal turtkisi" belgisi aniqlanmagan. Ichak tutilishi belgilari kuzatilgan: 68 (53,5%) bemorda ko'ngil aynishi, 45 (35,4%) bemorda kasalxonagacha bo'lgan davrda va vaqti-vaqti bilan takrorlanuvchi qusish, 33 (25,9%) bemorda najas va gazlar chiqishining kechikishi, 19 (14,9%) holda esa peristaltikaning kuchayishi qayd etilgan. 15 (11,8%) holda qorin pardasi yallig'lanishi belgilari paydo bo'lgan. Churra bo'rtmasi ustidagi teri rangining o'zgarishi atigi 3 (2,3%) bemorda kuzatilgan.



2.3-rasm. Bemor D., 73 yosh. Chap tomonlama qisilgan chov churrasi. O'tkir ichak tutilishi



2.4-rasm. Bemor E., 82 yoshda. Operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churra. O'tkir ichak tutilishi

2.7-jadval

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churraning klinik belgilari

Simptom	Bemorlar soni (n=121)	
	Abs.	%
Ogʻriqli va toʻgʻirlab boʻlmaydigan churra boʻrtmasining mavjudligi	122	96,1
"Yoʻtal turtkisi" simptomining salbiy boʻlishi	118	92,9
Koʻngil aynishi	68	53,5
Qusish	45	35,4
Ich ketmaslik, gazlarning chiqishi qiyinlashishi	33	25,9
Peristaltikaning kuchayishi	19	14,3
Churra boʻrtmasi ustidagi teri rangining oʻzgarishi	3	2,3
Shyotkin-Blyumberg simptomining ijobiy boʻlishi	15	11,8

Statsionarga qabul qilingan barcha bemorlarning qon va siydigi klinik tahlil qilindi, EKG oʻtkazildi hamda terapevt maslahati olindi.

§2.2.2. Rentgenologik tekshiruv

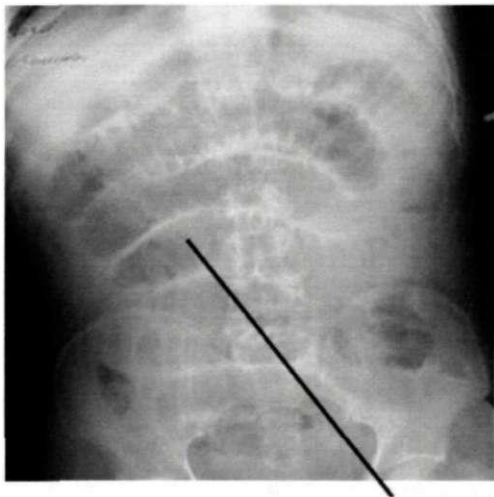
Qisilgan churraga gumon qilingan bemorlarni tekshirish usuli, koʻkrak qafasi va qorin boʻshligʻining toʻgʻri va yon proyeksiyalarda tik holatda rentgenogrammalarini albatta oʻtkazishni nazarda tutadi. Ichak tutilishi belgilari aniqlanganda, bemorning yotgan holatida qorin boʻshligʻining qoʻshimcha

rentgenogrammalari o'tkaziladi. Bemorni tik holatda tekshirishning iloji bo'lmaganda, lateropozitsiyada va gorizontal holatda to'g'ri va yon proyeksiyalarda qorin bo'shlig'ining rentgenogrammalari o'tkazildi. Qorin bo'shlig'ining yon rentgenogrammalari qisilgan kindik va qorin churrallari bo'lgan bemorlarda eng ko'p ma'lumot beradi. Ular churra o'lchami va joylashuvini, churra xaltasidagi va churra bo'rtib chiqqan joyidan yuqoridagi ichak qovuzloqlarining holatini aniqlashga imkon beradi. Chov churralarida bemorning tik holatida churra bo'rtmasining maxsus rentgenogrammalari o'tkaziladi.

Statsionarga qabul qilingan, ichak tutilishi asorati bilan kechayotgan qorin old devori qisilgan churrasi bo'lgan 91 nafar (71,6%) bemorga rentgenologik tekshiruv o'tkazildi.

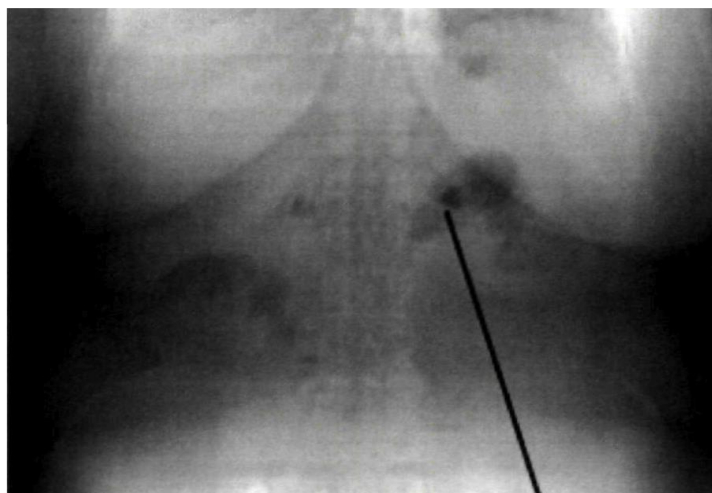
Qorin bo'shlig'ini umumiy tekshirish natijalarini tahlil qilishda, ichak yetishmovchiligi sindromi bilan asoratlangan qisilgan churralarning eng ko'p uchraydigan rentgenologik belgilari aniqlanib, ularning 53 foizida ingichka ichakning kengaygan qovuzloqlarida suyuqlikning ko'plab gorizontal sathlarining shakllanishi bilan kechuvchi pastki ingichka ichak tutilishi belgilari kuzatildi. Yuqori ingichka ichak tutilishining rentgenologik belgilari 26 nafar (20,5%) bemorda aniqlandi (2.5-rasm). Yo'g'on ichakning qisilishi kamroq hollarda kuzatildi va u 10 (7,8%) bemorda yo'g'on ichak tutilishining rentgenologik belgilari rivojlanishi bilan birga keldi. Chov churrasi bo'lgan 1 (0,8%) bemorda va kindik churrasi bo'lgan 2 (1,6%) bemorda qorin bo'shlig'ida erkin gaz borligi aniqlandi.

Churra bo'rtib chiqqan joyda ingichka ichakning kengaygan qovuzloqlari operatsiyadan keyingi ventral churrasi bo'lgan 20 ta (15,7%) bemorda (2.6-rasm) va kindik churrasi bo'lgan 21 ta (17,3%) bemorda aniqlandi. Yo'g'on ichak tutilishi belgilari mavjud 2 ta (1,6%) bemorda esa, churra bo'rtib chiqqan joyda ko'ndalang-chambar ichakning diametri kengayib, unda suyuqlik sathi gorizontal joylashganligi aniqlandi.



2.5-rasm. Ingichka ichak tutilishi belgilari bilan qisilgan chov churrasining rentgenologik ko'rinishi (to'g'ri va yon proyeksiyalar)

2.6-rasm. Ichak tutilishi alomatlari mavjud bo'lgan operatsiyadan keyingi ventral churra (to'g'ri va yon proyeksiyalar).



Olingan natijalar shuni tasdiqlaydiki, turli lokalizatsiyadagi qisilgan churralarni tashxislashda rentgenologik tekshiruv usuli ichak tutilishi belgilarini aniqlash uchun yetakchi o'rinni egallaydi.

§2.2.3. Ultratovush tekshiruvi

Churra bo'rtib chiqqan sohaga datchik o'rnatilganda, churra darvozasi, churra xaltasi va uning tarkibi (ichak qovuzloqlari, charvi, erkin suyuqlik) baholandi, shuningdek cho'ntaklarning mavjudligi tekshirildi.

Operatsiyadan keyingi davrda ultratovush tekshiruvi operatsiyadan keyingi asoratlarni aniqlash, yallig'lanish infiltratini yaradagi asoratlardan farqlash maqsadida o'tkazildi. Bu asoratlar natijasida to'qimalarda seroz suyuqlik, qon yoki yiring to'planishi mumkin. Patologik o'zgarishlarni baholash qorin old devori qatlamlariga nisbatan to'planish lokalizatsiyasini, uning chuqurligi va kengligini aniqlash asosida olib borildi. Tadqiqot paytida drenaj saqlanib qolgan bo'lsa, u kuzatib borildi va suyuqlik to'planishining drenaj, implant hamda atrofdagi to'qimalar (teri osti yog' qatlami, mushak-aponevrotik qavat) bilan o'zaro munosabati baholandi.

Qabul paytida ultratovush tekshiruvi qisilgan churralar bilan asoratlangan 89 (70,1%) bemorda o'tkazildi.

Asosiy guruhning 49 (69,1%) va nazorat guruhining 37 (66,1%) bemorida ichakning olib keluvchi qismi diametrining kattalashishi, devorlarining qalinlashishi, ichak ichidagi suyuqlikning "mayatniksimon" harakatlari va olib ketuvchi segmentning tinch qolgan ichak qovuzloqlari aniqlandi. Qovuzloqlararo bo'shliqlar va yon kanallarda erkin suyuqlik belgilarining aniqlanishi turli asoratlar bilan bog'liq bo'lib, qisilgan churralarda, ayniqsa ichak asoratlari (peritonit va ichak nekrozi) kuzatilgan hollarda, ultratovush tekshiruvi belgilari bilan birga namoyon bo'ldi. Bu holat asosiy guruhning 26 (52%) bemorida va nazorat guruhining 24 (58%) bemorida kuzatildi.

Churra bo'rtib chiqqan qismiga sensor o'rnatilganda va churra tarkibi baholanganda, asosiy guruhning 27 (40,1%) holatida va nazorat guruhining 24 (42,8%) holatida qisilgan ichak qovuzlog'i (2.6, 2.7-rasmlar) aniqlandi. 21 (29,6%) va 18 (32,1%) holatda esa mos ravishda ingichka ichak qovuzlog'i va charvi mavjud edi. Asosiy guruhdagi 20 nafar (15,7%) bemorda va nazorat guruhidagi 19 nafar (33,9%) bemorda churra suyuqligi topildi.

Qisilgan va to'g'irlab bo'lmaydigan churralarning differensial-diagnostik belgilarini aniqlashga alohida e'tibor qaratildi. To'g'irlab bo'lmaydigan churrada, odatda, churra xaltasida anexogen zona (churra suyuqligi) bo'lmasdi; churra xaltasidagi ichak qovuzlog'i devori shish belgilariga ega bo'lmasdan, balki churra

bo'rtmasi devori va ichak qismi o'rtasida aniq chegaralarsiz zichroq to'qimalar bilan ifodalanardi. To'g'irlabbo'lmaydigan churrani kuzatish ichak peristaltikasini va uning bo'shlig'idagi tarkibning harakatlanishini kuzatish imkonini berardi.

Ultratovush tekshiruvi paytida aniqlangan ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churra tashxisi asosiy guruh bemorlarining 94 foizida va nazorat guruh bemorlarining 86 foizida shoshilinch jarrohlik amaliyotini o'tkazish uchun ko'rsatma bo'ldi.



2.7-rasm. Qisilgan ventral churra: churra darvozasi darvozasi peristaltikasiz, suyuqlik tarkibli ingichka ichak qismi chiqib turgan holat kuzatiladi. Ichak devorida qon aylanishi aniqlanmaydi. Churra xaltasida suyuqlik borligi ham aniqlanadi.



2.8-rasm. Qisilgan o'ng tomonlama chov churrasi: O'ng chov sohasida 1,5 sm gacha bo'lgan churra darvozasi aniqlanadi. Unga diametri 3,2 sm bo'lgan ingichka ichak qismi chiqib turibdi. Ichak devori qalinligi 0,3-0,4 sm, devorida qon aylanishi va peristaltika kuzatilmaydi. Ichak bo'shlig'ida suyuqlik mavjud. Churra suyuqligi bir jinsli emas.

Shunday qilib, ultratovush tekshiruvi qorin old devori churralarini va churra xaltasi tarkibini yuqori aniqlik bilan aniqlash, shuningdek qisilish mavjudligini baholash imkonini beradi. Zamonaviy texnologiyalar churra darvozasining maydonini, churra cho‘ntaklarining shakli, joylashuvi va hajmini aniq belgilashga imkon yaratadi.

Churra xaltasida joylashgan ichak qismining peristaltikasi yo‘qolishi yoki susayishi, uning diametri kattalashishi, devori qalinlashishi, churra xaltasidagi ichak bo‘shlig‘ida gipoexogen tarkib mavjudligi hamda qorin bo‘shlig‘idagi ichak olib keluvchi qismlarining kengayishi qisilish belgilari hisoblanadi.

Churra xaltasidagi ichak peristaltikasining yo‘qligi, qorin bo‘shlig‘idagi ichak olib keluvchi qismining sezilarli kengayishi hamda churra tarkibidagi qon tomir tuzilmalarini ko‘rish imkoniyatining yo‘qligi qisilgan a‘zoning nekrozga uchraganligini ko‘rsatadi.

Shunday qilib, hozirgi kunda qisilgan churrasi bor bemorlarda jarrohlik taktikasini tanlashga ta’sir ko‘rsatadigan muhim omillar quyidagilardir: klinik ko‘rik ma’lumotlari, o‘tkir ichak tutilishining rentgenologik va ultratovush belgilari hamda endogen zaharlanish darajasi.

§2.2.4. Endogen intoksikatsiya darajasini baholash

Intoksikatsiya darajasi ko‘rsatkichlar majmuasi asosida aniqlandi. ILI (Intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi) Y.Y. Kalf-Kalif (1941) formulasining Ryabov (1985) tomonidan modifikatsiya qilingan varianti bo‘yicha hisoblandi. N.I. Gabrielyan (1984) tomonidan ishlab chiqilgan O‘rta molekulyar peptidlarni spektrofotometrik aniqlashning tezkor usuli qo‘llanildi. Bu usul spektrning ultrabinafsha sohasida 254 nm to‘lqin uzunligida umumiy to‘plamning kislotada eruvchan fraksiyasining maksimal yutilishini aniqlashga asoslangan.

Qon tahlillarida (2.8-jadval) asoratlangan qisilgan churrali bemorlarda gemoglobin darajasi normal ko‘rsatkichlarga mos keldi. Leykotsitlar sonining me’yordan oshishi neytrofil elementlar hisobiga kuzatildi, o‘rtacha qiymatlar $11,58 \pm 3,82 \times 10^9/l$ ni tashkil etdi. Olingan ma’lumotlarga ko‘ra, leykotsitoz darajasi qisilish

davomiyligini aks ettirmaydi, 48 soatgacha bo'lgan qisilishda leykotsitlar soni deyarli o'zgarmaydi. Shu bilan birga ILI qisilish davomiyligiga qarab o'zgaradi. Qisilishning dastlabki 24 soatida qonning ILI ko'rsatkichi $3,8 \pm 0,8$ birlikni, 24 soatdan ortiq qisilganda esa $6,8 \pm 2,4$ birlikni tashkil etdi. Qisilishning dastlabki 24 soatida qondagi ILI $3,8 \pm 0,8$ birlikni, 24 soatdan ortiq qisilganda esa ILI $6,8 \pm 2,4$ birlikni tashkil etdi.

Tekshirilgan bemorlarda qondagi bilirubin miqdorining ko'tarilishi ahamiyatli darajada va sezilarli farq ko'rsatadigan qiymatlarda qayd etilmadi.

Qondagi azot muvozanatining buzilishi mochevinaning $9,13 \pm 8,84$ mmol/l gacha ko'tarilishi ko'rinishida 27 holatda (19,1%) qayd etildi, bu me'yorga nisbatan 9,5% ga yuqori.

42 nafar bemorda (54,6%) qondagi AST faolligining me'yorga nisbatan 1,6 martaga oshishi aniqlandi va $66,37 \pm 33,54$ birlik/l ni tashkil etdi.

Qabul qilingan paytda 10 (5,5%) bemorda qon zardobidagi a-amilaza darajasining biroz ko'tarilishi $95,5 \pm 32,7$ birlik/l gacha aniqlandi.

2.8-jadval

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churrasi bo'lgan bemorlarda qonning klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlari tavsifi

Ko'rsatkich	Referent qiymatlar	Olingan ma'lumotlar ($M \pm t$)
Gemoglobin, g/l	120,0-165,0	$139,97 \pm 18,13$
Leykotsitlarx 109/l	4,0-9,0	$11,58 \pm 3,82$
ILI, Birlik/l	0,83	$6,8 \pm 2,4$
Umumiybilirubin, mkmol/l	4,70-18,80	$19,68 \pm 11,32$
Mochevina, mmol/l	1,80-8,30	$9,13 \pm 8,84$
AST, Birlik/l	0,00-35,00	$66,37 \pm 33,54$
a-amilaza, Birlik/l	0,00-90,00	$95,5 \pm 32,7$

Tekshirilayotgan bemorlar guruhlarida qon plazmasidagi o'rta molekulyar peptidlar (O'MP) holati o'rganilganda, boshlang'ich holatda O'MP darajasi me'yorga nisbatan 2,2 barobar yuqori ekanligi aniqlandi. O'rtacha ko'rsatkich $0,483 \pm 0,02$ nisbiy birlikni tashkil etdi.

Asoratlangan churra bilan kasallangan bemorlarda qonning asosiy klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlari natijalari o'rtacha, ba'zi hollarda esa sezilarli darajada me'yoriy qiymatlardan oshganligi aniqlandi. Bu esa endogen intoksikatsiya mavjudligini tasdiqladi. Shu sababli, organizmning a'zo va tizimlariga to'planib qolgan ichak tarkibining zaharli ta'sirini kamaytirish yoki bartaraf etishga qaratilgan choralar muhim ahamiyat kasb etadi.

§2.2.5. Mikrobiologik tekshiruv

Mikrobiologik tekshirish uchun namuna olish (churra suyuqligi, ichki a'zolardagi fibrin qoplamalari) steril sharoitda operatsiya paytida amalga oshirildi. Yiringli-yallig'lanish asoratlari rivojlanganda, operatsiyadan keyingi jarohatdan va/yoki drenajdan ajralma olinardi. Flora o'rganishi standart bakteriologik usul bilan olib borildi, bunda antibiotiklarga sezuvchanlik disk to'plami yordamida aniqlanardi.

Ichak tutilishi bilan asoratlanib qisilgan churralari bo'lgan 57 (44,9%) nafar bemorda churra suyuqligining floraga va antibiotiklarga sezuvchanligiga ekilishi o'tkazildi. Ekssudatning tabiati shaffoflik bo'yicha tiniq-rangsizdan to gemorragik bo'yalgan loyqaroq ko'rinishgacha bo'ldi. 38 (29,9%) holatda churra suyuqligining ekilishi steril natija ko'rsatdi. 19 (14,9%) holatda esa, churra qopchasida ingichka ichak qovuzlog'i qisilganda E.Coli o'sishi kuzatildi. Bu qisilgan ichak devorining o'tkazuvchanligi oshishi, uning ishemiyasi va nekrozi natijasida ichak tayoqchasining ichak bo'shlig'idan sizib chiqishi bilan bog'liq.

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, asoratlangan qisilgan churralarda kuchayib boruvchi endogen zaharlanish natijasida nafaqat mahalliy, balki umumiy asoratlar rivojlanish xavfi ham ortadi. Qisilgan a'zoning turi va holati, shuningdek,

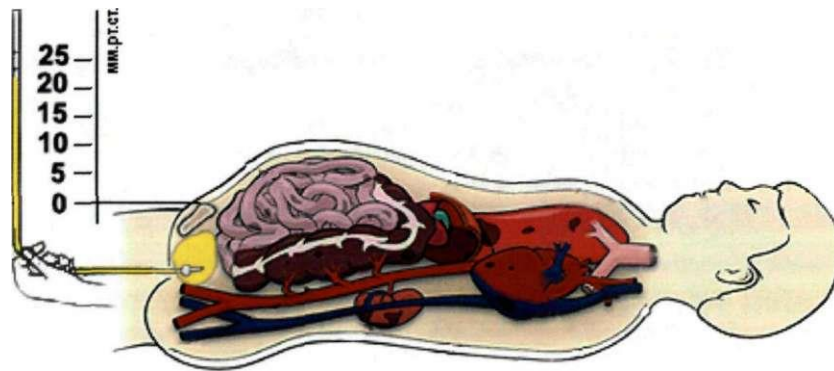
ijobiy mikrobiologik natijaga asoslanib, operatsiyadan keyingi jarohatda yiringli yallig'lanish asoratini oldindan aytish mumkin.

§2.2.6.Qorin ichki bosimini o'lchash usuli

Operatsiyadan keyingi ventral churra plastikasida ko'tariladigan qorin bo'shlig'i gipertenziyasi darajasi klinik ma'lumotlarni obyektivlashtirish va operatsiyadan keyingi davrning kechishini baholash maqsadida operatsiyadan oldin hamda operatsiyadan keyin 4 kun davomida o'lchanib borildi.

Qorin bo'shlig'i bosimi Iberti Kro'n (1984) usuli bilan o'lchandi. Qovuqqa shishirilgan ballonli Foley kateteri orqali Jane shprisidan (odatda kateterning qo'shimcha aspiratsion porti orqali) 80-100 ml fiziologik eritma yuborildi. Keyin kateter o'lchash joyidan distalroqdagi qisqich bilan yopildi va unga uchlik yoki yo'g'on igna yordamida oddiy tomizgich tizimi ulandi.

O'lchash chizg'ich yordamida suv ustuni balandligi bo'yicha amalga oshirildi. Qov birlashmasi (simfiz) darajasi nol nuqta sifatida qabul qilindi (2.7-rasm).



2.9-rasm. Iberti Kro'n (1984,1989) bo'yicha qorin bo'shlig'i bosimini o'lchash.

Qorin bo'shlig'i gipertenziyasi darajasini baholash uchun AKS bo'yicha Butunjahon jamiyati (WSACS) shkalasidan foydalanildi: I daraja - 12-15 mm.sim.ust., II daraja - 15-20 mm.sim.ust., III daraja - 20-25 mm.sim.ust., IV daraja - 25 mm.sim.ust.dan yuqori.

§2.3. Anesteziologik ta'minot

Xavf darajasini baholashda Amerika anesteziologlar jamiyati (ASA) tomonidan taklif etilgan tasnifdan foydalanildi (2.9-jadval). Og'riqsizlantirish usulini

tanlashda bemorning yoshi, hamroh kasalliklarning mavjudligi, churra turi, o'lchami va anatomik xususiyatlari, jarohatlanishning taxminiy darajasi hamda operatsiyaning davomiyligi inobatga olindi (2.10-jadval).

Ikkala guruhdagi 46 (36,2%) bemorning qisilgan churralari ichak tutilishi bilan asoratlangan bo'lib, ularda og'ir tizimli kompensatsiyalanmagan kasalliklar mavjud edi. Bu holat anesteziologik yordam uchun jiddiy xavf tug'dirardi.

2.9-jadval

Степень анестезиологического риска по ASA

Sinf	Baholash	Asosiy guruh (n=71)		Nazorat guruhi (n=56)	
		Abs.	%	Abs.	%
I	Amaliy sog'lom bemorlar	16	22,5	14	25.0
II	O'rtacha og'irlikdagi tizimli buzilishlari bo'lgan bemorlar	26	36,6	23	41.1
III	Og'ir tizimli kompensatsiyalanmagan kasallikka chalingan bemorlar	18	14.2	15	11.8
IV	Hayotga doimiy xavf soluvchi Kompensatsiya qilinmagan tizimli Kasallikka chalingan bemorlar	5	7,1	3	5,3
V	Bemorning o'limi operatsiyadan keyin yoki uningsiz 24 soat ichida kutilishi mumkin (moribund).	1	0.8	1	1.7

Anesteziya turlari

Анестезия	Asosiy guruh		Nazorat guruhi	
	Abs	%	Abs	%
Mahalliy anesteziya vena ichiga yuborish orqali kuchaytirilgan	3	4.2	6	10.7
Orqa miya anesteziyasi	8	11,3	4	7.1
Ko‘p komponentli endotraxeal narkoz	60	84.5	46	82.1
Jami	68 (100%)		53 (100%)	

Bemorlarning aksariyati - 106 nafari (83,4%) ko‘p komponentli endotraxeal narkoz ostida operatsiya qilindi. Qisilgan chov churrasi bo‘lgan 12 nafari (9,4%) bemor orqa miya anesteziyasi ostida jarrohlik amaliyotidan o‘tkazildi. ASA bo‘yicha 4-5-xavf guruhiga kiruvchi 10 nafari (7,8%) bemorga operatsiya 0,5 foizli Novokain eritmasi yordamida mahalliy infiltratsion anesteziya ostida, vena ichiga qo‘shimcha dori yuborish bilan amalga oshirildi.

§2.4. Medikamentoz terapiya

Yiringli-yallig‘lanish asoratlarini oldini olish maqsadida barcha bemorlarga operatsiyadan 30 daqiqa oldin keng ta’sir doirasiga ega antibiotiklar (III-IV avlod sefalosporinlari) + 500 mg metrogilning sutkalik dozasi berildi.

Hayotiy muhim tizimlarning dekompensatsiyasi, hamroh patologiyasi, shuningdek ichak tutilishi yoki peritonit fonida yaqqol suv-elektrolit muvozanatining

buzilishi kuzatilgan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash reanimatsiya bo'limida yoki bevosita operatsiya xonasida 2 soatdan ortiq bo'lmagan vaqt davomida amalga oshirildi.

Operatsiyadan keyingi davrda III-IV avlod sefalosporinlari bilan metronidazol yoki ftorxinolonlar (siprofloksatsin) bilan metronidazol kombinatsiyasida parenteral yo'l bilan antibiotikoterapiya o'tkazildi. Asoratlanmagan operatsiyadan keyingi davrda antibiotikoterapiyaning davomiyligi 5-7 kunni tashkil etdi. Operatsiyadan keyingi jarohatda asoratlari paydo bo'lgan hollarda, jarohat yoki drenajdan olingan ekma natijalariga ko'ra antibiotik almashtirildi.

Bemorlarda operatsiyadan so'ng yondosh somatik patologiya mavjudligini inobatga olib, umumiy ahvol barqarorlashguncha reanimatsiya bo'limida intensiv davolash o'tkazildi. Yondosh yurak va endokrin kasalliklarini tuzatish maslahatchi shifokorlar ko'rsatmasi va nazorati ostida amalga oshirildi. OITning o'tkir yarasi hosil bo'lishini oldini olish maqsadida proton pompasi blokatorlari buyurildi (40 mg/sutka). Tromb hosil bo'lishi va o'pka arteriyasi tromboemboliyasi xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda past molekulyar og'irlikdagi geparinlar bilan dezagregant terapiya o'tkazildi.

§2.5. Materialni statistik qayta ishlash

Olingan natijalarning statistik tahlili Sony VAIO Core i7 shaxsiy kompyuterida (MICROSOFT Windows 7 Professional operatsion tizimi) Excel, Statistica 6.0 va Biostat dasturiy paketlari yordamida amalga oshirildi. Kuzatuvlarning olingan sonli ko'rsatkichlari ishonchli chegaralarni aniqlashga asoslangan natijalar aniqligini baholash usuli bilan tahlil qilindi. Buning uchun o'rtacha qiymatlar (M) va o'rtacha xatolikni ($M \pm m$) hisoblash usulidan foydalanildi. Statistik farqlanish (ishonchlilik) darajasi Student t-mezoni orqali aniqlandi. Natijalar $p < 0,05$ ahamiyatlilik darajasida statistik jihatdan ahamiyatli deb topildi. (Glanz S., 1999).

III BOB.

ICHAK TUTILISHI BILAN ASORATLANGAN QISILGAN CHURRALARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASH

3.1. Qisilgan churrada jarrohlik taktikasi

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churra holatida jarrohlik taktikasi quyidagi bosqichlarni o‘z ichiga olgan:

- churra joylashuviga muvofiq ravishda kirish amalga oshirildi;
- churra qopi ochilib, churra suyuqligi olib tashlandi va qisilgan a‘zo fiksatsiya qilindi;
- qisilgan halqani kesish jarayonida qisilgan a‘zoning holati ko‘zdan kechirildi va u hayotiy bo‘lsa, qorin bo‘shlig‘iga qaytarildi. Ichakni qorin bo‘shlig‘iga qaytarishdan oldin uning tutqichiga 0,25% li Novokain eritmasidan 80-100 ml yuborildi.
- ichak rezeksiyasiga ko‘rsatmalarni aniqlashda vizual belgilardan foydalanildi: rangning o‘zgarishi, devor shishi, subseroz qon quyilishlari, peristaltika, devor yonidagi qon tomirlarning pulsatsiyasi va qon bilan to‘lishi. Shuningdek, ichak tutqichiga mahalliy anestetik iliq eritmasini yuborishdan keyin ushbu belgilarning o‘zgarish dinamikasi kuzatildi.
- nazoenteral intubatsiya, ichak dekompressiyasi va yuvish bajarildi.
- ichak hayotiylik qobiliyatini yo‘qotganda (ichakning to‘q rangga kirishi; seroz pardaning xiralashishi; ichak devorining bo‘shashishi; ichak peristaltikasining yo‘qligi; ichak tutqichi tomirlarida pulsatsiyaning yo‘qligi) uning rezeksiyasi amalga oshirildi.



