

Abduraxmanov Diyor Shukurullaevich

**ORTIQCHA TANA VAZNI BO‘LGAN
BEMORLARDA VENTRAL CHURRALARNI
DAVOLASHDAGI JARROHLIK
YONDASHUVLAR**

Monografiya

Samarqand – 2025

Muallif:

Abduraxmanov Diyor Shukurullaevich – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Urologiya kafedrası mudiri PhD, dotsent.

Retsenzentı:

Davlatov Salim Sulaymonovich - Buxoro davlat tibbiyot instituti Fakultet-gospital xirurgiya va urologiya kafedrası dotsenti, DSc.

Raxmanov Qosim Erdanovich - Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF Xirurgiya, endoskopiya va anesteziologiya, reanimatsiya kafedrası mudiri DSc, dotsent.

D.Sh. Abduraxmanov, *Ortiqcha vaznli bemorlarning ventral churrallarni davolashda jarrohlik yondashuvi* / D.Sh. Abduraxmanov, - Monografiya. Samarqand, 2025. - 140 b.

ISBN

Monografiyada ventral churralar bilan bog'liq asosiy nazariy masalalar keltirilgan. Qorin churrasi bilan og'riq bemorlarda etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, davolash, ayniqsa, endoskopik aralashuvlar batafsil yoritilgan. Mualliflar ventral churrallarni jarrohlik davolashning takomillashtirilgan taktik va texnik jihatlarini hisobga olgan holda mualliflar tomonidan ishlab chiqilgan algoritmni ta'kidlaydilar. Semizlik bilan og'riq bemorlarda protezning etarli bo'lmagan maydoniga qo'shimcha ravishda, terining yog'li "aproni" ning og'irligi kasallikning qaytalanishiga yordam beruvchi omil bo'lib, implantni pastga siljitadi. Bemorlarning hayot sifatini tahlil qilish, shuningdek, hernioplastikadan keyin bemorlarning hayot sifatini yaxshilash reytingiga ko'ra amalga oshirildi.

Monografiya jarrohlar, klinik ordinatorlar va tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun mo'ljallangan.

UDK: 617.55-007.43: 616-056.527-089.844

KIRISH

Jahon sogʻliqni saqlash tashkiloti maʼlumotlariga koʻra, bugungi kunda semizlik aholi oʻrtasida keng tarqalgan va koʻpayish tendensiyasiga ega. «...Semizlik erta oʻlim xavfini sezilarli darajada oshiradi, birlamchi hamda qorin boʻshligʻi aʼzolarida oʻtkazilgan turli xildagi aralashuvlardan keyin qorin churralari paydo boʻlishiga olib keladi...». Bemorlarning bunday kontingenti jiddiy hamroh kasalliklar, jarrohlik paytida yuzaga kelishi mumkin boʻlgan texnik qiyinchiliklar, shuningdek operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori boʻlganligi sababli jarrohlarning uchun maʼlum bir qiyinchilik tugʻdiradi. Shoshilinch koʻrsatmalar asosida amalga oshirilgan jarrohlik amaliyoti ushbu bemorlarda bir necha barobar yuqori operatsion xavf bilan kechadi. Churraning qaytalanishiga olib keluvchi, yetarli hajmda bajarilmagan operatsiya bemorlarning hayot sifatini yanada yomonlashtiradi, toʻliq tuzalish va normal hayotga qaytish imkoniyatiga boʻlgan ishonchni pasaytiradi. Shu sababli morbid semizlik va ventral churra bilan kasallangan odamlarga tibbiy yordamni tashkil qilishni yaxshilash uchun ushbu maʼlumotlar asos boʻlgan. Jahon amaliyotida hozirgi vaqtda semizlik bilan bogʻliq kasalliklar, shu jumladan ventral churra bilan ogʻriganlar soni kupaymoqda. Ushbu bemorlarda churralarni jarrohlik davolash xususiyatlari, operatsiyadan keyingi davrda yuzaga kelishi mumkin boʻlgan asoratlarni aniqlash, ularni oldini olish, operatsiya muvaffaqiyatini taʼminlash, shu bilan birga bemorning davolanishiga va hayot sifati yaxshilanishiga ishonchini mustahkamlash uchun maqbul, residivsiz jarrohlik usulini ishlab chiqishi ustida ishlar olib borilmoqda. Bugungi kunda mavjud jarrohlik maktablari va gernioplastika usullarining xilma-xilligi, baʼzida turli xil jarrohlarning bir xil muammo boʻyicha

qarama-qarshi qarashlari, ushbu muammo bo'yicha mavjud bilimlarni tizimlashtirish va to'g'ri baholash zarurligini belgilangan.

Qorin bo'shlig'i a'zolaridagi jarrohlik aralashuvlari va jarrohlik agressiyalari, simultan, kengaytirilgan, qo'shma operatsiyalar sonining ortishi va operatsiya qilingan bemorlar orasida III-IV darajali semizlik bilan bo'lgan bemorlar sonining ustunligi OKVCh holatlarining sezilarli o'sishiga olib keldi (Berrevoet F. 2017). Kulikov N.A. (2018) fikricha operatsiyadan keyingi jarohatning bitishi yaxshi kechganda ham to'qimalarning progressiv morfofunktsional yetishmovchiligiga olib keluvchi morbid semizligi bo'lgan bemorlarda OKVCh yuzaga keladi, bu esa residiv churralari bo'lgan bemorlarga xos bo'lib, keyinchalik ularda churra kasalligi rivojlanadi.

Ventral churraning sabablaridan biri bu semizlikning mavjudligidir. Turli darajadagi semizligi bo'lgan bemorlar ventral churra bilan bo'lgan barcha bemorlarning 50 dan 70% gacha qismini tashkil qilsa, morbid semizlik 34% bemorlarda kuzatiladi. Semizlik, bir tomondan, churra shakllanishiga olib keladi, boshqa tomondan – uning belgilarini avj oldiradi, ya'ni semizlik ventral churralar rivojlanishida va qaytalanishida etiologik omil ekanligi shubhasiz tan olinadi. Gernioplastikadan keyin qaytalanish chastotasi 3-13% ni tashkil qiladi, morbid semizlikda 28% ga yetadi (Baylón K., 2017). Fiziologik jihatdan eng maqbul usul, shubhasiz, churra nuqsonini yopishning autoplastik usulidir. Hozirgi vaqtda polipropilen va politetrafloroetilendan tayyorlangan to'rtli endoprotezlar keng qo'llanilmoqda. Biroq, ularni amalda qo'llash imkoniyatlari ko'pincha turli xil omillar, shu jumladan operatsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanishi tufayli cheklangan. Kalish Yu.I. (2015) fikricha, ventral churralarni davolashda dolzarb muammo bu erta asoratlardir, chunki bu operatsiyadan keyingi davrning uzoq davom etishi, bemorning qo'shimcha ma'naviy va

jismoniy azoblanishi va mumkin bo'lgan o'limning asosiy sababidir. Katta va ulkan ventral churralarni davolashda texnik jihatlardan tashqari muhim muammolardan biri, qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bo'lib, bu qorin ichi gipertenziya sindromi, nafas olish va yurak yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi, bu esa operatsiyadan keyingi dastlabki jarayon kechishini sezilarli darajada yomonlashtirib, o'lim chastotasini oshiradi. Boshqa tomondan Muxtarov Z.M. (2014) fikriga ko'ra "qorin old devorining zaifligi, gerniogenez jarayoni qorin bo'shlig'i bosimi va qorin devorlarining unga qarshi turish qobiliyati o'rtasidagi muvozanatning buzilishi fonida yuzaga keladi. Boshqacha qilib aytganda, bugungi kunda ventral churraning shakllanish jarayoni ko'plab omillarning yig'indisidir, ularning asosiy ishlash mexanizmlari QBB oshishi fonida jarohatni bitishi paytida qorin devorining biriktiruvchi to'qima tuzilmalarining ishdan chiqishidir".

Bugungi kunda qorin bo'shlig'i plastik jarrohlikda juda keng tarqalgan plastika bu abdominoplastika xisoblanadi. Teri va teri osti yog' qavatining keng mobilizatsiya qilish aponevroz nuqsoni va atrofidagi to'qimalarning holatini baholash, qo'shimcha churralar va zaif joylarni aniqlash imkonini beradi. Ammo churrani kesish paytida bir vaqtning o'zida simultan aralashuvni amalga oshirish jarrohlar orasida noaniqligicha qolmoqda. Ko'pchilik semizlik operatsiyadan keyingi churralar rivojlanishida dominant omil ekanligi haqidagi fikrga qo'shiladilar va faqat ayrimlari ventral churra paytida teri teri osti yog' qavatini olib tashlash zarurligini ta'kidlashadi. Ba'zi jarrohlar ventral churra va semizlik bilan og'rigan bemorlarda abdominoplastikani qo'llash operatsiyadan keyingi davrni yaxshilaydi, asoratlar sonini kamaytiradi va tez va uzoq muddatli natijalarni beradi degan fikrga qo'shilishadi. Aponevrozning yaxlitligi tiklanganligi

sababli, semizlikning asosiy sababini bartaraf qilmasdan nisbatan qulaylik yaratiladi.

Lekin, shu bilan birga boshqacha qarashlar ham mavjud. Teri osti yog‘ kletchatkasi barcha shikastlovchi ta’sirlarga o‘ta sezgir hisoblanadi, shu sababli gerneroplastika bilan simultan bajariladigan abdominoplastikaning qarshi tarafdorlari o‘zlarining nuqtai nazarini gematoma, infeksiya va nekroz kabi mahalliy asoratlarning chastotasining bir necha marotaba oshishi bilan izohlaydilar. Barcha usullarda abdominoplastika bosqichi teri – yog‘ to‘qimasini yetarlicha ajratishni nazarda tutadi va shu sababli asoratlarning yuzaga keladi.

Yuqoridagilarni inobatga olib, ventral churrasi va morbid semizligi bilan bemorlarda optimal xirurgik davolash choralarini ishlab chiqish va amaliyotga tatbiq qilish vazifasi ustuvor hisoblanadi.

I BOB.

MORBID SEMIZLIK BO‘LGAN BEMORLARDA VENTRAL CHURRALARNING SHAKLLANISHI, KECHISHI VA JARROHLIK DAVOLASH XUSUSIYATLARI

Semizlik - ventral churralarni shakllanishida mustaqil etiologik omil hisoblanadi.

Bugungi kunda semizlik butun dunyoda keng tarqalishi kuzatilmoqda. Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) takidlashicha semizlik yangi yuqumsiz "XXI asr epidemiyasi" deb tan olindi [12; 105-106-b. 131; 173-174-b. 155; 1614-b.]. Mamlakatimizda, mehnatga layoqatli aholining kamida 30% ortiqcha tana vazniga ega va 25% aholida semizlik aniqlanadi [32; 22-23-b.], va bu ko‘rsatkichlar oshib borishi kuzatilmoqda. Semizlik erta o‘lim xavfini sezilarli darajada oshiradigan va ko‘plab jiddiy kasalliklarning asosiy sababi hisoblanadi [116; 95-96-b.]. Semizlik sabab yuzaga kelgan kasalliklarni davolanish katta moddiy xarajatlarni keltirib chiqaradi [10; 137-b. 68; 272-b.].

Kuzatuvlar natijasida yog‘ to‘qimasi bir qator gormonlar bilan birgalikda, biologik faol moddalar ta’siri ostidaligi va o‘zi bir qator biologik faol moddalarni, shu jumladan gormonlarni ishlab chiqarishga qodir ekanligi aniqlandi. Turli manbalardan olingan ma’lumotlar [32; 24-25-b. 122; 106-b. 132; 819-820-b. 168; 205-b.] jarrohlar tomonidan yaxshiroq tushunish uchun biz ilovada keltirilgan ikkita jadval shaklida taqdim etdik. Shuni ta’kidlash kerakki, organizm faoliyati, yog‘ to‘qimasi va u tomonidan ishlab chiqarilgan biologik faol moddalar o‘rtasida murakkab munosabatlar mavjud.

Zamonaviy qarashlarda yog‘ to‘qimasi mustaqil endokrin organ sifatida qaraladi va ko‘plab organlar va tizimlarga ta’sir qiladi va mustaqil ravishda turli kasalliklarga olib kelishi mumkin [32; 24-25-b. 73; 3-4-b.]: insulinga moyillik va II - turdagi qandli diabet, ateroskleroz, yurak ishemik kasalligi, o‘pkalar obstruktiv kasalligi, artroz kabilar. Semizlik bemorlarda yo‘g‘on ichak va o‘t pufagi saratoni bilan kasallanish chastotasi oshiradi. Yog‘ to‘qimalari androgenlarni mustaqil ravishda sintez qila olganligi sabab, ayollarda semizlik jinsiy gormonlar ishlab chiqarishning buzilishi bilan bog‘liq kasalliklar bilan birga keladi.

Hozirgi vaqtda semizlik bo‘yicha xalqaro guruh (IOTF) tomonidan qabul qilingan, tana massasi indeksi (TMI) yoki Kettle indeksi aniqlashga asoslangan, ortiqcha vazn tasnifi eng keng tarqalgan tasnif hisoblanadi, bu kilogrammdagi tana vaznining metrda bo‘y uzunligi kvadratiga nisbati. Ideal TMI qiymati 18,5-24,9 kg/m². Aslida, semizlikdan oldin TMI 25 kg/m² dan 29,9 kg/m² gacha bo‘ladigan ortiqcha tana vazni holati yuz beradi. Shu bilan birga, yo‘ldosh kasalliklar xavfi aholi uchun o‘rtacha ko‘rsatkichga nisbatan ortadi. TMI 30-34,9 kg/m² da yo‘ldosh kasalliklar xavfi yuqori bo‘lgan I darajali semizlik haqida gapiriladi. TMI 35,0-39,9 kg/m² bo‘lgan II darajali semizlik yo‘ldosh kasalliklarning juda yuqori xavfi bilan tavsiflanadi va TMI >40 kg/m² bo‘lgan III darajali semizlik yoki morbid semizlik yo‘ldosh kasalliklarning juda yuqori xavfi borligini va odatda bu kasalliklarni bemorda mavjudligini ko‘rsatadi. Ba’zi mualliflar super semizlikni ham ajratadilar-TMI 45 kg/m² dan ortiq bo‘ladi.

30 kg/m² dan yuqori TMI semizlik borligini ko‘rsatadi, lekin ba’zi tadqiqotchilar [116; 96-97-b. 131; 177-179-b. 155; 1617-b.] TMI 25-27 kg/m² bo‘lgan barcha odamlarni ortiqcha tana vazniga ega deb qarashni lozim ko‘rishmaydi. Bunday TMI konstitutsiyaviy xususiyatlari (aks etgan

gipersteniklar), mushaklar yaxshi rivojlanganligi tufayli bo'lishi mumkin. Ma'lumki, bir xil hajmdagi mushak va yog' to'qimasining massasi har xil bo'ladi, mushak to'qimasi og'irroq bo'ladi. Shuning uchun hozirgi vaqtda boshqa tasniflar, xususan, umumiy yog' massasi va abdominal yog' massasini aniqlashga asoslangan tasniflar muhokama qilinmoqda [10; 137-b. 116; 96-97-b. 165; 335-336-b.].

Yog' massasining tarqalish xususiyatiga ko'ra semizlikning 2 turi mavjud: ginoid (ayollarga xos turi, nok shakli) va android yoki visseral (erkaklarga xos turi, olma shakli) semizlik.

Abdominal semizlik qorin old devori churrallari hosil bo'lishida mustaqil etiologik omil hisoblanadi [17; 35-36-b. 28; 299-301-b. 66; 57-59-b. 83; 23-24-b. 100; 33-34-b.]. Buning sababi shundaki, semizlikda qorin old devorining mushaklari atrofik va yumshoq bo'ladi. Og'irlik kuchi ta'siri ostida va aponevroz bilan g'ovakli bog'langani tufayli yog' massalari pastga siljiydi, qalin teri-yog'li fartuk hosil qiladi, doimiy yuk mushaklarda degenerativ o'zgarishlarga va aponevrotik-fassial qatlamlarni cho'zilishiga olib keladi [57; 192-b. 59; 211-217-b.]. Hozirgi kunlarda o'tkazilgan tadqiqotga ko'ra [93; 148-b.], tana vazniga bog'liq holda ventral churrallarning residivlanish chastotasida statistik jihatdan sezilarli o'sish kuzatildi.

A. Matarasso tasnifiga ko'ra tik turgan holatda qorin old devori to'qimalarining pastga tushishi (abdominoptoz) quyidagi darajalar farqlanadi:[110; 78-79-b.]

I daraja (minimal) — teri-yog' qatlamini hosil qilmasdan terining cho'zilishi;

II daraja (o'rta) — "g'avvos" pozasida aniq osiladigan kichik teri-yog' qatlamini shakllanishi;

III daraja (oʻrtacha) — teri-yogʻ fartugi yonboshlar chegarasida, tik holatda osiladi, " pinch" 10 sm dan kam;

IV daraja (kuchli) — teri-yogʻ fartugi bel sohasi chegarasida, «pinch» 10 sm dan ortiq, kurak osti sohalarida ham teri-yogʻ burmalari mavjud.

Oʻt tosh kasalligi va semizlikning umumiy etiologik omillari va patogenetik mexanizmlari surunkali kalkulyoz xolesistit bilan ogʻrigan bemorlarda ortiqcha vazn chastotasining oʻrtacha aholi chastotasiga qaraganda ortishini tushuntiradi [12; 106-107-b. 24; 25-26-b.]. Oʻng qovurgʻa ostidan kirish bilan amalga oshiriladigan anʻanaviy xolesistektomiyadan soʻng operatsiyadan keyingi churra rivojlanishi juda keng tarqalgan holatdir. Bu qorin old devorining mushaklari va nervlari kesilishi bilan boruvchi kirishning anatomik xususiyatlaridan kelib chiqadi [25; 108-b. 28; 298-300-b.]. Semirgan bemorlarda koʻpincha qovurgʻa ostidan kesmani toʻgʻri mushakning qinini ajratish bilan toʻldirilishi kerak boʻladi, bu esa operatsiyadan keyingi jarohatning bitishiga salbiy taʻsir koʻrsatishi mumkin. Laparoskopik xolesistektomiyadan soʻng operatsiyadan keyingi churralar paydo boʻlishining oldini olish umidi oʻzini faqat qisman oqladi [157; 1534-b.].

Semizlik boʻlgan bemorlarda uzoq muddatli davrda koʻpincha yaralarni konsolidatsiyasi buzilishi kuzatiladi - yiringlash, ligatura oqmalari va ularning natijasida operatsiyadan keyingi ventral churralar. Semizlik boʻlgan bemorlarda asoratlarning soni semizlik darajasiga bevosita mutanosib ravishda oshib borishi qayd etilgan [78; 36-37-b. 94; 124 – 127-b. 169; 33-40-b.]. A.S. Babajanov va boshq. [10; 137-140-b.] oʻz tadqiqotlarida "teri osti yogʻ qatlami miqdori va operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi oʻrtasida toʻgʻridan-toʻgʻri bogʻliqlik mavjudligini aniqlashdi: koʻpincha limforeya va undan keyin seroma shakllanadi. Yaraning yiringlashi ham

seroma, gematoma, yumshoq to'qimalarning nekroz rivojlanishi oqibati hisoblanadi". Agar umumiy populyatsiyada operatsiyadan keyingi ventral churralar bilan kasallanish 15-44% ni tashkil etsa, semizlik bo'lgan bemorlarning 50% dan ortig'ida kechki davrda OKVCh rivojlanadi [107; 65-69-b. 158; 1915-1922-b. 160; 261-b.]. Yog' almashinuvining buzilishi odatda bir qator mualliflar tomonidan churra hosil bo'lish jarayonida muhim tarkibiy qism sifatida qaraladi [10; 137-140-b. 71; 94-96-b. 99; 67-70-b. 110; 78-83-b. 112; 50-53-b.]. Yuqori QBB, operatsiyadan keyingi yaralarning ko'pincha yiringlashi, chok chizig'ining haddan tashqari cho'zilishi va choklarga ortiqcha yuk tushishi ham churralar hosil bo'lish jarayoniga yordam beradi [93; 148-b. 107; 65-69-b.].