3.1-rasm. Intraoperatsion foto. Qisilgan kindik churrasi. Strangulyatsion ichak tutilishi. Ingichka ichak nekrozi



3.2-rasm. Intraoperatsion foto. Qisilgan kindik churrasi. Strangulyatsion ichak tutilishi. Ingichka ichak nekrozi. Olib tashlangan makropreparat - ingichka ichakning nekrozga uchragan qovuzloqlari

- qisilgan chov churrasida, ichak hayotchanligi shubhali bo'lgan holatlarda, peritonit va ichak devori teshilishi belgilari bo'lmaganda, rezeksiya gerniotomik kirish orqali amalga oshirildi. Ichak nekrozi, peritonit va ichak

devori teshilishi laparotomiya o'tkazish uchun mutlaq ko'rsatma hisoblanadi.

- qorin bo'shlig'ini ozonlangan izotonik natriy xlorid eritmasi (NaCl 0,9%) bilan sanatsiya qilish va qorin bo'shlig'ini drenajlash amalga oshirildi.
- churra lokalizatsiyasiga qarab churra darvozasi plastika qilindi.

Asosiy guruhda ingichka ichakning izolyatsiyalangan siqilishi 30 (42,2%) nafar bemorda, ingichka ichakning charvi bilan birga siqilishi 22 (30,9%) nafar bemorda, ingichka ichakning chambar ichak bilan birga siqilishi 8 (11,3%) nafar bemorda, chambar ichakning siqilishi 4 (5,6%) nafar bemorda kuzatildi.

Nazorat guruhida ham aksariyat hollarda ingichka ichak qisilishi - 20 nafar (35,7%) bemorda, ingichka ichak va charvi qisilishi 17 nafar (30,3%) bemorda, ingichka va yo'g'on ichak qisilishi 8 nafar (14,3%) bemorda, yo'g'on ichak qisilishi esa 4 nafar (7,1%) bemorda kuzatildi.

3.1-jadval

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churrada jarrohlik amaliyoti hajmi

Churra turi (n=125)	Chov churrasi	Kindik churrasi	OKVCH	Jami
Gerniotomiya	37	-	-	37
Laparotomiya	3	-	-	3
Gerniolaparotomiya	-	38	49	87
NEI	6	20	29	55
Adgeolizis	-	-	27	27
Ingichka ichak qismining rezeksiyasi	3	10	12	25
Ingichka ichak va charvi qismining rezeksiyasi	-	6	6	12
Chambar ichak rezeksiyasi	1	1	-	2

Asosiy guruhda 8 ta holatda hayotga yaroqsiz charvi va ingichka ichak rezeksiyasi, 13 ta holatda ingichka ichakning nekrozga uchragan qismi rezeksiyasi, shuningdek 1 ta bemorda yo‘g‘on ichak rezeksiyasi o‘tkazildi. Nazorat guruhida 4 nafar bemorda nekrozga uchragan charvi va ingichka ichak rezeksiyasi, 12 nafar bemorda ingichka ichak rezeksiyasi, 1 nafar bemorda yo‘g‘on ichak rezeksiyasi amalga oshirildi. Umumiy hisobda, ichak nekrozi tufayli 39 (30,7%) bemorda ichak rezeksiyasi o‘tkazildi, shundan 37 tasida ingichka ichak rezeksiyasi, 2 tasida esa yo‘g‘on ichak rezeksiyasi bajarildi.

Qisilgan churralarini sintetik implantatsiz jarrohlik yo‘li bilan davolashda - "taranglashgan" gernioplastika (nazorat guruhi) an'anaviy plastika usullari qo'llanilgan. Qisilgan chov churralarini davolashda Bassini (n=6) va Postemski (n=10) usullari, qisilgan kindik churralari va OKVCHda esa Mayo (n=17) va Sapejko (n=20) usullari ishlatildi. 3 ta holatda katta hajmdagi qorin churralarida jarohat dekompressiv tarzda tikib qo'yildi. Operatsiyadan keyingi jarohat drenajlanmadi.

Bemorlarning asosiy guruhida qisilgan churralarni jarrohlik yo‘li bilan davolashda qorin old devorini plastika qilishning turli "taranglashmagan" usullari qo'llanilgan (1-jadval). Bu usullar churralarni rejali jarrohlik yo‘li bilan davolashda yaxshi sinovdan o‘tgan.

Shunday qilib, qisilgan chov churralarini davolashda 24 bemorda chov kanalining orqa devoriga sintetik implantat o‘rnatish bilan Lixtenshteyn usuli qo'llanildi. Qisilgan kindik va operatsiyadan keyingi ventral churra bo'yicha 47 nafar bemorda quyidagi operatsiyalar amalga oshirildi: 38 ta bemorda onlay gernioalloplastika, 4 ta bemorda sublay gernioalloplastika va 5 ta bemorda inlay gernioalloplastika bajarildi.

3.2-jadval

Qisilgan churra, ichak tutilishi bilan asoratlangan bemorlarda "taranglashmagan" plastika hajmi

Churra turi	Lixtenshteyn operatsiyasi	OnLay gernioplastika	SubLay gernioplastika	InLay gernioplastika
Chov churrasi	24	-	-	-
Kindik churrasi	-	20	-	-
OKVCH	-	18	4	5
Jami	24	38	4	5

3.2. Qisilgan churralarni to‘rsimon eksplantatdan foydalangan holda operatsiya qilish usullari

Bemorlarning ikkinchi guruhida qisilgan churralarni jarrohlik yo‘li bilan davolashda qorin old devorining turli taranglashtirilmagan plastika usullari qo‘llanilgan. Bu usullar churralarni rejali ravishda xirurgik davolashda yaxshi o‘zlashtirilgan.

Shunday qilib, qisilgan chov churralarini jarrohlik yo‘li bilan davolashda 24 bemorda I. Lixtenshteyn usuli qo‘llanilib, chov kanalining orqa devoriga to‘rsimon protez o‘rnatildi.

Plastika uchun o‘lchamlari 8x12 sm bo‘lgan polipropilen to‘rdan foydalanildi. To‘rning medial uchidagi burchaklar yumaloqlashtirildi, lateral uchidan esa protez uzunligining taxminan 2/3 qismigacha bo‘ylama kesim o‘tkazildi, natijada yuqori qismda keng tarmoq (2/3), past qismda esa tor tarmoq (1/3) hosil qilindi. Kesim oxirida urug‘ yo‘li uchun diametri taxminan 1 sm bo‘lgan yumaloq teshik ochildi.

Tayyorlangan protez urug' tizimchasi ostiga joylashtirildi va uzluksiz prolen chok yordamida dastlab piramidasimon mushak qiniga, so'ngra suyak usti pardasi qamrab olinmagan holda qov do'mbog'igacha mahkamlandi. Retsidivlarning oldini olish uchun protez ko'rsatilgan tuzilmalarga "chetini-chetiga" emas, balki ular ustidan chok chizig'idan 1-1,5 sm narida joylashishi muhimdir. Shundan so'ng, urug' tizimchasi yuqoriga o'tkazildi va xuddi o'sha chok bilan to'r ichki chov halqasidan biroz tashqariroq darajagacha qov va chov boylamlariga mahkamlandi.

Biz ushbu usulda son churralari hosil bo'ladigan sohani mustahkamlashni har doim amalga oshirdik. Buning uchun protezni qov do'mboqchasiga tikib bo'lgach, to'rni bir yoki ikki chok bilan qov boylamiga tikib, uning pastki chetini taxminan 1 sm ichkariga, so'ngra chov boylamiga tikib qo'yiladi.

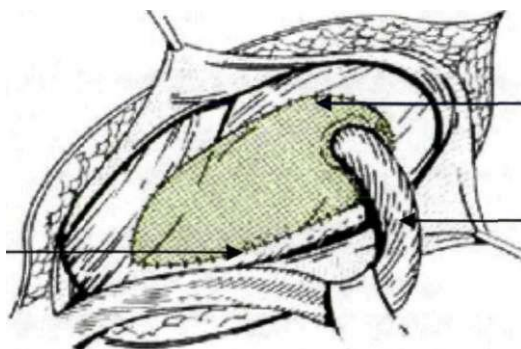
Keyin to'rning yuqori cheti ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklar ustidan 3-4 ta alohida prolen choklari bilan mahkamlandi. Bunda to'rning cheti muskullarning pastki chekkasidan taxminan 2 sm yuqorida joylashishi kerak. Bu zonadan o'tayotgan nervlar chokga tushmasligini kuzatib turish zarur.

Shundan so'ng, protezning keng qismini tor qismi ustiga shunday joylashtiriladiki, urug' yo'li uning uchun tayyorlangan teshikka joylashadi, qismlar esa o'zaro prolen ip bilan mahkamlanadi. Urug' yo'li uchun taxminan 1 sm diametrli teshik hosil qilinadi. Protezning ikkala qismi bir-birining ustiga qo'yilib, tashqi qiyshiq muskulning aponevrozi ostida oldindan hosil qilingan bo'shliqqa joylashtiriladi.

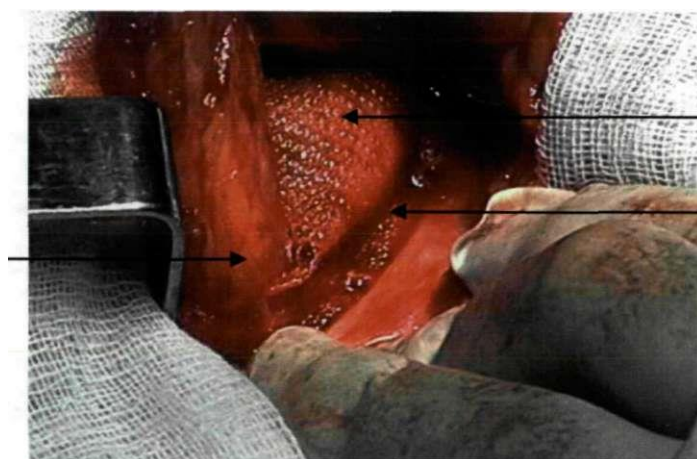
Tashqi qiyshiq mushak aponevrozining chetlari taranglanmasdan tugunli choklar bilan bir-biriga tikildi. Chov kanalining orqa devorini plastika qilishda muhim ahamiyatga ega bo'lmagani sababli, tashqi chov halqasi batafsil shakllantirilmadi. Shundan so'ng jarohat an'anaviy usulda tikildi.

Qo'lqopdan tayyorlangan chiqaruvchi drenaj faqat to'qimalarning keng ko'lamli ajratilishi holatlarida o'rnatildi. Chov churrasi bo'lgan 8 nafar bemorning 3 nafarida drenajlash amalga oshirildi: 2 nafarida - qisilgan chov-yorg'oq churrasi va 1

nafarida - qayta yuzaga kelgan chov churrasi bilan. Rezinali qo‘lqopdantayyorlangan chiqaruvchi drenaj qorinning tashqi qiyshiq muskuli aponevrozining ostiga, to‘rsimon protezga o‘rnatiladi. U operatsiyadan keyingi birinchi kunda olib tashlanadi. Lixtenshteyn operatsiyasining sxemasi 3.3 va 3.4-rasmlarda ko‘rsatilgan.



3.3-rasm. Lixtenshteyn usuli bo‘yicha operatsiya sxemasi: 1 - to‘rsimon eksplantat, 2 - urug‘ tizimchasi, 3 - mahkamlovchi choklar qatori.

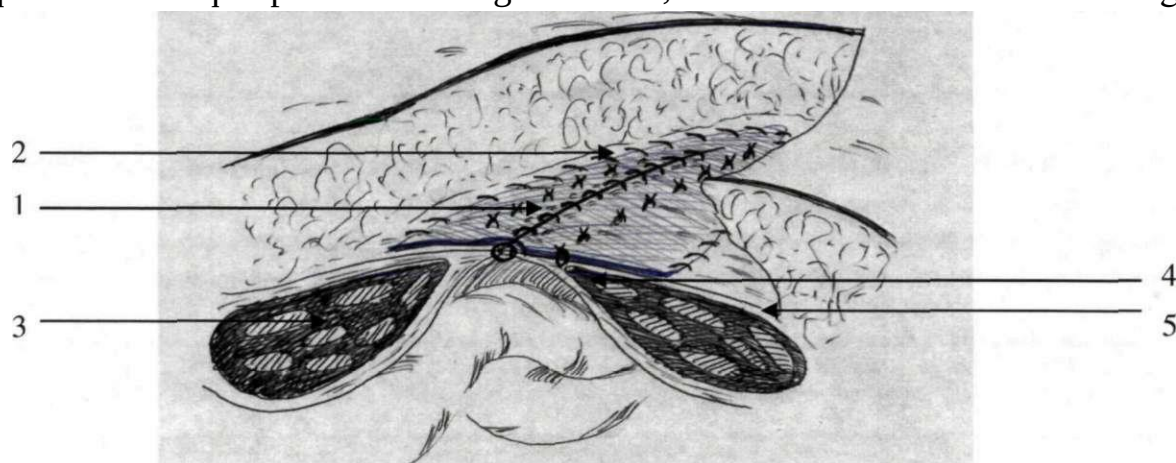


3.4-rasm. Lixtenshteyn usuli bo‘yicha operatsiya: 1 - to‘rsimon implant, 2 - urug‘ tizimchasi, 3 - mahkamlovchi choklar qatori.

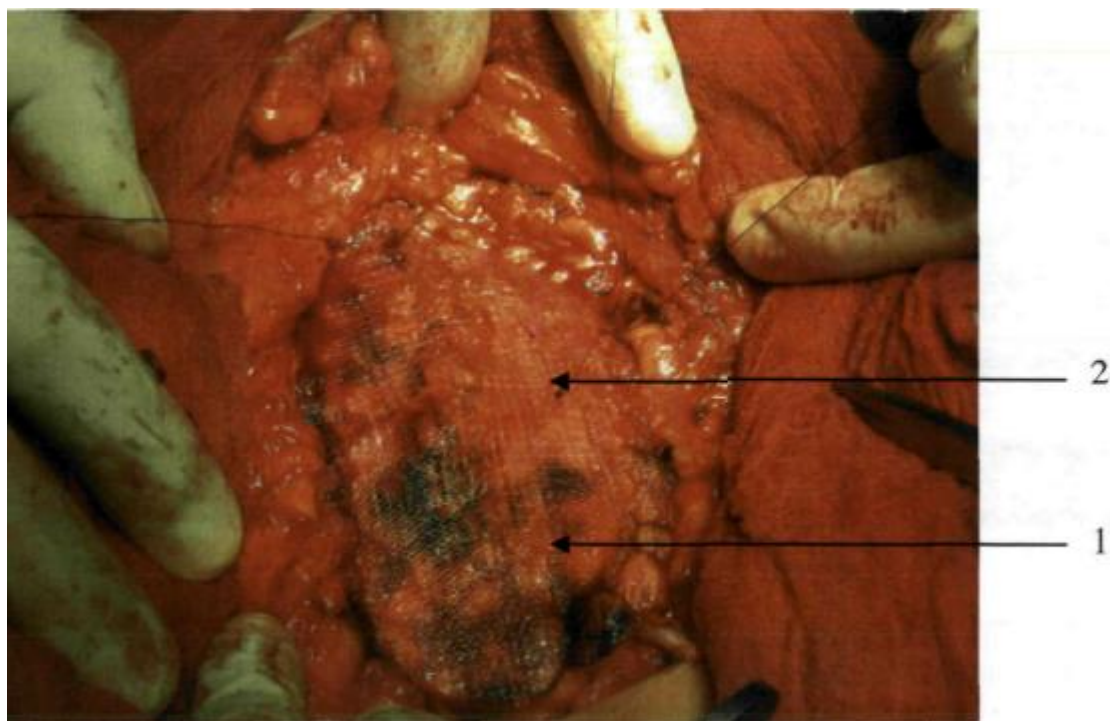
Ushbu usul bilan qisilgan chov churrasi bo‘lgan 24 nafar bemor operatsiya qilindi.

Qisilgan kindik churralarini jarrohlik yo‘li bilan davolashda kombinatsiyalangan "onlay" usuli (to‘rni aponevroz ustiga joylashtirish) qo‘llanildi. Qisilish bartaraf etilgandan so‘ng, keng qorin mushaklari aponevrozlarini bo‘ylama

yoʻnalishda "chet-chetiga" tikib, ularning ustiga toʻrsimon eksplantni joylashtirish orqali kindik halqasi plastikasi amalga oshirildi, bu 3.5 va 3.6-rasmlarda koʻrsatilgan.



3.5-rasm. Churralarni "onlay" usulida bartaraf etish sxemasi: 1 - toʻrsimon eksplantat, 2 - fiksatsiyalovchi choklarning ikkinchi qatori, 3 - qorin toʻgʻri mushaklari, 4 - qorin pardasi, 5 - qorin old devori aponevrozi.



3.6-rasm. Churralarni "onlay" usulida bartaraf etish: 1 - toʻrsimon eksplant, 2 - fiksatsiyalovchi choklarning ikkinchi qatori.

Ushbu turdagi operativ aralashuv kindik churrasi darvozasining oʻlchami 5 sm dan oshmagan hollarda (Chevre J.P. va Rath A.M.ning "SWR" tasnifiga koʻra W1,

2000) amalga oshirilgan. Bunday o'lchamdagi churra darvozalarini tikish qorin old devorining to'qimalarida sezilarli taranglik yuzaga keltirmaydi.

To'rsimon eksplantatning o'lchami quyidagi mezonlarga asosan tanlandi. Eksplantatning uzunligi aponevrozdagi choklar chizig'ining umumiy uzunligidan 3-4 sm yuqori va pastga cho'zilishi lozim. Eksplantatning kengligi shunday bo'lishi kerakki, uning chetlari aponevrozdagi choklar chizig'idan o'ng va chap tomonga kamida 4 sm masofada joylashsin, bu esa kasallikning qayta yuzaga chiqishining oldini oladi. Shu tariqa, to'rsimon eksplantatning kengligi hech qachon 7-8 sm dan kam bo'lmadi.

Qisilgan kindik churrasi bo'lgan barcha bemorlarda drenajlash protezni aponevroz ustiga joylashtirish bilan birgalikda kombinatsiyalangan plastika usuli orqali amalga oshirildi. Bir qator bemorlarda mikrobiologik tekshiruvdan o'tkazilgan yara ajralmasining kamayishi bilan drenaj o'rtacha $4 \pm 1,5$ kunda olib tashlandi. Qisilgan kindik churrasi bo'lgan 11 nafar bemor aynan shu usul bilan operatsiya qilindi.

Asosiy guruhdagi operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churrasi bo'lgan barcha bemorlarda quyidagi variantlardan biri bo'yicha kombinatsiyalangan plastika amalga oshirildi: "onlay" (aponevroz ustida), "inlay" (aponevroz qismi o'rniga, aponevroz tikilmasdan) yoki "sublay" (aponevroz ostida). 18 holatda protezni aponevroz ustiga joylashtirish orqali kombinatsiyalangan plastika ("onlay") bajarildi. Keng qamrovli operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churrasi bo'lgan 5 nafar bemorga "inlay" usulida plastika o'tkazildi. Kichik gipogastral qisilgan churrasi bo'lgan 4 nafar bemorga esa "sublay" usulida kombinatsiyalangan plastika amalga oshirildi.

"Onlay" usuli. Operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churrani bartaraf etish bo'yicha jarrohlik aralashuvining dastlabki bosqichi - operatsiyadan keyingi eski chandiqni kesib olish, churra qopini ajratish va ochish, churra darvozasini mobilizatsiya qilish - bajarish texnikasi bo'yicha umumiy qabul qilingan usuldan farq qilmadi. Churra qopi ochilgandan so'ng operatsiyaning qorin ichi bosqichi amalga oshirildi. Shundan so'ng qorin old devorining aponevrozi 0,7 - 1 sm oraliq

bilan 4-raqamli kapron ip yordamida "chetini-chetiga" tikildi. Choklar chizig'i "ES-FIL" to'rsimon polipropilen eksplantati bilan mustahkamlandi.

"Onlay" usuli bilan churra bartaraf qilinganda aponevroz dublikaturasi amalga oshirilmadi, chunki bu uning ortiqcha taranglanishiga olib keladi va bu qorin keng muskullarining qo'shni aponevroz qismlariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, to'rsimon eksplant ostida ko'p miqdordagi chok materialidan foydalanib dublikatura hosil qilish "yashirin" infeksiyaning chuqur o'choqlari paydo bo'lish ehtimolini oshiradi.

Gernioplastika bajarilganda, to'rsimon eksplant aponevrozning operatsiyadan keyingi chandig'ining butun uzunligini to'liq qopladi. Bu hatto churra darvozasi uning faqat ma'lum bir qismini egallagan hollarda ham amalga oshirildi. Biz ushbu qoidaga rioya qildik, chunki ko'p hollarda operatsiyadan keyingi ventral churrada asosiy churra darvozasidan yuqorida va pastda qorin old devorining aponevrozi diametri 0,7-1 sm gacha bo'lgan ko'plab nuqsonlarga ega bo'ladi. Bizning fikrimizcha, bu nuqsonlarni qoldirib ketish keyinchalik churraning qaytalanishining eng ehtimoliy sababidir. Bunday nuqsonlar asosiy churra darvozasining yuqori va pastki qismida mavjud bo'lganda, to'liq gerniolaparotomiya, barcha chandiqli to'qimalarni kesib olish, churra darvozalarini birlashtirish va aponevrozni "chetini-chetiga" tikish, so'ngra polipropilen eksplant bilan plastika o'tkazildi.

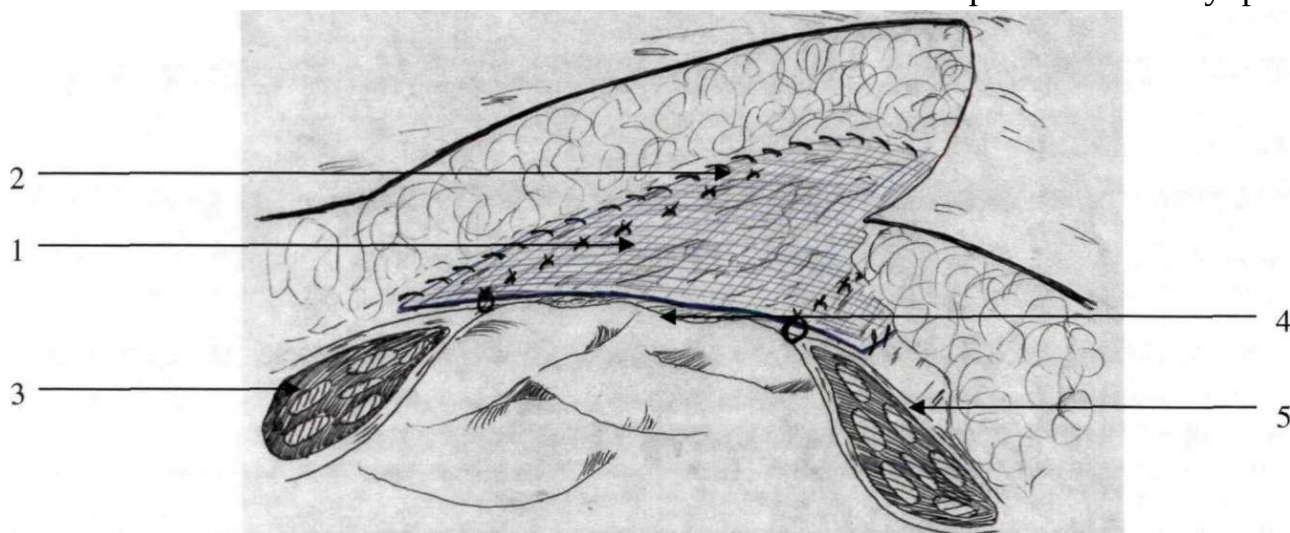
To'rli eksplantatni qo'yishning majburiy sharti operatsiya jarohatida sinchkovlik bilan gemostaz o'tkazishdir. Qorin keng mushaklarining aponevrozlari va teri osti yog' to'qimasining mayda tomirlaridan qon ketishi elektrokoagulyatsiya yordamida to'xtatildi.

To'rsimon eksplantatni mahkamlash faqat 2/0 o'lchamli polipropilen monofilament ip ("Linteks" MCHJ) yordamida aylanma chok bilan amalga oshirildi. Protez chetidan ignani kiritish nuqtasigacha bo'lgan masofa va chok oralig'i ("qadam") 6-7 millimetрни tashkil etdi. Bundan tashqari, protezning aponevrozga yanada zich yopishishini ta'minlash maqsadida, u alohida tugunli choklar bilan qo'shimcha ravishda mahkamlandi.

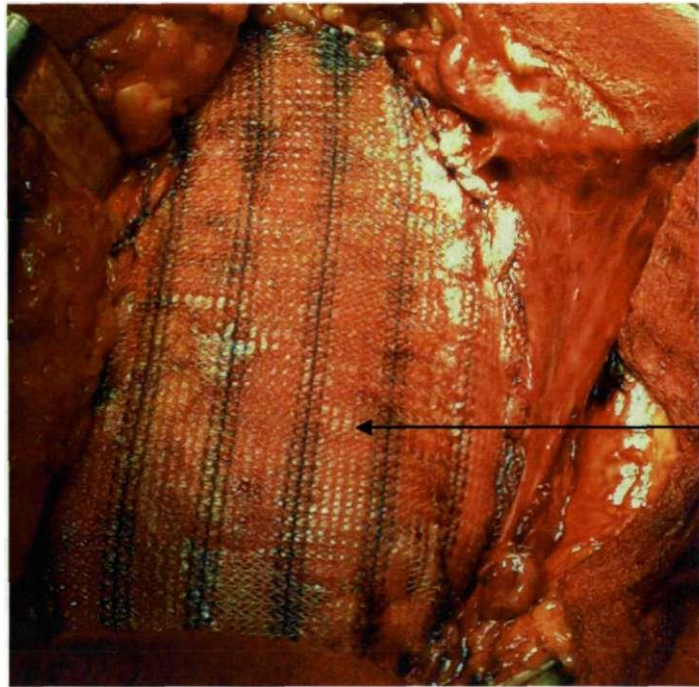
To'rsimon eksplantatni "onlay" usulida qo'yish teri osti yog' kletchatkasini aponevrozdan ancha keng ajratib olishni talab qiladi. Bu to'rsimon eksplant ustida qoldiq bo'shliq hosil bo'lishiga olib keladi. Ushbu bo'shliqni kichraytirish uchun jarrohlik yarasini tikishda teri osti yog' kletchatkasi dastlab to'rsimon eksplantatga alohida kapron choklar bilan mahkamlandi, shundan so'ng uning chetlari o'zaro tikildi. Bunda teri osti kletchatkasi chetlarini birlashtiruvchi ligatura ham to'rsimon eksplantga mahkamlandi.

Operatsiya jarohati albatta bir yoki ikki polixlorvinil drenaj bilan drenajlanib, operatsiyadan keyingi davrda jarohat ajralmasi faol so'rib olingan. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatni drenajlash muddati jarohat ajralmasining miqdoriga qarab belgilangan.

"Inlay" usuli. Alloplastikaning ushbu usuli qo'llanilganda aponevrozni oldindan tikmasdan churra darvozasi to'rsimon eksplant bilan yopildi.



3.7-rasm. Churralarni "inlay" usuli bilan bartaraf etish: 1 - to'rsimon eksplantat, 2 - ikkinchi qator choklar, 3 - qorinning to'g'ri mushaklari, 4 - qorin pardasi, 5 - qorin old devori aponevrozi.



3.8-rasm. Churralarni "inlay" usulida bartaraf etish: 1 - to'rsimon eksplant.

Eksplantatning periferik qismlari aponevroz chetlari ustida joylashgan va unga mahkamlangan, uning o'rta qismi esa qorin pardasi ustida joylashgan. Bu holda to'rsimon eksplant churraning bo'rtib chiqishi natijasida hosil bo'lgan aponevroz nuqsonining o'rnini bosadi.

Ushbu turdagi jarrohlik aralashuvi churra darvozasining o'lchami 5-10 santimetrdan oshgan va "SWR" tasnifiga ko'ra W2 - W3 ga mos kelgan hollarda amalga oshirildi (Chevrel J.P., Rath A.M., 2000). Jarrohlik aralashuvining dastlabki bosqichi - churra xaltasini ajratib olish va boshqa harakatlar - bajarish texnikasi jihatidan "onlay" usuli va umum e'tirof etilgan jarrohlik usullaridan farq qilmadi. So'ngra churra darvozasi ehtiyotkorlik bilan aniqlab ajratib olindi.

Ushbu jarrohlik davolash usulining o'ziga xos xususiyati churra qopining saqlanib qolishidir. Churra qopi faqat qisman, churra darvozasi o'lchamlariga mos keladigan darajagacha kesilgan. Churra qopi yordamida qorin old devorining aponevroz nuqsoni bartaraf etilgan, bunda qop churra darvozasi chetiga aponevrozga

alohida tugunli choklar bilan tikilgan. Natijada qorin bo'shlig'i to'rsimon eksplantidan churra qopi bilan ajratilgan.

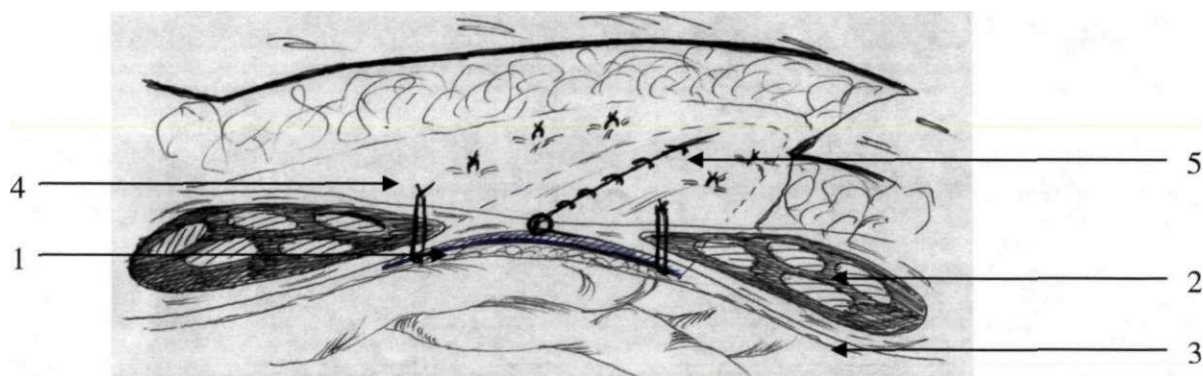
To'rsimon eksplantni "inlay" usulida joylashtirish "onlay" usuliga o'xshash edi. Teri osti yog' to'qimasi to'g'ri mushaklarning old devoridan churra darvozasi chetidan 5-6 sm masofada ajratib olindi. Teri osti yog' to'qimasi va aponevrozning mayda qon tomirlarida puxtalik bilan gemostaz o'tkazildi. Eksplantat shunday shakllantirildiki, churra darvozasi chetidan to'rsimon eksplant chetigacha bo'lgan masofa kamida 5-6 sm ni tashkil etdi. Keyin to'rsimon eksplantni 2/0 polipropilen mono-ip bilan aylanma chok orqali mahkamlash amalga oshirildi. Ip bilan tikilgan "qadam" kengligi va eksplantat chetidan ignani sanchish nuqtasigacha bo'lgan masofa kamida 7 mm ni tashkil etdi.

Churra darvozasining chetiga alohida tugunli polipropilen choklarning ikkinchi qatori qo'yildi. Bu qorin old devori aponevroziga to'rsimon transplantatni qo'shimcha mahkamlash imkonini berdi, shuningdek qorin pardasi xaltasining transplant bilan aponevroz orasidagi bo'shliqqa bo'rtib chiqishining oldini oldi.

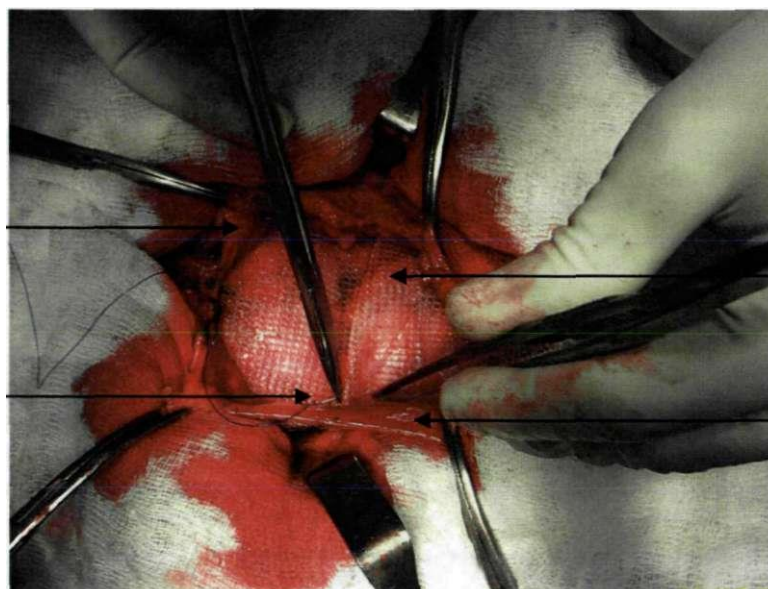
Operatsiyani o'tkazishning majburiy sharti operatsiya jarohatini drenajlash edi. Bu jarayon 5-6 mm diametrli polixlorvinil naychalar yordamida amalga oshirildi. Naychalar uzunasiga joylashtirildi va terining alohida teshiklari orqali chiqarildi. O'lchamlari 15x15 sm gacha bo'lgan to'rsimon eksplantat qo'yilganda, operatsiya jarohati bitta drenaj bilan drenajlandi. Eksplantatning o'lchamlari bundan katta bo'lganda esa, ikkita drenaj ishlatildi. Jarohat ajralmasining faol aspiratsiyasi operatsiyadan keyingi davrning 3-6 kuni davomida amalga oshirildi.

Operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churrasi bo'lgan 5 nafar bemor shu usulda operatsiya qilindi.

"Sublay" usuli. Bu usul bilan churrani bartaraf etishning o'ziga xos xususiyati to'rsimon eksplantning qorin pardasi oldiga joylashtirilishidir (3.9-rasm, 3.10-rasm).



3.9-rasm. Churralarni "Sublay" texnikasi bo'yicha bartaraf etish: 1 - to'rsimon eksplantat, 2 - qorin to'g'ri mushaklari, 3 - qorin pardasi, 4 - fiksatsiyalovchi teshib o'tuvchi choklar, 5 - qorin old devori aponevrozi.



3.10-rasm. Churrani "sublay" texnikasi bilan bartaraf etish: 1 - to'rsimon eksplantat, 2 - qorin to'g'ri mushaklari, 3 - qorin pardasi, 4 - fiksatsiyalovchi teshib o'tuvchi choklar

Bunda biz operatsiyadan keyingi ventral churrani bartaraf etish va qorin old devori aponevrozini eksplantat ustida "chetini-chetiga" tikish usulidan foydalandik.

Operativ aralashuvning bu turi kindik halqasidan pastda joylashgan churralarda qo'llanilgan bo'lib, bu joyda qorin oldi yog' kletchatkasi yaxshi rivojlangan va qorin to'g'ri mushaklari qinining anatomik tuzilishi bir qator o'ziga xos xususiyatlarga ega. Bunda churra darvozasining o'lchami 5 sm dan oshmagan

va "SWR" tasnifining W1 turiga mos kelgan. Ushbu usul bo'yicha jarrohlik amaliyoti o'tkazilganda, churra qopchasi va churra darvozasi ajratilgandan so'ng, qorin pardasi va ko'ndalang fassiya qorin to'g'ri mushaklari qinining orqa devoridan churra darvozasi chetlaridan 4-5 sm masofagacha ajratilgan. Qorin pardasi alohida tugunli choklar bilan tikilgan.

To'rsimon eksplantatni mahkamlash polipropilen monoipli 2/0 (MCHJ "Linteks") burama chok bilan amalga oshirildi. Protez chetidan ignani sanchish nuqtasigacha bo'lgan masofa va chok oralig'i ("qadam") 6-7 millimetрни tashkil etdi. Bundan tashqari, protezning aponevrozga yanada zich yopishib turishi uchun, u alohida tugunli choklar bilan qo'shimcha ravishda mahkamlandi.

Eksplantat mobilizatsiya qilingan qorin oldi bo'shlig'i o'lchamlariga moslashtirib shunday tayyorlandiki, uning o'lchamlari qorin pardasi choklar chizig'idan 3-4 sm uzunroq bo'ldi. Eksplantat qorin oldi bo'shlig'iga joylashtirilgach, u 2/0 polipropilen mono ipli alohida P-simon o'tuvchi choklar yordamida mahkamlandi.

Keyinchalik qorin old devori aponevrozi to'rsimon eksplantning ustidan alohida tugunli choklar bilan tikildi. Ushbu usulda operatsiya yarasi drenajlanmadi.

Ushbu usul bilan 4 nafar bemor operatsiya qilindi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda barcha bemorlarga qorin old devori to'qimalariga eksplantning zich yopishishini ta'minlash maqsadida qorin old devorini bandajlash amalga oshirildi.

3.3. Plastika uchun sintetik material tanlash

Plastika uchun materialning to'g'ri tanlanishi bemorni davolashning muvaffaqiyatli natijasi uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega. Turli materiallar o'rganilganda, materialning surunkali zararlanish imkoniyati nafaqat kimyoviy tarkibi, balki fizik xususiyatlari bilan ham belgilanishi aniqlandi. Ma'lumki, tolalarning g'ovakligi 10 mikrondan kam bo'lganda, materialda surunkali infeksiya rivojlanishi mumkin. Bunday g'ovaklarda bakteriyalar ko'payishi va 10-15 mikron o'lchamdagi neyetrofillardan ishonchli himoyalaniishi mumkin. Shu sababli, surunkali infeksiya rivojlangan hollarda bunday materiallarni butunlay olib

tashlashga to'g'ri keladi. Bunday o'lchamdagi g'ovaklar to'qilgan va eshilgan iplarda uchraydi. Shunga ko'ra, infeksiyalangan sharoitlarda plastika qilish uchun monofilament iplardan tayyorlangan materialdan foydalanish zarur.

32 nafar bemorni jarrohlik yo'li bilan davolashda qo'llanilgan to'rsimon protezlarning turlari 4-jadvalda keltirilgan.

Qisilgan churralari bo'lgan bemorlarda qo'llanilgan to'rsimon protezlarning turlari

To'rli protez ishlab chiqaruvchisi	Abs.	%
LINTEKS-ESFIL	40	56,3
PROLENE	31	43,7
Jami	71	100

71 ta operatsiyaning 31 tasida (43,7%) "Ethicon, Johnson & Johnson" kompaniyasining "PROLENE" polipropilen to'rli protezi ishlatilgan, qolgan 40 tasida (56,3%) esa "Linteks-esfil" qo'shma korxonasi (Sankt-Peterburg) tomonidan ishlab chiqarilgan polipropilen to'rli protez qo'llanilgan. Eksplantatni mahkamlash uchun shartli diametri 2/0 bo'lgan polipropilen ip ishlatilgan. To'rsimon protez ishlab chiqaruvchi firma tasodifiy ravishda tanlangan. Tanlashning yagona qat'iy sharti to'rsimon protezning materiali va tuzilishi edi - ya'ni, polipropilendan yasalgan, makrog'ovakli, monofilamentli eksplant bo'lishi kerak edi.

§3.4. Oshqozon-ichak trakti dekompressiyasi va enteral terapiya

Qisilgan churrallarni operatsiya qilishda, ichak tutilishi rivojlanishi bilan asoratlangan hollarda, qisilishni bartaraf etgandan so'ng nazoenteral intubatsiya muhim bosqich hisoblanadi. Bu quyidagi zaruriyatlar tufayli amalga oshiriladi:

Dekompressiya va gipertenziyani bartaraf etish, ichak mikrotsirkulyatsiyasini tiklash, ichak bo'shlig'iga sekretsini to'xtatish

Zaharli moddalarni chiqarish, detoksikatsiyani amalga oshirish, mikrobu muvozanatini tiklash va mikroblarning ko'chishini kamaytirish

So'rilish va motor-evakuatsiya funksiyalarini tiklash uchun tuzli va monomer-tuzli eritmalarning enteral infuziyasini o'tkazish

Enterosorbsiyani amalga oshirish

Ichakni intraoperatsion dekompressiya qilish uchun silikonli ikki kanalli zondlardan foydalanildi.

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churralarda enteral terapiya glutamin (shartli almashtirib bo'lmaydigan aminokislota, enteroprotektor va immunomodulyator) va pektinni (prebiotik, kolonositlar uchun energiya substrati, ingichka ichakning patogen va shartli patogen florasiga antibakterial ta'sirga ega bo'lgan oziq-ovqat tolasi) qo'llashni o'z ichiga olgan.

Enteral terapiya operatsiyadan keyingi davrning dastlabki soatlaridan boshlab, zondga uzluksiz ravishda tuzli enteral eritma va 1% pektin eritmasini bo'lib-bo'lib yuborish orqali amalga oshirildi (aspiratsiya qilingan tarkib fonida: so'rilmagan eritma va ichak suyuqligi). Keyingi kunlarda enteral polimer polisubstratli, izokolorik oziqlanish aralashmalari (Nutrizon standart, Nutriyent standart, Klinutren va boshqalar) qo'shildi. Metabolik buzilishlarni bartaraf etish va ingichka ichak shilliq qavatining tiklanish jarayonlarini yaxshilash maqsadida sitoprotektor ta'sirga ega preparatlar - glutamin (kuniga 15-30 g) hamda pektin 1% li eritma ko'rinishida 100 ml dan kuniga 3 marta qo'llanildi.

Nazoenteral zondni olib tashlash operatsiyadan keyingi davrning 4-5-kunlarida ichakning turg'un peristaltikasi va mustaqil najas tiklangandan so'ng amalga oshirildi.

3.5. Qisilgan churralarni davolashda mahalliy ozonoterapiyaning klinik samaradorligi

Qisilgan churralarda ozonoterapiyaning mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'siri samaradorligi perifokal yallig'lanish o'zgarishlari va endotoksemiya holatlarining yo'qolish muddatlari bo'yicha baholandi.

Ozon-kislород aralashmasini olish uchun Medozon MCHJ, Moskva tomonidan ishlab chiqarilgan AOT-N-01-Arz-01/1 "Medozon BM" ozonterapevtik qurilmasidan foydalanildi; 2001-yil 9-fevraldagi No29/06050796/1561-01 ro'yxatga olish guvohnomasi (3.11-rasm).



A



B

01/1). B-Ozon konsentratsiyasi uchun portativ generator Oxygen Concentrator 7f-5 5L Yuwell.

Medozons BM (AOT-N-01-Arz-01/1) tibbiy ozonoterapiya qurilmasi ozonning terapevtik dozalarini izotonik eritmada, distillangan suvda yoki qonda eritish uchun mo'ljallangan. Metrologiya gaz muhitida ham, eritmalarda ham ozon

konsentratsiyasini to'g'ridan to'g'ri o'lchash metodlari bilan ta'minlangan, yetkazib berish komplektiga kiradigan qo'shimcha moslamalar esa ozon terapiyasining istalgan metodlarini qurilma yordamida amalga oshirish imkonini beradi.

Tashqi qo'llash uchun natriy xloridning izotonik eritmasini ozonlashtirish uslubi.

400 ml natriy xloridning izotonik eritmasi solingan flakonga antiseptik eritmasi bilan ishlov berilgandan so'ng ikkita igna kiritiladi: uzun igna (flakon tubigacha yetadigan - havo o'tkazgich) va kalta igna (Dyufo ignasi). Havo o'tkazgich ozon-kislorod aralashmasini ishlov berilayotgan eritmaga yetkazib berish uchun xizmat qiladi va PVX nay yordamida ozonatorning chiqish shtutseriga ulanadi. Dyufu ignasi esa erimagan ozon-kislorod aralashmasini uni parchalash uchun ixcham katalitik destruktorga o'tkazish vazifasini bajaradi (xodimlar va bemorga tasodifiy ingalyatsion ta'sirning oldini olish maqsadida) va u ham destruktorga PVX nay yordamida ulanadi.

Ozonatorga ozon-kislorod aralashmasining belgilangan konsentratsiyasi, oqim tezligi 0,5 l/min, barbotaj vaqti 20 minut qo'yiladi va apparat ishga tushiriladi. Barbotaj tugagach, ozonlangan natriy xloridning izotonik eritmasi solingan flakon ochiladi, eritma 30 minut davomida ishlatiladi.

Umumiy og'riqsizlantirish ostida radikal jarrohlik amaliyotini bajarishdan so'ng, gernioplastikadan oldin, operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'i va churra darvozasi sohasidagi to'qimalar bosim ostida oqim bilan 400-800 ml ozonlangan izotonik natriy xlorid eritmasiga yuvildi. Eritmadagi ozonning bakteritsid konsentratsiyasi 8-10 mg/l edi. To'r usti bo'shlig'ini Redon drenaji orqali yuvish 1-3 kun davomida kuniga 2-3 marta 30-50 ml hajmda amalga oshirildi.

Asosiy guruh bemorlarida davolanish boshlangan birinchi kunning oxiriga kelib teri giperemiyasi va perifokal shishning kamayishi qayd etildi. Operatsiyadan

keyin o'rtacha $2,1 \pm 0,43$ kunga kelib yallig'lanish alomatlari batamom yo'qolib ketdi.

Yallig'lanish jarayonining mahalliy namoyon bo'lishi, shuningdek, Redon drenajidan ajralgan yara suyuqligining kislotalilik o'zgarishlari dinamikasi bilan ham ifodalandi. Ozonoterapiya qo'llanilganda, pH ning ishqoriy tomonga siljishi yara jarayonining yaxshi kechayotganidan dalolat beruvchi belgi, 3-sutkaga kelib kuzatila boshlandi. 1-sutkada pH ko'rsatkichi $5,42 \pm 0,08$ bo'lgan bo'lsa, 3-sutkada $6,8 \pm 0,35$ ga yetdi. Birorta holda ham ikkilamchi atsidoz holati kuzatilmadi.

Bemorda mahalliy yallig'lanish o'chog'ining bo'lishi ularda intoksikatsiya hodisalari rivojlanganligidan dalolat beruvchi bir qancha umumbiologik xarakterdagi o'zgarishlar bilan birga davom etdi. Bu tana haroratining ko'tarilishi, periferik qondagi leykotsitlar sonining va intoksikatsiya leykotsitar indeksining xarakterli o'zgarishlari, o'rtacha massali molekulalar darajasining ko'tarilishi va qon plazmasidagi oqsil spektrining o'zgarishi bilan namoyon bo'ldi.

Qisilgan churralarni davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda, 57 bemorda davolanishning birinchi kunidayoq tana haroratining tez me'yorlashuviga erishildi, 14 bemorda esa ikkinchi kunida, o'rtacha $1,14 \pm 0,15$ kunga kelib normallashti. Operatsiyadan oldingi tana harorati $37,8 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$ bo'lgan; birinchi kuni $37,3 \pm 0,96^{\circ}\text{C}$ ga, ikkinchi kuni $36,8 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$ ga, uchinchi kuni esa $36,5 \pm 1,4^{\circ}\text{C}$ ga tushdi.

Shu bilan birga, hech bir holatda antibiotiklarni qo'shimcha kiritishga to'g'ri kelmadi, bu esa siqilgan churralarni davolashning taklif etilgan usulining yuqori yallig'lanishga qarshi va detoksikatsion ta'siridan dalolat beradi.

Intoksikatsiya belgilari qon ko'rsatkichlarining o'zgarishida ham namoyon bo'ldi: operatsiyadan oldin leykotsitlar darajasi SI birligida $11,2 \pm 0,84 \times 10^9/l$ edi; operatsiyadan keyingi 2-kuni $8,2 \pm 0,9 \times 10^9/l$ ga; 3-kuni $7,2 \pm 0,97 \times 10^9/l$ ga; 5-kuni esa $7,3 \pm 1,1 \times 10^9/l$ ga tushdi. Ko'rsatkichlar $2,25 \pm 0,35$ kunda me'yorlashdi.

Endotoksikozni baholashning yanada obyektiv mezonlari sifatida ILI ko'rsatkichlari va qon plazmasidagi o'rta molekulyar massali moddalar darajasi xizmat qildi. Asosiy guruh bemorlarida periferik qon ko'rsatkichlarini dinamik kuzatish operatsiyadan keyingi 3-4 kunga kelib leykotsitlar umumiy soni,

leykotsitar formulasi va ILIning me'yorlashganligini aniqlash imkonini berdi. Bu qisilgan churrallarni davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda sezilarli detoksikatsion ta'sir mavjudligini tasdiqlaydi. Qon plazmasidagi o'rta molekulyar massali moddalar miqdori tekshirilganda, kuzatuvning birinchi kunida ularning normal ko'rsatkichlarga nisbatan deyarli ikki barobar oshganligi qayd etildi. Ozonoterapiya (yaralarni ozonlangan izotonik natriy xlorid eritmasi bilan yuvish) qo'llanilganda o'rta massali molekulalar miqdori tezda me'yorlashdi. Ikkinchi kuniyoq bu ko'rsatkich dastlabki qiymatga nisbatan 49,4% ga kamaydi va o'rtacha $0,258 \pm 0,006$ shartli birlikni tashkil etdi. Bu qisilgan churrallarni davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda intoksikatsiya belgilari erta bartaraf etilishini tasdiqlaydi.

Kuzatuvning birinchi kunida asosiy guruh bemorlaridagi umumiy oqsil darajasi me'yoriy ko'rsatkichlarga yaqin edi. Davolash jarayonida qon plazmasidagi oqsil miqdorining biroz oshishi tendensiyasi kuzatildi, bu ayniqsa davolashning 5-kuniga kelib yaqqol ko'zga tashlandi. Asosiy guruhdagi oqsil miqdori 1-sutkada $64,8 \pm 0,74$ (g/l)ni; 3-sutkada $59,4 \pm 1,4$ (g/l)ni; 5-sutkada $64,5 \pm 1,08$ (g/l)ni; 7-sutkada esa $72,4 \pm 0,65$ (g/l)ni tashkil etdi.

Ozonoterapiyaning ijobiy xususiyatlari uyg'unligi eng qisqa muddatlarda umumiy intoksikatsiya belgilarini bartaraf etishga imkon beradi, bu esa jarohat jarayonining yanada silliq kechishiga yordam beradi.

Bakteriologik tekshiruvlarda 75% dan ortiq hollarda mikroorganizmlar assotsiatsiyalari (o'rtacha 2 ta mikroorganizm) aniqlandi, ularning orasida ichak tayoqchasi (60%) ustunlik qildi. Ichak tayoqchasining amikatsinga sezuvchanligi 90% ni tashkil etdi.

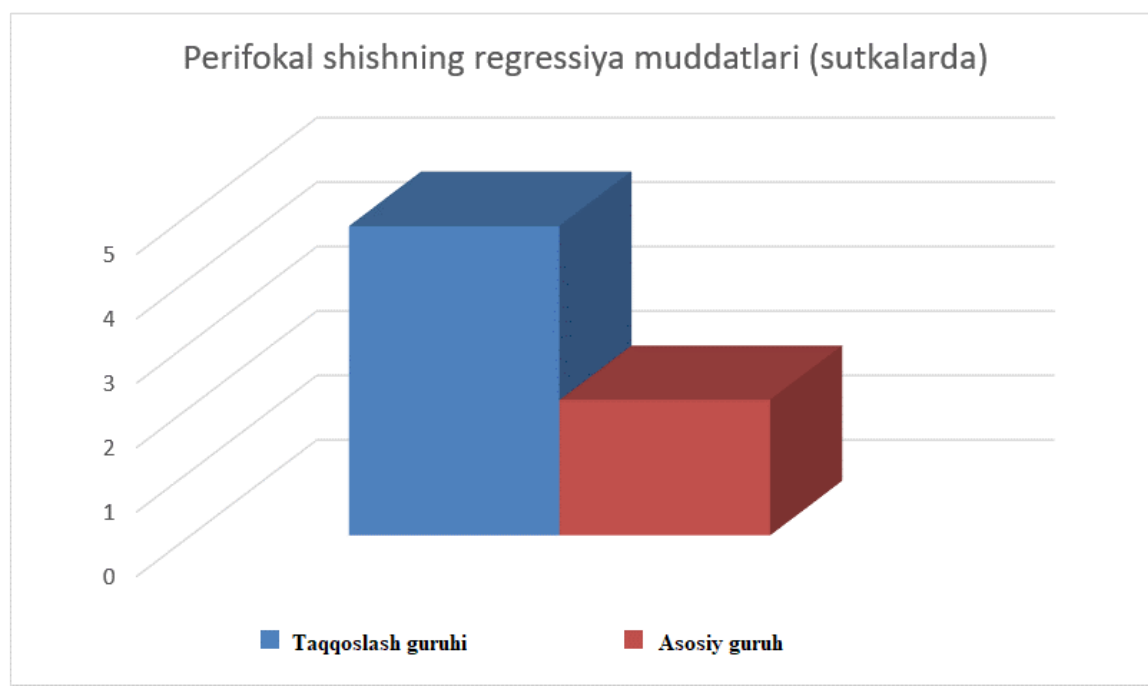
Tajribadagi ekishlarda ham grammusbat, ham grammanfiy floralar, shu jumladan fermentlanmaydigan grammanfiy bakteriyalar guruhining ulushi kamayganligi qayd etildi. Bu kamayish ularning antibiotiklarga sezgirligiga bog'lik emas. Ozonoterapiyani qo'llash 3 nafar bemorda (6,0%) ikkilamchi infeksiya qo'shilishi ehtimolini pasaytirish imkonini berdi.

Bunday holatlarda yuqori antimikrob effekt ushbu guruh bemorlarida $2,1 \pm 0,24$ kunni tashkil etgan "kritik" darajadan past bo'lgan bakterial tarqalishning pasayish muddatlarini tahlil qilishda ham tasdiqlandi. Bu muddat jarohatlarni infeksiyalangan ajralmalardan tozalash jarayonining yakunlanishi bilan mos keldi. Ozonoterapiyadan foydalanilganda sezilarli yallig'lanishga qarshi ta'sir kuzatildi.

Davolash boshlanganidan bir kun o'tgach, Redon bo'yicha drenajdan ajralgan suyuqlik miqdori keskin kamaydi. Ajralmaning to'liq to'xtashi o'rtacha $2,61 \pm 0,15$ sutkada sodir bo'ldi.

Gernioalloplastikadan keyingi yaralarni an'anaviy davolash va ozon terapiyasining mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'siri samaradorligi perifokal yallig'lanish o'zgarishlarining yo'qolish muddati, yara yuzasi harorati va yara ajralmasining kislotaliligi ko'rsatkichlari asosida baholandi. 3.12-rasmda gerniotomiya yarasini davolash usuliga qarab perifokal yallig'lanish o'zgarishlarining regressiyasini qiyosiy baholash keltirilgan.

Keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, eng kam ifodalangan mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'sir an'anaviy davolash usulini olgan bemorlar guruhida kuzatilgan. Bu usul qo'llanilganda, perifokal yallig'lanish o'zgarishlari faqatgina $3,8 \pm 0,6$ sutkadan so'ng bartaraf bo'lgan. Perifokal yallig'lanish o'zgarishlarining tezroq regressiyasi mahalliy davolash uchun ozonoterapiya qo'llanilgan asosiy guruh bemorlarida kuzatildi. Asosiy guruhda yara atrofidagi to'qimalarning perifokal shishi va infiltratsiyasi $2,1 \pm 0,43$ sutkada to'liq yo'qoldi.