Semizlik bo'lgan bemorlarda teri-yog' fartugi ba'zi tadqiqotchilar tomonidan birlamchi ventral churralar shakllanishining mustaqil sababi sifatida ajratiladi, chunki u aponevrozga doimiy statik yukli zo'riqish hosil qiladi [59; 211-217-b. 133; 99-b.]. Dastlabki QBB ortishi bilan birga, u operatsiyadan keyin aponevroz chokiga katta yukli zo'riqishni yaratadi. Bu ularning ochilishiga va churra hosil bo'lishiga olib keladi [59; 211-217-b.].

Shunday qilib, semizlik, ko'pincha operatsiyadan keyingi churralar rivojlangan bemorlarning hamrohi bo'lib, bir tomondan, churra hosil bo'lishiga moyillik tug'diradi, ikkinchi tomondan, uni belgilari kuchayishiga yordam beradi [95; 346-351-b.]. O'ziga xos illatli halqa hosil bo'ladi: semizlik churra hosil qiladi, bemorning allaqachon pasaygan jismoniy faolligini yanada pasaytiradi, bu esa o'z navbatida tana vaznining oshishiga, semizlik darajasining oshishiga va yo'ldosh kasalliklarning kechishi og'irlashishiga olib keladi. Bularning barchasi bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada va progressiv yomonlashtiradi: ijtimoiy moslashuv, ish qobiliyati, o'ziga xizmat qilish qobiliyati pasayadi, o'z joniga qasd

qilishga urinish holatlarigacha depressiya kuzatiladi [6; 5-6-b. 89; 242-b. 93; 148-b. 104; 29-32-b. 151; 888-894-b.].

Morbid semizlikga yo‘ldosh kasalliklardan (shu jumladan churradan) qutulgandan so‘ng, bemorlar ko‘p yillar oldin yo‘qolgan ruhiy farovonlik holatiga ega bo‘ladi, faol hayotga qaytadi [57; 192-b.]. Ularning hayot sifati yaxshilanadi, tana vaznining pasayishiga umid paydo bo‘ladi.

Bugungi kunda adabiyotlarda ginekologik operatsiyalar paytida semiz bemorlar ko‘pchilik mualliflar tomonidan alohida toifaga ajratilmaydi. Semizlik churra shakllanishining sabablaridan biri ekanligini tushunish kerak. Semizlik bo‘lgan bemorlarda OKVCh ni oldini olishning ma’lum bir konsepsiyasi talab qilinadi.

Morbid semizlik bo‘lgan bemorlarni operatsiyadan oldin tayyorlash va operatsiyadan keyingi boshqarish xususiyatlari

A.N. Lembas [61; 149-151-b.], OKVCh bo‘lgan bemorlarda xirurgik davolanishning muvaffaqiyati quyidagi masalalarni hal etishga bog‘liq: 1) bemorni yuqori QBB ga moslashtirishga qaratilgan ratsional operatsiya oldi tayyorgarlik; 2) qorin old devori nuqsonlarini adekvat plastika usulini tanlash; 3) operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish.

Operatsiyadan keyingi davrning eng muhim muammolari, jumladan, nafas olish funksiyasining buzilishi, uzoq muddatli rehabilitatsiya va ko‘plab mahalliy asoratlar ortiqcha vaznli va semizlik bo‘lgan bemorlarda namoyon bo‘ladi [110; 78-83-b. 131; 173-181-b. 133; 99-b.].

Bunday bemorlarni operatsiyadan oldin tayyorlash va davolashga faqat kompleks yondashuv maqbul natijalarga erishishga imkon beradi, ayniqsa jarrohlik aralashuvining tabiati va uning hajmi hayotiy muhim organlar va

tizimlarning ishlashida jiddiy o'zgarishlarga olib kelishi mumkin [115; 88-95-b. 130; 388-397-b. 141; 26-32-b.].

Bir qator mualliflar operatsiyadan oldingi davrda II-III darajali semizlik bo'lgan bemorlarga ma'lum bir parhezga rioya qilish va jismoniy mashqlar bajarish orqali tana vaznini kamaytirishni tavsiya etishni maqsadga muvofiq deb hisoblaydilar [2; 16–21-b. 29; 21-25-b. 134; 405-413-b.]. Tana vaznini kamaytirish nafas olish mushaklarining ishini osonlashtiradi, ichki organlarning hajmini kamaytiradi, bu keng va ulkan churralar yuzasidan operatsiyalar paytida juda muhimdir. Ammo, afsuski, vazn yo'qotish bemordan uzoq vaqt va yuqori intizomni talab qiladi. Ijtimoiy sharoitlar har kimga sport, ovqatlanish va kun rejimi bilan shug'ullanishga imkon bermaydi [95; 346-351-b.]. Ko'pincha, amalda bu bemorlarga ozish uchun maslahat ko'pincha faqat maslahat bo'lib qoladi va bemorni operatsiyadan oldin tayyorlashda tana vaznini tuzatish mumkin bo'lganidan ko'ra maqsadga muvofiqdir [95; 346-351-b.].

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra [29; 21-25-b. 61; 149-151-b. 63; 5-9-b. 144; 3-9-b. 166; 1–3-b.], operatsiyadan keyingi va takroriy ventral churralari bo'lgan har qanday tana vazniga ega bemorlar uchun operatsiyadan oldin tayyorgarlikning standart yo'nalishlari 4 asosiy yo'nalishda olib boriladi:

- 1) yo'ldosh terapevtik kasalliklarni aniqlash va korreksiyalash;
- 2) zahiralarini baholash hamda yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarini QBB o'zgarishi va ichki organlarning siljishiga tayyorlash;
- 3) kelajakda takroriy laparotomiyalarni oldini olish uchun bir vaqtning o'zida jarrohlik korreksiyasini talab qiladigan jarrohlik kasalliklarini aniqlash;

4) operatsiyadan oldin qorin old devorining terisini yaxshilab tayyorlash, teri kasalliklarini davolash (maseratsiya, piodermiya).

Operatsiyadan oldin tayyorgarlikdagi ba'zi tadqiqotchilar churraning haqiqiy hajmini aniqlashga e'tibor berishadi. Jumladan, A.S. Yermolov va boshq. [33; 291-294-b. 36; 356-360-b. 37; 84-b.] qorin bo'shlig'i va churra bo'rtishi hajmini ob'ektiv baholash usuli sifatida rentgen kompyuter gernioabdomenometriya usuliga asosli tarzda katta e'tibor qaratishgan. Rentgen kompyuter tomografiyasi yordamida churraning nisbiy hajmi foizda hisoblanadi [37; 84-b.]. Olingan qiymatlar asosida optimal operatsiya usuli tanlanadi. S.M. Antonyuk va boshq. tomonidan xuddi shunday texnika taklif qilingan, lekin magnit-rezonans gernioabdomenometriyadan foydalanilgan [5; 23-26-b.].

Boshqa mualliflar operatsiya davomida kuzatiladigan QBB ko'rsatkichlariga qarab GP usullarini tanlaydilar [44; 697-700-b. 60; 180-183-b.].

Afsuski, qorin bo'shlig'idagi yuqori bosim ("Ab-dominal Compartment Syndrome", AKS) muammosi, uning operatsiya paytida va undan keyin o'zgarishiga mahalliy adabiyotlarda yetarlicha e'tibor berilmagan, ammo QBB ko'rsatkichlari va operatsiya paytida va undan keyin o'zgarishi semizlik bo'lgan bemorlar uchun juda muhimdir [161; 8-13-b. 172; 684-690-b. 173; 363-b. 175; 348-352-b. 179; 26-31-b.]. QBB va TMI o'rtasida sezilarli ijobiy bog'liqlik aniqlangan [1; 38-42-b.]. Ortiqcha vaznli va semizlik bo'lgan bemorlarda QBB ning boshlang'ich qiymati normal tana vazniga ega bemorlarga nisbatan yuqori bo'ladi [135; 69-72-b. 148; 639-644-b.]. Operatsiyadan keyingi erta davrda QBB ni o'lchash reanimatsiya bo'limida davolanayotgan bemorni instrumental baholashning umumiy qabul qilingan usuliga aylanmadi [1; 38-42-b. 111; 98-108-b.].

QBB ni turli darajada oshishi organizm uchun jiddiy, ko‘pincha qaytmas oqibatlariga olib keladi. Turli mualliflarning fikriga ko‘ra, QBB ning oshishi ko‘krak ichi bosimining oshishiga olib keladi va pastki kovak venaning qisilishi tufayli yurakka venoz qon qaytishi kamayadi, yurak-o‘rka va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi [117; 1769-1780-b. 118; 16-19-b. 140; 1375-1380-b. 141; 26-32-b. 143; 322-328-b. 164; 111-117-b.].

A. Kirkpatrik et al. [144; 3-9-b. 170; 173-180-b.] QBB ning 3 darajasini farqlashgan: norma (10 mm sim.ust. va undan kam), baland (10-15 mm sim.ust.) va yuqori (15 mm sim.ust.) va amaliy jarrohlarga ushbu ma’lumotlarga e’tibor qaratishni tavsiya qilishdi. M.Williams va N. Simms bosimni 25 mm sim.ust.dan yuqori qiymatlarda ko‘tarilgan deb hisoblaydilar [179; 26-31-b.].

Boshqa mualliflar [118; 16-19-b. 173; 363-366-b.] QBB ning 15 mm sim.ust. ga oshishi qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti bo‘shlig‘idagi organlarning qon bilan ta’minlanishini sezilarli darajada buzadi va laparotomik jarohatlarning tuzalish sharoitlarini yomonlashtiradi, shuningdek, qorin devorining ishemiyasi va nekroziga olib kelishi mumkin deb hisoblashadi. "Sompartment" sindromi rivojlanishi bilan semizlik bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi dastlabki davrda QBB nazoratining yetishmasligi o‘limga olib kelishi mumkin.

AKS ning klinik ko‘rinishi sust, nospesifik va hali ham shifokorlarga kam ma’lum [1; 38-42-b. 175; 348-352-b.], bu esa ushbu dahshatli asoratga kech tashxis qo‘yilishiga olib keladi. Semirgan bemorlarda AKS ning boshlanishini o‘z vaqtida tan olish ayniqsa qiyin [174; 233-238-b.]. Muayyan davolashsiz AKS ko‘p hollarda o‘limga olib keladi [117; 1769-1780-b. 128; 3163-3183-b. 129; 703-709-b.]. Shuningdek, kechiktirilgan

tashxis yoki yetarli bo'lmagan davolanishda AKS deyarli 100% hollarda o'limga olib keladi [1; 38-42-b.].

Aksariyat tadqiqotchilar qorin bo'shlig'ini dekompressiyalashga qaratilgan jarrohlik aralashuvni davolashning asosiy usuli deb hisoblashadi [117; 1769-1780-b. 129; 703-709-b. 135; 69-72-b. 158; 1915-1922-b. 163; 509-516-b.]. Ammo dekompressiv laparotomiya QBB ning, umumiy periferik qarshilikning keskin pasayishi, gipovolemiya kuchayishi va keng ishemik zonalarning reperfuziyasi tufayli o'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi og'irlashishi va asistoliya bilan asoratlanishi mumkin [159; 1-9-b. 161; 8-13-b.]. Bu yana bir bor AKS oldini olish zarurligiga e'tibor qaratadi, ayniqsa semizlik bo'lgan bemorlarda.

AKS ni erta tashxislashning kaliti – bu shifokorning yuqori darajadagi hushyorligi va uning ko'payishi xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda QBB ni muntazam ravishda (taxminan har 6 soatda) o'lchash [53; 32-37-b. 152; 175-179-b. 154; 172-179-b.]. Oshqozon-ichak trakti dekompressiyasi usullari AKS ning oldini olish va davolashda muhim rol o'ynaydi [1; 38-42-b.]. Operatsiyadan oldin ichakni tayyorlash muhim rol o'ynaydi – to'liq tozalash ichki organlarning hajmini kamaytirishga yordam beradi, laparotomiya paytida manipulyatsiyalarni osonlashtiradi va operatsiyadan keyingi davrda peristaltikani tezda tiklashga yordam beradi [36; 344-b. 114; 31-33-b.].

Ba'zi mualliflar katta ventral churralar yuzasidan operatsiyadan oldin tayyorgarlikning ratsional usullaridan birini progressiv pnevmoperitoneum deb hisoblashadi, shu jumladan ozon-kislota aralashmasini kiritish bilan [1; 38-42-b. 51; 162-b.]. Ularning fikriga ko'ra, u yiringli-septik asoratlar sonini kamaytiradi va organizmning asta-sekin QBB oshishiga moslashishiga yordam beradi.

Boshqa mualliflar [1; 38-42-b. 16; 43-45-b.], shuningdek, churra xaltasida joylashgan organlarni qorin bo'shlig'iga ko'chirishda va qorin devoridagi nuqsonni tikishda QBB ning muqarrar o'sishiga e'tibor berib, QBB oshgan sharoitga moslashish uchun 1-1, 5 oy davomida elastik bandajlardan foydalanishni taklif qilishadi. Ular bemorlar uchun diafragmaning harakatchanligini oshirish orqali ko'krak qafasi ekskursiyasini qisqa muddatli pasayishi sharoitida o'pkaning funksional imkoniyatlarini kengaytirishga qaratilgan LFK kompleksini tayinlash bilan qorin bo'shlig'ini bandaj bilan tortishni tavsiya etadilar.

Ba'zi rus va xorijiy mualliflar QBB oshishi sindromining salbiy va tahdidli oqibatlari haqida bilgan holda, jarohatning qirralarini yaqinlashtirish uchun maxsus ishlab chiqarilgan qurilmalar yordamida QBB ni intraoperativ nazorat qilish ostida churra nuqsonini bartaraf qilishni taklif qilmoqdalar [44; 697-700-b. 166; 1-3-b.]. Bu operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda kardiorespirator kasalliklarning oldini olishga imkon beradi.

Yog' emboliyasi kabi dahshatli asoratlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun A.G. Kirpichev va N.A. Surkov odatda qonda xolesterin va triglitseridlar miqdori yuqoriligi bilan birgalikda giperlipidemiya bo'lgan semizlikli bemorlarga korrektsionalovchi terapiya sifatida almashinish plazmaferez seanslarini o'tkazishlarini taklif qilishadi [50; 136-137-b.].

Ventral churrasi bo'lgan semizlikli bemorlarda doimiy harakatsizlik tufayli trombozga moyillik kuchayadi. Oyoqlarning chuqur tomirlari trombozi (ChTT) va uning natijadagi o'pka emboliyasi (O'ATE) – ko'p kuzatiluvchi va xavfli asoratlar bo'lib, ulara ko'plab jarrohlik bemorlarida yuza beradi [13; 8-9-b. 78; 36-37-b. 126; 85-86-b.]. Ortiqcha vazn va semizlik bilan birgalikda ushbu asoratni rivojlanish xavfi bir necha bor ortadi [106; 26-31-b.]. Ortiqcha tana vazniga ega bemorlarda

tromboembolik asoratlarni bilan kasallanish taxminan 5% ni tashkil etadi va bu holat ushbu bemorlarda o'limning asosiy sababi hisoblanadi [88; 62-65-b.].

ChVT rivojlanishiga olib keluvchi omillar, birinchi navbatda, jarrohlik aralashuvi (jarrohlik agressiyasi qon ivish tizimini faollashtiradi), narkoz (mushak relaksantlari mushak ichidagi venalar dilata chaqiradi va oyoqlarda qon oqishini sekinlashtiradi) hisoblanadi [14; 45-50-b.]. Bir o'tkazilgan bunday tromboz, ayniqsa semirgan bemorlarda, hatto muvaffaqiyatli hal qilingan bo'lsa ham, unutilishi mumkin bo'lgan xavfsiz holat emas. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, chuqur venalar tromboziga uchragan odamlarning 21-34% ida kasallikning residivii rivojlanadi, bu esa 15% hollarda O'ATE ga olib keladi [14; 45-50-b. 78; 36-37-b. 143; 322-328-b.]. O'ATE jarrohlik shifoxonalarida o'lim strukturasida ikkinchi yoki uchinchi o'rinni egallaydi va turli xil operatsiyalarni boshdan kechirgan 38 yoshdan katta bemorlarda o'limning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Oyoqlarning ChVT makkorligi shundaki, u O'ATE rivojlangunga qadar simptomsiz kechishi mumkin [47; 224-228-b.].

Oyoqlarning chuqur tomirlarida qon oqimini tezlashtirish uchun farmakologik vositalar va jismoniy usullarni qo'llash orqali tromboembolik asoratlarni rivojlanish xavfi sezilarli darajada kamaytirish mumkin. Ammo, ushbu turdagi asoratlarni oldini olishning bir qancha mumkin bo'lgan usullari mavjudligiga qaramay, amalda faqat geparin (fraksiyalanmagan yoki past molekular), shuningdek, kamroq darajada dekstranlarni qo'llash bilan faqat medikamentoz profilaktika qilish amalga oshiriladi. Boshqa barcha usullar (aspirin qabul qilish, oyoqlarni bog'lash) bemorlar faollashguncha qo'shimcha hisoblanadi [14; 45-50-b.].

Trombozning oldini olishning optimal usuli, geparinlarni qo'llash bilan birga, bemorlarni imkon qadar tezroq faollashtirishdir. Bu, shuningdek, operatsiyadan keyingi gipostatik pnevmoniyaning profilaktikasi bo'lib xizmat qiladi [93; 148-b.]. Operatsiyadan keyin bemorlarni erta faollashtirish bilan bir qatorda operatsiyadan keyingi davrda asoratlarni kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksi nafas olish mashqlarini, shuningdek, operatsiyadan 30 daqiqa oldin boshlanib, 3-5 kun davom etadigan keng spektrli dorilar bilan antibiotikli profilaktikani o'z ichiga olishi kerak [94; 124 – 127-b.].

Biroq, operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish sohasidagi mavjud o'zgarishlarga qaramay, semizlik bo'lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi normal tana vazniga ega bemorlarga qaraganda ancha yuqori bo'lib qolmoqda [139; 343-347-b. 167; 2293-2297-b.]. Bu shuni ko'rsatadiki, shifokorlar o'rtasida operatsiyadan keyingi asoratlarning xavfi darajasini turlicha baholash, shuningdek, semiz bemorlarning gerniologik jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik ko'rishdagi farqlar mavjud bo'lib, ular ba'zan ko'p asossiz tekshiruvlar va muolajalarni tayinlashdan tortib zarur tavsiyalarning minimal diapazonini e'tiborsiz qoldirishgacha borishi mumkin.

Semizlik bo'lgan bemorlarda gerniologik jarrohlikni rejalashtirilgan tarzda o'tkazish maqsadga muvofiqdir, chunki normal tana vazniga ega bo'lgan bemorlarda rejali jarrohlik paytida o'lim 1% dan oshmaydi, shoshilinch aralashuvlarda esa bu yuqori bo'lib qolmoqda va 12 dan 40% gacha kuzatiladi [69; 70-74-b.]. Semizlik bo'lgan bemorlarda shoshilinch jarrohlik holatlarida o'lim darajasi sezilarli darajada yuqori bo'ladi.

Operatsiyadan oldingi davrda semizlik bo'lgan bemorlarni boshqarishning yagona algoritmi ularning xususiyatlarini hisobga olgan

holda aniqlanmagan, operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olishga alohida e'tibor berilmagan.