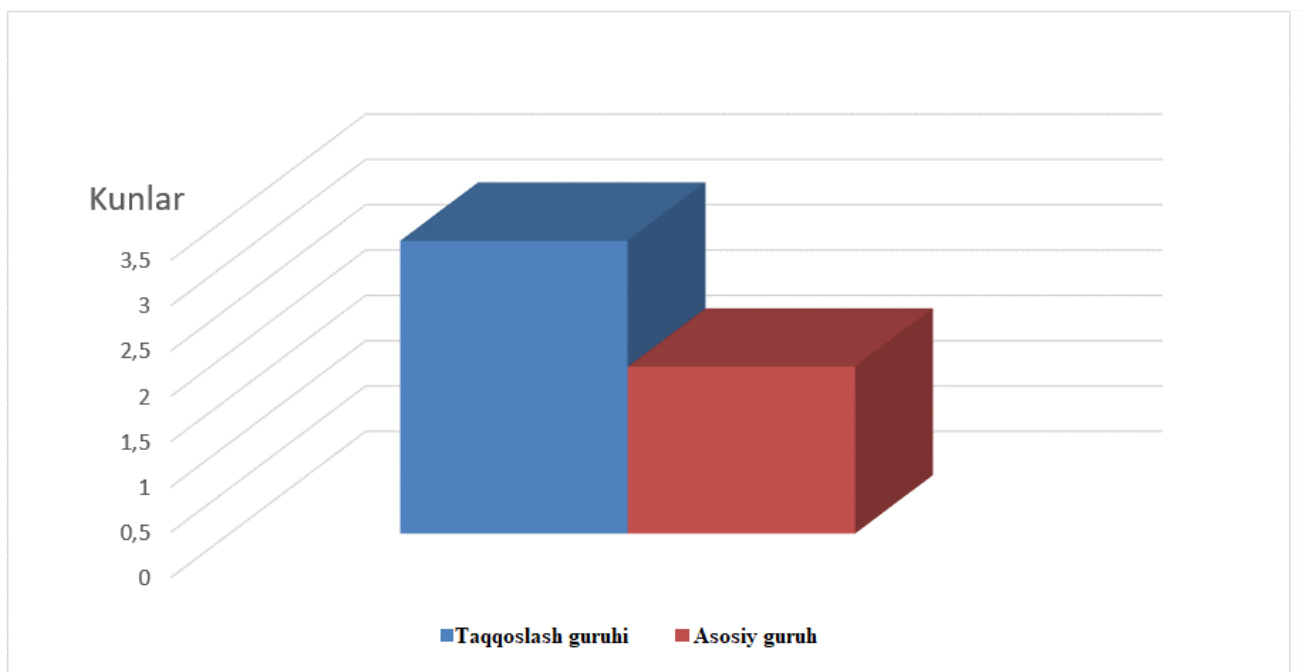
3.12
-
ras
m.
Shis
h va
yar

a atrofidagi infiltratsiyaning o'rtacha yo'qolish muddatlari ($r < 0,05$)

Olingan natijalarning statistik ishonchliligi ($p < 0,05$) taqqoslash guruhi bilan solishtirilganda, operatsiyadan keyingi yaralarni davolashda ozonoterapiyaning yuqori mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'sirini ko'rsatib beradi.

Ozonoterapiya qo'llanilganda, operatsiyadan keyingi ikkinchi kunga kelib pH ning ishqoriy tomonga siljishi jarohat jarayoni silliq kechishini ko'rsatdi. Ikki-uch kun davomida drenajdan ajralayotgan suyuqlikning pH ko'rsatkichlari taqqoslash guruhi bilan solishtirilganda statistik jihatdan sezilarli farqlar saqlanib qoldi. Birorta holda ham ikkilamchi atsidoz holati kuzatilmadi. Biroq, an'anaviy davolash usuli qo'llanilganda, ba'zi hollarda uchinchi-beshinchi kunlarda bunday holat yuzaga kelgan edi.

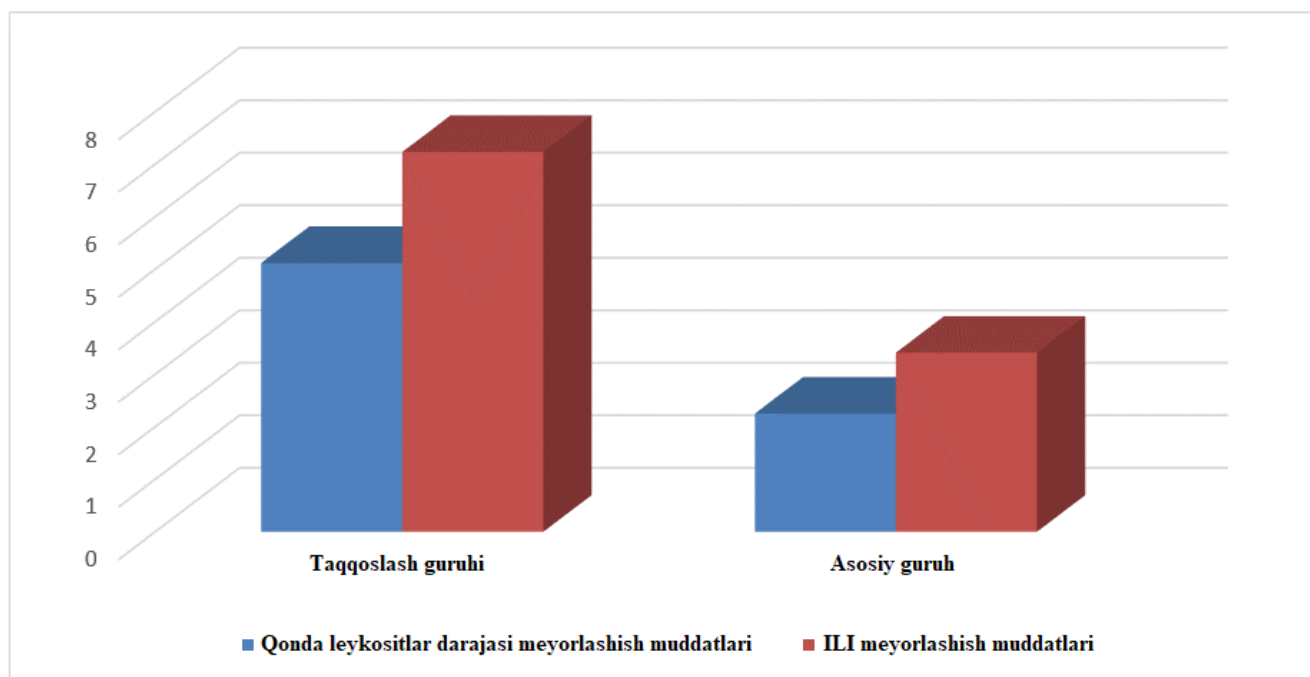
Qisilgan churralarni davolashda ozonoterapiyaning mahalliy ta'sirida detoksikatsion ta'siri qiyosiy baholandi. Tana haroratining me'yorga kelish o'rtacha muddatlari 4.5-rasmda aks ettirilgan.



3.13-rasm. Tana haroratini me'yorlashtirishning o'rtacha muddatlari ($p < 0,05$)

Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, taqqoslash guruhidagi bemorlarda endotoksikoz belgilari uzoq vaqt davomida saqlanib qoldi, tana harorati esa o'rtacha $2,23 \pm 0,64$ sutkada me'yoriga qaytdi. Ozonoterapiya qo'llanilganda esa taqqoslash guruhiga nisbatan tana haroratining tezroq me'yorlashuviga erishildi ($p < 0,05$) - o'rtacha $1,14 \pm 0,15$ sutkada me'yorga keldi.

Intoksikatsiya belgilari qon ko'rsatkichlarining o'zgarishlarida ham aks etgan: leykotsitlar miqdori va ILI darajasining ko'tarilishida (3.14-rasm).



3.14-rasm. Qo'llaniladigan davolash usuliga bog'liq holda periferik qondagi leykotsitlar soni va ILI ko'rsatkichining me'yorlashuvi uchun o'rtacha vaqt ($p < 0,05$).

Taqqoslash guruhida qondagi leykotsitlar miqdori uzoq vaqt davomida yuqori darajada saqlanib qoldi va faqatgina $5,12 \pm 0,75$ kunga kelib me'yoriga tushdi. Asosiy guruhdagi bemorlarda esa, taqqoslash guruhidagi bemorlarga nisbatan ancha ertaroq, ya'ni $2,25 \pm 0,35$ kunga kelib, leykotsitlar darajasi me'yorlashdi.

Shu bilan birga, ta'kidlash joizki, periferik qondagi leykotsitlar miqdori doim ham yiringli intoksikatsiya belgilarining ifodalanganligini obyektiv aks

ettirmagan. Endotoksikozni baholashning yanada aniq mezonlari sifatida, intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi va qon plazmasidagi o'rtacha massali molekulalar miqdori xizmat qildi.

Taqqoslash guruhidagi bemorlarda intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi kuzatuvning 4-kuniga qadar yuqoriligicha qoldi, bu intoksikatsiyaning uzoq vaqt saqlanib qolganligini tasdiqlaydi, bu esa antibiotiklar buyurish zarurligini belgilaydi.

Asosiy guruhdagi bemorlarda periferik qon manzarasini dinamik o'rganish natijasida nafaqat leykotsitlar umumiy sonining, balki leykotsitar formulaning ham tezroq me'yorlashishi aniqlandi ($p < 0,05$): kuzatuvning $2,41 \pm 0,26$ kuniga kelganda, ILI ko'rsatkichi me'yorga muvofiq bo'ldi. Bu esa qisilgan churrani davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda sezilarli darajada detoksikatsion samara borligini tasdiqlaydi.

Barcha bemor guruhlarining qon plazmasida o'rta massali molekulalar darajasini o'rganish natijasida kuzatuvning birinchi kunida me'yorga nisbatan statistik jihatdan ishonchli ($p < 0,05$) ortish kuzatildi. Bu o'tkir paraproktit bilan og'rigan bemorlarda umumiy intoksikatsiya holatlari mavjudligini tasdiqlaydi.

Keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, qisilgan churralarni an'anaviy usulda davolashda o'rtacha og'irlikdagi molekulalar darajasi 3-kunga kelib atigi 10,25 foizga pasaygan, 5-kunga kelib esa bu ko'rsatkich me'yordan 1,4 barobar yuqori bo'lgan. Ozonoterapiya qo'llanilganda o'rtacha molekulyar massali moddalar miqdorining tez me'yorga kelishi kuzatildi. 3-kunga kelib, bu ko'rsatkich boshlang'ich holatga nisbatan 49,4% ga pasayib, o'rtacha $0,258 \pm 0,006$ shartli birlikni tashkil etdi ($p < 0,005$). Bu esa o'tkir paraproktitni davolashda ozonoterapiyadan foydalanish yiringli intoksikatsiya belgilarini erta bartaraf etishini tasdiqlaydi.

Qorin oldi devori to'qimalaridagi yallig'lanish jarayonining o'tkirligi qon plazmasining oqsil tarkibidagi o'zgarishlarda o'z aksini topdi. Churra qisilgan bemorlarda umumiy oqsil aniqlanganida quyidagi natijalar olindi: kuzatuvning

birinchi kunida barcha guruh bemorlarida umumiy oqsil miqdori me'yoriy ko'rsatkichlarga yaqin edi ($p<0,05$). Keyinchalik, taqqoslash guruhidagi bemorlarda kuzatuvning 7-kuniga kelib umumiy oqsil miqdorining statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi qayd etildi. Asosiy guruh bemorlarida esa davolash jarayonida qon plazmasi oqsillari miqdorining biroz ko'tarilishiga moyillik kuzatildi ($p<0,05$).

Shunday qilib, keltirilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, bemorda qisilgan churrada yallig'lanish jarayonining mavjudligi umumiy intoksikatsiya belgilari bilan kechadi, bu esa kasallikning klinik kechishiga ta'sir qilmay qolmaydi. Bu holat yallig'lanishga qarshi davolashni qo'llashni, shuningdek, mahalliy davolash uchun nafaqat mahalliy, balki organizmga umumiy ta'sir ko'rsatadigan dori vositalarini optimal tanlashni taqozo etadi. Ozonoterapiyani qo'llash umumiy intoksikatsiya belgilarini eng qisqa muddatlarda bartaraf etishga imkon beradi, bu esa operatsiyadan keyingi davrning silliq kechishiga yordam beradi.

O'tkazilgan mikrobiologik tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, qisilgan churralari bor bemorlarning 37 %ida mikroblar assotsiatsiyalar ko'rinishida namoyon bo'lgan. 25 % hollarda ichak tayoqchasi va protey, 5 % hollarda ichak tayoqchasi va streptokokk, 12 % hollarda esa streptokokk va stafilokokk aniqlangan. Bunda grammanfiy flora ustunlik qilgan bo'lib, barcha tekshirishlarning 22 %ida E. coli ajratib olingan. Qo'zg'atuvchilarning 13 %i monokultura ko'rinishida bo'lib, ularning 12 %ini E. coli tashkil etgan.

E.coli kulturalarining antibiotiklarga sezgirligini o'rganishda zamonaviy aminoglikozidlar va ikkinchi avlod sefalosporinlari yuqori antibakterial ta'sirga ega ekanligi aniqlandi. Amikatsinga sezgir kulturalar miqdori 85 %ni, gentamitsinga 68%ni, sefuroksimga esa 80%ni tashkil etdi. Xuddi shunday holat Proteus kulturalarida ham kuzatildi: ularning gentamitsinga sezgirligi 69 %, kanamitsinga 75,9%, sefuroksimga esa 86,5%ni tashkil etdi. Grammanfiy mikroorganizmlarning aksariyati penitsillin qatoridagi preparatlarga, tetratsiklinga,

eritromitsinga, ristomitsinga, levomitetingava linkomitsinga nisbatan chidamliligini saqlab qoldi.

An'anaviy usul bilan davolash jarayonida grammanfiy flora bilan ikkilamchi zararlanish taqqoslash guruhidagi 6 nafar bemorda kuzatilgan bo'lsa, asosiy guruhdagi bemorlarning 2 nafarida ikkilamchi zararlanish qayd etildi. Bu holat yaradan ajralayotgan suyuqlikni nazorat ekish orqali tasdiqlandi.

Bu an'anaviy usulning nisbatan kuchsiz antimikrob ta'siridan dalolat beradi va davolash jarayonida gram-manfiy floraning qanchalik muhim ahamiyat kasb etishini ta'kidlaydi.

Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning nazorat ekishlarida ham grammusbat, ham grammanfiy flora, shu jumladan fermentatsiyalanmaydigan grammanfiy bakteriyalar guruhi ulushining pasayishi kuzatildi. Bu holat ularning antibiotiklarga sezgirligiga bog'liq bo'lmagan.

Ozonoterapiyani qo'llash ikkilamchi infeksiya qo'shilishi ehtimolini an'anaviy terapiya bilan taqqoslaganda 3 baravar kamaytirish imkonini berdi. Ozonoterapiyaning yuqori antimikrob ta'siri bakteriyalar tarqalishining kritik darajadan past bo'lgan muddatlarini tahlil qilishda ham tasdiqlandi.

Qisilgan churrallarni davolashda ozonoterapiyani qo'llash nafaqat yara infeksiyasiga qarshi kurashish, balki davolash jarayonida yaraning ikkilamchi infeksiyalanishining oldini olish imkoniyatini ham beradi. Taklif etilayotgan usulning afzalligi yaraning samarali tozalanishi va ozonoterapiyaning gram-musbat va gram-manfiy mikroorganizmlarga hamda anaerob bakteriyalarga ta'siri bilan izohlanadi.

Qisilgan churrallarni davolashda ozonoterapiyani qo'llashda bayon etilgan ijobiy jihatlar operatsiyadan keyingi davrning yanada silliq kechishiga yordam beradi.

Klinik misol.

51 yoshli S. ismli bemor, kasallik tarixi raqami 5397/518, RSHTYOIM Samarqand filiali 1-klinikasining jarrohlik bo'limiga 2020-yil 8-may kuni quyidagi

shikoyatlar bilan yotqizilgan: qorin o'rta chizig'i bo'ylab kindik sohasida churraning bo'rtib chiqishi, qorin dam bo'lishi, qusish va xurujsimon og'riq.

Anamnezdan: churra bo'rtmasi 15 yil oldin paydo bo'lgan bo'lib, shu sababli 2012-yilda gernioalloplastika operatsiyasini o'tkazgan, ammo bir yildan so'ng kasallik retsidiylan. Kasalxonaga kelishidan 3 soat oldin qisilish va qorindagi og'riqlar boshlangan. Tik turgan holatda palpatsiya qilinganda, qorinning old devorida, o'rta chiziq bo'ylab, kindik sohasida 16×10 sm o'lchamli, zich elastik konsistensiyali, og'riqli churra bo'rtmasi aniqlangan. Gorizontal holatda palpatsiya qilinganda bo'rtma qorin bo'shlig'iga to'g'rilanmaydi. "Yo'tal turtkisi" simptomi manfiy. Kasalxonaga kelganda bemorning ahvoli o'rta og'irlikda, III darajali semizlik mavjud. Puls minutiga 94 marta, ritmik, to'liqlik darajasi qoniqarli. Qon bosimi 150/80 mm sim. ust. Qorin dam bo'lganligi sababli katta o'lchamda (3.15-rasm).

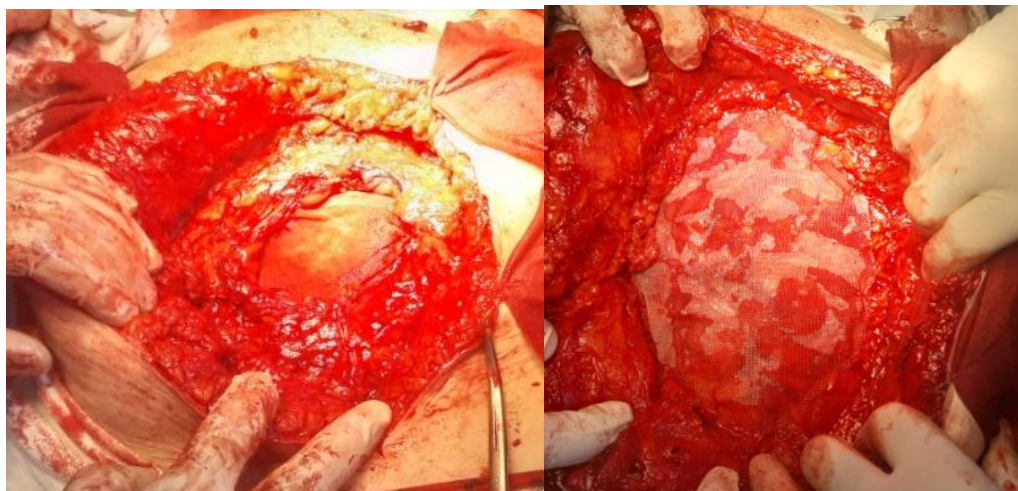


3.15-rasm. Operatsiyagacha bemorning old(A) va yon (B) proyeksiyalarida ko'rinishi

Klinik tashxis: Kindik atrofi sohasining qisilgan retsidiv churrasi (W2,M2,R1). III darajali semizlik. 2020-yil 8-mayda bemorga 2 soatlik operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan so'ng quyidagi jarrohlik amaliyoti o'tkazildi: Gerniolaparotomiya. Ichak tutilishini bartaraf etish. Nuqsonni tikmasdan, protezni P-simon choklar bilan mahkamlagan holda "onlay" usulida gernioalloplastika.

Gerniolaparotomiya paytida 500 ml gacha qon rangidagi churra suyuqligi ajralib chiqdi. Qisib turgan halqa kesib ochildi. Ingichka ichak devorida ileosekal burchakdan 40 sm yuqorida strangulyatsion iz mavjud. Ichakning kirish qismi shishgan, to'q pushti rangda. Qisish bartaraf etilgach, ichak peristaltikasi tiklandi. Ichak tutqich tomirlarining urishi aniqlanadi. Ichak qovuzlog'ining tirik ekanligi tasdiqlandi. Ingichka ichakning Treys boylamidan 1 metrgacha pastida NEI o'tkazildi. Suyuq axlat va gazlar chiqarib tashlandi.

Qorin bo'shlig'ini churra xaltasi lahtaki bilan chegaralagandan keyin, abdominal compartment sindromi xavfini inobatga olgan holda, protezni P-shaklidagi choklar yordamida mahkamlagan tarzda onlay alloplastikasi bajarildi (3.16-rasm).



3.16-rasm. Bemor X ning operatsiya bosqichlari: A - churra nuqsoni; B - "onlay" endoprotezning P-simon choklar bilan fiksatsiyasi

To'r usti sohasini Redon bo'yicha drenajlash amalga oshirildi.

QBIBning boshlang'ich qiymati 19 mm sim.ust. edi. OIT dekompressiyasidan so'ng va jarrohlik amaliyoti yakunlangandan keyin uning qiymati 16 mm sim.ust.ni tashkil etdi, 3-sutkada esa 14 mm sim.ust.gacha pasaydi.

Operatsiyadan keyingi davr asoratsiz kechdi. To'rtinchi kuni o'tkazilgan nazorat ultratovush tekshiruvida operatsiya sohasida suyuqlik to'planishlari aniqlanmadi. NEI to'rtinchi kuni olib tashlandi. Teridagi choklar yettinchi kuni olib tashlandi. Yara birlamchi taranglik bilan bitdi. Bemor sakkizinchi kuni shifoxonadan chiqarildi.

3 yildan so'ng qayta ko'rikdan o'tkazildi. Churra qaytalanmagan. Anketa natijalariga ko'ra operatsiya natijasi yaxshi deb baholandi. Kasbiy faoliyatini davom ettirmoqda.

IV BOB.

ICHAK TUTILISHI BILAN ASORATLANGAN QISILGAN CHURRALAR BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI XIRURGIK DAVOLASH NATIJALARI

Qorin old devorining qisilgan churralari bilan kasallangan va ichak tutilishi asorati rivojlangan bemorlarni jarrohlik usulida davolash natijalarini baholash turli hajmdagi operativ usullarning klinik samaradorligiga qarab o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi erta davrning kechishini qiyosiy tahlil qilish mezonlari quyidagilardan iborat edi: jarrohlik amaliyotining davom etish vaqti, operatsiyadan keyingi asoratlarning mavjudligi va xususiyati, bemorlarni davolash muddati hamda o'lim holatlari soni.

§4.1. Jarrohlik amaliyotining davomiyligi

Jarrohlik amaliyotining davomiyligini tahlil qilganda, ichak tutilishini bartaraf etish operatsiyasiga sarflangan vaqt uni bartaraf etish usuliga (ichak rezeksiyasi bilan yoki rezeksiyasiz), shuningdek qorin old devori plastikasiga bog'liq ekanligi aniq ko'rinadi. (4.1-jadval).

"Taranglashgan gernioplastika" yordamida operatsiya qilingan bemorlarda chov churrasida jarrohlik aralashuvining oʻrtacha davomiyligi $78,4 \pm 17,3$ daqiqani, Lixtenshteyn boʻyicha plastikada - $85,2 \pm 10,4$ daqiqani tashkil etdi. Qisilgan kindik churralarida Meyo va Sapejko boʻyicha mahalliy toʻqimalar bilan plastika qilishning oʻrtacha vaqti $94,4 \pm 17,8$ daqiqani, qorin old devorini rekonstruksiya qilish usuli bilan sintetik implantatdan foydalangan holda - $96,3 \pm 24,0$ daqiqani tashkil etdi. Shunday qilib, gernioplastikaning "taranglashmagan" usullarini qoʻllashda jarrohlik aralashuvi uchun sarflangan vaqt oraligʻida farq mavjud, ammo bu farq sezilarli emas ($p > 0,05$).

Operatsiyadan keyingi ventral churralarda, ayniqsa katta va gigant oʻlchamlarda, gernioplastikaning murakkabroq usullarini bajarishda operatsiyaning davomiyligi oshdi. Shunday qilib, ushbu guruhda "taranglashgan" usullardan foydalangan holda jarrohlik aralashuvining oʻrtacha vaqti $112,7 \pm 14,0$ daqiqani, "taranglashmagan" gernioplastikada oʻrtacha vaqt $122,1 \pm 28,8$ daqiqani tashkil etdi.

4.1-jadval

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churralarda operatsiyalarning davomiyligi

Churra turi	«Taranglashmagan plastika» (davomiylilik minutlarda, $M \pm t$)	«Taranglashgan plastika» (davomiylilik minutlarda, $M \pm t$)	P
Chovchurrasi	$85,2 \pm 10,4$	$78,4 \pm 17,3$	$p > 0,05$
Kindikchurrasi	$96,3 \pm 24,0$	$94,4 \pm 17,8$	$p > 0,05$
OKVCH	$122,1 \pm 28,8$	$112,7 \pm 14,0$	$p < 0,05$

Operatsiyadan keyingi ventral churralarda jarrohlik aralashuvining oʻrtacha davomiyligi onlay gernioalloplastika hajmida 112 ± 43 daqiqani, sublay gernioalloplastika hajmida $127 \pm 40,2$ daqiqani tashkil etdi.

§4.2. Operatsiyadan keyingi davrda qorin bo'shlig'i bosimi darajasi dinamikasi va nur tekshiruvi natijalari

Qorin bo'shlig'i bosimi darajasining dinamikasini o'rganish ichak tutilishi bilan asoratlangan operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churra tufayli operatsiya qilingan 30 nafar bemorda amalga oshirildi. Asosiy guruhda ("taranglashmagan" gernioplastika) tadqiqot 19 bemorda, nazorat guruhida ("taranglashmagan" plastika) - 17 bemorda o'tkazildi. Barcha tekshirilgan bemorlarda dastlabki qorin ichi gipertenziyasi qayd etilgan (2-jadval). Shu bilan birga, QIGning II va III darajasi 33 bemordan 29 tasida (87,8%) kuzatilgan.

4.2-jadval

Operatsiyadan keyingi ventral churrasi bo'lgan bemorlarda qorin bo'shlig'i gipertenzijasining boshlang'ich darajasi

Klinik guruh	QBIB bosqichlarining gradatsiyasi (\VSACS)			
	I (12-15 mm.sim.ust)	II (15-20 mm.sim.ust)	III 20-25 mm.sim.ust	IV 25 mm.sim.ust. dan yuqori
Asosiy guruh (n=16)	4 (18,75%)	8 (43,75%)	7 (37,5%)	-
Nazorat guruhi (n=14)	2 (7,14%)	9 (57,14%)	6 (35,7%)	-

Bemorlarning asosiy guruhida QBIBning boshlang'ich darajasi o'rtacha $18,6 \pm 1,8$ mm simob ustunini tashkil etdi, nazorat guruhida esa bu ko'rsatkich sezilarli farq qilmagan holda $19,1 \pm 1,6$ mm simob ustuniga teng bo'ldi ($p > 0,05$).

Oshqozon-ichak traktining dekompressiyasi va "tarangsiz" plastikani qo'llash natijasida asosiy guruh bemorlarida jarrohlik amaliyoti yakunlangandan so'ng QBIB pasayish tendensiyasi aniq kuzatiladi ($r < 0,05$). QBIB ning o'rtacha

qiymatlari ($15,5 \pm 1,3$ mm sim. ust.) nazorat guruhiga ($17,6 \pm 1,3$ mm sim. ust.) nisbatan ishonchli tarzda past bo'ldi.

Operatsiyadan keyingi davrda qorin bo'shlig'i ichki bosimining (QBIB) ko'tarilish tendensiyasi ikkala guruhda ham operatsiyadan keyingi 3-kungacha saqlanib qoldi. Operatsiyadan keyingi birinchi kuni asosiy guruhda QBIBning o'rtacha qiymati $15,3 \pm 1,5$ mm simob ustuni bo'lgan bo'lsa, nazorat guruhida bu ko'rsatkich $17,1 \pm 1,1$ mm simob ustunini tashkil etdi. Ikkinchi kuni esa asosiy guruhda $15,6 \pm 0,8$ mm simob ustuni, nazorat guruhida esa $18,1 \pm 0,7$ mm simob ustuniga teng bo'ldi. Asosiy guruhda 3-sutkada QBIB o'rtacha ko'rsatkichi $16,0 \pm 0,7$ mm simob ustuni, nazorat guruhida esa $18,3 \pm 0,7$ mm simob ustunini tashkil etdi. 4-sutkaga kelib, asosiy guruhda QBIB darajasi $13,1 \pm 0,8$ mm simob ustunigacha, nazorat guruhida esa $16,2 \pm 0,7$ mm simob ustunigacha pasayishi kuzatildi.

QBIB ko'rsatkichlari va NEZ bo'yicha olib tashlangan suyuqlik hajmlari o'rtasidagi korrelyatsion bog'liqlik, dastlabki QBIB qiymati va jarrohlik amaliyoti vaqtida evakuatsiya qilingan ichak suyuqligi hajmi uchun ijobiy natija ko'rsatdi. Bunda Pirson korrelyatsiya koeffitsiyenti $r=0,85$ ni tashkil etib, $p<0,05$ bo'ldi.

NEI operatsiyadan so'ng QBIB darajasini pasaytirishga imkon berdi. 4 kun davomida o'tkazilgan kuzatuvda ko'rsatkichlar orasidagi farqlarning ishonchliligi ($r<0,05$) bilan QBIBning 3 kungacha ko'tarilishi qayd etildi. Shu bilan bir vaqtda, QBIBning ko'rsatilgan dinamikasi bilan birgalikda 3 sutkaga kelib, NEZ orqali ichak ajralmasi hajmi ortadi, bunda jarrohlik aralashuvi paytida evakuatsiya qilingan suyuqlikning dastlabki hajmi bilan sezilarli farq yo'qoladi. Shunday qilib, NEI ichak tarkibining chiqarilishini ta'minlab, QBIB darajasining pasayishiga yordam beradi.

Operatsiyadan keyingi davrda ingichka ichak tutilishining teskari rivojlanishini baholash maqsadida, ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churralar sababli operatsiya qilingan 14 nafar bemorning operatsiyadan keyingi dastlabki muddatlarda o'tkazilgan qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruv natijalari tahlil etildi.

Jami 14 nafar bemorda 24 ta tekshiruv o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi 2-kundan 5-kungacha o'tkazilgan 10 ta tekshiruvning 9 tasi ingichka ichakning nazoenteral intubatsiyasi fonida amalga oshirildi. Ingichka ichak qovuzloqlarida gaz mavjudligi barcha 14 nafar bemorda aniqlandi va 2 kundan 10 kungacha hamda undan ortiq muddatlarda o'tkazilgan barcha tekshiruvlarda qayd etildi. Jumladan, ingichka ichakning ko'p sonli qovuzloqlari bo'shlig'ida gaz va suyuqlik to'planishi 14 bemordan 2 tasida jarrohlik amaliyotidan keyingi 2- va 3-kunlarda kuzatildi. Ingichka ichak bo'shlig'ining 4,0-5,0 sm gacha kengayishi, ayrim qovuzloqlarda devorlar va burmalarning o'rtacha qalinlashuvi, bo'shliqda bir nechta gorizontaal suyuqlik sathlarining paydo bo'lishi va yo'g'on ichakning o'ng bo'limlarida oz miqdorda gaz hosil bo'lishi aniqlandi. Yuqorida tavsiflangan o'zgarishlar ingichka ichakning nazoenteral intubatsiyasi fonida ichak tutilishining davomiyligi 10 soatdan 34 soatgacha bo'lgan va operatsiyadan oldin ichak tutilishining yaqqol belgilari kuzatilgan bemorlarda qayd etildi. Keyingi dinamik kuzatuvda ingichka ichakning tarkibida gaz bo'lgan qovuzloqlar sonining kamayishi, suyuqlikning gorizontaal sathlarining yo'qolishi, devorlar va burmalarning shishining pasayishi, yo'g'on ichakning butun uzunligi bo'ylab gaz paydo bo'lishi kuzatildi.

12 nafar bemorda ingichka ichakdagi o'zgarishlar quyidagicha kuzatildi: ingichka ichakning ayrim qovuzloqlarida gaz mavjudligi (24 ta tekshiruvdan 22 tasida) alohida to'plamlar shaklida (8 ta tekshiruvda) yoki diametri 1,5 dan 3 sm gacha bo'lgan ingichka ichakning yakka gazli qovuzloqlari (14 ta tekshiruvda) ko'rinishida namoyon bo'ldi. Bunda suyuqlikning gorizontaal sathlari yo'q (5 ta tekshiruvda) yoki ichak bo'shlig'ida suyuqlikning noaniq sathlari (9 ta tekshiruvda) kuzatildi. Ingichka ichakning ayrim qovuzloqlarida shilliq qavat burmalarining qalinlashishi faqat bitta holatda aniqlandi. Bu holat ventral churra natijasida rivojlangan va 4 kundan ortiq davom etgan ichak tutilishi bilan og'rikan bemorda, jarrohlik amaliyotidan keyingi 4-kuni, nazointestinal intubatsiya fonida o'tkazilgan tekshiruvda qayd etildi. Yo'g'on ichakdagi gaz barcha bemorlarda butun ichak bo'ylab o'rtacha miqdorda mavjud edi.

Ichak tutilishining turli davomiyligi va ichak yetishmovchiligi sindromining turli og'irlik darajasi bo'lgan bemorlarda qorin bo'shlig'ini UTT tekshiruvi natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, nazoenteral intubatsiya fonida aksariyat hollarda ingichka ichakdagi o'zgarishlar uning bo'shlig'ida oz miqdorda gaz to'planishi hamda yo'g'on ichak bo'ylab o'rtacha miqdorda gaz mavjudligi bilan ifodalanadi va bu holat operatsiyadan oldingi ichakdagi o'zgarishlarning og'irlik darajasiga bog'liq emas (14 bemordan 12 tasida). Operatsiyadan keyingi davrning asoratlanmagan kechishida, nazoenteral intubatsiya fonida ingichka ichakning kengaygan qovuzloqlarida devorlar va (yoki) burmalarning o'rtacha shishishi bilan suyuqlikning ko'p sonli gorizontal sathlarini aniqlash mumkin. Bu holat ichak tutilishi davomiyligi 6 soatdan ortiq bo'lganda operatsiyadan keyingi 2-3-kunlarda kuzatiladi va keyinchalik dinamik nazoratda bu o'zgarishlar asta-sekin yo'qolishi kuzatildi.

Qorin bo'shlig'ini operatsiyadan so'ng dastlabki muddatlarda ultratovush tekshiruvidan o'tkazish enteral zond joylashuvini baholash, ingichka va yo'g'on ichaklardagi gaz nisbatini aniqlash hamda operatsiyadan keyingi ichak parezi dinamikasini kuzatish imkonini beradi.

§4.3. Operatsiyadan keyingi erta asoratlarning chastotasi va xarakteri

Operatsiyadan keyingi erta davrning kechishini baholashda quyidagilar farqlandi: qorin bo'shlig'i asoratlari, operatsiyadan keyingi umumiy asoratlari va mahalliy yara asoratlari.

Qorin bo'shlig'i asoratlari orasida nazorat guruhidagi 10 nafar (17,8%) va asosiy guruhdagi 4 nafar (5,6%) bemorda uzoqroq (6-7 kungacha) nazoenteral intubatsiya talab qilgan operatsiyadan keyingi ichak parezi aniqlandi. Ulardan nazorat guruhidagi 2 nafar bemorda operatsiya vaqtida nazoenteral intubatsiya o'tkazilmagan. Shundan kelib chiqib, "taranglashgan" plastika usullarida operatsiya qilingan bemorlarda, "taranglashmagan" usullardan foydalanilgan bemorlarga qaraganda, operatsiyadan keyingi ichak parezi uzoqroq davom etgan.

Nazorat guruhidagi 1 ta (1,7%) bemorda o'ng tomonlama gemikolonektomiya va ileostomiya operatsiyasidan so'ng, operatsiyadan keyingi davrda yonbosh ichakning terminal qismida nekroz kuzatildi, bu esa takroriy operatsiya o'tkazilishini talab qildi. Nazorat guruhining yana 1 ta (1,7%) bemorida Meyo usulida kindik churrasi plastikasidan keyin (qorin bo'shlig'i drenajlanmagan va NEI o'tkazilmagan holda) erta bitishmali ichak tutilishi yuz berdi, ammo u konservativ yo'l bilan bartaraf etildi.

Shunday qilib, asosiy va nazorat guruhlarida qorin bo'shlig'i asoratlarning rivojlanishini tahlil qilish asosida xulosa chiqarish mumkinki, taranglashmagan gernioplastikada taranglashgan gernioplastikaga qaraganda ushbu asoratlarning rivojlanish xavfi kamroq bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi umumiy asoratlar (4.5-jadval) nazorat guruhidagi 15 (26,7%) nafar bemorda kuzatildi. Ular orasida sun'iy nafas olish apparatida uzoq muddat qolish bilan bog'liq asoratlar ustunlik qildi: 3 (5,3%) nafar bemorda pnevmoniya, 1 (1,7%) nafar bemorda ikki tomonlama gidrotoraks, 1 (1,7%) nafar bemorda yiringli traxeobronxit. O'pka arteriyasining qaytalanuvchi tromboemboliyasi 1 nafar (1,7%) bemorda rivojlandi. 2 (3,5%) holatda o'tkir miokard infarkti aniqlandi. Chuqur venalar trombozi va tromboflebit mos ravishda 2 (3,5%) va 1 (1,7%) holatda qayd etildi. Anamnezida me'da yara kasalligi bo'lgan 1 (1,7%) bemorda operatsiyadan keyingi davr yara kasalligining zo'rayishi va me'da-ichakdan qon ketishi bilan asoratlandi. 3 bemorda esa o'tkir siydik tutilishi kuzatildi.

4.4-jadval

Operatsiyadan keyingi erta davrda qorin bo'shlig'i asoratlari

Asoratning tabiati	Asosiy guruh (n=71)	Nzorat guruhi (n=56)
Ingichka ichakning erta bitishmali tutilishi	-	1 (1,7%)

Ichakning operatsiyadan keyingi parezi	4 (5,6%)	10 (17,8%)
Yonbosh ichak terminal qismining nekrozi	-	1 (1,7%)
Jami	4 (5,6%)	12 (21,4%)

Asosiy guruhda operatsiyadan keyingi umumiy asoratlarning doirasi torroq bo'lib, ularning yuzaga kelish chastotasi 11,2 foizga yetadi. Bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi 1 nafar (1,4%) bemorda aniqlandi va u keyinchalik ixtisoslashtirilgan bo'limga o'tkazildi. Yiringli traxeobronxit 1 nafar (1,4%) bemorda, zotiljam esa yana 1 nafar (1,4%) bemorda rivojlandi.

Oyoqlarning chuqur vena trombozi 2 ta (2,8%) bemorda kuzatilgan. 3 ta (4,2%) bemorda operatsiyadan keyingi davrda prostata bezi adenomasi mavjudligi tufayli o'tkir siydik tutilishi yuzaga kelgan, bu esa episistostoma qo'yishni talab etgan.

4.5-jadval

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churra kasalligiga chalingan bemorlarda operatsiyadan keyingi umumiy asoratlarning tuzilishi

Asoratning tabiati	Asosiy guruh (n=71)	Nazorat guruhi (n=56)
O'pka arteriysi tromboemboliyasi	-	1 (1,8%)
Gidrotoraks	-	1 (1,8%)
Yiringli traxeobronxit	1 (1,4%)	1 (1,8%)
Pnevmoniya	1 (1,4%)	3 (5,3%)
Chuqur venalar trombozi	2 (2,8%)	2 (3,6%)
O'tkir miokard infarkti	-	2 (3,6%)

Bosh miyada qon aylanishining oʻtkir buzilishi	1 (1,4%)	-
Son venasi tromboflebiti	-	1 (1,8%)
Oshqozon-ichakdan qon ketishi	-	1 (1,8%)
Oʻtkir siydik tutilishi	3 (4,2%)	3 (5,3%)
Jami	8 (11,2%)	15 (26,8%)

Bemorlarning barcha guruhlarida umumiy asoratlarning rivojlanishi ularning yoshi va yondosh surunkali kasalliklarning mavjudligi bilan bogʻliq. Biroq, nazorat guruhida ustunlik qilgan 5 nafar bemorda bronx-oʻpka tizimidagi asoratlar qorin boʻshligʻi bosimi darajasining oshishi oqibatida bemorlarning uzoq vaqt sunʼiy nafas oldirishda boʻlishi bilan bogʻliq. Bu esa oʻz navbatida nafas yetishmovchiligining kuchayishiga sabab boʻldi.

Turli xil churralar va qorin old devori plastikasining har xil usullarida operatsiyadan keyingi yara asoratlarining yuzaga kelish chastotasini tahlil qilish natijasida, ularning chastotasi va xususiyati oʻrganilayotgan bemorlar guruhlarida bir xil emasligi aniqlandi.

Mahalliy toʻqimalar plastikasi qoʻllanilgan nazorat guruhida 16 (28,5%) bemorda jarohat asoratlari kuzatildi. Shulardan 7 (12,5%) bemorda operatsiyadan keyingi yara yiringlashi va ikkilamchi taranglik bilan bitishi qayd etildi. 6 (10,7%) holda yumshoq toʻqimalarning UTTsi orqali seroma aniqlandi, bu esa keyinchalik punksiya va aspiratsiya oʻtkazilishini taqozo etdi. 2 (3,6%) holda teri chekkasining nekrozi, 1 (1,8%) holda esa operatsiyadan keyingi yara infiltrati qayd etildi. 2 (3,6%) bemorda operatsiyadan keyingi erta davrda eventratsiya kuzatildi.

Asosiy guruhda "taranglashmagan" plastika usullaridan foydalanilganda, mahalliy asoratlar 5 (7,1%) bemorda kuzatildi. Asoratlar orasida eng koʻp uchragani seroma boʻlib, u 3 (4,2%) holatda shakllandi. Operatsiyadan keyingi jarohat sohasidagi infiltrat 2 (2,8%) bemorda qayd etildi. Teri osti yogʻ

to'qimasining yiringlashi kuzatilmadi. Sintetik implantni olib tashlash hech bir holatda talab qilinmadi. Ligatura oqmalari va abscesslar aniqlanmadi.

Klinik misol. Bemor B. 80 yosh. qisilgan ventral churra tufayli qisilganidan 14 soat o'tgach operatsiya qilindi. Gerniolaparotomiya, 30x30 sm o'lchamdagi sintetik implantat yordamida qorin old devorining kombinatsiyalangan korreksion plastikasi, qorin bo'shlig'ini, to'r usti bo'shlig'ini Redon usulida 2 ta drenaj bilan drenajlash, teri osti yog' to'qimasini drenajlash amalga oshirildi. Operatsiyadan keyingi 2-kuni yumshoq to'qimalarning UTTsida operatsiyadan keyingi chok sohasida 0,1-0,2 sm suyuqlik to'planmalari aniqlandi. To'r usti bo'shlig'idan drenajlar orqali ozonlangan natriy gipoxlorid eritmasi bilan sanatsiya o'tkazildi va operatsiyadan keyingi davrning 3-kunida olib tashlandi. Operatsiyadan keyingi 5-kuni tana harorati 37,8°S gacha ko'tarilishi qayd etildi. Bemorga sefotaksim 1 g x 3 marta mushak ichiga, metrogil 100,0 ml x 3 marta vena ichiga, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, antigistamin preparatlar yuborildi. UTT nazoratida yumshoq to'qimalar holati oldingi tekshiruvga nisbatan o'zgarmagan. Drenaj orqali taxminan 15 ml seroz-gemorragik suyuqlik olindi. Ekilganda: Kl. Pneumoniae aniqlandi. Operatsiyadan keyingi 7-kuni yumshoq to'qimalarning UTTsida: chokning o'rta chizig'idan to'r usti bo'shlig'ida 1,6-2,2 sm suyuqlik to'planmasi aniqlandi. Teri yuzasidan 1,5-3,1 sm chuqurlikda. Yumshoq to'qimalarning shishi saqlanib qolgan. UTT nazorati ostida seromani qayta drenajlash va ozonoterapiyani davom ettirish amalga oshirildi. Takroriy ekishda: mikroorganizmlar o'sishi kuzatilmadi. Operatsiyadan keyingi 13-kuni o'tkazilgan nazorat UTTsida to'r usti bo'shlig'ida drenaj naychasi joylashgani, operatsiyadan keyingi chok sohasida suyuqlik to'planmalari yo'qligi aniqlandi, drenaj olib tashlandi. Jarohat birlamchi bitishi kuzatildi, sintetik implantatni olib tashlash zarurati bo'lmadi.

Keltirilgan klinik misol, mahalliy ozon terapiyasi qo'llanilganda, infeksiyalangan sharoitda ham sintetik implantatni saqlab qolish mumkinligini ko'rsatmoqda.

Mikrobiologik tekshiruv natijalari shuni ko'rsatadiki, ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churrasi bo'lgan bemorlarda yiringli asoratlarning eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchilari *Enerobacteriaceae* guruhiga mansub grammanfiy mikroorganizmlar: *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* va shu guruhning boshqa patogenlari, shuningdek fermentatsiyalanmaydigan grammanfiy bakteriyalar, jumladan *Pseudomonas aeruginosa* vakillari hamda turli xil achitqisimon zamburug'lar hisoblanadi.

Bundan tashqari, quyidagi kabi mikroorganizmlar assotsiatsiyalarining ahamiyati ortdi:

E. coli + *P. aeruginosa*;

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

S. aureus + *E. coli*;

E. coli + *Klebsiella*;

E. coli + *Acinetobacter*;

Proteus + noklostridial anaerob infeksiya;

P. aeruginosa + *Acinetobacter*

Ajratilgan mikroorganizmlar turli diagnostik titrlarda: 104 dan 109 KHB/ml gacha miqdorda aniqlandi.

Qorin bo'shlig'ida turli mikrob assotsiatsiyalari ajralib chiqadigan aralash infeksiyalarda assotsiantlarga sezgirlikka qarab tanlangan antibiotiklar anaerob infeksiyaga qarshi faol bo'lgan dori vositalari (metronidazol, klindamitsin, linkomitsin) bilan birgalikda qo'llanilgan.

Ko'k yiringli infeksiyada antibakterial ta'sirni kuchaytirish maqsadida 3-4 avlod ftorxinolonlar guruhiga mansub dori vositalari (pefloksatsin, siprofloksatsin, lomefloksatsin, moksifloksatsin) aminoglikozidlar (gentamitsin, amikatsin,

netromitsin), yarim sintetik penitsillinlar (tikarsillin, tikarsillin/klavulanat) va sefalosporinlar (seftazidim, sefuroksim, sefotaksim) bilan birgalikda qo'llanildi. Davolashdan so'ng patogen bakteriyalarning yo'q qilinishi bemorlarning aksariyatida (92%) kuzatildi.

Hech bir holatda noxush ta'sirlar tufayli antibakterial davolashni muddatidan oldin to'xtatishga zarurat tug'ilmadi. Olingan tadqiqot natijalari qisilgan churralari bor bemorlarda bakteriologik tekshiruvlarga asoslangan holda antibakterial davolash o'tkazish mumkinligini ishonchli tarzda ko'rsatdi.

Qorin old devori churralari qisilgan bemorlarda operatsiyadan keyingi erta davrdagi yuzaga kelgan asoratlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, qorin old devorining "taranglashmagan" gernioplastikasini qo'llashda jarohat asoratlarning ko'payishi kuzatilmaydi.

§4.4. Bemorlarning shifoxonada qolish muddatini qiyosiy baholash

Nazorat guruhida ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan chov churralari bo'yicha jarrohlik amaliyotlaridan so'ng bemorlarning statsionarda qolish muddati o'rtacha $5,5 \pm 6,9$ yotoq kunini, qisilgan kindik churrasida $8,8 \pm 5,2$ yotoq kunini, operatsiyadan keyingi qisilgan qorin churrasida esa $10,8 \pm 2,8$ yotoq kunini tashkil etdi (4.6-jadval).

Asosiy guruhdagi bemorlarning kasalxonada davolanish muddati qisilgan chov churrasida $4,4 \pm 2,8$ yotoq kunini, qisilgan kindik churrasida $6,4 \pm 5,4$ yotoq kunini va operatsiyadan keyingi ventral churrada $8,8 \pm 6,5$ yotoq kunini tashkil etdi.

4.6-jadval

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churralar bo'yicha operatsiya qilingan bemorlarning gospitalizatsiya muddatlari

Churra turi	Asosiy guruh (n=50)	Nazorat guruhi (n=75)	P
Chov churrasi	$4,4 \pm 2,8$	$5,5 \pm 6,9$	$p > 0,05$

Kindik churrasi	6,4±5,4	8,8±5,2	p>0,05
OKVCH	8,8±6,5	10,8±2,8	p>0,05

Shunday qilib, ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churralarda gernioplastikaning "taranglashmagan" usullarini qo'llash bemorlarning statsionarda bo'lish muddatini oshirmaydi, kuzatuv guruhlaridagi gospitalizatsiya muddatlaridagi farq statistik jihatdan ishonchli emas ($p>0,05$).

§4.5. Operatsiyadan keyingi letallik

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qorin old devorining qisilgan churralari bilan operatsiya qilingan bemorlarning umumiy o'limi 3,1% ni tashkil etdi (4 bemor). Nazorat guruhida operatsiyadan keyingi o'lim 5,3% (3 bemor), asosiy guruhda 1,4% (1 bemor) ni tashkil etdi.

Nazorat guruhida bir holatda o'pka arteriyasi tromboemboliyasi o'linga sabab bo'lgan, qolgan ikki holatda esa uzoq vaqt davomida o'pka sun'iy ventilyatsiyasi va qorin bo'shlig'idagi bosimning oshishi natijasida yuzaga kelgan ikki tomonlama pnevmoniya fonida o'tkir yurak-nafas yetishmovchiligi kuzatilgan. Asosiy guruhda esa bir bemorda o'limning sababi o'tkir miokard infarkti bo'lgan.

To'rtala o'lim holati ham 70 yoshdan oshgan keksa bemorlarda va qisilish davomiyligi 24 soatdan ortiq bo'lgan hollarda kuzatilgan.

§4.6. Asoratlangan churrali bemorlarni davolashning uzoq muddatli natijalari

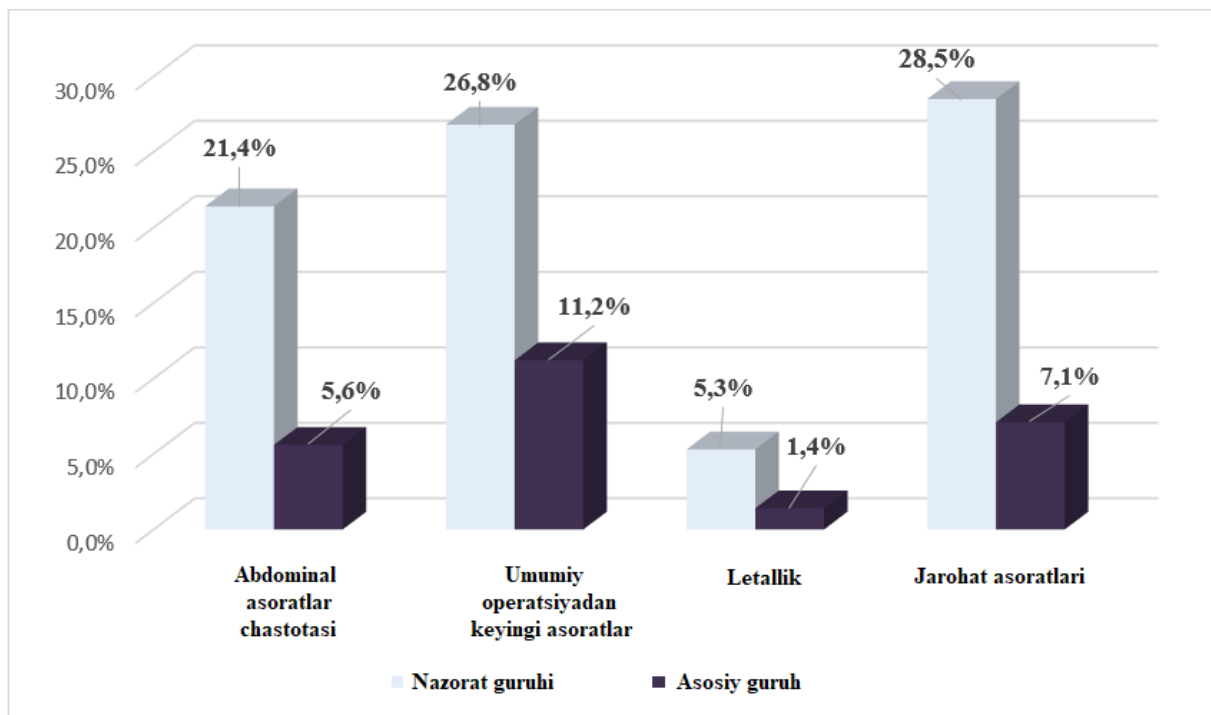
Asosiy guruhda operatsiyadan keyin 1 yildan 3 yilgacha bo'lgan davrda 71 bemordan 60 nafarini (84,5%) tekshirdik. Nazorat guruhida esa 56 bemordan 46 nafari (82,1%) tekshiruvdan o'tkazildi. Jami 127 bemorning 106 nafari (83,4%) uzoq muddat o'tgach tekshirildi.

"Taranglashtirilmagan gernioplastika" usuli qo'llanilgan bemorlar orasida bir yildan so'ng o'tkazilgan tekshiruvda 3 ta (4,2%) bemorda operatsiyadan

keyingi ventral churra qayta yuzaga kelganligi aniqlandi. Tekshirilgan bemorlarda chok abstsesslari va oqmalari kuzatilmadi. An'anaviy plastik jarrohlik usullari bilan operatsiya qilingan bemorlarning nazorat guruhida esa 7 ta (12,5%) retsidiv aniqlandi.

Olingan ma'lumotlarga asoslanib, shuni aniqladikki, retsidivlarning asosiy qismi operatsiyadan keyingi ventral churra plastikasi bilan operatsiya qilingan bemorlarda, churra darvozasining o'lchami W3-W4 bo'lganda kuzatiladi va bu holat operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida namoyon bo'ladi.

Olingan natijalar asoratlangan qisilgan churralarda tanlov usuli sifatida taranglashmagan gernioplastika usullarini tavsiya etish imkonini beradi.



4.1-rasm. Bemorlarni xirurgik davolash natijalari

XULOSA

Qorin churrasini davolash muammosi bugungi kunda hali hal etilmagan bo‘lib, malakali yordam ko‘rsatish standartlarini qo‘shimcha o‘rganish va ishlab chiqishni talab qilmoqda. Qorinning tashqi churralari aholining 7 foizida uchraydi, keksa va qari yoshdagi kishilarda esa bu ko‘rsatkich 15-17 foizga yetadi (Karimov Sh.I. va hammuall., 2019; Teshayev O.R. va hammuall., 2023; Yegiev V.A., 2017; Timoshin A.D., 2018; Bauer K.N. va boshq., 2019). Bunda bemorlarning yoshi oshgan sari churraning qisilishi va asoratlari rivojlanishi xavfi ham ortib boradi.

Churralarni bartaraf etish bo‘yicha operativ aralashuvlar barcha jarrohlik amaliyotlarining taxminan 10 foizini tashkil etadi (Yarema I.V. va hammualliflar, 2018; Jebrovskiy V.V., 2002). Churra kasalligi nafaqat o‘lim holatlari, balki bemorning nogironligi bilan bog‘liq katta mehnat yo‘qotishlariga ham olib keladi. Gernioplastikaning ko‘plab taklif etilgan usullariga qaramasdan, qorin tashqi churralarini davolash natijalari na bemorlarni, na jarrohlarni qoniqtirmaydi (Xakimov M.Sh. va hammual., 2022; Tomnyuk N.D., 2019).

Churra xirurgiyasida alohida muammo ularning qisilishi hisoblanadi. Turli lokalizatsiyadagi qisilgan churralarni bartaraf etishda shoshilinch xirurgiyada, odatda, churra nuqsonlarini mahalliy to‘qimalar bilan bartaraf etishning eng oddiy taranglash usullari qo‘llaniladi. Biroq, ushbu jarrohlik aralashuvlarining natijalari har doim ham ijobiy emas, ayniqsa og‘ir yondosh patologiyali bemorlarda. Shu

bilan birga, churrallarni rejali operativ davolashda to'rsimon eksplantatlardan foydalanib, taranglashmagan operativ davolash usullari muvaffaqiyatli qo'llaniladi, ularning shoshilinch xirurgiyada qo'llanishi hozirgacha munozarali bo'lib qolmoqda.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlarni hamda zamonaviy tibbiyot texnologiyalarining rivojlanishini inobatga olgan holda, qorin old devorining qisilgan churralari bo'yicha shoshilinch jarrohlik amaliyotlarida to'rsimon eksplantatlar yordamida alloplastika usullarini qo'llash imkoniyatlarini o'rganish nihoyatda dolzarb masala bo'lib qolmoqda.

Tadqiqotning maqsadi taranglashmagan gernioalloplastika va mahalliy perioperativ ozonoterapiya usullarini qo'llash orqali qorin old devorining qisilgan churralari bo'lgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Ushbu ishning asosini 2019-2024-yillarda RSHTYOIM Navoiy filialida statsionar davolanishda bo'lgan, qorin old devorining turli joylaridagi qisilgan churralari sababli oldindan saralanmagan holda operatsiya qilingan 127 nafar bemorni retrospektiv va prospektiv o'rganish natijalari tashkil etadi.

Jarrohlik aralashuvining xususiyati va hajmiga qarab ikki guruhga bo'lingan bemorlar klinik kuzatuvga olindilar.