Semizlik bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuvni rejalashtirish, operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi erta davrni boshqarish xususiyatlari batafsil ko'rib chiqishni talab qiladi.

Dermatolipektomiya tana konturlarini korreksiyasi sifatida va endokrin organni bir qismini olib tashlash

Semirgan bemorlarda ko'pincha mavjud bo'lgan teri-yog'li fartuk nafaqat kosmetik nuqsondir. Bu holat operatsiyadan keyingi mahalliy asoratlarning yuqori chastotasini keltirib chiqaradi [2; 16–21-b. 21; 109-b. 79; 87-91-b. 99; 63-66-b. 104; 29-32-b.] va qorin bo'shlig'i churralari shakllanishining mustaqil sababidir [10; 137-140-b. 59; 211-217-b. 99; 63-66-b. 115; 88-95-b.]. Uning mavjudligi jismoniy faoliyatni cheklaydi, tananing gigienik parvarishini murakkablashtiradi, terining maseratsiyasiga, piodermiyaga olib keladi, bu noqulaylik va hatto azoblanishni keltirib chiqaradi va hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. "Osilgan qorin" balasti churra hosilasi bilan birgalikda bel og'rig'i, siydikni tuta olmaslik bilan namoyon bo'ladigan o'ziga xos ortostatik sindromga olib kelishi mumkin. Terining osilgan burmalarida, qoida tariqasida, doimiy bichilish, terining maseratsiyasi tufayli limfotromboz, so'ngra terining malignizatsiyasi kuzatiladi [26; 33-36-b.]. Teri-yog'li fartuklarni o'rganish davomida aniqlangan trofik buzilishlar, doimiy yallig'lanish to'qimalarning birlik massasiga kapillyarlar sonining kamayishi va operatsiyadan keyingi yara sohasidagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi bilan izohlanishi mumkin, bu normal tana vazniga ega bo'lgan bemorlarda kamroq uchraydi [33; 291-294-b.].

Churra jarrohligiga qo'yiladigan zamonaviy talablar faqat churra nuqsonini bartaraf etish bilan cheklanmaydi [92; 966-970-b.]. Ventral churralar jarrohligi estetik xarakterdagi muammolarni hal qilishga intilishi maqsadga muvofiqdir. Qorin bo'shlig'ining nuqsonli ko'rinishi insonning xarakteriga ta'sir qiladi, uning shaxsiy hayotiga, kasbiy va ijtimoiy funksiyalariga ta'sir qiladi [21; 109-b.].

XIX-asrning oxiridan boshlab ko'plab jarrohlarning yog' to'qimalarining ortiqcha birikmalarini jarrohlik usuli bilan olib tashlash maqsadga muvofiq degan fikrga amal qila boshladilar [112; 50-53-b. 171; 1598-1607-b. 176; 324-332-b.].

Hozirgi vaqtda dermatolipektomiya (DLE) mustaqil operatsiya sifatida va abdominoplastika bosqichi sifatida plastik jarrohlikda juda keng tarqalgan. Teri-yog' qatlamining keng mobilizatsiyasi aponevroz nuqsoni atrofida to'qimalarning holatini baholash, qo'shimcha churra teshiklari va zaif joylarni aniqlash imkonini beradi [84; 258-264-b.]. Ammo churrani tuzatish bilan bir vaqtda amalga oshiriladigan DLE ga bo'lgan munosabat jarrohlarning orasida bir xil emas. Ko'pchilik semizlik operatsiyadan keyingi churra rivojlanishida asosiy omil ekanligi haqidagi ta'kidga qo'shiladi va faqat bir nechtasi qorin bo'shlig'i churrasini tuzatish paytida teri-yog'li fartukni olib tashlash zarurligini ta'kidlaydi [84; 258-264-b.]. Ba'zi jarrohlarning fikricha OKVCh va semizlik bo'lgan bemorlarda DLE ni qo'llash operatsiyadan keyingi davrni yaxshilaydi, asoratlarning sonini kamaytiradi, darhol va uzoq muddatli yaxshi natijalar beradi [50; 136-137-b. 59; 211-217-b. 84; 258-264-b.]. Aponevrozning yaxlitligi tiklanganda, figuraning silueti yaxshilanadi, semizlikning asosiy sababini bartaraf etmasdan nisbatan qulaylik yaratiladi.

Ammo boshqa nuqtai nazar ham bor. Teri osti yog‘ to‘qimalari har qanday shikastlanishga juda sezgir [142; 89-99-b.], shuning uchun gernioplastika bilan bir vaqtda amalga oshirilgan DLE ga qarshilar o‘z pozitsiyasini mahalliy asoratlari - gematomalar, infeksiya, nekroz chastotasining sezilarli darajada oshishi bilan izohlaydilar [3; 17-20-b. 41; 50-54-b.]. Barcha DLE texnikalarida abdominoplastika bosqichi sifatida teri-yog‘ to‘qimalarining sezilarli ajralishi amalga oshirilishi kerak, bu esa asoratlarga olib keladi [130; 388-397-b.]. Ba’zi mualliflar [8; 140-142-b.] qorin old devorida ortiqcha teri osti yog‘ qatlami bilan birgalikda chandiqlar mavjudligini DLE uchun qarshi ko‘rsatma deb hisoblashadi, chunki bu kesilgan qatlamlarni yetarli darajada qon bilan ta‘minlamaydi va chetki nekrozning paydo bo‘lishi uchun qulay shart-sharoitlarni yaratadi.

Shu bilan birga, boshqalar [134; 405-413-b. 176; 324-332-b.] o‘zlarining tadqiqotlari bilan jarrohlikning boshqa turlari bilan birgalikda qo‘shimcha DLE mahalliy asoratlari sonini ko‘paytirmasligini isbotladilar.

Teri-yog‘ qatlamini mushak aponevroziga yaxshiroq singdirish va moslashtirish uchun chet el jarrohlari biologik yelimdan foydalanadilar, chunki bu chora limforeya xavfini ham kamaytiradi [150; 26-30-b. 177; 938-b.].

Semizlik bo‘lgan bemorlarda abdominoplastikadan keyingi mahalliy asoratlari sonini kamaytirish uchun operatsiyadan oldin qorin old devorining liposaksiyasini [149; 1-6-b.] yoki ketma-ket seksion lipektomiya o‘tkazish tavsiya etiladi [43; 22-b.]. Ehtimol, bu choralar mahalliy asoratlari sonini kamaytirishi mumkin, ammo qorin bo‘shlig‘i churrasi bo‘lgan semirgan bemorlar uchun ular deyarli qo‘llanilmaydi. Har doim churrani qisilish xavfi mavjud, churra qisman teri osti eventeratsiyasi sifatida shakllanishi mumkin va bu choralar texnik jihatdan imkonsiz bo‘ladi.

Hozirgi vaqtda DLE ni bajarish uchun 200 dan ortiq turdagi kesmalar mavjud. Bir qator mualliflar [57; 192-b. 59; 211-217-b. 84; 258-264-b.] "langar shaklidagi" kesmani afzal ko'rishadi, chunki:

1. Ortiqcha osilgan teri qatlami, operatsiyadan keyingi cho'zilgan, qo'pol chandiq bilan katta yog'li massani olib tashlash imkoniyati.

2. Bel atrofini o'nlab santimetrga sezilarli darajada qisqartirgan holda mushak-aponevrotik korsetni yaratish bilan epigastral sohada abdominoplastikani amalga oshirish imkoniyati.

3. Simultant operatsiyani bajarish imkoniyati, masalan, mavjud ko'rsatmalar asosida OKVCh gerniotomiyasi va xolesistektomiya, gerniotomiya va SPV.

Zamonaviy nuqtai nazardan, yog' to'qimasi tananing bir qator fiziologik funksiyalarini tartibga soluvchi mustaqil endokrin organ sifatida qaraladi [73; 12-18-b.]. Bir guruh rossiyalik olimlar tomonidan olib borilgan tajriba jarayonida olib tashlangan yog' to'qimalarining hajmi va lipid spektridagi o'zgarish tabiati o'rtasidagi bog'liqlik aniqlandi [23; 20-31-b.]. 1000 g dan ortiq yog' to'qimasini olib tashlaganda, past zichlikdagi xolesterin darajasining sezilarli darajada pasayishi (ateroskleroz, arterial gipertenziya, YuIK kabi kasalliklarning rivojlanishi va kechishiga ta'sir qiladi) va yuqori zichlikdagi xolesterinning ko'payishi (XS LPV) kuzatiladi. Korrektsiyalovchi operatsiyalar (liposaksiya, DLE) bu borada antiaterogen ta'sirga ega bo'lgan jarrohlik aralashuvlar sifatida ko'rib chiqiladi [23; 20-31-b.].

Yu.V.IIqeglova va boshqalar tomonidan o'tkazilgan quyidagi tadqiqot natijalari e'tiborga molik [113; 86-88-b.]. Kichik hajmli liposaksiya (2 litrgacha yog') yoki DLE leptin darajasining oshishiga olib keladi (ishtahaning pasayishiga va metabolizmning kuchayishiga olib keladigan

gormon). Bu bizga DLE ni ovqatlanish xatti-harakatlarini tartibga solishga ta'sir qiluvchi va ortiqcha vaznli bemorlarda parhez terapiyasini osonlashtiradigan usul sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

DLE ning aniq ijobiy ta'siriga qaramay, zamonaviy adabiyotlarda uning zarurligi yoki foydasizligi uchun mantiqiy tushuntirishlar yo'q, uni churrani kesish bilan birgalikda amalga oshirish uchun hech qanday ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar mavjud emas. Ventral va operatsiyadan keyingi churralarning zamonaviy jarrohligi yuqori texnologiyali tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib, uni jarrohlik yo'li bilan hal qilish bemorning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan estetik komponentga asoslangan bo'lishi kerak [4; 24-26-b.]. Bir vaqtning o'zida DLEni amalga oshirishning afzalliklarini o'rganish va asoslash, uni amalga oshirish uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni aniqlash bizga zarur vazifa bo'lib hisoblanadi.

Gernioplastika usulini tanlash

Semirgan bemorlarda ventral churralarini jarrohlik yo'li bilan davolash muammosi hozirgi vaqtda juda murakkab va dolzarbdir. Laparotomiyadan so'ng qorin bo'shlig'i churrasi chastotasi 3 dan 13% gacha [35; 34-37-b.], morbid semizlikda esa 28% ga yetadi [109] va bu ko'rsatkichlar kamaymaydi [114; 31-33-b.]. TMI 30 kg/m^2 dan ortiq bo'lgan bemorlarda qorin old devori churrasining residivlanish xavfi normal TMI bo'lgan bemorlarga nisbatan 3 baravar ortadi [81; 138-139-b.].

GP ning 200 dan ortiq usullari ma'lum bo'lishiga qaramay, davolash natijalari 4,3-46% oralig'ida o'zgarib turadigan juda yuqori residivlanish darajasi bilan tavsiflanadi [27; 67-72-b. 63; 5-9-b. 79; 87-91-b. 90; 384-386-b. 97; 101-107-b.].

Residivli churralar jarroh uchun birlamchi churralarga qaraganda ancha qiyinroq vazifadir [103; 303-308-b.]. Hozirgacha adabiyotda bunday churralarni davolash bo'yicha yagona qarash mavjud emas [87; 115-117-b.]. Residivli ventral churralarini zamonaviy jarrohligi muammosi churra darvozasini plastikasining turli usullari o'rtasida to'g'ri tanlov qilish qiyinligidadir. Semizlik bo'lgan bemorlarda operatsiyani to'g'ri tanlash yanada muhimroq bo'ladi, chunki keyingi rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlardan va shoshilinch jarrohlik o'limiga olib kelishi mumkin. Ko'pincha jarrohlik texnikasini tanlash jarrohlik maktabi va jarrohning sub'ektiv fikri bilan belgilanadi. Bu ba'zi usullar uchun ko'rsatmalarning asossiz kengayishiga va boshqalar uchun ko'rsatmalarning torayishiga olib keladi [136; 3560-3569-b.].

Hozirgi vaqtda ventral churralarni plastikasining barcha usullarini 3 guruhga bo'lish mumkin: autoplastika (fassial-aponevrotik, mushak-aponevrotik, mushak); protez plastika (biologik va sintetik materiallardan foydalangan holda) va ularning kombinatsiyasi [16; 43-45-b. 85; 138-150-b. 103; 303-308-b.]. Mahalliy to'qimalar bilan plastika usullari orasida Martinov, Napalkov, Sapejko, Meyo, Vishnevskiy usullari ko'proq qo'llaniladi [16; 43-45-b. 66; 57-59-b.]. Ushbu usullarning muhim kamchiliklari qorin old devorining dublikaturasi hosil bo'lganidan keyin kardiorespirator tizimga sezilarli zo'riqish bo'lib, bu boshlang'ich kardiorespiratorli zo'riqishga ega semirgan bemorlarda rivojlanishi mumkin emas [35; 34-37-b. 44; 697-700-b. 60; 180-183-b. 111; 98-108-b.]. Ushbu zo'riqish plastik jarrohlik paytida to'qimalarning keskin tortilishi bilan izohlanadi, chunki semirgan bemorlarda mushaklardagi distrofik jarayonlar mushaklarning qisqarishi va normal cho'zilishi qobiliyatini buzadi [102; 166-167-b.]. Ushbu sabablar, shuningdek, churra teshigi va yaqin atrofdagi

mushak-aponevrotik ramka sohasidagi aniq chandiqli o'zgarishlar, qorin devorining progressiv rigidligi jarrohlik aralashuvi sohasida biriktiruvchi to'qimalarning shakllanishiga sezilarli ta'sir qiladi, uning mustahkamligini kamaytiradi va natijada muqarrar ravishda residivlarga olib keladi [85; 138-150-b. 102; 166-167-b.].

Hozirgi vaqtda protezli texnikalarga bo'lgan munosabat to'liq foydalanishdan [35; 34-37-b.] to'liq amalda qo'llanilmasligigacha o'zgaradi [40; 19-b.]. Faqat davolash tamoyillari to'g'ri tushunilsa amaliyot usulini tanlash va uni mukammal texnik bajarish mumkin [72; 122-129-b.]. OKVCh ni bartaraf qilish uchun yetarli darajada bajarilmagan operatsiya 14% - 54,8% hollarda kasallikning residiviga olib keladi [15; 28-31-b. 30; 29-32-b. 64; 1326-1328-b.]. Qorin old devorini sezilarli darajada deformatsiyalovchi residivlarni bartaraf etish bo'yicha ko'plab takroriy operatsiyalar bemorni nogironligiga olib keladi va unga psixologik travma keltiradi [87; 115-117-b.].

M.Sh. Xakimovning [104; 29-32-b.] tadqiqotlari natijalariga ko'ra, mahalliy to'qimalar bilan plastikadan so'ng churraning residivlanishi normal vaznga ega bo'lgan bemorning tana vazni normadan 60% dan ortiq bo'lgan. Protezli operatsiyalaridan so'ng, churraning residivlanishi kuzatilmagan, shu jumladan tana vazni yuqori bo'lgan 9 bemorda ham. Olingan natijalar semirgan bemorlarda mahalliy to'qimalar bilan gernioplastikaning samaradorligiga shubha tug'dirdi. OKVCh ni jarrohlik davolashda tortishsiz GPdan foydalanish operatsiyadan keyingi erta asoratlarni va residivlarning rivojlanishini minimallashtirishga imkon beradi [22; 109-b. 123; 452-460-b.]. Semizlik bo'lgan bemorlarda tortishsiz GP faqat alloplastik materiallardan foydalangan holda amalga oshirilishi mumkin [133; 99-b.]. Alloplastik materiallardan foydalanish aponevrozni

duplikatura shaklida emas, balki chetiga-cheti plastik jarrohlik amaliyotini amalga oshirishga imkon beradi. Bu, kamroq darajada, QBB ning oshishiga va yurak-qon tomir tizimidagi buzilishlarning rivojlanishiga olib keladi [94; 124 – 127-b.].

Turli yillarda turli mualliflar eksplantlar sifatida turli materiallardan foydalanganlar: qattiq miya pardasi, fassiya, teri, lavsan va kapron to'rlar [19; 37-39-b. 27; 67-72-b. 29; 21-25-b. 46; 34–36-b. 54; 63-b. 62; 43-45-b. 115; 88-95-b. 127; 140-146-b. 145; 249-256-b.]. Bugungi kungacha ko'plab jarrohlar tomonidan qo'llaniladigan Yanov bo'yicha autodermal qatlam bilan plastika usuli eng keng tarqalgan bo'lib qolmoqda. Yanovga ko'ra GPdan foydalanish operatsiyadan keyingi va residivli ventral churrallarini jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalarini yaxshilashga imkon berdi. Residivlanishlar soni 11,6% gacha, ayrim klinikalarda esa 4,6% gacha kamaydi [16; 43-45-b. 76; 82-93-b. 106; 26-31-b.].

Residiv uchun sharoitlar operatsiya davomida "hosil qilinadi" va operatsiyadan keyingi erta davrda amalga oshadi [103; 303-308-b.]. GP dan keyin residivlanishning yuqori foizining asosiy sabablari QBB ning oshishi tufayli chok chizig'i bo'ylab to'qimalarning tortilishi, shuningdek, operatsiyadan keyingi yiringli asoratlardir [72; 122-129-b.]. Zamonaviy protez materiallari "tortishsiz" [153; 69-73-b.] tushunchasiga muvofiqligini ta'minlaydi. Qorin bo'shlig'i devorini plastika qilish uchun protezlardan faol foydalanish bo'yicha yarim asrdan ortiq tajriba polipropilen monofilament to'r materiallarining aniq afzalliklarini ko'rsatdi [34; 44-45-b. 39; 83-b. 121; 61-b. 178; 285-289-b.]. Polipropilen monofilament yuqori chidamlikka ega, biologik inertlik va bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi [34; 44-45-b. 39; 83-b. 121; 61-b. 178; 285-289-b.]. Polipropilen protezlarni to'g'ri qo'llash o'z-o'zidan yarada seromalarning to'planishiga

olib kelmaydi, bu ularni chov churralarida qo'llashning katta tajribasi bilan tasdiqlanadi [64; 1326-1328-b. 96; 23-25-b. 146; 129-133-b.].

Hozirgi vaqtda ko'pchilik jarrohlar qorin old devorini plastika qilish uchun polipropilen protezlardan foydalanishni optimal deb bilishadi [4; 24-26-b. 16; 43-45-b. 49; 34-37-b. 64; 1326-1328-b. 105; 74-76-b. 113; 86-88-b.]. Sintetik materiallar har doim kerakli o'lchamdagi protezni kesishga imkon beradi. Polipropilen mumkin bo'lgan yuqumli asoratlarni rivojlanishiga chidamli. Uzoq muddatli davrda polipropilen protez QBB ta'sirida cho'zilmaydigan mustahkam va elastik biriktiruvchi to'qima qatlamini hosil qilish imkonini beradi va har qanday o'lchamdagi churrani "tortishsiz" bartaraf qilishga imkon beradi, hatto dastlabki nafas olish funksiyasining sezilarli va o'tkir buzilishlari bo'lsa ham [103; 303-308-b. 123; 452-460-b. 146; 129-133-b.]. Polipropilen protezning ushbu xususiyatlari tufayli jarrohlar semirgan va gigant ventral churrasi bo'lgan bemorlarni operatsiya qilish imkoniyatiga ega.

Biroq, hatto yaxshi bajarilgan protezli operatsiya ham kelajakda tana vaznining yanada oshishi bilan samarasiz bo'lishi mumkin. V.A. Zotov va S.G. Shtofin [37; 84-b.] bir bemorni polipropilen protezlar yordamida 5 marta operatsiya qilishgan. Implantning chetida va qorin devorining qo'shni joylarida churraning residivlanishi sodir bo'lgan. Residivlarning sababi progressiv semizlik edi. 5 ta operatsiyadan so'ng bemorga vazn yo'qotish uchun psixokorreksiya dasturi tayinlandi.

Chet ellik mualliflar ventral churralarni jarrohlik davolashda eksplant sifatida polipropilen to'ri qo'llanganda kamchiliklaridan biri qorin bo'shlig'i devoridagi qattqlik (kam harakatlilik) deb hisoblaydilar, bu hayot sifatiga ta'sir qiladi [29; 21-25-b.].

Bob yuzasidan xulosa

Shunday qilib, jarrohlarning orasida ortiqcha vazn va semizlik hamda operatsiyadan keyingi va residivli ventral churrallari bo'lgan bemorlarga jarrohlik aralashuv usuli va hajmini tanlashda hozircha kelishuv mavjud emasligi aniq. Yagona konsepsiyani ishlab chiqishdan tashqari, quyidagi vazifalar ham dolzarbdir: nafaqat semirgan bemorda GP ni residivsiz bajarish, balki estetik komponentni ham e'tiborsiz qoldirmaslik. Shu munosabat bilan ushbu toifadagi bemorlar uchun jarrohlik davolash algoritmlarini optimallashtirish va ishlab chiqish zarur.

Zamonaviy adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, qorin bo'shlig'i churrasi va morbid semizlik bo'lgan bemorlarni davolash muammosi hozirda to'liq tushunilmagan va juda dolzarbdir. III-IV darajali semizlik bo'lgan bemorlarda ventral churrallarini jarrohlik yo'li bilan davolashga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlarga qaramay, qorin old devorining churrasi bo'lgan bemorlarni davolashda kasallikning residivlanishini oldini olish muammosi juda dolzarb bo'lib qolmoqda.

Adabiyot shuni ko'rsatadiki, ventral churrallarini davolash va residivlanishini oldini olish tendensiyasi qorin old devorining mustahkamligini tiklashga, operatsiyadan keyingi davrda jismoniy reabilitatsiyaga va kosmetik ta'sirni amalga oshirishga asoslangan. Shuni hisobga olgan holda, operatsiya usulini tanlash hali ham dolzarb muammodir. Zamonaviy konsepsiya qorin old devorining funksiyasini tiklashni ta'minlaydigan to'rtli implantlar yordamida churra nuqsonini kombinatsiyalangan usullar bilan yopish zarurligini taqozo etadi.

Hozirgacha jarrohlarning uchun asosiy muammo ventral churrasi va morbid semizlik bo'lgan bemorlarni davolashning bevosita natijalarini

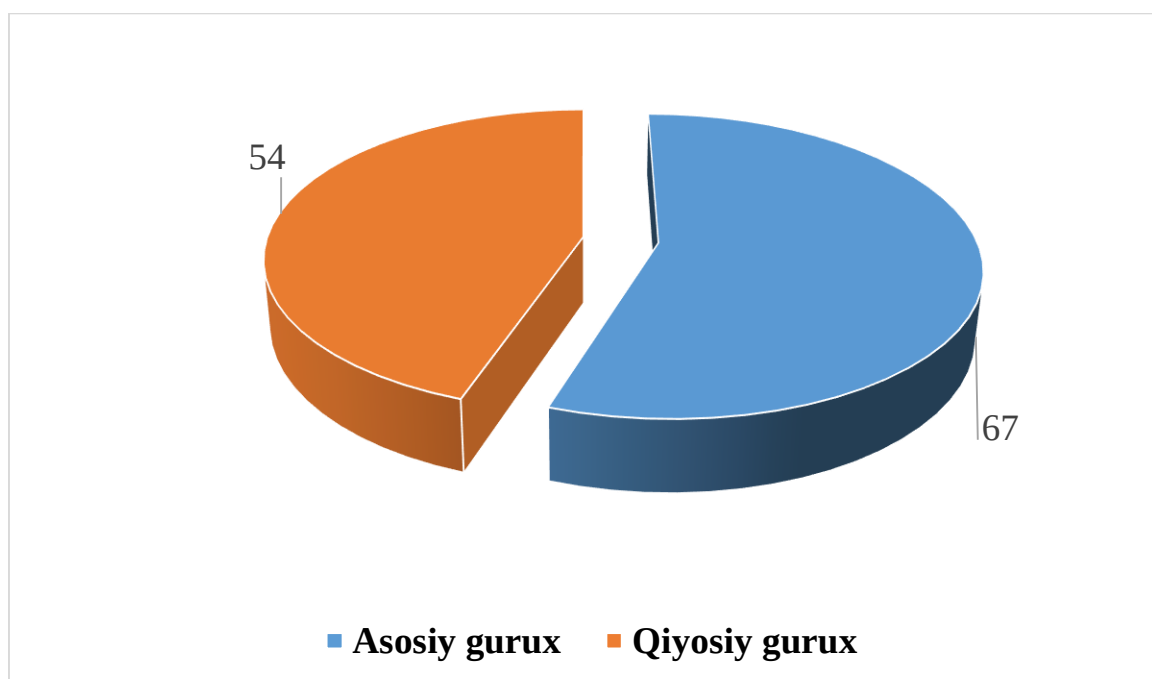
baholashdir. Ventral churra va III-IVdarajali semizlik bo‘ogʻan bemorlarni jarrohlik yo‘li bilan davolash bemorning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatiga har tomonlama ta’sir ko‘rsatadiganligi sababli, uzoq muddatli natijalarni baholash, hayot sifatini tahlil qilish muhimdir.

II-BOB.

KLINIK MATERIAL VA AMALIY TADQIQOT USULLARI

Klinik materialning umumiy tavsifi

Tadqiqot Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-klinikasi xirurgiya bo'limida 2012-2021-yillarda ventra churra va morbid semizlik bilan og'riqan 121 nafar bemorni tekshirish va davolash natijalari asosida olib borildi. Barcha bemorlar rejali operatsiya qilindi va davolash taktikasini tanlashga qarab bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruh, taqqoslash guruhi, qorin bo'shlig'i churrasi va morbid semizlik bilan og'riqan 54 nafar bemordan iborat bo'lib, ular faqat gernaloplastikani o'tkazdilar. Ikkinchi, asosiy guruh 67 bemordan iborat bo'lib, ularda gernioplastika abdominoplastika bilan to'ldirilgan (2.1-rasm).



2.1-rasm. Bemorlarni tadqiqot guruhlariga taqsimlanishi (n=121)

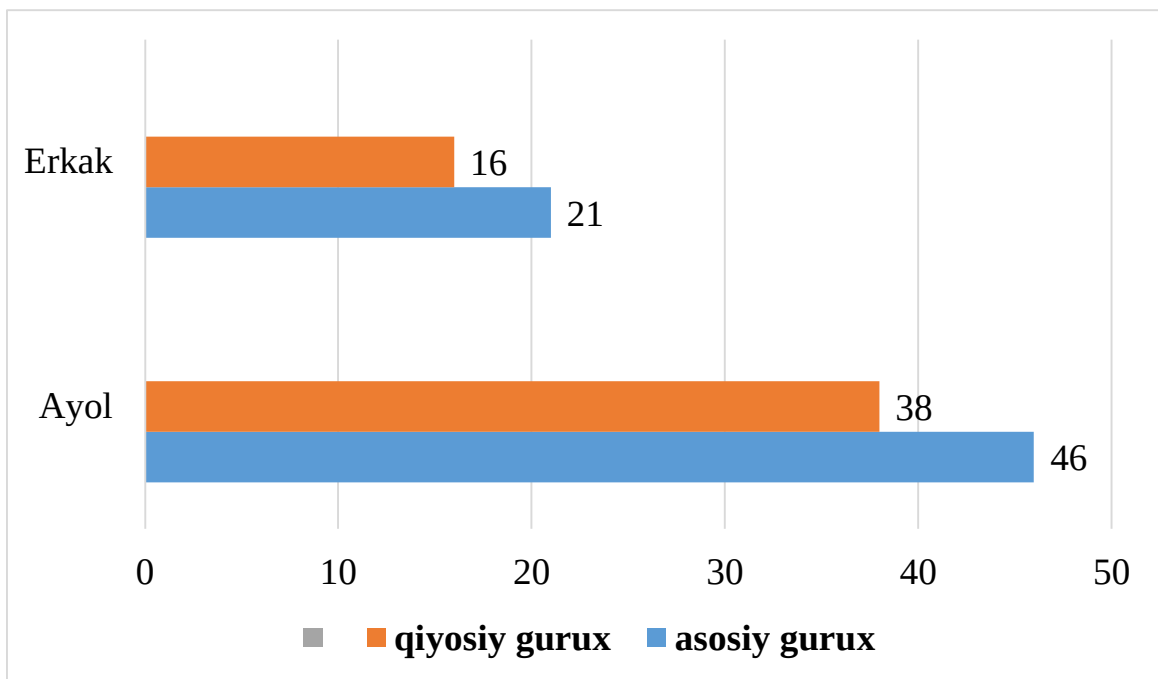
Taqqoslash guruhlarida bemorlarning asosiy farqlash mezonlari bo'yicha taqsimlanishi 2.1 va 2.2. jadvallarda keltirilgan.

2.1-jadval

Bemorlarni guruhlar bo'yicha taqsimlanishi

farq omili	Qiyosiy guruh (n=54)		Asosiy guruh (n=67)	
	abs.	%	abs.	%
Osilgan qorin 3-4 darajasida abdominoplastika uchun ko'rsatmalarni kengaytirish	0	0	67	100,0
Gernioplastika va abdominoplastikani tanlash uchun ishlab chiqilgan algoritmnini qo'llash	0	0	67	100,0
Qorin old devorining plastikasi bosqichida takomillashtirilgan jaroxat kengaytirgichdan foydalanish	11	20,4	67	100,0
Qorin bo'shlig'i old devorining plastikasi bosqichida qorin bo'shlig'i a'zolariga intraoperativ shikastlanishning oldini olish uchun tavsiya etilgan qurilmadan foydalanish	7	12,9	67	100,0
Operatsiyadan keyingi davrda hayot sifatini baholash dasturini qo'llash	39	72,2	51	76,1

121 nafar kasal erkaklardan 37 nafari (30,6%), ayollar 84 nafari (69,4%) (2.3-jadval).



2.2-jadval

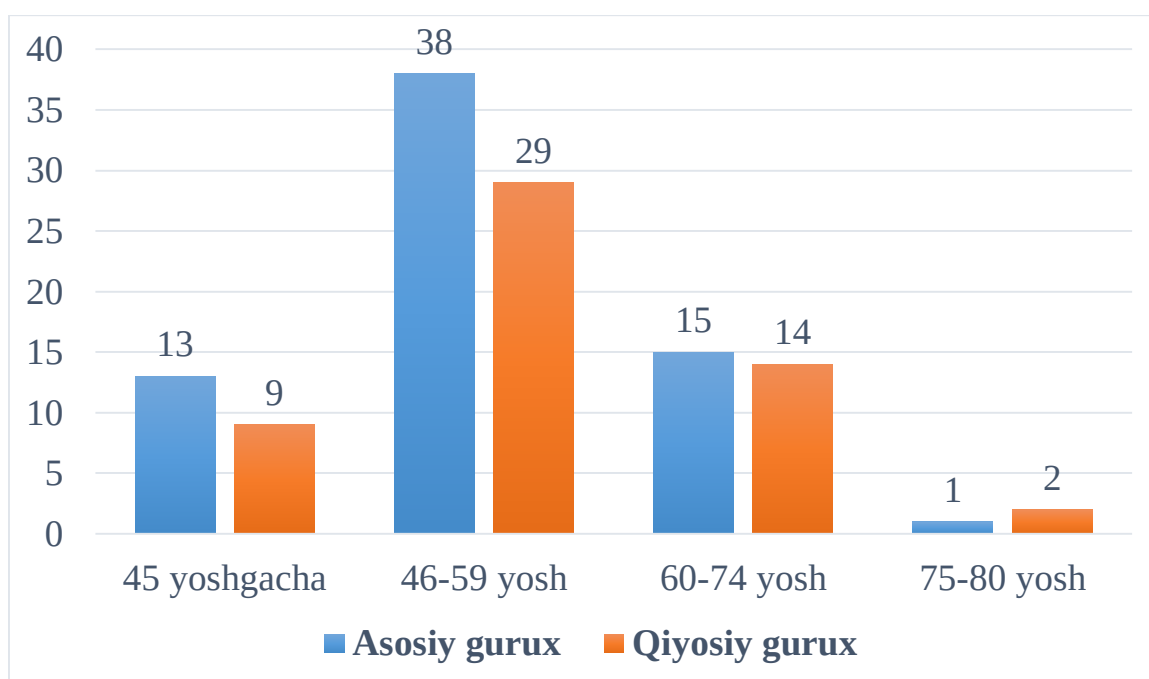
Bemorlarning gernioalloplastik turlari bo'yicha taqsimlanishi

Operatsiya turi	Qiyosiy guruh (n=54)		Asosiy guruh (n=67)		Jami	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Gernioplastikaning taranglashgan usullari	37	68,5	24	35,8	61	50,4
Nuqsonni tikish bilan «onlay» endoprotezini implantatsiya qilish	37	68,5	24	35,8	61	50,4
Gernioplastikaning taranglashmagan usullari	17	31,5	43	64,2	60	49,6
Nuqsonni tikmasdan «onlay» endoprotezni implantatsiya qilish	17	31,5	0	0,0	17	14,0
Nuqsonni tikmasdan «onlay» endoprotezni implantatsiya qilish + abdominoplastika	0	0,0	18	26,9	18	14,9
Endoprotezni nuqsonni tikmasdan «onlay + sublay» kombinatsiyalangan usuli bilan	0	0,0	12	17,9	12	9,9

implantatsiya qilish +abdominoplastika						
Ramires + bo'yicha qorinning to'g'ri muskullari qinini mobilizatsiya qilish bilan nuqsonni tikmasdan «onlay + sublay» kombinatsiyalangan usuli bilan implantatsiya qilish +abdominoplastika	0	0,0	13	19,4	13	10,7
Jami	54	100,0	67	100,0	121	100,0

2.2-rasm. Bemorlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Yosh taqsimoti: 45 yoshgacha - 22 (18,2%), 46-59 yosh - 67 (55,4%), 60-74 yosh - 29 (23,9%), 75-80 yosh - 3 (2,5) % (2.3-rasm).



2.3-rasm. Bemorlarning yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Barcha bemorlar tana vaznini aniqlash bilan antropometriyadan o'tkazildi. Barcha bemorlarda morbid semizlik aniqlandi - oziqlanish

odatlari tufayli, kam jismoniy faollik bilan birga. Ortiqcha vazn JSST ekspertlari tomonidan taklif qilingan tasnifga muvofiq baholandi [45].

Qorin old devorining ptozis darajasiga ko'ra bemorlar A. Matarasso (1989) tasnifi bo'yicha taqsimlangan. Tadqiqot guruhlarida mos ravishda III-IV darajali semizlik bilan kasallangan 34 va 42 bemorda kam va o'rtacha ptozis ((I-II daraja) kuzatildi. III-IV darajali semizlik bilan og'rikan 20 va 25 nafar bemorlarda o'rta va og'ir ptozis (III-IV daraja) qayd etilgan (2.3-jadval).

2.3-jadval.

Bemorlarning abdominoptoz va semizlik darajasi bo'yicha taqsimlanishi

Semizlik	Qiyosiy guruh (n=54)		Asosiy guruh (n=67)		Jami (n=121)	
	Abdominoptoz					
	I-II	III-IV	I-II	III-IV	I-II	III-IV
III-IV	34	20	42	25	76	45

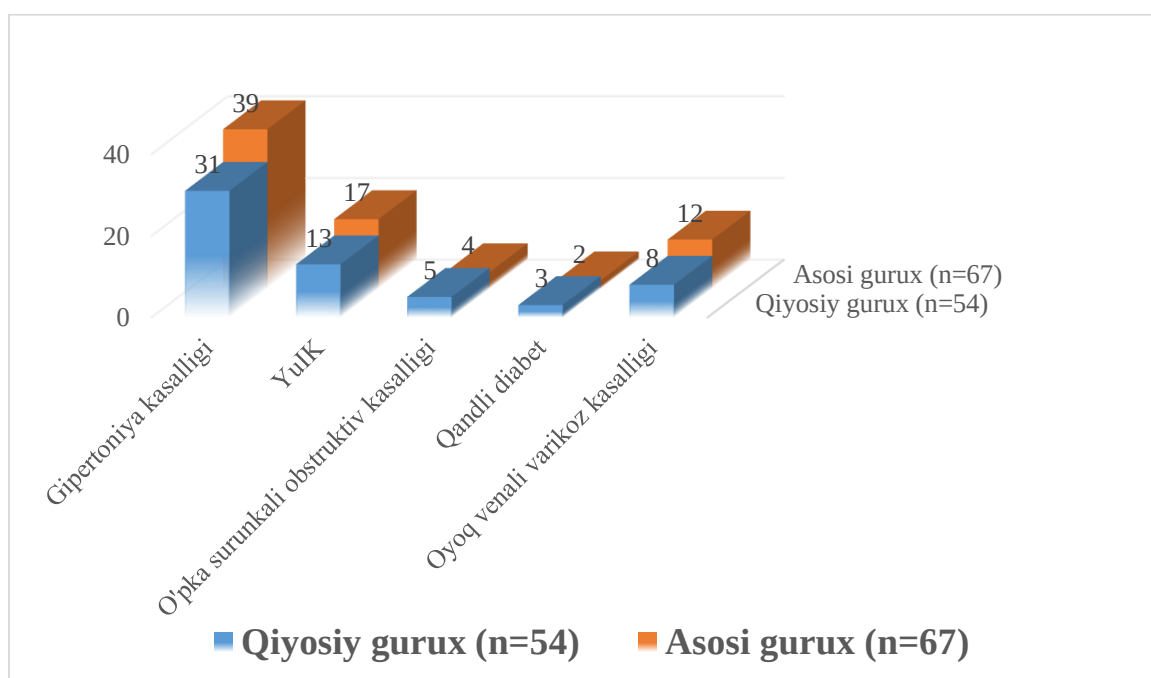
O'rganilgan guruhlarda 69 (57,0%) bemorlarda churraning asoratlanmagan shakllari va 52 (43,0%) to'g'rilanmaslik kabi asoratlar kuzatilgan (2.4-jadval). Bizning kuzatishlarimizda churra qisilishi va churra xaltasining yallig'lanishi kabi asoratlar kuzatilmadi.

2.4-jadval.