Asosiy guruhni qorin oldi devorining qisilgan churralari mavjud bo'lgan 71 nafar bemor tashkil etdi. Ularga sintetik implantlar yordamida "taranglashmagan" gernioplastika usulida xirurgik davolash o'tkazildi. Ushbu guruhga churra joylashuvi turli xil bo'lgan bemorlar kiritildi:

1. Qisilgan chov churrasi bilan - 24 (33,8%)
2. Qisilgan kindik churrasi bilan - 20 (28,1%)
3. Operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churra bilan - 27 (38,1%)

Nazorat guruhini qorin old devorining qisilgan churralari bo'lgan, an'anaviy autoplastika ("taranglashgan" gernioplastika) usullari bilan operatsiya qilingan 56 nafar bemor tashkil etdi. Ushbu guruhni churra joylashuvi turlicha bo'lgan bemorlar tashkil etdi:

1. Qisilgan chov churrasi bilan - 16 (28,6%)
2. Qisilgan kindik churrasi bilan - 18 (32,1%)
3. Operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churra bilan – 22 (39,3%)

Bemorlarning churra turi bo'yicha taqsimlanishi 2.1-jadvalda keltirilgan. Ikkala guruhdagi son churrasi va churra xaltasi flegmonasi bo'lgan bemorlar tadqiqotga kiritilmadi.

Asosiy guruhda bemorlarning o'rtacha yoshi $55,4 \pm 4$ yilni tashkil etib, 28 yoshdan 81 yoshgacha oraliqda bo'ldi. Erkaklar soni 34 nafar (47,9%), ayollar soni esa 37 nafar (52,1%) edi.

Nazorat guruhidagi bemorlarning o'rtacha yoshi $56,6 \pm 3,1$ yoshni tashkil etdi va 27 yoshdan 78 yoshgacha o'zgarib turdi. Erkaklar soni 28 nafar (50,0%), ayollar ham 28 nafar (50,0%) edi.

Katta yoshdagi operatsiya qilingan bemorlarning aksariyati jiddiy yondosh kasalliklarga chalingan bo'lib, bu ularning kasalligi kechishi va natijasiga ta'sir ko'rsatgan. Shuningdek, bu yosh guruhidagi bemorlarning 82 foizida 2-3 tadan yondosh kasalliklar aniqlangan.

Ikkala guruhda ham yurak-qon tomir va nafas olish tizimi kasalliklari ustunlik qildi. Bemorlarning sezilarli qismida urologik patologiya va oshqozon-ichak yo'li kasalliklari mavjud edi. Tana vazni indeksi 30 kg/m^2 dan yuqori bo'lgan alimentar semizlik ko'rinishidagi moddalar almashinuvining buzilishi 32 nafar bemorda qayd etildi.

Ventral churralar bilan kasallanishning o'rtacha davomiyligi $9,5 \pm 1,7$ yilni tashkil etdi.

RSHTYOIM Navoiy filialining qabul bo'limiga shoshilinch tarzda keltirilgan bemorlarning qisilish boshlanganidan keyingi vaqt oralig'i turlicha edi. Asosiy guruhda (1-rasm) kasalxonaga yotqizish vaqti qisilish boshlanganidan 4 soatdan 120 soatgacha bo'lgan. O'rtacha vaqt $17,1 \pm 8,4$ soatni tashkil etdi. Dastlabki 6 soat ichida 7 nafar (9,9%) bemor, 6 soatdan 12 soatgacha 24 nafar (33,8%) bemor, 12 soatdan 24 soatgacha 20 nafar (28,1%) bemor, qisilish

boshlanganidan 24 soatdan keyin esa 20 nafar (28,2%) bemor kasalxonaga yotqizilgan.

Nazorat guruhida shifoxonaga yotqizish vaqti qisilish paytidan boshlab 3 soatdan 144 soatgacha bo'lgan. O'rtacha vaqt $20,6 \pm 6,8$ soat. Dastlabki 6 soat ichida 7 nafar (12,5%) bemor, 6 soatdan 12 soatgacha 22 nafar (39,3%) bemor, 12 soatdan 24 soatgacha 16 nafar (28,8%) bemor, qisilgan vaqtdan 24 soat o'tgach 11 nafar (19,6%) bemor kasalxonaga yotqizilgan.

Qabul bo'limida bemorlarni tekshirish chog'ida, qisilgan churra tashxisi quyidagi klinik ma'lumotlarga asoslangan: avval tuzatilgan churra sohasida to'satdan paydo bo'lgan og'riqlarning xususiyati, ularning kuchi, hamda og'riqning qisilish turi va shikastlangan a'zoga bog'liqligi. Bu omillar birgalikda baholanib, tashxis qo'yishga asos bo'lgan. Shunday qilib, 122 nafar (96,1%) bemor ilgari erkin kiritilgan churrani endi to'g'rilash imkonsizligini, og'riq paydo bo'lganini va churra bo'rtmasi hajmi kattalashganini ta'kidladi. Paypaslab ko'rilganda 118 nafar (92,9%) bemorda "yo'tal turtkisi" o'tkazilmagan. Ichak tutilishi belgilari quyidagicha namoyon bo'ldi: 68 nafar (53,5%) bemorda ko'ngil aynishi, 45 nafar (35,4%) bemorda kasalxonagacha bo'lgan davrda va vaqti-vaqti bilan qusish, 33 nafar (25,9%) bemorda najas va gazlar chiqishining to'xtashi, 19 ta (14,9%) holatda peristaltikaning kuchayishi kuzatildi. 15 ta (11,8%) holatda qorin parda yallig'lanishi belgilari paydo bo'lganligi qayd etildi. Churra bo'rtib chiqqan joy ustidagi teri rangining o'zgarishi faqat 3 nafar (2,3%) bemorda kuzatildi.

Yuqori ingichka ichak tutilishining rentgenologik belgilari 26 ta (20,5%) bemorda aniqlandi. Kamroq hollarda yo'g'on ichakning qisilishi kuzatilib, bu 10 ta (7,8%) bemorda yo'g'on ichak tutilishining rentgenologik belgilari rivojlanishi bilan birga yuz berdi. Chov churrasi bo'lgan 1 ta (0,8%) bemorda va kindik churrasi bo'lgan 2 ta (1,6%) bemorda qorin bo'shlig'ida erkin gaz mavjudligi aniqlandi.

Churra bo'rtib chiqishi sohasida ingichka ichakning kengaygan qovuzloqlari operatsiyadan keyingi qorin churralari bo'lgan 20 ta (15,7%) bemorda (3-rasm) va

kindik churralari bo'lgan 21 ta (17,3%) bemorda aniqlandi. Yo'g'on ichak tutilishi belgilari kuzatilgan 2 ta (1,6%) bemorda churra bo'rtib chiqishi sohasida diametri kengaygan ko'ndalang-chambar ichak va unda suyuqlikning gorizontali sathi aniqlandi.

Qabul paytida ultratovush tekshiruvi qisilgan churralar bilan asoratlangan 89 (70,1%) bemorda o'tkazildi.

Asosiy guruhning 49 (69,1%) va nazorat guruhining 37 (66,1%) bemorlarida ichak devorlarining qalinlashuvi, ichak tarkibining "mayatniksimon" harakatlari, olib ketuvchi qismning ichak qovuzloqlari torayishi hamda ichak ning olib keluvchi qismining diametrining kattalashuvi aniqlandi. Qovuzloqlararo bo'shliqlarda va yon kanallarda erkin suyuqlik belgilarining aniqlanishi turli xil asoratlar bilan birga kuzatildi. Bu belgilar ichak (peritonit, ichak nekrozi) bilan asoratlanib qisilgan churralarda ultratovush tekshiruvi belgilari bo'lib, asosiy guruhning 26 ta (52%) va nazorat guruhining 24 ta (58%) bemorida aniqlandi.

Sensorni churra bo'rtib chiqqan sohasiga qo'yish va churra tarkibini baholashda asosiy guruhning 27 (40,1%) va nazorat guruhining 24 (42,8%) holatida qisilgan ichak qovuzlog'i (2.4-rasm, 2.5), 21 (29,6%) va 18 (32,1%) holatlarda mos ravishda ingichka ichak qovuzlog'i va charvi mavjud edi. Asosiy guruhdagi 20 (15,7%) bemorda va nazorat guruhidagi 19 (33,9%) bemorda churra suyuqligi topildi.

Ichak tutilishi asorati bilan kechayotgan qisilgan churrada jarrohlik taktikasi quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi: - kirish churra joylashuviga muvofiq amalga oshiriladi; - churra qopchasi ochiladi, churra suyuqligi olib tashlanadi va qisilgan a'zo fiksatsiya qilinadi; - qisilgan halqani kesib, qisilgan a'zoning holati vizual baholanadi va u yashovchan bo'lganda qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Ichakni qorin bo'shlig'iga joylashtirish oldidan uning tutqichiga 80-100 ml 0,25% li Novokain eritmasi yuborildi; ichak rezeksiyasiga ko'rsatmalarni aniqlashda vizual belgilar (rang, devor shishi, subseroz qon quyilishlar, peristaltika, pulsatsiya va devor atrofidagi qon tomirlarning qon bilan to'lishi) hamda ichak tutqichiga issiq mahalliy anestetik eritmasi yuborilgandan so'ng ushbu belgilarning o'zgarishi

hisobga olindi; nazoenteral intubatsiya, dekompressiya va ichakni yuvish o'tkazildi; ichak yashovchanligini yo'qotganda (ichakning to'q rangi; xira seroz qavat; bo'shashgan devor; peristaltikaning yo'qligi; tutqich qon tomirlarida pulsatsiyaning yo'qligi) uning rezeksiyasi bajarildi; qisilgan chov churrasi bo'lganda, ichak yashovchanligi shubhali bo'lib, peritonit va ichak devori teshilishi belgilari bo'lmaganda, rezeksiya gerniotomik kirish orqali amalga oshirildi. Laparotomiyani bajarish uchun mutlaq ko'rsatmalar: ichak nekrozi, peritonit, ichak devorining teshilishi; - qorin bo'shlig'ini ozonlangan izotonik natriy xlorid eritmasi bilan sanatsiya qilish (NaCl 0,9%), qorin bo'shlig'ini drenajlash; - churra joylashishiga qarab churra darvozasini plastika qilish.

Asosiy guruhda ingichka ichakning izolyatsiyalangan qisilishi 30 (42,2%) nafar bemorda, ingichka ichakning charvi bilan birga qisilishi 22 (30,9%) nafar bemorda, ingichka ichakning chambar ichak bilan birga qisilishi 8 (11,3%) nafar bemorda, chambar ichakning qisilishi 4 (5,6%) nafar bemorda kuzatildi.

Nazorat guruhida ham ko'pchilik hollarda ingichka ichak qisilishi - 20 (35,7%) bemorda, ingichka ichak va charvi qisilishi - 17 (30,3%), ingichka va chambar ichak qisilishi - 8 (14,3%), chambar ichak qisilishi - 4 (7,1%) bemorda qayd etildi.

Asosiy guruhda 8 ta holatda yashovchan bo'lmagan charvi va ingichka ichak rezeksiyasi, 13 ta holatda ingichka ichakning nekrozlangan qismi rezeksiyasi, shuningdek 1 ta bemorda chambar ichak rezeksiyasi amalga oshirildi. Nazorat guruhida 4 nafar bemorda nekrozlangan charvi va ingichka ichak rezeksiyasi, 12 nafar bemorda ingichka ichak rezeksiyasi, 1 nafar bemorda chambar ichak rezeksiyasi amalga oshirildi. Ichak nekrozi natijasida jami 39 (30,7%) bemorda ichak rezeksiyasi, 37 tasida ingichka ichak rezeksiyasi, 2 tasida yo'g'on ichak rezeksiyasi amalga oshirilgan.

Sintetik implantatsiz qisilgan churralarni xirurgik davolashda - "taranglashgan" gernioplastika (nazorat guruhi) an'anaviy plastik usullardan foydalanilgan. Qisilgan chov churralarini davolashda Bassini (n=6) va Postemski

(n=10) usullari, qisilgan kindik churrallari va OKVCHda Mayo (n=17) hamda Sapejko (n=20) usullari ishlatilgan. 3 ta holatda gigant qorin churralarda jarohat dekompressiv ravishda tikilgan. Operatsiyadan keyingi jarohat drenajlanmagan.

Bemorlarning asosiy guruhida qisilgan churralarni jarrohlik yo'li bilan davolashda qorin old devori plastikasining turli "taranglashmagan" usullari qo'llanilgan. 24 nafar bemorda qisilgan chov churralarini davolashda chov kanalining orqa devoriga sintetik implantatni o'rnatish bilan Lixtenshteyn usuli qo'llanilgan. Qisilgan kindik va operatsiyadan keyingi ventral churra bo'yicha operatsiyalarda 47 nafar bemorda quyidagi operatsiyalar bajarilgan: - onlay gernioalloplastika -38; - sublay gernioalloplastika -4; - inlay gernioalloplastika -5.

Qisilgan chov churralarini jarrohlik yo'li bilan davolashda 24 nafar bemorda I. Lichtenstein usuli qo'llanilib, chov kanalining orqa devoriga to'rsimon protez o'rnatildi.

Qisilgan kindik churralarini jarrohlik yo'li bilan davolashda kombinatsiyalangan "onlay" usulidan foydalanildi (to'r aponevroz ustida joylashadi). Qisilish bartaraf etilgandan so'ng, qorin bo'shlig'ining keng mushaklari aponevrozlari ustida joylashgan to'rsimon eksplant bilan kindik halqasi plastikasi o'tkazildi, keyin ular bo'ylama yo'nalishda "cheti-chetiga" tikildi.

Asosiy guruhdagi operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churrasi bo'lgan barcha bemorlarda quyidagi variantlardan biri bo'yicha kombinatsiyalangan plastika amalga oshirildi: "onlay" (aponevroz ustida), "inlay" (aponevroz qismi o'rniga, aponevroz tikilmasdan) yoki "sublay" (aponevroz ostida). 18 ta holatda protezni aponevroz ustiga joylashtirish orqali kombinatsiyalangan plastika ("onlay") bajarildi. Operatsiyadan keyingi keng qisilgan ventral churrallari bo'lgan 5 nafar bemorda "inlay" usulida plastika o'tkazildi (11, 12-rasmlar). Kichik gipogastral qisilgan churrallari bo'lgan 4 nafar bemorga esa "sublay" usulida kombinatsiyalangan plastika qo'llanildi.

71 ta operatsiyaning 31 tasi (43,7%) "Ethicon, Johnson & Johnson" kompaniyasining "PROLENE" polipropilen to'rli protezi yordamida, 40 tasi (56,3%) esa "Linteks-esfil" qo'shma korxonasi (Sankt-Peterburg) tomonidan ishlab

chiqarilgan polipropilen to'rtli protez bilan amalga oshirildi. Eksplantatni mahkamlash uchun shartli diametri 2/0 bo'lgan polipropilen ip qo'llanildi. To'rsimon protez ishlab chiqaruvchi firmaning tanlanishi tasodifiy bo'ldi. Tanlashning yagona qat'iy sharti to'rsimon protezning materiali va tuzilishi edi - bu polipropilenli makrog'ovakli monofilamentli eksplant bo'lishi kerak edi.

Umumiy og'riqsizlantirish ostida radikal jarrohlik amaliyoti bajarilgandan so'ng, gernioplastikadan oldin operatsiya jarayonida, qorin bo'shlig'i va churra darvozasi sohasidagi to'qimalarga bosim ostida 400-800 ml ozonlangan izotonik natriy xlorid eritmasi purkaldi. Eritma tarkibidagi ozonning bakteritsid konsentratsiyasi 8-10 mg/l ni tashkil etdi. To'r ustidagi bo'shliqni Redon drenaji orqali yuvish 1-3 kun davomida kuniga 2-3 marta 30-50 ml hajmda amalga oshirildi.

Ozon-kislorod aralashmasini olish uchun Moskva shahridagi "Medozon" MChJ tomonidan ishlab chiqarilgan AOT-N-01-Arz-01/1 "Medozon BM" rusumli ozonoterapevtik qurilmadan foydalanildi; mazkur qurilma 2001-yil 9-fevraldagi 29/06050796/1561-01 raqamli ro'yxatdan o'tkazish guvohnomasi bilan ta'minlangan

Qisilgan churralarda ozonoterapiyaning mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'siri samaradorligi perifokal yallig'lanish o'zgarishlari va endotoksemiya hodisalarining yo'qolish muddatlariga qarab baholandi.

Asosiy guruh bemorlarida davolash boshlangan birinchi kunning oxirigacha terining qizarishi va atrofdagi shish kamayishi kuzatildi. Operatsiyadan keyin o'rtacha $2,1 \pm 0,43$ kunga kelganda yallig'lanish belgilari butunlay yo'qoldi.

Yallig'lanish jarayonining mahalliy namoyon bo'lishi Redon drenajidan ajralgan yara suyuqligining oksidlanish darajasining o'zgarish dinamikasi bilan ham tavsiflanadi. Ozonoterapiya qo'llanilganda, yara jarayonining silliq kechayotganidan dalolat beruvchi pH ko'rsatkichining ishqoriy tomonga siljishi 3-kunga kelib aniqlandi. 1-sutkada pH $5,42 \pm 0,08$ ni, 3-sutkada esa $6,8 \pm 0,35$ ni tashkil etdi. Birorta holda ham ikkilamchi atsidoz holati qayd etilmadi.

Qisilgan churrallarni davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda, 57 bemorning tana harorati davolashning 1-kunidayoq, 14 bemorniki esa 2-kunida me'yorga keldi. O'rtacha ko'rsatkich $1,14 \pm 0,15$ kunni tashkil etdi. Operatsiyadan oldingi tana harorati $37,8 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$ bo'lgan bo'lsa, 1-kuni $37,3 \pm 0,96^{\circ}\text{C}$ ga, 2-kuni $36,8 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$ ga, 3-kuni esa $36,5 \pm 1,4^{\circ}\text{C}$ ga tushdi.

Intoksikatsiya belgilari qon ko'rsatkichlarining o'zgarishida ham namoyon bo'ldi: operatsiyadan oldin leykotsitlar miqdori $11,2 \pm 0,84 \times 10^9/\text{l}$ ni tashkil etdi; operatsiyadan keyingi 2-kuni - $8,2 \pm 0,9 \times 10^9/\text{l}$ ga; 3-kuni - $7,2 \pm 0,97 \times 10^9/\text{l}$ ga; 5-kuni - $7,3 \pm 1,1 \times 10^9/\text{l}$ ga tushdi. Ko'rsatkichlar $2,25 \pm 0,35$ kunda me'yorlashdi. Barcha o'lchovlar SI birliklarida keltirilgan.

Ozonoterapiya va izotonik natriy xlorid eritmasi bilan yaraning ozonlashtirilgan yuvish usuli birgalikda qo'llanilganda, o'rtacha massali molekulalar darajasining tezda me'yorlashuvi kuzatiladi. Ikkinchi sutkadayoq bu ko'rsatkich dastlabki qiymatga nisbatan 49,4% ga pasayib, o'rtacha $0,258 \pm 0,006$ shartli birlikni tashkil etdi. Bu natija qisilgan churrallarni davolashda ozonoterapiya qo'llanilganda zaharlanish alomatlarining erta bartaraf etilishini tasdiqlaydi.

Kuzatuvning dastlabki kunida asosiy guruh bemorlarida umumiy oqsil darajasi me'yoriy ko'rsatkichlarga yaqinlashgani kuzatildi. Davolash jarayonida qon plazmasidagi oqsil miqdorining biroz oshishi tendensiyasi kuzatildi, bu ayniqsa davolashning 5-kuniga kelib yaqqol namoyon bo'ldi. Asosiy guruhda oqsil miqdori 1-sutkada $64,8 \pm 0,74$ (g/l) ni, 3-sutkada $59,4 \pm 1,4$ (g/l) ni, 5-sutkada $64,5 \pm 1,08$ (g/l) ni va 7-sutkada $72,4 \pm 0,65$ (g/l) ni tashkil etdi.

Davolash boshlanganidan bir kun o'tgach, Redon bo'yicha drenajdan ajralgan suyuqlik miqdori keskin kamaydi. Ajralmaning to'liq to'xtashi o'rtacha $2,61 \pm 0,15$ sutkada sodir bo'ldi.

Eng kam ifodalangan mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'sir an'anaviy davolash usulini qabul qilgan bemorlar guruhida kuzatildi. Bu usulni qo'llaganda, atrofdagi yallig'lanish o'zgarishlari faqat $3,8 \pm 0,6$ sutkada bartaraf bo'la boshladi.

Ozonoterapiyani qo'llash an'anaviy davolash usuli bilan solishtirganda ikkilamchi infeksiya qo'shilishi ehtimolini 3 barobar pasaytirish imkonini berdi.

Ozonoterapiyaning yuqori darajadagi antimikrob ta'siri bakteriyalar miqdorining kritik chegaradan pastga tushish muddatlarini tahlil qilish orqali ham tasdiqlandi.

Qisilgan churralarni davolashda ozonoterapiyaning qo'llanilishi nafaqat yara infeksiyasiga qarshi kurashish, balki davolash jarayonida yaraning ikkilamchi infeksiyalanishining oldini olish imkoniyatini ham beradi. Taklif etilayotgan usulning afzalligi yaraning samarali tozalanishi va ozonoterapiyaning grammusbat hamda grammanfiy mikroorganizmlarga, shuningdek anaerob mikroorganizmlarga ko'rsatadigan ta'siri bilan izohlanadi.

Operatsiyadan keyingi erta davrning kechishini qiyosiy tahlil qilish uchun quyidagi mezonlar qo'llanildi: jarrohlik amaliyotining davomiyligi, operatsiyadan keyingi asoratlarning mavjudligi va xususiyati, bemorlarni davolash muddati, vafot etganlar soni.

"Taranglashgan gernioplastika" yordamida operatsiya qilingan bemorlarda chov churrasida jarrohlik aralashuvining o'rtacha davomiyligi $78,4 \pm 17,3$ daqiqani, Lichtenstein bo'yicha plastikada - $85,2 \pm 10,4$ daqiqani tashkil etdi. Qisilgan kindik churralarida Meyo va Sapejko bo'yicha mahalliy to'qimalar bilan plastika qilishning o'rtacha vaqti $94,4 \pm 17,8$ daqiqani, qorin old devorini rekonstruksiya qilish usuli bilan sintetik implantatdan foydalangan holda - $96,3 \pm 24,0$ daqiqani tashkil etdi. Shunday qilib, gernioplastikaning "taranglashmagan" usullarini qo'llashda jarrohlik aralashuvi uchun sarflangan vaqt oralig'ida farq mavjud, ammo bu farq sezilarli emas ($p > 0,05$).

Ushbu guruhda "taranglashgan" usullardan foydalangan holda jarrohlik aralashuvining o'rtacha vaqti $112,7 \pm 14,0$ daqiqani, "taranglashmagan" gernioplastikada o'rtacha vaqt $122,1 \pm 28,8$ daqiqani tashkil etdi.

Operatsiyadan keyingi ventral churralarda jarrohlik aralashuvining o'rtacha davomiyligi onlay gernioalloplastika hajmida 112 ± 43 daqiqani, sublay gernioalloplastika hajmida $127 \pm 40,2$ daqiqani tashkil etdi.

Qorin bo'shlig'i bosimi darajasining dinamikasini o'rganish ichak tutilishi bilan asoratlangan operatsiyadan keyingi qisilgan ventral churra tufayli operatsiya qilingan 30 nafar bemorda amalga oshirildi. Asosiy guruhda ("taranglashmagan"

gernioplastika) tadqiqot 19 nafar bemorda, nazorat guruhida ("taranglashgan" gernioplastika) - 17 nafar bemorda o'tkazildi. Barcha tekshirilgan bemorlarda dastlabki qorin ichi gipertenziiyasi kuzatildi. Bunda, QIGning II va III darajasi 33 bemorning 29 tasida (87,8%) aniqlandi.

Operatsiyadan keyingi davrda ikkala guruhda ham QBIBning ortish tendensiyasi operatsiyadan keyingi davrning 3-kunigacha saqlanib qoldi. Operatsiyadan keyingi 1-kuni asosiy guruhda QBIBning o'rtacha qiymati $15,3 \pm 1,5$ mm sim. ust., nazorat guruhida esa $17,1 \pm 1,1$ mm sim. ust. tashkil etdi. 2-kuni asosiy guruhda $15,6 \pm 0,8$ mm sim. ust., nazorat guruhida $18,1 \pm 0,7$ mm sim. ust. bo'ldi. 3-kuni asosiy guruhda QBIBning o'rtacha qiymati $16,0 \pm 0,7$ mm sim. ust., nazorat guruhida esa $18,3 \pm 0,7$ mm sim. ust. tashkil etdi. 4-kuni asosiy guruhda QBIB darajasining $13,1 \pm 0,8$ mm sim. ust. gacha, nazorat guruhida esa $16,2 \pm 0,7$ mm sim. ust. gacha pasayganligi qayd etildi.

NEI operatsiyadan so'ng QBIB darajasini pasaytirishga imkon berdi. 4 kun davomida o'tkazilgan kuzatuvda ko'rsatkichlar o'rtasidagi farqlarning ishonchliligi ($p < 0,05$) bilan QBIBning 3 kungacha ko'tarilishi qayd etildi. QBIBning ko'rsatilgan dinamikasi bilan bir vaqtda, 3-sutkaga kelib NEZ orqali ichak ajralmasi hajmi oshdi, bunda operatsiya paytida chiqarilgan suyuqlikning dastlabki hajmi bilan sezilarli farq yo'qoldi. Shunday qilib, NEI ichak tarkibini chiqarib tashlashni ta'minlab, QBIB darajasining pasayishiga ko'maklashadi.

Ichak tutilishining turli davomiyligi va ichak yetishmovchiligi sindromining turli og'irlik darajasi bo'lgan bemorlarda qorin bo'shlig'ini UTT tekshiruvi natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, nazoenteral intubatsiya fonida aksariyat hollarda ingichka ichakdagi o'zgarishlar uning bo'shlig'ida oz miqdorda gaz to'planishi hamda yo'g'on ichak bo'ylab o'rtacha miqdorda gaz mavjudligi bilan ifodalanadi va bu holat operatsiyadan oldingi ichakdagi o'zgarishlarning og'irlik darajasiga bog'liq emas (14 bemordan 12 tasida). Operatsiyadan keyingi davrning asoratlanmagan kechishida, nazoenteral intubatsiya fonida ingichka ichakning kengaygan qovuzloqlarida devorlar va (yoki) burmalarning o'rtacha shishishi bilan suyuqlikning ko'p sonli gorizontaal sathlarini aniqlash mumkin. Bu holat ichak

tutilishi davomiyligi 6 soatdan ortiq bo'lganda operatsiyadan keyingi 2-3-kunlarda kuzatiladi va keyinchalik dinamik nazoratda bu o'zgarishlar asta-sekin yo'qolishi kuzatildi.

Qorin bo'shlig'ini operatsiyadan so'ng dastlabki muddatlarda ultratovush tekshiruvidan o'tkazish enteral zond joylashuvini baholash, ingichka va yo'g'on ichaklardagi gaz nisbatini aniqlash hamda operatsiyadan keyingi ichak parezi dinamikasini kuzatish imkonini beradi.

Operatsiyadan keyingi erta davrning kechishini baholashda quyidagilar farqlandi: qorin bo'shlig'i asoratlari, operatsiyadan keyingi umumiy asoratlari va mahalliy yara asoratlari.

Qorin bo'shlig'i asoratlari orasida nazorat guruhidagi 10 nafar (17,8%) va asosiy guruhdagi 4 nafar (5,6%) bemorda uzoqroq (6-7 kungacha) nazoenteral intubatsiya talab qilgan operatsiyadan keyingi ichak parezi aniqlandi. Ulardan nazorat guruhidagi 2 nafar bemorda operatsiya vaqtida nazoenteral intubatsiya o'tkazilmagan. Shundan kelib chiqib, "taranglashgan" plastika usullarida operatsiya qilingan bemorlarda, "taranglashmagan" usullardan foydalanilgan bemorlarga qaraganda, operatsiyadan keyingi ichak parezi uzoqroq davom etgan.

Nazorat guruhidagi 1 ta (1,7%) bemorda o'ng tomonlama gemikolonektomiya va ileostomiya operatsiyasidan so'ng, operatsiyadan keyingi davrda yonbosh ichakning terminal qismida nekroz kuzatildi, bu esa takroriy operatsiya o'tkazilishini talab qildi. Nazorat guruhining yana 1 ta (1,7%) bemorida Meyo usulida kindik churrasi plastikasidan keyin (qorin bo'shlig'i drenajlanmagan va NEI o'tkazilmagan holda) erta bitishmali ichak tutilishi yuz berdi, ammo u konservativ yo'l bilan bartaraf etildi.