Tekshirilayotgan guruhlarda kasallikni klinik kechishiga ko'ra bemorlarni taqsimlanishi

Churra turlari	Группы больных					
	Qiyosiy guruh (n=54)		Asosiy guruh (n=67)		Jami (n=121)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
To'g'rilanadigan	31	57,4%	38	56,7%	69	57,0%
To'g'rilanmaydigan	23	42,6%	29	43,3%	52	43,0%

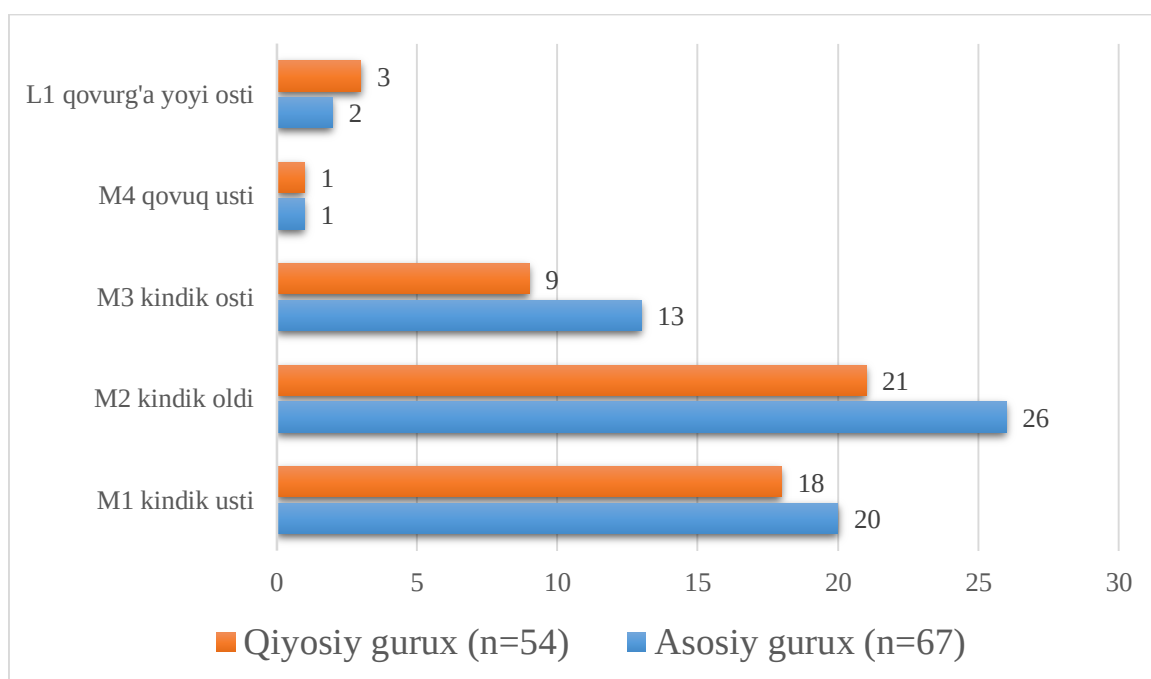
121 nafar bemorning 90 nafarida (74,4%) yoʻldosh kasalliklar aniqlandi. Ulardan 49 nafar bemorda 1 ta, 29 nafar bemorda 2 ta, 12 nafarida 3 ta yoʻldosh kasallik aniqlandi. Yoʻldosh kasalliklar orasida yurak-qon tomir kasalliklari 83,4% hollarda, nafas olish tizimining patologiyasi 22 (10,1%), oyoqlarning varikoz kasalligi 29 (13,4%), qandli diabet 12 (5,5%).) bemorlarda kuzatildi. Oʻrganilayotgan guruhlarda yoʻldosh kasalliklarning chastotasi 2.4-rasmda koʻrsatilgan.



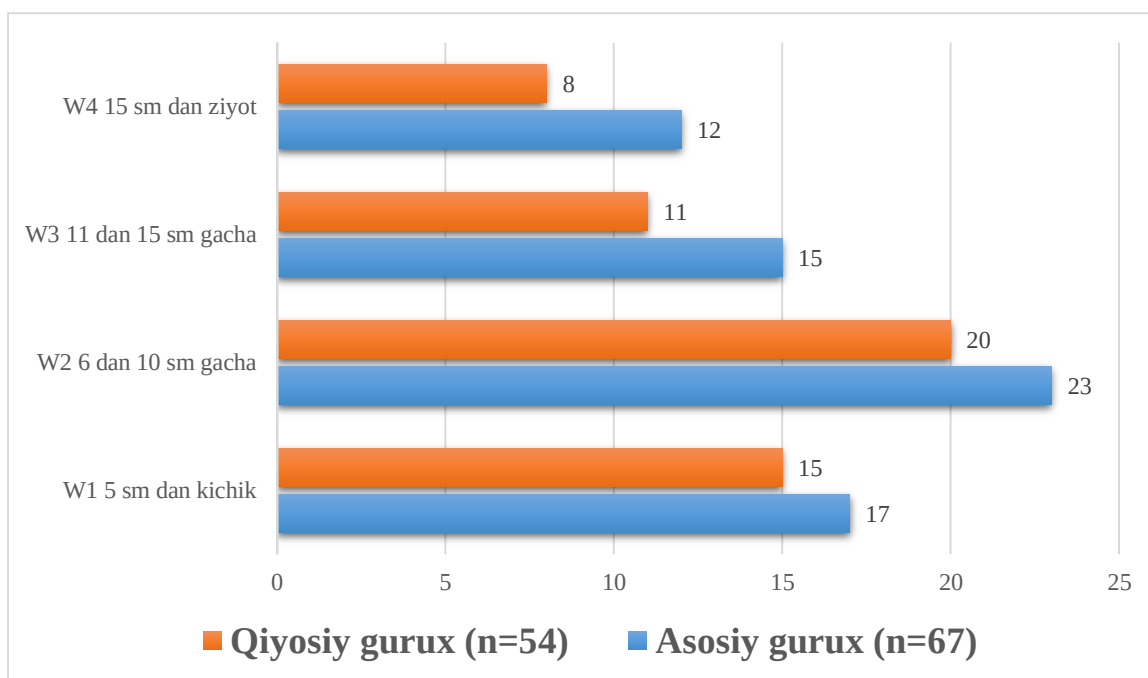
2.4-rasm. Yoʻldosh kasalliklariga koʻra bemorlarni taqsimlanishi

Jarrohlik taktikasini belgilovchi eng muhim omillar churraning joylashishi, defektning kattaligi va anamnezida residivlar mavjudligidir. Chervel J.P. va Rath A.M. tasnifiga koʻra (1999 y) bemorlarning katta qismida (85-70,2%) kindik ustki (M1) va kindik atrofidagi (M2) churralar aniqlandi. Bemorlarning eng kam soni lateral (L) 9 (7,4%) va kombinatsiyalangan (M+L) 3 (2,5%) ventral churralarga ega boʻldi. 46

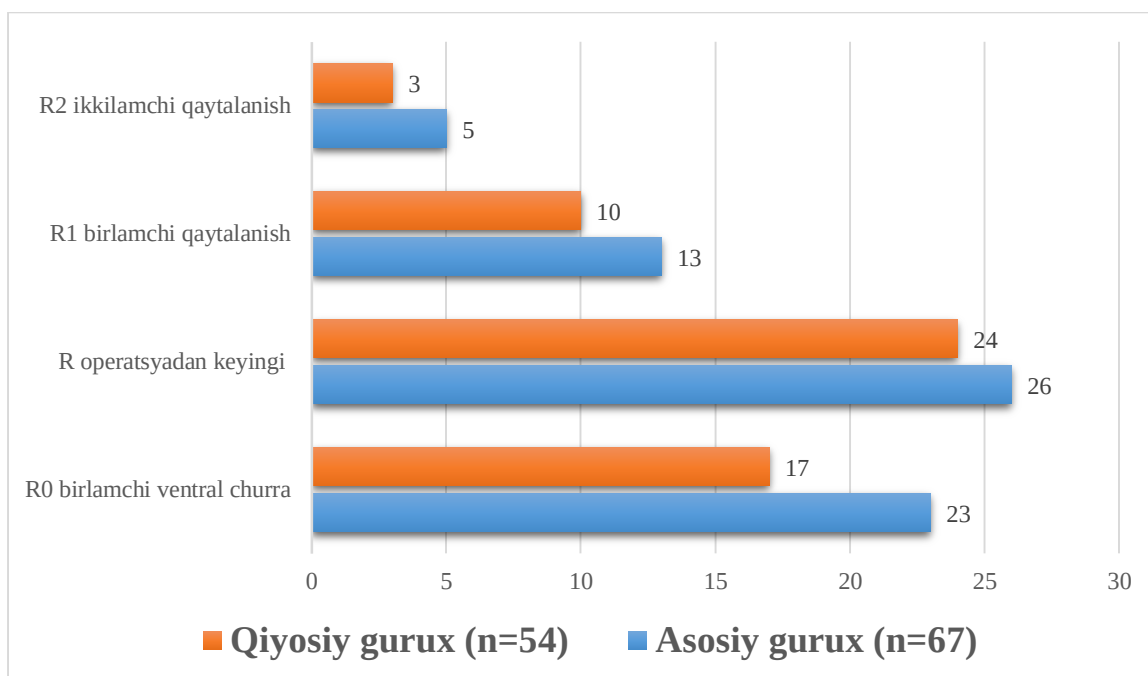
(38,0%) bemorlarda katta (W3) va gigant (W4) churralar rivojlangan. 121 bemordan 40 (33,0%) bemorda birlamchi churra, 50 (41,3%) bemorda operatsiyadan keyingi ventral churra (R0) va 31 (25,6%) bemorda residivli churra (Rn) kuzatildi. Bemorlarda churraning joylashishi, defektning kattaligi va residivlar soni bo'yicha taqsimlanishi 2.5 - 2.7-rasmlarda ko'rsatilgan.



2.5-rasm. Churra defekti joylashishiga ko'ra bemorlarning taqsimlanishi (Chervel J.P. va Rath A.M. tasnifiga ko'ra, 1999 y.)



2.6-rasm. Churra defekti o'lchamiga ko'ra bemorlarning taqsimlanishi (Chervel J.P. va Rath A.M. tasnifiga ko'ra, 1999 y.)



2.7-rasm. Anamnezida residivlar mavjudligiga ko‘ra bemorlarning taqsimlanishi (Chervel J.P. va Rath A.M. tasnifiga ko‘ra, 1999 y.)

Tekshirish usullari: Bemorlarni tekshirish

klirik usul. Ventral churralar qorin old devorining mushak-aponevrotik qatlami defektida og‘riq va dispeptik buzilishlar bilan namoyon bo‘lgan churra o‘simtasining mavjudligi bilan tavsiflanadi, bu esa bemorning jismoniy faolligi va mehnat qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Vertikal va gorizontal holatda (2.8-rasm) tekshiruv vaqtida churra shakllanishining o‘lchami, uning tarkibi, pasayish darajasi, eski operatsiyadan keyingi chandiqlar, ligature oqmalari, maseratsiya va dermatit mavjudligi aniqlandi. Reduktiv ventral churralarda churra teshigining o‘lchami uzunlamasına va ko‘ndalang yo‘nalishda o‘rganildi.



2.8-rasm. Operatsiyadan keyingi ventral churra ($M_3W_3R_1$) va III darajali abdominoptoz bilan og‘rigan 62 yoshli bemor B.ning qorin old devorining ko‘rinishi

Anamnezni yig‘ishda biz churraning davomiyligini, buzilishlar mavjudligini, oldingi operatsiyalarning tabiati va sonini, operatsiyadan keyingi asoratlarning mavjudligini aniqladik.

Barcha bemorlarda antropometriyadan o‘tkazildi, jumladan tana vaznini, bo‘yini o‘lchash, tana massasi indeksini hisoblash kabi kursatkichlar. Churra hajmi Chervel J.P. i Rath A.M. (1998) tasnifiga ko‘ra baholandi.

Ventral churralarni davolashning bevosita natijalari barcha bemorlarda retrospektiv va istiqbolli tarzda o‘rganildi. Operatsiyadan keyingi erta davr kechishining klinik bahosi o‘tkazildi.

Laboratoriya usullari

Barcha bemorlarda umumiy qon (gematologik analizator «Abacus junior «V», Shveysariya) va siydik tekshiruvdan o‘tkazildi, qon guruhi va rezus-omil aniqlandi, Vasserman reaksiyasi, gepatit "V" va "C", OIV infeksiyasi uchun qon tekshiruvlari o‘tkazildi.

Quyidagi biokimyoviy ko‘rsatkichlar aniqlandi: qon umumiy oqsili (ko‘rsatkichlar bo‘yicha - oqsil fraksiyalari), bilirubin, transaminazalar, mochevina, kreatinin, qon elektrolitlari (biokimyoviy analizator «Stat Fax 3300», AQSh).

Qon ivish va ivishga qarshi tizimlar trombotsitlar soni, fibrinogen, xalqaro normallashtirilgan nisbatda, qon ivish vaqti va qon ketish vaqti baholandi; ko‘rsatmalarga ko‘ra, koagulogramma o‘tkazildi.

Qonda glyukoza miqdori barcha bemorlarda aniqlandi, qandli diabet

holatlarida siydik shakar va aseton borligiga qo‘shimcha ravishda tekshirildi va qonda glyukozaning kunlik monitoringi o‘tkazildi.

Instrumental tadqiqot usullari

a) EKG bemorlarda poliklinikada o‘tkazildi. Jarrohlikdan oldin, ko‘rsatmalarga ko‘ra, shifoxonada yurak-qon tomir tizimi yo‘ldosh patologiyasini korreksiyalash uchun medikamentoz terapiya olgan bemorlarda takroriy EKG tekshiruvi o‘tkazildi (elektrokardiograf «EKG-EK- 1T-07»). Tashqi nafas funksiyasi tekshiruvi ambulatoriya sharoitida, ko‘rsatmalarga ko‘ra, W3 va W4 o‘lchamli churralari va og‘ir yurak-qon tomir va o‘pka patologiyalari bo‘lgan bemorlarda qo‘llanildi.

b) *Rentgenologik usul.* Tekshiruvning ambulator bosqichida barcha bemorlarda ko‘krak qafasi organlarining rentgenologik tekshiruvi o‘tkazildi. W3 ventral churrasi bo‘lgan bemorlarda "surunkali" ichak tutilishi holatlarida, ko‘rsatmalarga ko‘ra, oshqozon-ichak traktining rentgenologik tekshiruvi o‘tkazildi (qorin bo‘shlig‘ining oddiy rentgenografiyasi va rentgenokonstrast tekshiruvi). Ko‘rsatmalarga ko‘ra kompyuter tomografiyasi o‘tkazildi (tomograf «TOSHIBA»).

v) *Endoskopik usul.* Quyidagi endoskopik tadqiqotlar o‘tkazildi - fibrogastroduodenoskopiya, rektomanoskopiya, fibrokolonoskopiya. «Olympus» (Yaponiya) kompaniyasining fibrogastroduodenoskoplari va «Pentax» kompaniyasining fibrokolonoskoplari ishlatildi. Endoskopik tekshiruvlar uchun ko‘rsatmalar kasalxonaga yotqizish paytida bemorlarning turli xil dispeptik bzilishlar yuzasidan shikoyatlari bo‘ldi.

g) *Ultratovush usuli.* Operatsiyadan oldingi davrda ambulatoriya sharoitida qorin bo‘shlig‘i organlarining birgalikdagi jarrohlik patologiyasini aniqlash uchun barcha bemorlarda ultratovush tekshiruvi

o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi davrda yara jarayonining borishini baholash va asoratlarni aniqlash uchun ko'rsatmalarga muvofiq ultratovush tekshiruvi qo'llanildi. Aloka-500 va Sim 7000 ICFM CHALL qurilmalari ishlatildi.

d) *Kompyuter gernioabdominometriya (KTGA)* churra teshigining o'lchamini, churra xaltasi tarkibining hajmini aniqlash, aponevrozning yashirin nuqsonlarini aniqlash, qorin bo'shlig'i organlarining yashirin patologiyasini aniqlash, qorin bo'shlig'ining qalinligi va bir xilligini aniqlash, qorin old devorining teri osti yog'i, shuningdek, gernioplastika usulini oldindan aniqlash uchun o'tkazildi. Ushbu usul asosiy guruhdagi 58 (86,6%) bemorda amalga oshirildi.

Tadqiqot davomida mushak aponevrotik to'qimalarining topografiyasini tavsiflash amalga oshirildi: nuqsonning karkasdagi joylashishi, churra qopining o'lchami, darvoza, churra xaltasi devori va uning tarkibi o'rtasidagi biriktiruvchi to'qimalarning yopishishi, shuningdek, to'qimalarning o'zgarishi: ularning tuzilishi, zichligi, qalinligi. Churra o'lchamiga va qorin old devori mushaklarining holatiga qarab, gernioplastika usuli oldindan aniqlandi.

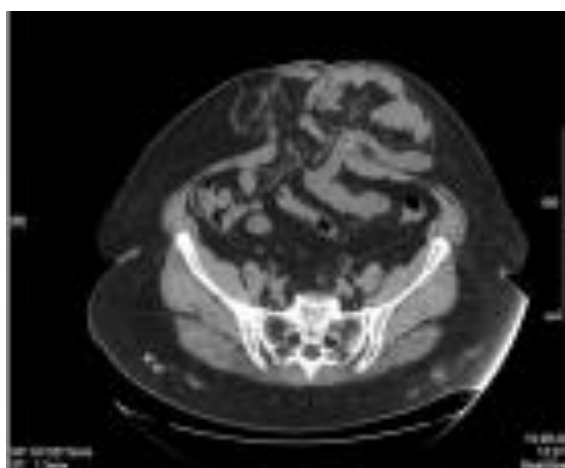
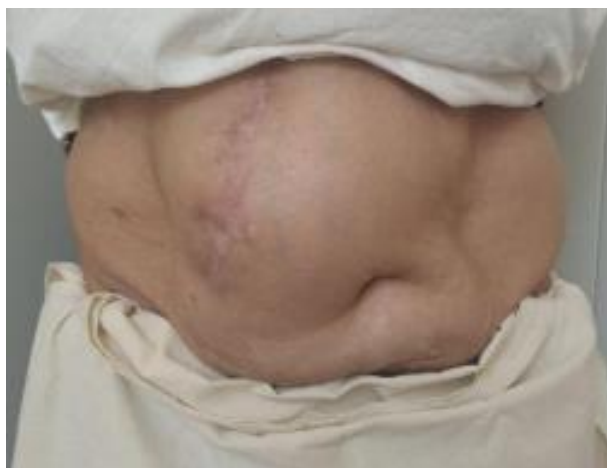
Bemorlar uchun KTGA ni o'tkazishda bemorning holatiga e'tibor qaratildi, bu muhim rol o'ynaydi. Bemorni gorizontal holatda tekshirganda, churraning bo'rtib chiqishi kamayadi va o'rganish uchun imkonsiz bo'lib qoladi, shuning uchun bemor qorin old devorining mushaklarida kuchlanish bilan tik turgan holda tekshiriladi.

KTGA ni o'tkazishda DLE ni bajarish imkoniyatini baholashda qorin old devorining teri osti yog'ining qalinligi va taqsimlanishining bir xilligiga e'tibor qaratildi.

34 bemorda churra chiqishining proeksiyasidagi nuqson ishonchli

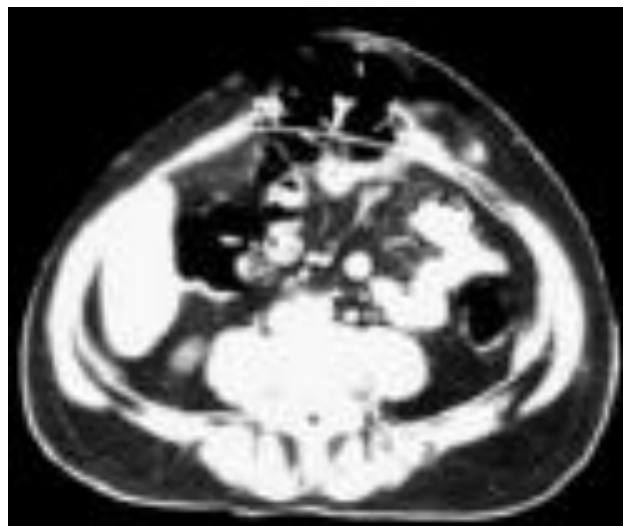
tarzda ko'rsatildi. Ularning uzunligi 50 dan 250 millimetrgacha, kengligi 50 dan 180 millimetrgacha bo'lgan hosilalar edi.

Churra darvozasining proeksiyasida katta charvi elementlari, ingichka ichakning qovuzlog'lari, shuningdek, yo'g'on ichakning eng harakatchan qismlari aniqlangan (2.9-rasm).