Asosiy va nazorat guruhlarida qorin bo'shlig'i asoratlarning rivojlanishini tahlil qilish asosida xulosa chiqarish mumkinki, taranglashmagan gernioplastikada taranglashgan gernioplastikaga qaraganda ushbu asoratlarning rivojlanish xavfi kamroq bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi umumiy asoratlari (4.5-jadval) nazorat guruhidagi 15 (26,7%) nafar bemorda kuzatildi. Ular orasida sun'iy nafas olish apparatida uzoq

muddat qolish bilan bog'liq asoratlari ustunlik qildi: 3 (5,3%) nafar bemorda pnevmoniya, 1 (1,7%) nafar bemorda ikki tomonlama gidrotoraks, 1 (1,7%) nafar bemorda yiringli traxeobronxit. O'pka arteriyasining qaytalanuvchi tromboemboliyasi 1 nafar (1,7%) bemorda rivojlandi. 2 (3,5%) holatda o'tkir miokard infarkti aniqlandi. Chuqur venalar trombozi va tromboflebit mos ravishda 2 (3,5%) va 1 (1,7%) holatda qayd etildi. Anamnezida me'da yara kasalligi bo'lgan 1 (1,7%) bemorda operatsiyadan keyingi davr yara kasalligining zo'rayishi va me'da-ichakdan qon ketishi bilan asoratlandi. 3 bemorda esa o'tkir siydik tutilishi kuzatildi.

Asosiy guruhda operatsiyadan keyingi umumiy asoratlari doirasi torroq bo'lib, ularning yuzaga kelish chastotasi 11,2 foizga yetadi. Bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi 1 nafar (1,4%) bemorda aniqlandi va u keyinchalik ixtisoslashtirilgan bo'limga o'tkazildi. Yiringli traxeobronxit 1 nafar (1,4%) bemorda, zotiljam esa yana 1 nafar (1,4%) bemorda rivojlandi.

Oyoqlarning chuqur venalari trombozi 2 ta (2,8%) bemorda kuzatilgan. 3 ta (4,2%) bemorda operatsiyadan keyingi davrda prostata bezi adenomasi mavjudligi tufayli o'tkir siydik tutilishi yuzaga kelgan, bu esa episistostoma qo'yishni talab etgan.

Bemorlarning barcha guruhlarida umumiy asoratlarning rivojlanishi ularning yoshi va yondosh surunkali kasalliklarning mavjudligi bilan bog'liq. Biroq, nazorat guruhida ustunlik qilgan 5 nafar bemorda bronx-o'pka tizimidagi asoratlari qorin bo'shlig'i bosimi darajasining oshishi oqibatida bemorlarning uzoq vaqt sun'iy nafas oldirishda bo'lishi bilan bog'liq. Bu esa o'z navbatida nafas yetishmovchiligining kuchayishiga sabab bo'ldi.

Turli xil churralar va qorin old devori plastikasining har xil usullarida operatsiyadan keyingi yara asoratlarning yuzaga kelish chastotasini tahlil qilish natijasida, ularning chastotasi va xususiyati o'rganilayotgan bemorlar guruhlarida bir xil emasligi aniqlandi.

Mahalliy to'qimalar plastikasi qo'llanilgan nazorat guruhida 16 (28,5%) bemorda jarohat asoratlari kuzatildi. Shulardan 7 (12,5%) bemorda operatsiyadan

keyingi yara yiringlashi va ikkilamchi taranglik bilan bitishi qayd etildi. 6 (10,7%) holda yumshoq to'qimalarning UTTsi orqali seroma aniqlandi, bu esa keyinchalik punksiya va aspiratsiya o'tkazilishini taqozo etdi. 2 (3,6%) holda teri chekkasining nekrozi, 1 (1,8%) holda esa operatsiyadan keyingi yara infiltrati qayd etildi. 2 (3,6%) bemorda operatsiyadan keyingi erta davrda eventratsiya kuzatildi.

Asosiy guruhda "taranglashmagan" plastika usullaridan foydalanilganda, mahalliy asoratlar 5 (7,1%) bemorda kuzatildi. Asoratlar orasida eng ko'p uchragani seroma bo'lib, u 3 (4,2%) holatda shakllandi. Operatsiyadan keyingi jarohat sohasidagi infiltrat 2 (2,8%) bemorda qayd etildi. Teri osti yog'to'qimasining yiringlashi kuzatilmadi. Sintetik implantni olib tashlash hech bir holatda talab qilinmadi. Ligatura oqmalari va abscesslar aniqlanmadi.

Nazorat guruhida ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan chov churrallari bo'yicha jarrohlik amaliyotlaridan so'ng bemorlarning statsionarda qolish muddati o'rtacha $5,5 \pm 6,9$ yotoq kunini, qisilgan kindik churrasida $8,8 \pm 5,2$ yotoq kunini, operatsiyadan keyingi qisilgan qorin churrasida esa $10,8 \pm 2,8$ yotoq kunini tashkil etdi (4.6-jadval).

Asosiy guruhdagi bemorlarning kasalxonada davolanish muddati qisilgan chov churrasida $4,4 \pm 2,8$ yotoq kunini, qisilgan kindik churrasida $6,4 \pm 5,4$ yotoq kunini va operatsiyadan keyingi ventral churrada $8,8 \pm 6,5$ yotoq kunini tashkil etdi.

Ichak tutilishi bilan asoratlangan qorin old devorining qisilgan churrallari bilan operatsiya qilingan bemorlarning umumiy o'limi 3,1% ni tashkil etdi (4 bemor). Nazorat guruhida operatsiyadan keyingi o'lim 5,3% (3 bemor), asosiy guruhda 1,4% (1 bemor) ni tashkil etdi.

Nazorat guruhida bir holatda o'pka arteriyasi tromboemboliyasi o'limga sabab bo'lgan, qolgan ikki holatda esa uzoq vaqt davomida o'pka sun'iy ventilyatsiyasi va qorin bo'shlig'idagi bosimning oshishi natijasida yuzaga kelgan ikki tomonlama pnevmoniya fonida o'tkir yurak-nafas yetishmovchiligi kuzatilgan. Asosiy guruhda esa bir bemorda o'limning sababi o'tkir miokard infarkti bo'lgan.

To'rtala o'lim holati ham 70 yoshdan oshgan keksa bemorlarda va qisilish davomiyligi 24 soatdan ortiq bo'lgan hollarda kuzatilgan.

Asosiy guruhda operatsiyadan keyin 1 yildan 3 yilgacha bo'lgan davrda 71 bemordan 60 nafarini (84,5%) tekshirdik. Nazorat guruhida esa 56 bemordan 46 nafari (82,1%) tekshiruvdan o'tkazildi. Jami 127 bemorning 106 nafari (83,4%) uzoq muddat o'tgach tekshirildi.

"Taranglashtirilmagan gernioplastika" usuli qo'llanilgan bemorlar orasida bir yildan so'ng o'tkazilgan tekshiruvda 3 ta (4,2%) bemorda operatsiyadan keyingi ventral churra qayta yuzaga kelganligi aniqlandi. Tekshirilgan bemorlarda chok abstsesslari va oqmalari kuzatilmadi. An'anaviy plastik jarrohlik usullari bilan operatsiya qilingan bemorlarning nazorat guruhida esa 7 ta (12,5%) retsidiv aniqlandi.

Olingan natijalar asoratlangan qisilgan churralarda tanlov usuli sifatida taranglashmagan gernioplastika usullarini tavsiya qilish imkonini beradi.

Shunday qilib, ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churrabilan og'rigan bemorlarni davolashning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirishda to'rsimon eksplantlardan foydalanib "taranglashmagan" gernioplastika bajarish va mahalliy perioperativ ozonoterapiyani qo'llash natijasida qorin bo'shlig'i asoratlari chastotasi 21,4% dan 5,6% gacha, operatsiyadan keyingi umumiy asoratlar 26,8% dan 11,2% gacha, o'lim ko'rsatkichi esa 5,3% dan 1,4% gacha kamaytirildi.

NATIJALAR

1. Qisilgan churralari bo'lgan bemorlarda allotransplantatdan foydalangan holda qorin old devorining taranglashmagan plastikasinibajarish maqsadga muvofiqdir, chunki bususul 95,8% hollarda kompartment sindromi, enteral va poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishining oldini olib, bevosita ijobiy natijalarga olib keladi.

2. NEI va taranglashmagan plastika natijasida asosiy tadqiqot guruhida QBIBning ishonchli pasayish tendensiyasi ($p < 0,05$) kuzatildi (taqqoslash guruhida dastlab $19,3 \pm 1,6$ mm sim. ust.ga teng bo'lgan bosim jarrohlik amaliyoti yakunida $17,1 \pm 1,3$ mm sim. ust.gacha, asosiy guruhda $18,8 \pm 1,8$ dan $14,5 \pm 1,3$ mm sim. ust.gacha kamaydi) va keyingi 3 kun davomida mos ravishda davom etdi. Qorin bo'shlig'ining UTTsi ichak tutilishi va parezning bartaraf etilishini kuzatib borish imkonini beradi.

3. Qisilgan churralari bo'lgan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolashda mahalliy gidropressiv ozon terapiyasini qo'llash yallig'lanish asoratlarini 28,5% dan 7,1% gacha, statsionar davolanish muddatlarini $10,8 \pm 2,8$ dan $8,8 \pm 6,5$ kungacha qisqartirishga yordam berdi.

4. Ichak tutilishi bilan asoratlangan qisilgan churrabilan og'rigan bemorlarni davolashning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirishda to'rsimon eksplantlardan foydalanib "taranglashmagan" gernioplastika bajarish va mahalliy perioperativ ozonoterapiyani qo'llash natijasida qorin bo'shlig'i asoratlari chastotasi

21,4% dan 5,6% gacha, operatsiyadan keyingi umumiy asoratlari 26,8% dan 11,2% gacha, o'lim ko'rsatkichi esa 5,3% dan 1,4% gacha kamaytirildi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Qisilgan chov churralari bo'lgan bemorlarda Lixtenshteyn usuli bo'yicha chov kanalining orqa devorini plastika qilishga afzallik berish lozim. Qisilgan kindik churralarida to'rsimon eksplantlar bilan "onlay" usulida mustahkamlovchi plastika qilish, katta o'lchamdagi qisilgan ventral churralarda "inlay" usulida, churra gipogastral sohada joylashganida esa "sublay" usulida plastikani amalga oshirish tavsiya etiladi.

2. Ichak tutilishining bartaraf etilish darajasini va implant sohasida seroma shakllanishini baholash uchun qorin bo'shlig'i hamda qorin old devorining UTT monitoringi tavsiya etiladi.

3. Gernioalloplastikadan keyin jarohat asoratlarini oldini olish maqsadida mahalliy perioperatsion ozon terapiyasi tavsiya etiladi, bunda to'r usti bo'shlig'ini albatta Redon usuli bo'yicha drenajlash lozim.

4. NEI va ichak lavaji bilan bir qatorda, infuzion-transfuzion va antibakterial terapiya kompleksiga probiotiklar hamda tuz eritmalarini enteral yo'l bilan kiritishni ham qo'shish lozim.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Абдоминальный компартмент синдром и интраабдоминальная гипертензия / Б.Ш. Гогия [и др.] // Высокотехнологическая медицина. - 2018. - Т.5. - №4. - С. 4-13.
2. Абдулаев Д.А. Новые подходы в диагностике и лечении осложнений грыж живота / Д.А. Абдулаев, К.М. Курбанов // Герниология.- 2004. - №3. - С.4.
3. Агаев Б.А. Лапароскопическая пластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах / Б.А. Агаев, Э.Г. Рустамов, Г.А. Рустамов // Хирургия. - 2009. - № 9. - С.74-78.
4. Алгоритмы и шкалы риска тромбоза и кровотечения в кардиологии и неврологии: практическое пособие / Л.И. Бурячковская [и др.] // под ред. Б.А. Сидоренко, А.В. Фонякин. - М: Национальное Научное Общество Воспаления, 2018. - 103 с.
5. Анализ неоперационных предикторов послеоперационных вентральных грыж / С.Н. Лебедев [и др.] // Пермский медицинский журнал. - 2017. - №6. - С. 5-11.
6. Анализ причин рецидива послеоперационных вентральных грыж / Н.К. Тарасова [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2019. - №10. - С. 36-42.
7. Ануров М.В. Влияние структурных и механических свойств сетчатых протезов на эффективность пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки : дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Ануров. - М., 2014. - 298 с.
8. Ануров М.В. Классификация протезов для пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки (аналитический обзор литературы) / М.В. Ануров, С.М. Титкова, А.П. Эттингер // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2015. - №1. - С. 5-10.

9. Безнатяжная пластика гигантских грыж передней брюшной стенки / А.В. Протасов [и др.] // Оперативная хирургия и клиническая анатомия. - 2017. - Т.1. - № 2. - С. 21-29.

10. Белоконов В.И. Влияние натяжных способов герниопластики на морфофункциональное состояние органов желудочно-кишечного тракта / В.И. Белоконов, А.И. Федорин // Материала конференции «Актуальные вопросы герниологии» Москва 1-2 ноября 2011. - 2011 г. - С.20-21.

11. Богдан В.Г. Морфологические и клинические особенности применения эндопротезов в хирургии послеоперационных вентральных грыж живота /

В.Г. Богдан // Военная медицина. - 2015. - №2(35). - С. 14-17.

12. Богдан В.Г. Послеоперационные вентральные грыжи малых и средних размеров: новый способ пластики / В.Г. Богдан // Вестник СПбГУ. — 2015. - № 3 (11). - С. 132-138.

13. Богдан В.Г. Послеоперационные вентральные грыжи: современные аспекты патогенеза / В.Г. Богдан, Д.В. Варикаш // Военная медицина. -2017. - № 4. - С. 78-82

14. Бокерия Л.А. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) / Л.А. Бокерия, И.И. Затевахин, А.И. Кириенко // Флебология. -2015. - № 9(4-2). - С. 1-52.

15. Бондарев В.А. Рецидивы протезирующей герниопластики / В.А. Бондарев // Материалы IX конференции «Актуальные вопросы герниологии». -Москва. - 2012. - С.43-45.

16. Вариант применения коллагеновой пластины при вентральных грыжах / В.А. Горский [и др.] // Практическая медицина. - 2016. - № 5 (97). - С. 67-72.

17. Варианты лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж / В.Н. Шиленок [и др.] // Вестник Витебского государственного университета. - 2015. - Т. 14. - №6. - с. 64-69.

18. Варикаш Д.В. Профилактика образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением / Д.В. Варикаш, В.Г. Богдан // Военная медицина. - 2019. - №3(52). - С. 41-46.

19. Власов В.В. Анализ неспецифической дисплазии соединительной ткани у

больных с паховой грыжей / В.В. Власов, И.В. Бабий // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». - Москва. - 2013. -С.37-38.

20. Возможности хирургического лечения пупочных грыж и грыж белой линии живота в сочетании с диастазом прямых мышц живота с применением местных тканей / М.А. Топчиев [и др.] // Астраханский медицинский журнал. - 2014. - № 4 (9). - С. 72-78.

21. Возможные пути профилактики спаечного процесса в брюшной полости после протезирующей пластики (экспериментальное исследование) / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.

- 2015. - №2. - С. 206-213.

22. Выбор способа фиксации имплантов при ненатяжной герниопластике / К.А. Шемятовский [и др.] // Научный электронный журнал «INNOVA».

- 2016. - № 2 (3). - С. 73-78.

23. Гербали О.Ю. Сочетанные операции как метод интенсификации лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей и спаечной болезнью брюшной полости / О.Ю. Гербали, В.В. Пузако // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. - № 6 (24). - С. 22-25.

24. Герниопластика при вентральных грыжах в пожилом и старческом возрасте / М.Д. Дибиров [и др.] // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2016. - № 2(19). - С. 49-55.

25. Гибридная методика лечения послеоперационной вентральной грыжи / Б.Ш. Гогия [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - №4. -С. 24-30.

26. Гогия Б. Ш. Новые технологии в герниологии / Б. Ш. Гогия, Р. Р. Аляутдинов // Высотехнологическая медицина. 2013. - Т. 4, №3. - С. 5960.
27. Головин Р.В. Оценка результатов различных способов комбинированной протезирующей пластики и критерии прогнозирования развития ранних раневых осложнений при
послеоперационных вентральных грыжах срединной локализации / Р.В. Головин, Н.А. Никитин // Клиническая медицина. - 2015. - № 2 (7). -С. 105-112.
28. Гостевской А.А. Аневризма брюшного отдела аорты и грыжи передней брюшной стенки как факторы проявления болезни соединительной ткани /
А.А. Гостевской, С.Д. Тарбаев, И.С. Тарбаев // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». - Москва. - 2013. - С.42-43.
29. Грыжи живота: современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения: учебное пособие / В.И. Белоконев [и др.] // Москва.: ФОРУМ; ИНФРА-М; 2017. - С. 184.
30. Дегонцов Е.Н. Серомы как осложнение хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов: современное состояние проблемы / Е.Н. Дегонцов, П.В. Колядко // Новости хирургии. - 2018. - Т.26. - №1. - С. 96-102.
31. Деркач Н.Н. Особенности коллагенообразования в стромально-сосудистом компоненте тканей грыжевых ворот и грыжевого мешка у больных с послеоперационными вентральными грыжами / Н.Н. Деркач, Э.Р. Кондратюк, С.Г. Гривенко // INNOVA: научный электронный журнал. - 2016. - № 4 (5). - С. 25-28
32. Дифференцированное хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами / Н.В. Миронюк [и др.] // Хирургия. - 2013. - № 9. - С. 48-53.

33. Дудельзон В.А. Интраперитонеальная пластика сетчатыми эндопротезами (ПРОМ) как метод выбора в современной герниологии / В.А. Дудельзон,

В.В. Паршиков, А.И. Ротков. - Мат. научно.-практической конференции с международным участием "Новые технологии в хирургии и интенсивной терапии". - Саранск, 2010. - С. 75-76.

34. Егиев В.Н. Первые результаты после передней сепарационной пластики у пациентов со срединными грыжами / В.Н. Егиев, С.А. Кулиев, И.В. Евсюкова // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. - Т.19, №8. - С.18-

35. Егиев В.Н. Результаты задней сепарационной пластики у пациентов со срединными вентральными грыжами / В.Н. Егиев, С.А. Кулиев, И.В. Евсюкова // Клин. и эксперимент. хир. Журн. им. акад. Б.В. Петровского. - 2017. - № 2.- С. 29-32.

36. Егиев В.Н. Результаты лечения пациентов после сепарационных пластик при срединных грыжах / В.Н. Егиев, С.А. Кулиев, И.В. Евсюкова // Московский хирургический журнал. - 2018. - Т.61, №3. - С.77-78.

37. Егиев В.Н. Сравнительный анализ результатов лечения пациентов после сепарационных пластик при срединных грыжах / В.Н. Егиев, С.А. Кулиев, И.В. Евсюкова // Журнал Врач-аспирант. - 2017. - Т.6, №3(85). - С. 304310.

38. Ермолов А.С. Послеоперационные вентральные грыжи - нерешенные вопросы хирургической тактики / А.С. Ермолов, В.Т. Корошвили, Д.А. Благовестнов // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 10. - С. 81-86.

39. Жуклина В.В. Анатомические особенности передней брюшной стенки у пожилых людей (обзор литературы) / В.В. Жуклина, Н.С. Горбунов, П.А. Самотесов // Журнал Сибирское медицинское обозрение. - 2012. - № 6. - С.39-43.

40. Жуковский В.А. Полимерные имплантаты для реконструктивной хирургии / В.А. Жуковский // Научный электронный журнал «INNOVA». - 2016. - № 2 (3). - С. 51-59

41. Жульев А.Л. Синдром интраабдоминальной гипертензии после устранения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / А.Л. Жульев, Б.А. Исайчев, Д.Б. Демин // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2012. - № 4 (86), часть 2. - С. 56-59.

42. Задняя сепарационная герниопластика TAR при послеоперационных вентральных грыжах W3 / В.А. Самарцев [и др.] // Пермский медицинский журнал. - 2017. - №1. - С. 35-42.

43. Задняя сепарационная пластика - операция выбора у пациентов с "большими" послеоперационными грыжами / А.В. Сажин [и др.] // Московский хирургический журнал. - 2018. - № 3(61). - С.35.

44. Задняя сепарация: показания, техника, результаты / В.В. Паршиков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - №5. - С. 198.

45. Интраабдоминальная герниопластика композитной сеткой PROCEED / А.Ю. Иоффе [и др.] // Герниология. -2007. - №4.- С.9-11.

46. Инютин А.С. Выбор метода хирургического лечения больных с грыжами передней брюшной стенки и состояние функции внешнего дыхания: Дис. ... канд. мед. наук / А.С. Инютин. - Рязань, 2011. - 114 с.

47. Капустин Б.Б. Радиотермометрия в диагностике раневых осложнений протезирующей герниопластики / Б.Б. Капустин, С.А. Юминов // Материалы X научно-практической конференции «Актуальные вопросы герниологии». - Москва, 2013. - С.65-66.

48. Кишечный свищ после грыжесечения с пластикой брюшной стенки композитным протезом / А.Р. Калдаров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017. - №4. - С. 77-80

49. Кукош М.В. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндопротезировании вентральных грыж / М.В. Кукош, А.В. Власов, Г.И. Гомозов // Новости хирургии. - 2012.- №5. - С.32-37.

50. Кулиев С.А. Факторы риска, влияющие на развитие осложнений у пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами / С.А. Кулиев, А.В. Протасов, М.А. Коссович // Журнал имени академика Б.В. Петровского. - 2020. - Том 8, № 1. - С.7-11.

51. Кулиев С.А. Хирургическая тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в сочетании с «loss of domain» (обзор литературы) / С.А. Кулиев, И.В. Евсюкова // Московский хирургический журнал. - 2019. - № 4(68). - С. 35-37.

52. Лапароскопическая аллогерниопластика послеоперационных вентральных грыж / Ю.В. Иванов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2017. - № 10(1). - С. 10-20.

53. Лечение гигантской послеоперационной вентральной грыжи / А.В. Протасов [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2015. - №. 4. - С. 103-106.

54. Лунина Т.Г. Осложнения в лечении послеоперационных вентральных грыж / Т.Г. Лунина, А.Г. Лунин // Альманах ин-та хирургии им. А.В. Вишневского. - 2015. - № 2.- С. 333-334.

55. Майоров Р.В. Сравнительная характеристика эффективности различных способов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах / Р.В. Майоров, А.М. Наумов, А.В. Заикин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2016. - № 6 (6). - С. 1326-1328.

56. Маркова Я.А. Выбор способа герниопластики послеоперационного ведения пациентов с вентральными грыжами / Я.А. Маркова // Новости хирургии. - 2012. - №5 (20). - С. 24-31.

57. Мехтиханов З.С. Протезирующая пластика послеоперационных грыж живота / З.С. Мехтиханов. - М: Издательские решения, 2018. - 240 с.

58. Михин И.В. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи: Возможности хирургического лечения (обзор литературы) / И.В. Михин, Ю.В. Кухтенко, А.С. Панчишкин // Вестник ВолГМУ. - 2014. - № 2 (50). - С. 8-16.

59. Михин И.В. Оценка эффективности различных способов аллогерниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / И.В. Михин, А.С. Панчишкин // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2015. - Т.10. - № 1. - С. 1015-1017.

60. Морфо-функциональная оценка влияния различных методов сепарации передней брюшной стенки на увеличение объема брюшной полости / С.Г. Шаповальянц [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2017. - Т. 25. - № 3. - С. 443-452

61. Морфофункциональные аспекты рецидива послеоперационных вентральных грыж / Б.Ш. Гогия [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2016. - №12. - С.55-60.

62. Нарезкин Д.В. Методы профилактики развития гнойно-воспалительных раневых осложнений при грыжесечении ущемленных послеоперационных вентральных грыж / Д.В. Нарезкин, Е.В. Сергеев // Новости хирургии. - 2014. - № 6 (22). - С. 743-749.

63. Национальное клиническое руководство по герниологии. Раздел «Послеоперационные вентральные грыжи» / В.И. Белоконев [и др.] // под ред. А.П. Гогия, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия. - Серпухов: ООО «Калейдос», 2018. - 108 с.

64. Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи / В.И. Белоконев [и др.]. - Москва, 2018. - 102 с.

65. Некрасов А.Ю. Лапароскопическая ненатяжная пластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах / А.Ю. Некрасов, Н.П. Истомин, Е.А. Величко // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2018. - № 1 (17). - С. 89-93.

66. Овчинников В.А. Абдоминальный компартмент-синдром / В.А. Овчинников, В.А. Соколов // Современные технологии в медицине. -2013. - № 5 (1). - С. 122-129.
67. Опыт выполнения задней сепарационной пластики при гигантских послеоперационных вентральных грыжах / И.С. Малков [и др.] // Казанский медицинский журнал. - 2017. - №4. - С. 636-640.
68. Особенности тканевой реакции брюшной стенки на имплантацию легкого усиленного эндопротеза для герниопластики в зависимости от варианта его расположения / Б.С. Суковатых [и др.] // Курский научно - практический вестник "Человек и его здоровье". - 2018. - № 1. - С. 8492
69. Отдаленные результаты лечения диастазы прямых мышц живота в сочетании с вентральными грыжами / М.А. Топчиев [и др.] // Астраханский медицинский журнал. - 2016. - № 1 (11). - С. 108-115.
70. Оценка биомеханических свойств современных хирургических сетчатых имплантов: экспериментальное исследование / В.А. Самарцев [и др.] // Российский журнал биомеханики. - 2017. - Т.21. - №4. - С. 441-447.
71. Паршиков А.А. Профилактика осложнений в хирургии послеоперационных грыж передней брюшной стенки: современное состояние проблемы (обзор) / А.А. Паршиков, В.А. Гаврилов, В.А. Самарцев // Современные технологии в медицине. - 2018. - Т.10, №2. - С. 175-186.
72. Паршиков В.В. Протезирующая пластика брюшной стенки в лечении вентральных и послеоперационных грыж: классификация, терминология и технические аспекты (Обзор) / В.В. Паршиков, А.А. Федаев // Современные технологии в медицине. - 2015. - Т.7, №2. - С. 138-152.
73. Паршиков В.В. Техника разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами (обзор) / В.В. Паршиков, В.И. Логинов // Современные технологии в медицине. - 2016. - Т.8, №1. - С. 183-194.

74. Пластика послеоперационных вентральных грыж свободным лоскутом аутофасции бедра / М.Н. Садыкова [и др.] // Медицинский альманах. Хирургия. - 2009. - № 3 (8). - С. 31-34.

75. Повторные операции у больных при рецидивах грыж с использованием синтетических эндопротезов / В.И. Белоконев [и др.] // Материалы IX конференции «Актуальные вопросы герниологии». - Москва. - 2012. - С.34-37.

76. Послеоперационные вентральные грыжи: выбор пластики грыжевых ворот / П.М. Лаврешин [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2015. - № 2 (10). - С. 61-64.

77. Послеоперационные грыжи живота: распространенность и этиопатогенез / А.С. Ермолов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017. - №5. - С. 76-82.

78. Превентивное эндопротезирование при срединных лапаротомиях как способ профилактики послеоперационных вентральных грыж / А.В. Федосеев [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. - 2018. - Т.3. - №4. - С. 384-390.

79. Применение биоматериалов, при пластике дефектов передней брюшной стенки (обзор литературы) / Л.В. Максяткина [и др.] // Вестник казахского национального медицинского университета. - 2019. - №1. - С. 307-312.

80. Применение полигидроксиалканоатов в лапароскопической ИРОМ-пластике послеоперационных вентральных грыж / Ю.С. Винник [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2015. - № 4. - С. 3-6.

81. Применение сетчатых эндопротезов в лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами / Ю.С. Винник [и др.] // Материалы IX конференции «Актуальные вопросы герниологии». -Москва. - 2012. - С.51-53.

82. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у больных с послеоперационными вентральными грыжами: результаты

обсервационного поперечного исследования / А.В. Андрияшкин [и др.] // Флебология. - 2017. - № 11(1). - С. 17-20.

83. Профилактика компартмент-синдрома при пластике у больных с вентральными грыжами / В.А. Лазаренко [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье» - 2015. - №2. - С. 35-37.

84. Профилактика послеоперационных грыж при срединных лапаротомиях / А.В. Федосеев [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2019. - № 14(1.1). - С. 16-18.

85. Распространенность грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования / А.И. Кириенко [и др.] // Хирургия. - 2016. - № 8. - С. 61-66.

86. Результаты хирургического лечения больных с большими и сложными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки в условиях многопрофильного стационара / Е.Н. Дегонцов [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. - 2018. - Т.17. - №3. - С.35-44.

87. Рустамов Э.А. Факторы риска и прогнозирования развития послеоперационных вентральных грыж / Э.А. Рустамов, Н.Д. Зейналов,

А.Р. Гасанов // Вестник экстренной хирургии. - 2019. - Т.12. - №1. - С. 2228.