2.9-rasm. Operatsiyadan keyingi qorin churra (M2W3R0) bilan og'rikan 56 yoshli bemor P.ning qorin old devorining ko'rinishi va kompyuter gernioabdominometriyasi

Churra xalasining tarkibi va uning devorlari o'rtasida bitishmalar aniqlandi. Qorin old devorining churra halqasi sohasida yupqalashgan, qalinligi ba'zan 3-4 mm ga etgan ($p < 0,05$). Uning asosiy massasi teri va qorin pardaning parietal varag'i bilan ifodalandi (2.10-rasm).

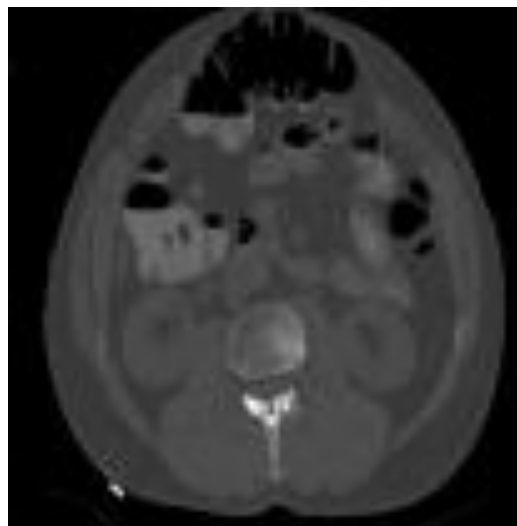


2.10-rasm. Operatsiyadan keyingi ventral churra ($M_2W_2R_0$) bilan ogʻrigan 52 yoshli bemor K.ning qorin old devorining koʻrinishi va kompyuter gernioabdominometriyasi.

Operatsiyadan keyingi ventral churrasi boʻlgan 21 (36,2%) bemorlarda m. rectus abdominis qorin toʻgʻri ichak mushaklari toʻqimalari oʻzgarmaganligi aniqlandi, tuzilishi bir xil, strukturasining zichligi 40-50 NU birlikda, qalinligi bir santimetrdan ortiq, aniq, tekis, oʻzgarmagan konturlar bilan ($r > 0,05$). 37 (63,8%) bemorlarda m. rectus abdominis ning keskin yupqalashishi, toʻqimalarning parchalanish joylari mavjudligi aniqlandi (2.11-rasm) ($r < 0,05$).

Mushak tuzilmalarining zichligidagi diffuz oʻzgarishlar zichlikning 20-30 HU birligigacha pasayishi bilan aniqlandi.

Zichlikning diffuz pasayishi fonida mushak elementlarini biriktiruvchi toʻqima bilan almashtirish joylari ishonchli tarzda aniqlandi ($r < 0,05$) va qorin boʻshligʻi toʻgʻri mushaklarining mushak tolalari guruhlarida oʻrtasida yogʻ toʻqimalarining paydo boʻlishi kuzatildi (2.18, 2.19-rasm) ($r < 0,05$).



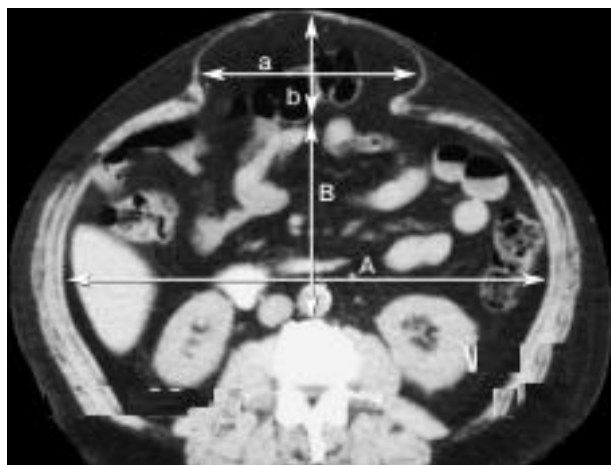
2.11-rasm. Operatsiyadan keyingi ventral churra ($M_2W_3R_0$) bilan ogʻrigan 62 yoshli bemor S.ning qorin old devorining koʻrinishi va kompyuter gernioabdominometriyasi



2.12-rasm. Operatsiyadan keyingi ventral churra ($L1W3R2$) bilan ogʻrigan 54 yoshli bemor G.ning qorin old devorining koʻrinishi va kompyuter gernioabdominometriyasi.

Churra darvozasining oʻlchami $A/2 \times V/2 \times 3,14 = \text{sm}^2$ formulasi boʻyicha baholandi, churra darvozasi ellips sifatida qabul qilindi, bu yerda A - eng katta, V - ellipsning eng kichik diametri. Tos suyagi bilan churra va qorin boʻshligʻining hajmi toʻgʻridan-toʻgʻri KT texnikasi bilan har bir

kesimni kuzatish va ularning natijalarini qo‘shish orqali o‘lchandi. Bir qator mualliflar (Rodrigues A.J., 2003) churra - shar ekanligini taxmin qilganligi sababli, uning hajmi $a \times b \times c \times 0,52 = \text{sm}^3$ formulasi bilan o‘lchangan, bu yerda a, b, c - churraning ko‘ndalang, oldingi-orqa o‘lchamlari va uzunligi (2.13-rasm).



2.13-rasm. Formulaga ko‘ra churra hajmi va qorin bo‘shlig‘ining o‘zgarishi: a – churraning ko‘ndalang o‘lchami, b – churraning oldingi-orqa o‘lchami; A – qorin bo‘shlig‘ining ko‘ndalang o‘lchami, V – qorin bo‘shlig‘ining oldingi-orqa o‘lchami.

Tos suyagi bilan qorin bo‘shlig‘i ovoid sifatida olinganligi sababli, ularning hajmi bir xil formula bo‘yicha hisoblab chiqilgan: $A \times V \times C \times 0,52 = \text{sm}^3$, bu yerda A - qorin bo‘shlig‘ining ko‘ndalang o‘lchami, V – oldingi-orqa o‘lcham, C - qorin bo‘shlig‘ining tos suyagi bilan diafragma gumbazidan to tos bo‘shlig‘i tubigacha bo‘lgan uzunligi. Biz qorin bo‘shlig‘ining oldingi-orqa o‘lchamini aorta bifurkatsiyasi darajasida umurtqaning oldingi chetidan qorin devoriga yoki u bo‘lmasa churra halqasigacha bo‘lgan masofani o‘lchadik. Bundan tashqari, aniqlik uchun qorin bo‘shlig‘i va churraning MPR rekonstruksiya (sagittal yoki frontal) amalga oshirildi.

Churra bo‘rtib chiqishining nisbiy hajmi 5% dan kam bo‘lsa, churra kichik deb hisoblangan, mahalliy to‘qimalar bilan plastika qilish mumkin.

Agar churraning bo‘rtib chiqishining nisbiy hajmi 5,1% dan 14,0% gacha bo‘lsa, bu o‘rtacha churra deb hisoblanadi. Bunday holatlarda qorin

old devori mushaklarining holatiga e'tibor qaratildi, aniq degenerativ o'zgarishlar va diastaz bo'lsa protezlash usuliga ustunlik berildi. Churra bo'rtib chiqishining nisbiy hajmi 14,1% -18% oralig'ida bo'lsa, churra katta deb hisoblangan, tanlov usuli esa protezli plastika, qorin old devorini "korreksiyasi" yoki "rekonstruksiyasi" bo'ldi. Operatsiya usulining yakuniy tanlovi intraoperativ bo'lib, "ma'lumotlarga ko'ra" testining natijalari hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Churra bo'rtib chiqishining nisbiy hajmi 18% yoki undan oshganda churra gigant deb hisoblangan, jarrohlik usuli faqat protezli plastika, ya'ni qorin old devorini korreksiyasi bo'ldi.

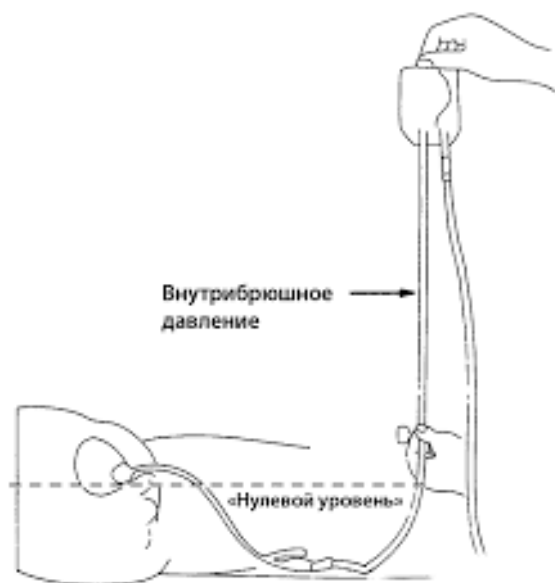
Shunday qilib, KTGA operatsiyadan keyingi ventral churrasi bo'lgan bemorlarda qorin old devori to'qimalarining holatini tashxislashda eng ma'lumotli tekshiruv usuli hisoblanadi. Ushbu texnikadan foydalanish mushak aponevrotik karkas elementlarining topografiyasi va tuzilishining o'zgarishiga ta'sir qilgan ko'rinishning batafsil va aniq tavsifini olish imkonini beradi. Topografiya buzilishining olingan shakllari churraning o'lchamiga qarab bemorni operatsiyadan oldin oqilona tayyorlashga, shuningdek, har bir bemor uchun individual ravishda gernioplastikaning optimal usulini tanlashga imkon beradi.

Semizlik bilan kasallangan bemorlarda dastlab QBB ortadi, chunki bosim quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi: $P=F/S$, bu yerda S - sirt maydoni va F - bu sirtga perpendikulyar qo'llaniladigan kuchlarning yig'indisi. O'z navbatida, kuch quyidagi formula bilan aniqlanadi: $F= mg$, bu yerda g - tortishish koeffitsienti, doimiy qiymat, m - massa, keyin bosim formulasini $P=mg/S$ shaklida ifodalash mumkin. Shunga ko'ra, bosimning kattaligi to'g'ridan-to'g'ri vaznga bog'liq bo'lib, abdominal semirgan bemorlarda ko'p miqdorda visseral yog' bo'ladi. Shuning uchun biz

operatsiyadan oldin ichakni tayyorlashga alohida e'tibor qaratdik, chunki biz buni AKS ning oldini olishda muhim chora deb hisoblaymiz: Operatsiyadan 2-3 kun oldin bemorlarga shlaksiz parhez buyurildi va operatsiya arafasida bemorlarga standart sxema bo'yicha "fortran" tayyorlandi. Agar bemorda og'riq sindromi, shuningdek, ko'p kamerali to'g'rilanmaydigan churra bo'lsa, "fortransdan" va tozalovchi ho'qnalar foydasiga to'xtatildi.

Shuningdek, operatsiyadan oldingi davrda operatsiyadan keyingi elastik bandajning o'lchami tanlandi.

Operatsiya paytida QBB bilvosita siydik pufagidagi bosimni o'lchash orqali kuzatildi. O'lchov jarayoni quyidagicha amalga oshirildi. Qovuqqa Foley kateteri qo'yiladi va u to'liq bo'shatiladi. Keyin siydik pufagiga 50-100 ml steril fiziologik eritma yuboriladi, kateter o'lchov joyidan distal qisqich bilan yopildi va infuzion tizim ulandi. Qov simfizi darajasidan o'lchagich yordamida siydik kateteridagi suyuqlik ustuni o'lchandi. Dastlabki bosim, aponevroz tikilganidan keyin va teri tikilganidan keyin bosim o'lchandi. Odatda, QBB 5-6,5 mm sim. Ust.ni tashkil qiladi. (8,8 sm suv ustuni). QBB darajasi suvning ustunida sm larda o'lchandi, raqamli ma'lumotlarning qiymatlari mm sim.ust.ga o'tkazildi, bunda $R \text{ mm sim.st.} = R \text{ sm suv usi.}/1,36$. QBB 12 mm sim.ust.dan oshshi intraabdominal gipertenziya (IAG) deb hisoblanadi (2.14-rasm).



2.14-rasm. Qorin bo‘shlig‘i bosimini O‘lchash sxemasi (Gain Yu.M. va boshq., 2004 yilga ko‘ra)

QBB oshish darajasini aniqlashda J. Burch (1996) tasnifiga tayandik [113].

J. Burch bo‘yicha “Abdominal kompartment sindrom” tasnifi:

Norma –8 mm sim.ust.

I daraja – KBB 8–11 mm sim.ust.

II daraja – KBB 11–19 mm sim.ust.

III daraja – KBB 19–26 mm sim.ust.

IV daraja – KBB 26 mm sim.ust. va nudan yuqori.

Semizlik bilan og‘rigan bemorlarda gernioplastika va abdominoplastikaga operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning xususiyatlari

Ventral churra va morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarni operatsiyadan oldingi umumiy tayyorgarlikning xususiyatlari

Bemorlarning ko‘pchiligida terapevtik profildagi yo‘ldosh kasalliklari kuzatildi, bu operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning davomiyligi va sifatida hisobga olindi.

Gernioplastika va abdominoplastikaga to'liq tayyorgarlik ko'rish uchun bemorlarni operatsiyadan oldingi tekshirishning zaruriy qismi ularning to'liq jismoniy tekshiruvi bo'lib, u yo'ldosh patologiyaning og'irligini aniqlashga, yashirin infeksiya o'choqlarini aniqlashga, YuIK va boshqa operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlanish xavfini aniqlashga, shuningdek, narkoz va jarrohlik xavfini aniqlashga imkon beradi. Bunday bemorlarni individual ko'rikdan o'tkazish va tekshirish natijalari jarrohlik davolashning optimal usulini tanlashga ta'sir qilishi mumkin. Avvalo, bu yog' almashinuvining buzilishi va polivalent yo'ldosh patologiya mavjud, yuqori xavf ostida bo'lgan bemorlar guruhiga taalluqlidir.

Operatsiya natijasini belgilovchi muhim omillardan biri bu operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatidir. Ma'lumki, churra xaltasi kesilgandan va churra darvozasi plastikasidan so'ng qorin bo'shlig'i bosimi sezilarli darajada oshadi, bu diafragma ekskursiyasining cheklanishiga va tashqi nafas olish funksiyasining va gemodinamikaning buzilishiga olib keladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning aksariyati ichaklarni tayyorlash va yurak va o'pkalarni mashq qilishdan iborat edi. O'z navbatida, yuzaga keladigan o'zgarishlar nafaqat ichak parezining rivojlanishiga, balki o'tkir o'pka-yurak yetishmovchiligiga ham olib kelishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarini qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga moslashtirishga qaratilgan treninglar alohida ahamiyatga ega.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik kardiolog va pulmonolog ishtirokida amalga oshirildi. Umumiy qabul qilingan usullar bo'yicha tashqi nafas olishning quyidagi ko'rsatkichlari o'rganildi: Shtange testi, nafas olish chastotasi (NCh), nafas olish hajmi (NH), daqiqali nafas olish hajmi (DNH), o'pka tiriklik sig'im (O'TS), o'pkaning maksimal ventilyatsiyasi (O'MV).

Operatsiyadan oldingi bosqichda ventral churrasi bo'lgan asosiy guruhning 46 (68,6%) bemorlarida biz takomillashtirilgan pnevmatik kamar-bandaj yordamida qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga o'quv moslashuvini amalga oshirdik (2.15-rasm).



2.15-rasm. Bemor D. 55 yoshda qorin bo'shlig'i bosimini moslashtirish uchun maxsus pnevmatik kamar-bandaj yordamida qorin bo'shlig'ining sun'iy gipertenziyasi.

Havoni haydash orqali kamar-bandajda bosim hosil bo'ladi va kamar-bandajda yaratilgan havo bosimi ko'rsatkichini aniqlash uchun manometrli boshqa naycha qorin old devorining butun yuzasida doimiy va bir xil bosimni ta'minlaydi (20 dan 30 mm sim.ust./sm² gacha). Bandajning tuzilishi tanometrغا o'xshaydi, ammo keng shaklda u morbid semizlik bilan og'rigan bemorning belini to'liq qoplaydi.

Uzoq muddatli (jarrohlikdan oldin 10-30 kun davomida bir necha soatdan bir kungacha) ushbu turdagi pnevmatik bandajlarni ikki qatorli mahkamlagich bilan qo'llash bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda

bo'lishi mumkin qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga o'rgatish imkonini berdi. Bemorlarning hech birida operatsiya oldidan bandajlardan foydalanish natijasida salbiy reaksiyalar (nafas olish funksiyasi va ichak motorikasining o'zgarishi) kuzatilmadi. Bemorlarning qorin old devorida ushbu qo'llanmani doimiy ravishda ishlatish natijasida, hatto semizlik bo'lsa ham, yumshoq to'qimalar ishemiyasi belgilari kuzatilmadi. Bemorlar operatsiyadan keyin 1,5 oydan 6 oygacha shu turdagi bandajlardan foydalanganlar

Tromboembolik asoratlarni oldini olish uchun barcha bemorlarga operatsiyadan 12 soat oldin kechqurun past molekular og'irlikdagi geparinlar (enoksaparin 80 mg) teri ostiga yuborildi va operatsiyadan oldin darhol oyoqlar elastik bint bilan bog'landi. Oshqozon-ichak traktining stressdan kelib chiqqan shikastlanishining rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun proton pompasi ingibitorlari tomir ichiga yuborildi.

Operatsiyadan oldingi bosqichda 121 bemorning 39 tasi (32,2%) anamnezida uzoq vaqt chekish aniqlangan. Umuman olganda, chekish surunkali obstruktiv o'pka kasalligining kuchayishiga hissa qo'shishi haqidagi dalillarni hisobga olgan holda, bemorlarga operatsiyadan taxminan bir hafta oldin chekishdan voz kechishni va keyin chekishni to'xtatishni tavsiya qildik.

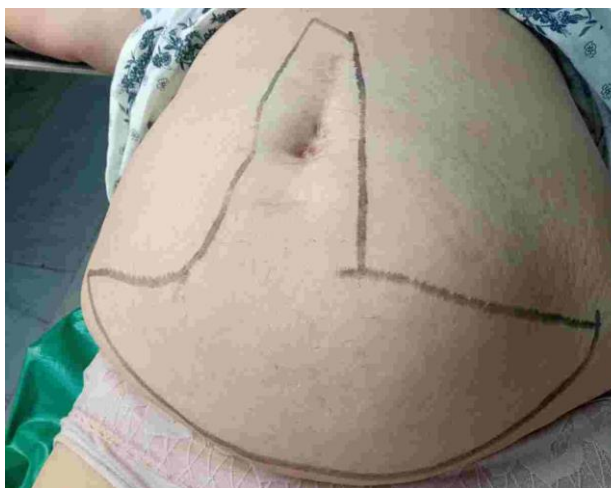
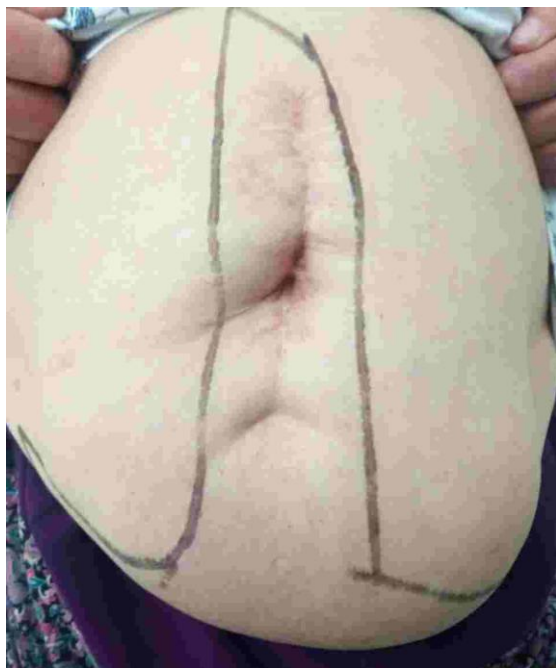
Barcha bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda gaz hosil bo'lishini bartaraf etish uchun zarur bo'lgan standart muolajalar, tozalovchi ho'qna o'tkazildi.