88. Самарцев В.А. Дифференцированное применение однорядного шва в абдоминальной хирургии для профилактики хирургической инфекции /

В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, А.Г. Кучумов // Новости хирургии. - 2013. - Т. 21, № 6. - С. 38-46.

89. Случай лечения пациентки с большой послеоперационной вентральной грыжей на фоне сахарного диабета и болезни Крона / Д.В. Зыков [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». - 2018. - № 1. - С.75 - 78.

90. Современная концепция хирургического лечения больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / А.В. Юрасов [и

др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2014. - Т.7, №4. - С. 405-413.

91. Современные технологии в лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами / Б.В. Сигуа [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. -2018. - № 1 (10). - С. 37-42.

92. Современный взгляд на лечение послеоперационных грыж брюшной стенки / Б.Ш. Гогия [и др.] // Хирургия. Приложение к журналу Consilium medicum. - 2016. - №2. - С. 6-8.

93. Соотношение типа коллагена в прогнозировании послеоперационных вентральных грыж / В.А. Лазаренко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017. - №6. - С. 33-36.

94. Сравнительная оценка влияния различных методов сепарации передней брюшной стенки на увеличение объема брюшной полости / С.Г. Шаповальянц [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. - 2017. - Т. 6. - № 1. - С. 115-120.

95. Сравнительный анализ качества жизни пациентов при различных вариантах герниопластики в лечении грыж живота / С.Е. Гуменюк [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. - №2(163). - С.61-65.

96. Стяжкина С.В. Структура послеоперационных грыж и их осложнений / С.В. Стяжкина, М.Д. Евтешин // Современные инновации. - 2019. - № 1(29). - С. 78-80.

97. Факторы риска развития грыж передней брюшной стенки / А.И. Кириенко [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2017. - Т. 23, № 4. - С. 40-46.

98. Факторы, влияющие на изменения в коллагеновой структуре апоневроза, и ассоциированные с ними патологии у больных с послеоперационными вентральными грыжами / Н.Д. Зейналов [и др.] // Вестник хирургии Казахстана. - 2018. - №1. - С. 22-29.

99. Хирургические аспекты профилактики осложнений при лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами / Б.В. Сигуа [и др.]

// Вестник Российской военно- медицинской академии. - 2017. - № 4 (60). - С. 59-62.

100. Хирургическое лечение patsientов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами / А.С. Ермолов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2019. - №9. - С. 38-43.

101. Чарышкин А.Л. Проблемы герниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами / А.Л. Чарышкин, А.А. Фролов // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2015. - № 2. -С. 39-46.

102. Чистяков Д.Б. К вопросу о дифференцированном выборе современных технологий герниопластики при лечении больных послеоперационными вентральными грыжами / Д.Б. Чистяков, К.Н. Мовчан, А.С. Ященко // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 5. - С. 52-65.

103. Чистяков Д.Б. Результаты использования модифицированной технологии эндовидеогерниопластики при лечении больных послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / Д.Б. Чистяков, К.Н. Мовчан, А.С. Ященко // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 5. - С. 38- 52.

104. Экспериментальное обоснование пластики послеоперационных вентральных грыж свободным лоскутом аутофасции бедра / М.Н Садыкова [и др.] // Вятский медицинский вестник. - 2010. - № 1. - С. 62-69.

105. Эндоскопическая задняя сепарационная пластика в лечении patsientов со срединными послеоперационными грыжами / В.А. Бурдаков [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2020. - Т.71, №3. -С.82-87.

106. Эндоскопический экстраперитонеальный подход в лечении patsientов с первичными и послеоперационными вентральными грыжами / В.А. Бурдаков [и др] // Эндоскопическая хирургия. - 2019. - № 25(4). - С. 34-40.

107. A meta-analysis comparing open anterior component separation with posterior component separation and transversus abdominis release in the repair of midline ventral hernias / J.D. Hodgkinson [et al.] // *Hernia*. - 2018. - Vol.22, N4. - P.617-626.

108. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair / I. Belyansky [et al.] // *Surg. Endosc.* - 2018. - Vol. 32, № 3. - P. 1525-1532.

109. A patient-centered appraisal of outcomes following abdominal wall reconstruction: a systematic review of the current literature / M. Sosin [et al.] // *Plast Reconstr Surg.* - 2014. - Vol.133, N2. - P.408-418.

110. A Risk Model and Cost Analysis of Incisional Hernia After Elective, Abdominal Surgery Based Upon 12,373 Cases: The Case for Targeted Prophylactic Intervention / J.P. Fischer [et al.] // *Ann Surg.* - 2016. - Vol.263, N5. - P.1010-1017.

111. Ahonen-Siirtola M. Complications in laparoscopic versus open incisional ventral hernia repair. a retrospective comparative study / M. Ahonen-Siirtola, T. Rautio, J. Ward // *World Journal of Surgery*. - 2015 - № 12 (39). - P. 2872-2877.

112. Alleyne B. Combined submuscular tissue expansion and anterior component separation technique for abdominal wall reconstruction: Long-term outcome analysis / B. Alleyne, C.N. Ozturk, A. Rampazzo, J. Johnson [et al.]// *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* - 2017. - № 6 (70). - P. 752-758.

113. Azin A. Emergency laparoscopic and open repair of incarcerated ventral hernias: a multi-institutional comparative analysis with coarsened exact matching / A. Azin., D. Hirpara, T. Jackson et al. // *Surg Endosc.* - 2018. -№ 11. - P. 1-9.

114. Baker J.J. Adding sutures to tack fixation of mesh does not lower the reoperation rate after laparoscopic ventral hernia repair: a nationwide cohort study / J.J. Baker, S. Oberg, K. Andresen [et al.] // *Langenbecks Arch Surg.* - 2018. -№ 4(403). - P. 521-527.

115. Balla A. Minimally invasive component separation technique for large ventral hernia: which is the best choice? A systematic literature review / A. Balla // Surgical Endosc. - 2020. - Vol. 34, № 1. - P. 14-30.

116. Batabyal P. Inguinal hernia repair with Parietex ProGrip mesh causes minimal discomfort and allows early return to normal activities / P. Batabyal, R.L. Haddad, J.S. Samra [et al.] // Am. J. Surg. - 2016. - V. 211.
- P. 24-30.

117. Berney C.R. Correspondence: Laparoscopic repair of abdominal wall hernia
- -How I do itII - synopsis of a seemingly straightforward technique / C.R. Berney // J. BMC Surg. - 2015, December. - P. 1-15.

118. Biondo-Simoes M.L. Comparison between polypropylene and polypropylene with poliglecaprone meshes on intraperitoneal adhesion formation / M.L. Biondo-Simoes, W.A. Schiel, M Arantes [et al.] // Rev Col Bras Cir. - 2016. - № 6 (43). - P. 416-423.

119. Bresnahan E. The use of self-gripping (ProGrip™) mesh during laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair: a prospective feasibility
and long-term outcomes study / E. Bresnahan, A. Bates, A Wu [et al.] // Surg Endosc. - 2015. - V. 29. - P. 2690-2696.

120. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017 / S.I. Berrio s-Torres [et al.] // JAMA Surgery. - 2017. - Vol. 152, N 8. - P. 784-791.

121. Chandeze M.M. Ventral hernia surgery in morbidly obese patients, immediate or after bariatric surgery preparation: Results of a case-matched study / M.M. Chandeze, D. Moszkowicz, A. Beauchet // Surg Obes Relat Dis. - 2018. - №18. - P. 30345-30349.

122. Christoffersen M.W. Long-term recurrence and chronic pain after repair for small umbilical or epigastric hernias: a regional cohort study / M.W

Christoffersen, F. Helgstrand, J. Rosenberg [et al.] // Am J Surg. - 2015. -Vol. 209. - P. 725-732.

123. Comparative analysis of open and robotic transversus abdominis release for ventral hernia repair / J.G. Bittner [et al.] // Surg Endosc. - 2018. - Vol.32, N2. - P.727-734.

124. Comparative analysis of perioperative outcomes of robotic versus open transversus abdominis release / L.A. Martin-Del-Campo [et al.] // Surg Endosc. - 2018. - Vol.32, N2. - P.840-845.

125. Comparative evaluation of sublay versus onlay mesh repair for ventral hernia / A. Naz [et al.] // JPMA. - 2018. - № 5 (68). - P. 705-708.

126. Comparative radiographic analysis of changes in the abdominal wall musculature morphology after open posterior component separation or bridging laparoscopic ventral hernia repair / G.S. De Silva [et al.] // J Am Coll Surg. -2014. - Vol.218, N3. - P.353-357.

127. Comparative radiographic analysis of changes in the abdominal wall musculature morphology after open posterior component separation or bridging laparoscopic ventral hernia repair / G.S. De Silva [et al.] // J. Am. Coll. Surg. - 2014. - Vol. 218, № 3. - P. 353-357.

128. Comparing different modalities for the diagnosis of incisional hernia: a systematic review / L.F. Kroese [et al.] // Hernia. - 2018. - N22. - P.229-242.

129. Comparison of hernia registries: the CORE project / I. Kyle-Leinhase [et al] // Hernia. - 2018. - N22. - P.561-575.

130. Complications in laparoscopic versus open incisional ventral hernia repair. A retrospective comparative study / M. Ahonen-Siirtola [et al.] // World J. Surg. -2015. - Vol. 39, № 12. - P. 2872-2877.

131. Components separation in complex ventral hernia repair: surgical technique and post-operative outcomes / S.W. Ross [et al.] // Surg Technol Int. - 2014. - N24. -P.167-177.

132. Cornette B. Component separation technique for giant incisional hernia: a systematic review / B. Cornette, D. De Bacquer, F. Berrevoet // Am J Surg. - 2018. - Vol.215, N4. - P.719-726.
133. Current trends in laparoscopic ventral hernia repair / E.P. Misiakos [et al.] // JSLS. - 2015. - № 3 (19). - P. 1-11.
134. Deciding on optimal approach for ventral hernia repair: laparoscopic or open / K.A. Schlosser [et al.] // J Am Coll Surg. - 2018. - № 4.
135. Denney B. Multipoint suture fixation technique for abdominal wall reconstruction with component separation and onlay biological mesh placement / B. Denney, J.I. de la Torre // Am Surg. - 2017. - Vol.83, N5. - P.515-521.
136. Eads BB. I. Ventral Hernia following Abdominal Section / BB. I. Eads // Ann Surg. - 1901. - Vol.33, N1. - P.1-12.
137. Earle D. Guidelines for laparoscopic ventral hernia repair / D. Earle, S. Roth, A. Saber [et al.] // Surg. Endosc. - 2016. - Vol.30. - P. 3163-3183.
138. Early operative outcomes of endoscopic (eTEP access) roboticassisted retromuscular abdominal wall hernia repair / I. Belyansky [et al.] // Hernia. -2018. - Vol.22, N5. - P.837-847.
139. Endoscopic anterior component separation: a novel technical approach / B. Dauser [et al.] // Hernia. - 2017. - Vol.21, N6. - P.951-955.
140. Endoscopic component separation for laparoscopic and open ventral hernia repair: a single institutional comparison of outcomes and review of the technique / S.C. Azoury [et al.] // Hernia. - 2014. - Vol.18, N5. - P.637-645.
141. Endoscopic versus open component separation: systematic review and metaanalysis / N.J. Switzer [et al.] // Surg Endosc. - 2015. - Vol.29, N4. - P.787-795.
142. European Hernia Society. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions // F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. - 2015. - №19(1). -P. 1-24.

143. Evolution and advances in laparoscopic ventral and incisional hernia repair / A.L. Vorst [et al.] // J. Gastrointestinal surgery. - 2015. - № 7 (11). -P. 293-305.

144. External Validation of the European Hernia Society Classification for Postoperative Complications after Incisional Hernia Repair: A Cohort Study of 2191 Patients / L.F. Kroese [et al.] // J Am Coll. Surg. - 2018. - N226. - P. 223-229e1.

145. Faylona J.M. Evolution of ventral hernia repair / J.M. Faylona // Asian J Endosc Surg. - 2017. - № 3 (10). - P. 252-258.

146. Feretis M. Minimally invasive component separation techniques in complex ventral abdominal hernia repair: a systematic review of the literature / M. Feretis, P. Orchard // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. - 2015. - Vol.25, N2. - P.100-105.

147. Functional abdominal wall reconstruction improves core physiology and quality-of-life / C.N. Criss [et al] // Surgery. - 2014. - Vol.156, N1. - P.176-182.

148. Georgiev-Hristov T. Comment to: A systematic review of the surgical treatment of large incisional hernia / T. Georgiev-Hristov, A. Celdran // Hernia. - 2015. - Vol. 2. - P. 89-101.

149. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, 2nd ed. - World Health Organization. - 2018. - 184p.

150. Grigoryuk A.A. Effect of hyperlipidemia and plasma cytokine levels in rats after anterior abdominal wall reconstruction with the use of synthetic endoprostheses / A.A. Grigoryuk, E.P. Turmova // Bull Exp Biol Med. -

2016. - № 5 (161). - P. 719-722.

151. Haltmeier T. Small bowel lesion due to spiral tacks after laparoscopic intraperitoneal onlay mesh repair for incisional hernia / T. Haltmeier, Y. Groebli // Int. J. Surg. Case R - 2013. - N4. - P. 283-285.

152. Helgstrand F. National results after ventral hernia repair / F. Helgstrand // Dan Med J. - 2016. - № 7 (63). - P.1-17.

153. Henriksen N.A. Robot-assisted abdominal wall surgery: a systematic review of the literature and meta-analysis / N.A. Henriksen, K.K. Jensen, F. Muysoms // *Hernia*. - 2018. - № 12 (22). - P. 1-11.

154. Hodgkinson J.D. A metaanalysis comparing open anterior component separation with posterior component separation and transversus abdominis release in the repair of midline ventral hernias / J.D. Hodgkinson, C.A. Leo, Y. Maeda // *Hernia*. - 2018. - Vol.22, N4. - P.617-626.

155. Impact of incisional hernia on healthrelated quality of life and body image: a prospective cohort study / G.H. van Ramshorst [et al.] // *American journal of surgery*. - 2012. - Vol.204, N2. - P.144-150.

156. Incisional hernia postrepair of abdominal aortic occlusive and aneurysmal disease: five-year incidence / S. Alnassar [et al.] // *Vascular*. - 2012. - Vol.20, N5. - P.273-277.

157. Incisional hernia repair: what the radiologist needs to know / K.R. Parikh [et al.] // *AJR*. - 2017. - N209. - P.1239-1246.

158. Is laparoscopic treatment of incisional and recurrent hernias associated with an increased risk for complications? / R. Meyer [et al.] // *Int J Surg*. - 2015. - № 19. - P. 121-127.

159. Israelsson L.A. Prevention of incisional hernias: how to close a midline incision / L.A. Israelson, D. Millbourn // *Surg. Clin. North. Am.* - 2013. - №93(5). - P. 1027-1040.

160. Israelsson L.A. Suture technique and wound healing in midline laparotomy incisions / L.A. Israelsson, T. Jonsson, A. Knutsson // *The European journal of surgery = Acta chirurgica*. - 1996. - Vol.162, N8. - P.605-609.

161. Jamal K. A novel technique for modified onlay incisional hernia repair with mesh incorporation into the fascial defect: a method for addressing suture line failure / K. Jamal, K. Ratnasingham, S. Shaunak [et al.] // *Hernia*. -2015. - № 3 (19). - P. 473-477.

162. Jenkins T.P. The burst abdominal wound: a mechanical approach / T.P. Jenkins // *Br J Surg*. - 1976. - Vol.63, N11. - P.873-876.

163. Khansa I. Abdominal wall reconstruction using retrorectus self-adhesing mesh: a novel approach / I. Khansa, J.F. Janis // JPRS. - 2016. - № 4 (11). -P. 1145-1151.
164. Kron I.L. The measurement of intraabdominal pressure as a criterion for abdominal re-exploration / I.L. Kron, P.K. Harman, S.P. Nolan// Ann Surg. 1984. - Vol.199. - P.28-30.
165. Lak K.L. Mesh selection in abdominal wall reconstruction / K.L. Lak, M.I. Goldblatt. // Plast Reconstr Surg. - 2018. - 3 (142). - P. 99S-106S.
166. Large incisional hernias increase in size / K.K. Jensen [et al.] // J Surg Res. -2019. - N244. - P.160-165.
167. Linea arcuate hernia following transversus abdominis release incisional hernia repair / I.L. McCulloch [et al.] // Ann Plast Surg. - 2019. - № 1 (82). - P. 85-88.
168. Long-term quality of life and functionality after ventral hernia mesh repair / O. Langbach [et al] // Surg Endosc. - 2016. - № 11 (30). - P. 5023-5033.
169. Mesh location in open ventral hernia repair: a systematic review and network meta-analysis / J.L. Holihan [et al.] // World J Surg. - 2016. - № 1 (40). - P. 89-99.
170. Meta-analysis and systematic review of laparoscopic versus open mesh repair for elective incisional hernia / A. Awaiz [et al.] // Hernia. - 2015. - N19. - P.449-463.
171. Nahabedian M.Y. A current review of biologic meshes in abdominal wall reconstruction / M.Y Nahabedian; M. Sosin, P. Bhanot // Plast Reconstr Surg. - 2018. - 3 (142). - P. 74S-81S.
172. Nomenclature in abdominal wall hernias: is it time for consensus? / S.G. Parker [et al]. // World J Surg. - 2017. - № 41. - P. 2488-2491.
173. Onlay with adhesive use compared with sublay mesh placement in ventral hernia repair: Was chevrel right? An americas hernia society quality collaborative analysis / I.N. Haskins [et al.] // J Am Coll Surg. - 2017. - № 5 (224). - P. 962-970.

174. Open Incisional hernia repair with a self-gripping retromuscular Parietex mesh: A retrospective cohort study / J. Verhelst [et al.] // International Journal of Surgery. - 2015. - Vol. 13. - P. 184-188.

175. Open retromuscular mesh repair of complex incisional hernia: predictors of wound events and recurrence / W.S. Cobb [et al.] // J Am Coll Surg . - 2015. -Vol.220, N4. - P.606-613.

176. Open retromuscular mesh repair versus onlay technique of incisional hernia: A randomized controlled trial / Z. Demetrashvili [et al.] // Int J Surg. - 2017. - № 37. - P. 65-70.

177. Operative correction of abdominal rectus diastasis (ARD) reduces pain and improves abdominal wall muscle strength: A randomized, prospective trial comparing retromuscular mesh repair to double-row, self-retaining sutures / P. Emanuelsson, U. Gunnarsson, U. Dahlstrand [et al.] // Surgery. - 2016. -№ 5 (160). - P. 1367-1375.

178. Outcomes after ventral hernia repair using the Rives-Stoppa, endoscopic, and open component separation techniques / T.O. Muse [et al.] // Am Surg. - 2018. -Vol.84, N3. - P.433-437.

179. Outcomes of acute versus elective primary ventral hernia repair / L.T. Li [et al] // J Trauma Acute Care Surg.- 2014. - Vol.76, N2. - P.523-528.

180. Outcomes of posterior component separation with transversus abdominis muscle release and synthetic mesh sublay reinforcement / Y.W. Novitsky [et al.] // Ann Surg. - 2016. - Vol.264, N2. - P.226-232.

181. Oviedo R.J. Robotic ventral hernia repair and endoscopic component separation: outcomes / R.J. Oviedo, J.C. Robertson, A.S. Desai // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. - 2017. - № 3 (21). - P.1-6.

182. Patient reported outcomes after incisional hernia repair-establishing the ventral hernia recurrence inventory / R.B. Baucom [et al.] // Am J Surg. - 2016. - N212:- P.81-88.

183. Pooled data analysis of primary ventral (PVH) and incisional hernia (IH) repair is no more acceptable: results of a systematic review and meta-analysis of current literature / C. Stabilini [et al.] // *Hernia*. - 2019. - N23. - P.831-845.

184. Posterior component separation with transversus abdominis release successfully addresses recurrent ventral hernias following anterior component separation / E.M. Pauli [et al.] // *Hernia*. - 2015. - Vol.19, N2. - P.285-291.

185. Prevention of incisional hernia in midline laparotomy with an onlay mesh: a randomized clinical trial / A. Caro-Tarrago [et al.] // *World J Surg*. - 2014. - № 9 (38). - P. 2223-2230.

186. Primary and incisional ventral hernias are different in terms of patient characteristics and postoperative complications—a prospective cohort study of 4565 patients / L.F. Kroese [et al.] // *Int J Surg*. - 2018. - N51. - P.114-119.

187. Privett B.J. Proposed technique for open repair of a small umbilical hernia and rectus diavication with self-gripping mesh / B.J. Privett, M. Ghusn // *Hernia*. - 2016. - № 4 (20). - P. 527-530.

188. Prophylactic Mesh Placement During Formation of an End-colostomy Reduces the Rate of Parastomal Hernia: Short-term Results of the Dutch PREVENT-trial / H.T. Brandsma [et al.] // *Ann Surg*. - 2017. - Vol.265, N4. - P.663-669.

189. Quantification of the effect of diabetes mellitus on ventral hernia repair: results from two national registries / C. Huntington [et al.] // *The American Surgeon*. -2016. - Vol. 82, N 8. - P. 661-671.

190. Raddatz L. Comparison of different three dimensional-printed resorbable materials: In vitro biocompatibility, In vitro degradation rate, and cell differentiation support / L. Raddatz // *J Biomater Appl*. - 2018. - № 2 (33). - P. 281-294.

191. Ramirez O.M. Components separation method for closure of abdominal-wall

defects: an anatomic and clinical study / O.M. Ramirez, E. Ruas, A.L. Dellon // *Plast Reconstr Surg*. - 1990. - Vol.86, N3. - P.519-526.

192. Randomized clinical trial comparing polypropylene or polydioxanone for midline abdominal wall closure / A. Bloemen [et al.] // Br J Surg. - 2011. - Vol.98, N5. - P.633-639.

193. Read R.C. Inguinal herniation in the adult, defect or disease: a surgeon's odyssey / R.C. Read // Hernia. - 2004. - Vol.8, N4. - P.296-299.

194. Rhemtulla I.A. Retromuscular sublay technique for ventral hernia repair / I.A. Rhemtulla, J.P. Fischer // Semin Plast Surg. - 2018. - № 3 (32). - P. 120- 126.

195. Risk factors for incisional hernia repair after aortic reconstructive surgery in a nationwide study / N.A. Henriksen [et al.] // J Vasc Surg. - 2013. - Vol.57, N6. - P.1524-30, 30e1-3.

196. Risk factors for postoperative wound infections and prolonged hospitalization after ventral/incisional hernia repair / C. Kaoutzanis [et al.] // Hernia. - 2015. -N19. - P. 113-123.

197. Robotic Tapp ventral hernia repair: early lessons learned at an inner city safety net hospital / M. Kennedy [et al.] // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. - 2018. - № 1 (22). - P. 1-5.

198. Robotic transversus abdominis release (TAR): is it possible to offer minimally invasive surgery for abdominal wall complex defects? / M.V.F.D. Amaral [et al.] // Rev Col Bras Circ. - 2017. - Vol.44, N2. - P.216-219.

199. Rogmark P. Long-term follow-up of retromuscular incisional hernia repairs: recurrence and quality of life / P. Rogmark, S. Smedberg, A. Montgomery // World J Surg. - 2018. - № 4 (42). - P. 974-980.

200. Scheuerlein H. What Do We Know About Component Separation Techniques for Abdominal Wall Hernia Repair? / H. Scheuerlein, A. Thiessen, C. Schug-Pass // Front Surg. - 2018. - N27. - P.5-24.

201. Sevine B. Randomized prospective comparison of long term results of onlay and sublay mesh repair technique for incisional hernia / B. Sevine, A. Okus, A.Y.

Sarden // Turk J Surg. - 2018. - N34. - P.17-20.

202. Shahida P.A. Complication of onlay and sublay mesh plasty in ventral abdominal hernia repair / P.A. Shahida, A.S. Rameez, R. Akram // J Surg Pak (Intern). - 2015. - N20. - P.48-51.
203. Short- and mid-term outcome after laparoscopic repair of large incisional hernia / P. Baccari [et al.] // Hernia. - 2013. - № 5 (17). - P. 567-572.
204. Single port component separation: endoscopic external oblique release for complex ventral hernia repair / K.E. Elstner [et al.] // Surg Endosc. - 2018. - Vol.32, N5. - P.2474-2479.
205. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial / E.B. Deerenberg [et al.] // Lancet. - 2015. - N386(10000). - P.1254-1260.
206. Surgical treatment algorithm for ventral hernias / N.A. Henriksen [et al.] // Ugeskr Laeger. - 2018. - Vol. 37. - P. 180.
207. Systematic review of transversus abdominis release in complex abdominal wall reconstruction / J.A. Wegdam [et al.] // Hernia. - 2018. - № 12 (22). -P. 1-11.
208. The abdominal compartment syndrome / J.M. Burch [et al.] // Surg. Clin. North.Am. -1996. -Vol.76, N4. - P. 838-842.
209. The effect of tobacco use on outcomes of laparoscopic and open ventral hernia repairs: a review of the NSQIP dataset / J.C. Kubasiak [et al.] // Surg Endosc. -2016. - N31. - P.2661-2666.
210. The endoscopic retromuscular repair of ventral hernia: the eTEP technique and early results / V.G. Radu [et al.] // Hernia. - 2019. - Vol. 23, № 5. - P. 945-955.
211. The impact of mesh reinforcement with components separation for abdominal wall reconstruction / S.A. Razavi [et al.] // Am Surg. - 2018. - Vol.84, N6. -P.959-962.
212. The partial underlay preperitoneal with panniculectomy re- pair for incisional abdominal hernia in the morbidly obese / O.T. Okusanya [et al.] //Surg. Obes. Relat. Dis. - 2013. - N7. - P.1550-1559.

213. The role of collagen metabolism in the formation and relapse of incisional hernia / P. Radu [et al.] // Chirurgia. - 2015. - № 3 (110). - P. 224-230.

214. The trend toward minimally invasive complex abdominal wall reconstruction: is it worth it? / I. Belyansky [et al.] // Surg. Endosc. - 2018. - Vol. 32, № 4. - P. 1701-1707.

215. Thomsen C.O. Quality of life after ventral hernia repair with endoscopic component separation technique / C.O. Thomsen, T.L. Brondum, L.N. Jorgensen // Scand J Surg. -2016. - Vol.105, N1. - P.11-16.

216. Time savings and surgery task load reduction in open intraperitoneal onlay mesh fixation procedure / S. Roy [et al.] // Scientific World Journal. - 2015. - № 340246. - P. 1-8.

217. Tomaszewska A. Mechanics of mesh implanted into abdominal wall under repetitive load. Experimental and numerical study / A. Tomaszewska, I. Lubowiecka, C. Szymczak // J Biomed Mater Res B Appl Biomater. - 2018. - P. 1-10.

218. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction / Y.W. Novitsky [et al.] // Am J Surg. - 2012. - Vol.204, N5. - P.709-716.

219. Unusual complication of seroma after ventral hernia mesh repair: Digestive perforation by tacks. A case report / M.A. Elghali [et al.] // Int J Surg Case. -2018. - Vol. 53. - P. 151-153.

220. Update of guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A. / R. Bittner [et al.] // Surg Endosc. - 2019. - N33. - P.3069-3139.

221. Ventral hernia recurrence in women of childbearing age: a systematic review and meta-analysis / T. Nouh [et al.] // Hernia. - 2018. - № 6 (22). - P. 10671075.

222. Ventral hernia repair by totally extraperitoneal approach (VTEP): technique description and feasibility study / P. Ngo [et al.] // Surg. Endosc. - 2020. - Vol. 2, № 4. - P. 22-24.

223. Ventral hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials/
J.L. Holihan [et al.] // Surg Infect (Larchmt). - 2017. - № 6 (18). - P.647-658.

224. Watchful waiting in incisional hernia: is it safe? / J. Verhelst [et al.] //
Surgery. -2015. - N157. P.297-303.

225. What exactly is meant by "loss of domain" for ventral hernia?
systematic review of definitions / S.G. Parker [et al.] // World J Surg. - 2018. - Vol.
Sept. - P.1-9.

DUSIYAROV MUXAMMAD MUKUMBAEVICH

Tibbiyot fanlari doktori, Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrası dotsenti. 2021 yilda tibbiyot fanlari nomzodi ilmiy darajasini olish uchun “ Torako-abdominal operatsiyalaridan keyingi bitishmalarning oldini olishda yangi texnologiyalar ” mavzusida nomzodlik dissertatsiyasini himoya qilgan.