Ventral churra va morbid semizlik bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan oldingi mahalliy tayyorlash xususiyatlari

Bizning fikrimizcha, agar bemorlarda teri yuzasida infeksiya o'choqlari bo'lsa, gernioplastika va abdominoplastikani rejalashtirish va amalga oshirish tavsiya etilmaydi. Yog' almashinuvi buzilgan va teri-yog'li fartuk mavjud bo'lgan bemorlarda umumiy chora-tadbirlar bilan bir qatorda dermatologik kabinet sharoitida (ambulatoriya), teri-yog' burmalari sohasida maseratsiyalar va dermatitning turli ko'rinishlari davolandi. Ushbu bemorlarning terisini himoya qilish uchun mahalliy vositalar keng qo'llanildi.

Operatsiyadan oldingi davrda bemorlar qorin old devorini gigienik davolashdan o'tkazildi. Bevosita operatsiyadan oldin teriga belgi qo'yildi.

Jarrohlik maydonini belgilash uchun asosiy talablar (2.16-rasm) quyidagilardir: to'qimalarni kesish chegaralarini aniqlash, kindikni to'g'ri ko'chirish uchun o'rta chiziqni chizish, qo'shimcha chiziqlar chizishda simmetriyani saqlash uchun qorin old devorining yumshoq to'qimalarini maksimal darajada tushirish (bemor vertikal holatida), teri-yog' qatlamining harakatchanligini (siljishi) individual hisobga olish. Operatsiyadan oldin bemor tik holatida, maxsus marker (flomaster-permanent) yoki qorin bo'shlig'i terisiga kaliy permanganatning 5% eritmasi bilan xanjarsimon o'siqdan qovgacha bo'lgan o'rta chiziqni va qilinadigan kesma chizig'i belgilab olindi. Qorin old devorining ortiqcha to'qimalarini kesish paytida simmetriyani ta'minlash uchun teriga qo'shimcha ravishda yordamchi chiziqlar chizildi: xanjarsimon o'siqdan radial va simmetrik ravishda ajralib chiquvchi kesma bilan qov va yonbosh-choy sohalarigacha yoki o'rta chiziqdan bir xil masofada joylashgan vertikal chiziqlar.



2.16-rasm. Ventral churra va abdominoptoz bilan ogʻrigan bemorlarda operatsiyadan oldingi teri belgilarining variantlari

Qorin old devorining ptozi boʻlsa, qilinadigan gorizonta kesma chizigʻi qovdagi tuklar oʻsish chizigʻidan 1,0-2,0 sm balandlikda, undan yonbosh suyak oʻsiqlari tomon yoysimon yoʻnalishda egilib oʻtkazildi. Taklif etilayotgan kesmaning uzunligi teri-yogʻ ortigʻi ostida joylashgan tabiiy burmaning uzunligiga bogʻliq boʻlib, uning tashqi chegaralari teri-yogʻ burmalari shakllanishining boshlanishiga toʻgʻri keldi.

Shunday qilib, takomillashtirilgan pnevmobandajdan foydalanish morbid semizlik va ventral churrasi bo'lgan bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatini sezilarli darajada yaxshiladi va gernioplastikadan keyin qorin bo'shlig'i gipertenziyasini rivojlanish xavfini kamaytiradi, bemorning ahvolini ertaroq yaxshilashga erishish imkonini beradi. Jarrohlik sohasining terisini tayyorlash - ko'pincha qov usti sohasidagi teri burmasi ostida hosil bo'lgan bichilish, tirnalmalar, yiringli toshmalarni davolash operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasini kamaytiradi.

Olingan tadqiqot natijalariga Pentium-IV shaxsiy kompyuterida Microsoft Office Excel-2016 dasturiy paketi yordamida, jumladan, o'rnatilgan statistik ishlov berish funksiyalaridan foydalangan holda statistik ishlov berildi. Biz o'rganilayotgan ko'rsatkichning arifmetik o'rtacha qiymatini (M), standart og'ish (σ), o'rtacha standart xato (m), nisbiy qiymatlarni (chastota, %) hisoblash bilan variatsion parametrik va parametrik bo'lmagan statistika usullaridan foydalandik. O'rtacha qiymatlarni taqqoslashda olingan o'lchovlarning statistik ahamiyati Styudent mezoni (t) bilan taqsimlanishning normalligini (ekssess mezoni bilan) va umumiy dispersiyalar tengligini (F - Fisher mezoni) tekshirishda xatolik ehtimolini (R) hisoblash bilan aniqlandi. Statistik ahamiyatga ega o'zgarishlar sifatida $R < 0,05$ ishonchlilik darajasi qabul qilindi. Sifat qiymatlari uchun statistik ahamiyat χ^2 –mezon (xi-kvadrat) va z -mezon yordamida quyidagi formula bo'yicha hisoblab chiqilgan:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

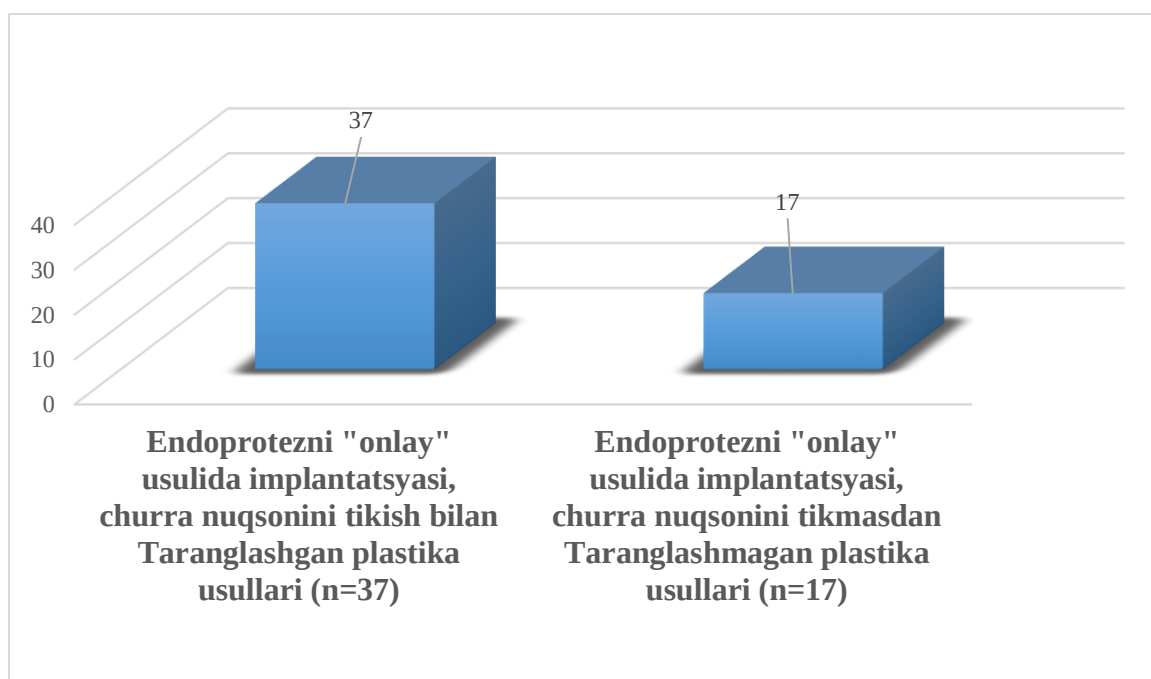
bu yerda $p_1 = \mu_1/n_1$ va $p_2 = \mu_2/n_2$ - solishtiriladigan tajriba chastotalari va $p = (\mu_1 + \mu_2)/(n_1 + n_2)$ - har ikkala guruhda ham belgining o'rtacha paydo bo'lish chastotasi.

III-BOB.

VENTRAL CHURRA VA MORBID SEMIZLIK BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA QO‘SHMA GERNIOALLO- VA ABDOMINOPLASTIKA TAKTIK VA TEXNIK JIHATLARINI OPTIMALLASH TIRISH

Taqqoslash guruhidagi bemorlarda gernioplastikaning texnik jihatlari

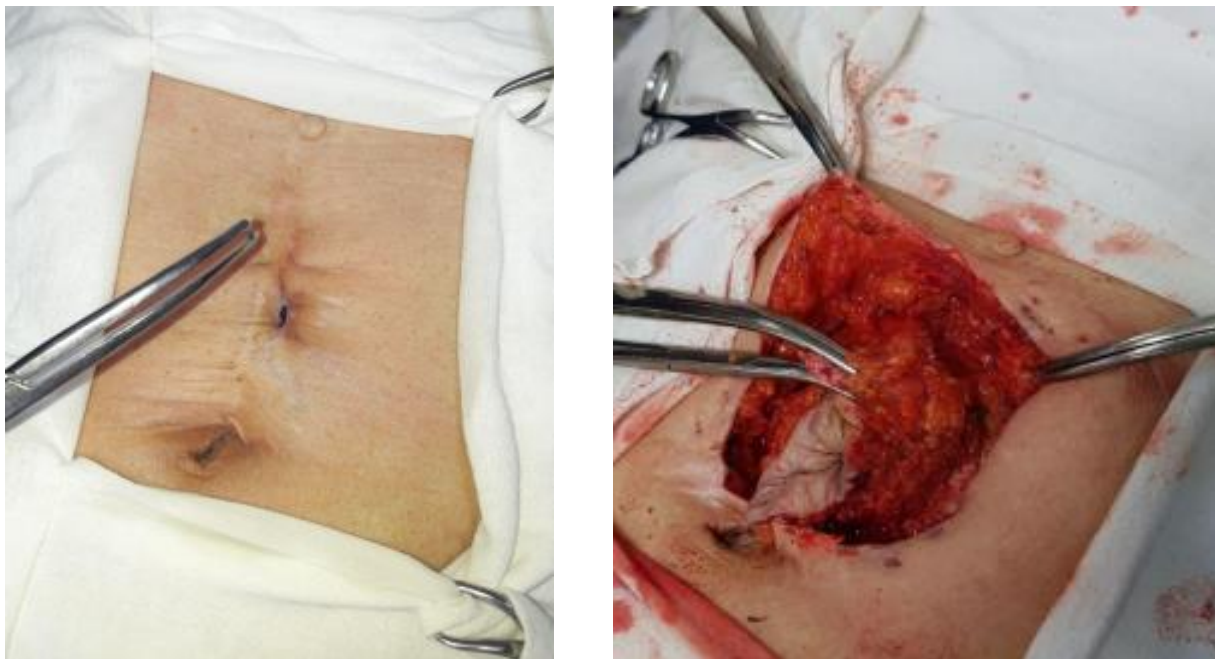
Taqqoslash guruhidagi bemorlar (n=54) churra alloplastikasini 37 (68,5%) bemorda kuchlanish usullaridan foydalangan holda va 17 (31,5%) bemorda kuchlanishsiz usullardan foydalangan holda (3.1-rasm).



3.1-rasm. Taqqoslash guruhidagi bemorlarning gernioplastika turi bo'yicha taqsimlanishi

Agar bemorda operatsiyadan keyingi churra bo'lsa, har doim teri osti yog' to'qimasi o'zgargan operatsiyadan keyingi chandiq bilan kesilgan. Bu

"harakatsiz" infeksiya o'choqlarini (ligatura fistulasi, ligatura) bartaraf qilishga imkon beradi. Bundan tashqari, chandiq to'qimalari, qoida tariqasida, yomon revaskulyarizatsiya qilinadi, bu esa yetarlicha mexanik kuchli operatsiyadan keyingi chandiqni olishni imkonsiz qiladi (3.2-rasm).



3.2-rasm. O'zgargan teri osti yog' kletchatkasiga ega operatsiyadan keyingi chandiqni kesib olish

Churra xaltasi iloji boricha yaxlitligini saqlab qolgan holda asosigacha ajratildi, chunki churra nuqsonini bartaraf etishda xalta to'qimalari kerak bo'lishi mumkin (3.3-rasm).

Churra xaltasi o'rta chiziq bo'ylab ochildi, uning ikkala tomonidagi qorin to'g'ri mushaklari qinining chetlari bilan aloqasi saqlanib qolindi. Keyinchalik, qorin bo'shlig'i organlari tekshirildi, bitishmalar ajratildi (3.4-rasm).



3.3-rasm. Churra defektini bartaraf qilish maqsadida to‘qimalar butunligini saqlagan holda churra xaltachasini ajratib olish



3.4-rasm. Churra xaltachasi va tarkibi o‘rtasidagi bitishmalarni kesish

Churra xaltasi o‘rta chiziq bo‘ylab ochilib, ikkala tomonning qorin to‘g‘ri mushagiining qini bilan bog‘lanishini saqlab qoldi. Keyinchalik qorin bo‘shlig‘i organlari tekshirildi, bitishmalar ajratildi (3.5-rasm).



3.5-rasm. Katta charvining chandiqli o'zgargan joylarini kesib olish

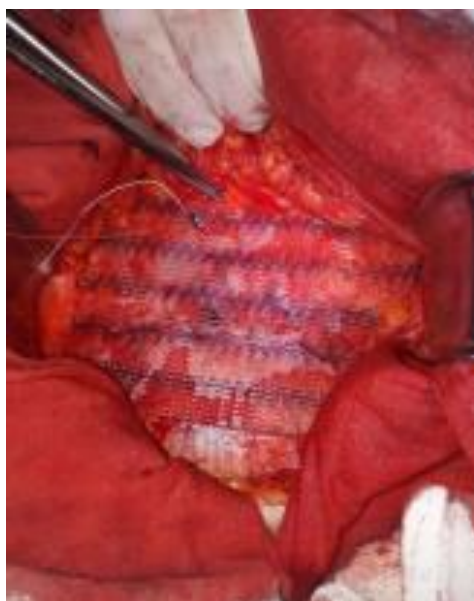
Intraoperativ test "birlashtirish" o'tkazildi. Qorin to'g'ri mushaklari aponevrozining chetlariga qo'yilgan qisqichlar yordamida yaraning chetlari 3 minut davomida birlashtirilib, QBB o'zgarishi kuzatildi (4.6-rasm). Agar churra tarkibi qorin bo'shlig'iga erkin tushsa, QBB biroz o'zgargan va uning qiymati 12 mm sim.ust. dan oshmasa, spinal anesteziyada nafas olishda noqulaylik bo'lmasa yoki endotraxeal narkozda ingalyatsiyaga qarshilik bo'lmasa, QBB oshishi belgilari bo'lmasa (hansirash, yurak urish tezligining oshishi, gipotenziya), keyin bemorga churra nuqsoni hajmiga qarab mahalliy to'qimalar yoki polipropilen implantlari yordamida qorin old devorida plastik jarrohlik amaliyoti o'tkazildi.

QBB ko'rsatkichi raqamlarining o'zgarishi ko'p bo'lsa (uning qiymati 12 mm sim. ust. dan oshib ketganda, nafas olish tezligi dastlabki qiymatlardan 30% yoki undan ko'proq oshishi, saturatsiya 8-10% ga kamaysa, yurak urish tezligining oshishi, qon bosimi tushishi), bemorga churra nuqsonini tikmasdan endoprotez "onlay" implantatsiyasi bilan tortishsiz gernioplastika o'tkazildi.

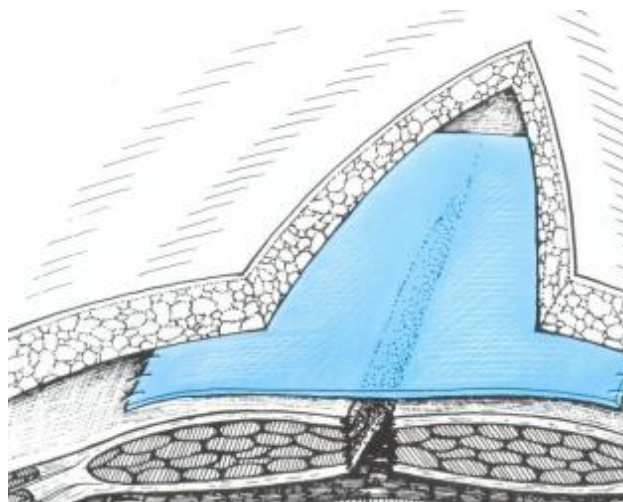


3.6-rasm. Churra nuqsoni chetlarini “birlashtirish” orqali sinab ko‘rish

Churra nuqsonni tikish bilan endoprotezni "onlay" implantatsiya qilishda churra darvozasi transplantatni autoplastika ustiga tikish orqali mustahkamlandi. Churra nuqsonning qirralari zich birlashguncha yoki dublikatura choklar bilan tikildi. Keyin mushak-aponevrotik qatlamning old yuzasi teri osti to‘qimasidan chok chizig‘idan har ikki yo‘nalishda 8-10 sm masofada ajratildi va transplantat tugunli choklar bilan aponevroz ustiga tikildi (3.7-rasm). Endoprotezni «onlay» nuqsonni tikmasdan implantatsiya taktikalar quyidagicha olib borildi. Churra xaltasi va churra darvozasi ajratilgandan so‘ng, aponevroz ajratildi. Keyinchalik, har tomondan churra darvozasidan 4-5 sm kattaroq polipropilen implant kesildi. Churra xaltasi qorin bo‘shlig‘iga kiritiladi, churra darvozasining perimetri bo‘ylab implant qo‘yiladi va polipropilen ip (diametri № 0 yoki 1) bilan tugunli choklar bilan aponevrozga tikiladi (3.8-rasm).

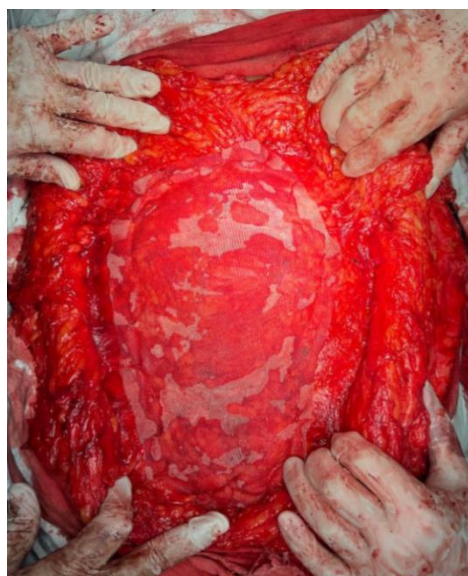


a.

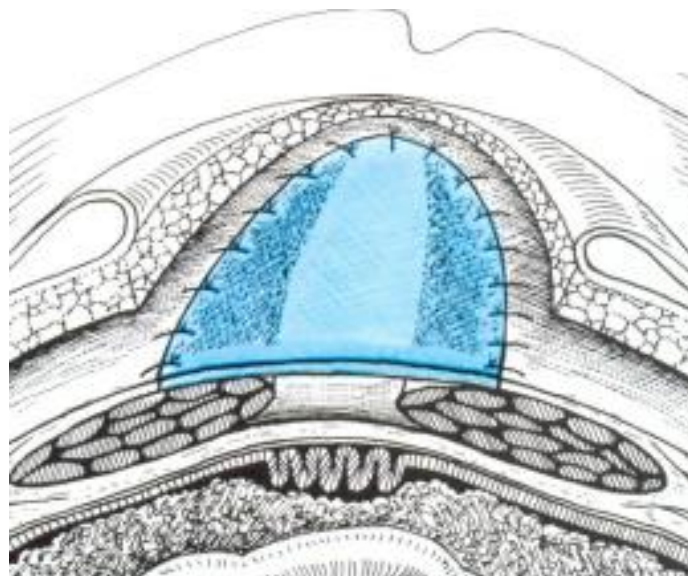


b.

3.7-rasm. a. implantni churra nuqsonini tiklashdan keyin mushak-aponevrotik qatlam oldida joylashtirish, b. operatsiya bosqichining sxematik tasviri.



a.



b.

3.8-rasm. a. implantni mushak-aponevrotik qatlam oldida "taranglashmagan" plastika usulida joylashtirish, b. operatsiya bosqichining sxematik tasviri

Protezni fiksatsiyasi tugagandan so'ng, jarohat antiseptik eritmalar bilan yuviladi, atrofdagi teriga ishlov beriladi va jarohat qatlamlar bilan tikiladi.

To'r ustidagi va aponevroz ustidagi bo'shliq teshikli drenaj bilan drenajlandi. Katta va gigant churralar bo'lgan bemorlarda Redon bo'yicha faol aspiratsiya o'tkazildi. Drenajlar orqali ajralma miqdori kuniga 30-50 ml gacha kamayganda olib tashlandi. Bu odatda 3-5 kun ichida amalga oshirildi.

Klinik misol 1.

Bemor X., 50 yoshda, KTN^o 3298/276 Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-klinikasi xirurgiya bo'limiga 2015-yil 3-mart kuni qorin bo'shlig'ining kindikdan yuqori bo'lgan oq chizig'i bo'ylab churraning chiqib ketishi, ba'zida shishishi, jismoniy mashqlar paytida og'riq paydo bo'lishi shikoyatlari bilan yotqizilgan.

Anamnezdan: 8 yil oldin churra hosilasi paydo bo'lgan, buning yuzasidan 2011 yilda yashash joyida gernioalloplastika o'tkazilgan, bir yildan keyin residivlangan. Churra asta-sekin kattalashib borgan. Tik holatda paypaslanganda qorin old devorida qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, kindikdan yuqorida churrasi hosilasi paypaslanadi, yumshoq-elastik konsistensiyali, 12×10 sm, og'riqsiz, gorizontal holatda paypaslanganda. qisman qorin bo'shlig'iga kiradi, churra darvozasining o'lchami aniqlanmaydi. Qabul qilingandagi ahvoli qoniqarli, III darajali semizlik bor. Puls 80 zarba/min, ritmik, qoniqarli to'liqlikda. Qon bosimi 160/100 mm sim.ust. Qorin teri osti yog' qatlamining ko'payishi tufayli katta. (3.9-rasm).).

Klinik tashxis: to'g'riylanmaydigan residivli ventral churra (W₂, M₁, R₁). Semirib ketish III daraja. 2015 yil 9 martda 6 kun davomida operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan so'ng bemorga operatsiya o'tkazildi: Gerniolaparotomiya. gernioalloplastika nuqsonni tikish bilan endoprotezni "on lay" implantatsiyasi.



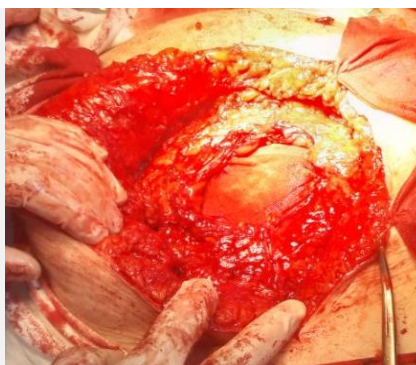
A.



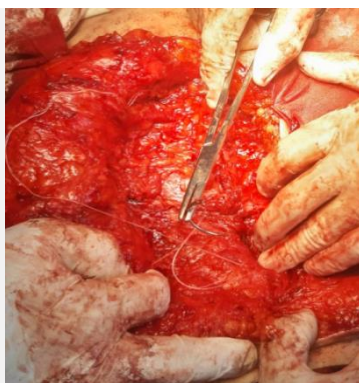
B.

3.9-rasm. Old (A) va lateral (B) proektsiyalarda operatsiyadan oldin bemorning ko‘rinishi

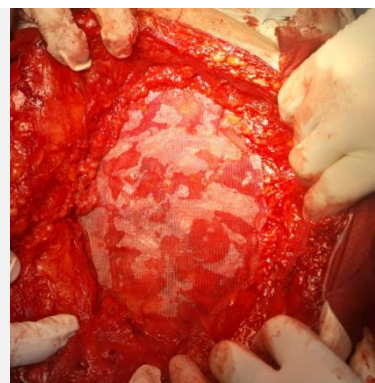
Jarrohlik maydoniga qayta ishlov berilgandan so‘ng, churra xaltasi ajratildi, xaltani ochgandan so‘ng katta charvining o‘zgargan qismi rezeksiya qilindi. Churra nuqsonning diametri 10×8 sm, churra nuqsoni qirralarini dastlabki "birlashtirish" dan so‘ng, QBBning oshishi belgilari kuzatilmadi va shuning uchun churra nuqsoni autoto‘qimalar bilan tikildi, so‘ngra endoprotez "on lay" fiksatsiya qilindi. (3.10-rasm).



A.



B.



V.

3.10-rasm. Bemor X.ni operatsiyasi bosqichlari: A – churra nuqsoni; B – churra nuqsonini autoto‘qimalar bilan tikish; V – endoprotezni «on lay»usulida fiksatsiyasi

Redon bo‘yicha to‘r usti sohasini drenajlashdan so‘ng dermatolipidektomiyasiz teriga tugunli choklar qo‘yildi (3.11-rasm).



3.11-rasm. Abdominoplastikasiz gernioalloplastikaning yakuniy ko‘rinishi

Operatsiyadan keyingi davrda Redon drenaj trubkasi orqali kuniga 50 ml gacha seroz suyuqlik ajraldi. 10-kuni nazorat ultratovush tekshiruvida operatsiya sohasida suyuqlik to‘planishi aniqlandi. Bemorning tana harorati normal. Bemorga operatsiyadan keyingi 10-kuni drenaj trubkasi bilan javob berildi. Teri choklari 8-10-kuni olib tashlandi. 15-kuni ikkinchi ambulator tekshiruvda drenaj trubkasidan ajralma kuzatilmadi va nazorat ultratovush tekshiruvi o‘tkazildi, unda teri ostida suyuqlik to‘planishi aniqlanmadi. Shunga ko‘ra drenaj trubkasi olib tashlandi.

Bemorni 2 yildan keyin tekshirganda. Operatsiyadan keyingi chandiqning yuqori uchdan bir qismida 4×3 sm o‘lchamdagi churra o‘simtasi aniqlandi. So‘rovnomaga ko‘ra operatsiya natijasi qoniqarsiz deb baholangan. Bemor oxirgi operatsiyadan 2 yil o‘tib qayta operatsiya qilindi.

Asosiy tadqiqot guruhidagi bemorlarda gernioplastikaning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish

Asosiy guruhda optimal gernioplastikani tanlash differensiallashgan tarzda amalga oshirildi. Buning uchun operatsiyadan keyingi churralarining residivlanishi uchun xavf omillarini miqdoriy baholash dasturi ishlab chiqildi (3.12-rasm).

ПРОГРАММА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВОВ И ВЫБОРА ТАКТИКИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Состояние брюшной стенки по данным УЗИ и КТ ☐ норма ☐ слабость легкой степени ☒ слабость тяжелой степени	Физическая нагрузка ☐ отсутствует ☐ умеренная нагрузка ☒ тяжелая нагрузка
Размеры грыжевых ворот ☐ до 5 см ☐ 11-15 см ☐ 6-15 см ☒ более 15 см	Функциональное состояние дыхательной системы ☐ нарушений нет ☐ периодическое затруднение дыхания ☒ хроническая дыхательная недостаточность
Вес (индекс массы тела) ☐ норма ☐ ожирение I-II степени ☒ ожирение III степени	Функциональное состояние пищеварительной системы ☐ нарушений нет ☐ периодические запоры ☒ постоянные запоры
Возраст (в годах) ☐ 25-44 ☐ 60-74 ☐ 45-59 ☒ 75-90	Функциональное состояние мочевыделительной системы ☐ нарушений нет ☐ периодическое затруднение мочеиспускания ☒ постоянное затруднение мочеиспускания
Давность возникновения грыжи ☐ до 1 года ☐ от 1 года до 3х лет ☒ более 3х лет	Выраженность спаечного процесса ☐ нет спаечного процесса ☐ спайки между грыжевым мешком ☒ спайки брюшной полости
Вид рекомендуемой пластики: Не натяжная аллопластика с мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez	Баллы: 22 Расчет Выход

3.12-rasm. Morbid semizlik va ventral churra bilan xastalangan bemorlarni jarrohlik davolash taktikasini tanlash dasturining interfeysi

Tekshirilayotgan bemorlarda qorin devorining anatomik va funksional holatini klinik va kompyuter gernoabdominometriyasi asosida, shuningdek, churra darvozasining kattaligi, bemor yoshi, nafas olish tizimining funksional holati, ovqat hazm qilish va siydik ajratish tizimining funksional holatini, jismoniy faollik, semizlik hisobga olgan holda ishlab chiqilgan dastur morbid semizlik bo'lgan bemorlarda ventral churralarni davolash uchun taktikani tanlashni optimallashtirish imkonini beradi.

Davolash natijalariga ta'sir etuvchi ushbu omillar ballik tizimda baholandi (EHM uchun dasturni davlat ro'yxatidan o'tkazilganligi to'g'risidagi DGU № 10983-sonli guvohnoma, O'zbekiston Respublikasi

Intellektual mulk agentligi – 2021). Asosiy guruhning bemorlari dastur natijalariga ko‘ra 4 ta kichik guruhga bo‘lingan.

1-kichik guruhdagi bemorlarda umumiy balli 5 ballgacha (4.1-jadval), shuningdek, kompyuter gernioabdominometriyasi (3.13-rasm) bo‘yicha churra darvozasi diametri 5 sm dan kichik bo‘lgan bemorlarga nuqsonni tikish bilan endoprotezni «onlay» implantatsiyasi o‘tkazildi (3.14-rasm). Bu guruh, kichik nuqsonlari bo‘lgan 24 (35,8%) bemorlardan iborat bo‘ldi. Mavjud semizlik va abdominoptoz tufayli ushbu kichik guruhdagi barcha bemorlarda abdominoplastika o‘tkazildi.

2-kichik guruhda 6 dan 10 gacha ball bilan, KTGA ma’lumotlarini hisobga olgan holda churra teshigining diametri 10 sm gacha (4.16-rasm) va operatsiyadan keyingi davrning kechishiga ta’sir qiluvchi to‘qimalarning tortilish xavfi, konstitutsiyaviy xususiyatlarni hisobga olgan holda biz tortishsiz plastikani o‘tkazdik. Qorin bo‘shlig‘i hajmini oshirish, AKS rivojlanishining oldini olish uchun qorin bo‘shlig‘ini churra xaltasi kesmasi bilan chegaralagandan so‘ng, qorin old devorini aponevrozga tikmasdan to‘r qo‘yish orqali plastika o‘tkazildi (4.17-rasm).



**3.13-rasm. Bemor P. 59
yosh, KTN^o3754/296,
KTGA**



**3.14-rasm. nuqsonni tikish bilan
endoprotezini «onlay» usulida
implantatsiyasi**



Endoprotez P-simon choklar bilan fiksatsiyalandi. Bu choklar qorin bo'shlig'ini churra xaltasining kesmasi bilan yopishdan oldin qo'yiladi, ular qorin pardasigacha mushak-aponevrotik devorining barcha qatlamlarini ushlab turadi.



**3.15-rasm. Bemor R. 49
yosh, KTGA**



**3.16-rasm. Nuqsonni tikmasdan
endoprotezni endoprotezini «onlay» usulida
implantatsiyasi**

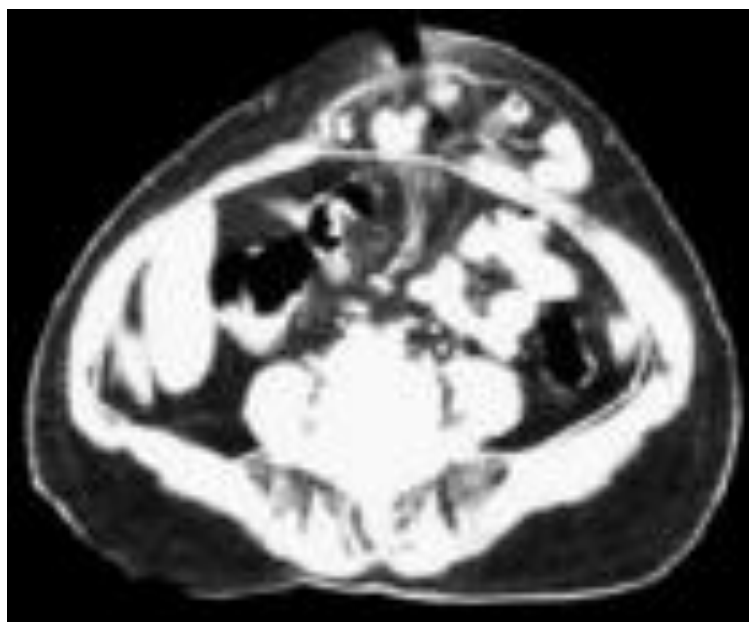


Endoprotezni P-simon choklar bilan qorin devorining barcha qatlamlari orqali mahkamlash sababi qiyosiy guruhdagi bemorlardagi noxush natijalar bo'lib, ularda tortishsiz plastikada implantat faqat aponevrozga mahkamlanib "onlay" qo'yilgan. Bu holatda qo'yilgan va aponevrozning chetlari bo'ylab o'rnatiladigan endoprotez operatsiyadan so'ng darhol asosiy funksional zo'riqishni oladi, ayniqsa morbid semizlik bo'lgan bemorlarda. Qiyosiy guruhidagi 17 nafar bemorda nuqson tikmasdan endoprotez "onlay" implantatsiyasi amalga oshirilgan bo'lsa, 3 nafarida (17,6%) operatsiyadan so'ng qisqa vaqt ichida residiv kuzatilgan. Bizning fikrimizcha, residivning sababi qorin bo'shlig'i bosimi va teri-yog'li "fartuk" ning tortishish kuchi ta'sirida aponevrozga to'rtli protezni mahkamlaydigan choklarning kesilishi va ajralishi. Shu munosabat bilan,

endoprotez pastga siljidi va shu bilan protezning yuqori qismi mahkamlangan qorin devoridagi zaif joy ochilib qoladi.

Ushbu holatlar bizni morbid semizlik bo'lgan bemorlarda ventral churralarining jarrohlik operatsiya usulini takomillashtirishga turtki bo'ldi.

Bemorlarning asosiy guruhining 3-kichik guruhidagi 12 (17,9%) bemorlarda muhim innovatsion qaror qabul qilindi. KTGA bo'yicha 10 sm dan katta churra nuqsoni bo'lgan (3.17-rasm) ushbu bemorlarda «onlay + sublay» kombinatsiyalangan tortishsiz gernioplastika amalga oshirildi, ya'ni qorin bo'shlig'i churra xaltasi kesmasi bilan chegaralangandan so'ng mushak-aponevrotik qatlam orqasiga bitta implant qo'yildi, ikkinchi implant aponevroz ustiga qo'yildi



3.17-rasm. Bemor S. 47 yosh, KTGA

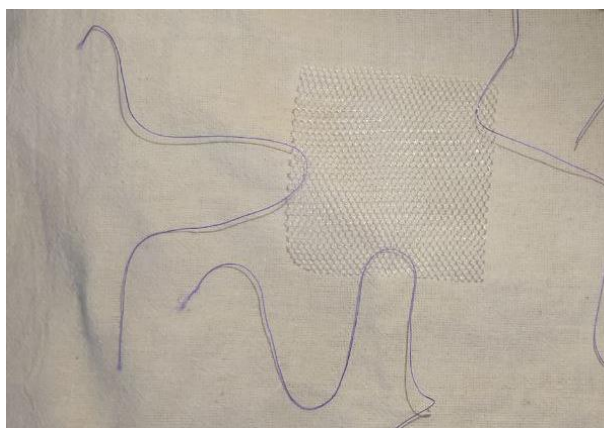
Qorin bo'shlig'i qorin parda bilan chegaralagandan so'ng, perimetri bo'ylab o'lchami churra nuqsonning o'lchamidan 3 sm kattaroq bo'lgan implant kesildi, so'ngra to'r implantining chetlari P-simon choklar bilan oldindan tikildi (3.18, 3.19-rasm).

Biz ushbu texnik jihatga e'tibor qaratmoqchimiz: implantga dastlabki choklar qo'yish uni fiksatsiyalash texnikasini sezilarli darajada osonlashtiradi.

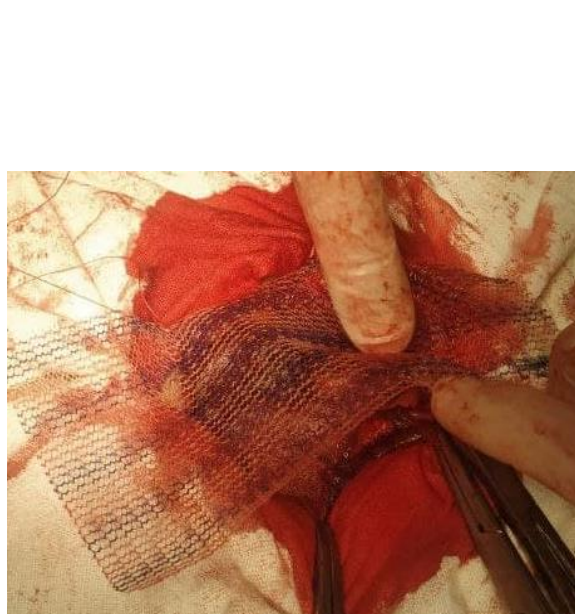
Keyinchalik, endoprotez «sublay» turi bo'yicha qo'yildi (3.20-rasm), oldindan qo'yilgan P-simon choklar aponevroz ustidagi barcha qatlamlardan o'tkazildi va shu choklarga «onlay» joylashtirilgan ikkinchi endoprotez mahkamlandi (3.21-rasm).



3.18-rasm. To'rli implantar chetlarini P-simon choklar bilan tikish



3.19-rasm. Qorin oldingi devoriga fiksatsiyasidan oldin implantatning ko'rinishi

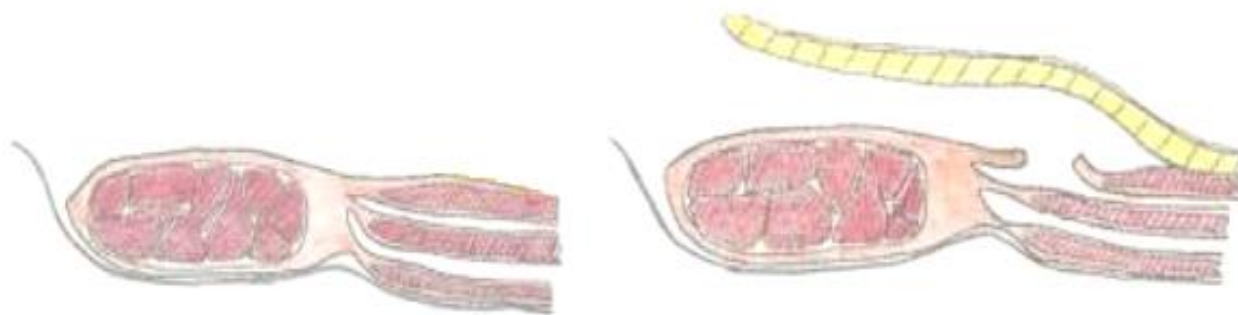


3.20-rasm. Oldin qo'yilgan P-simon choklar bilan ekdoprotezni qorin oldingi devoriga «sublay» fiksatsiyasi

3.21-rasm. Oldin qo'yilgan P-simon choklar bilan ekdoprotezni «onblay» fiksatsiyasi

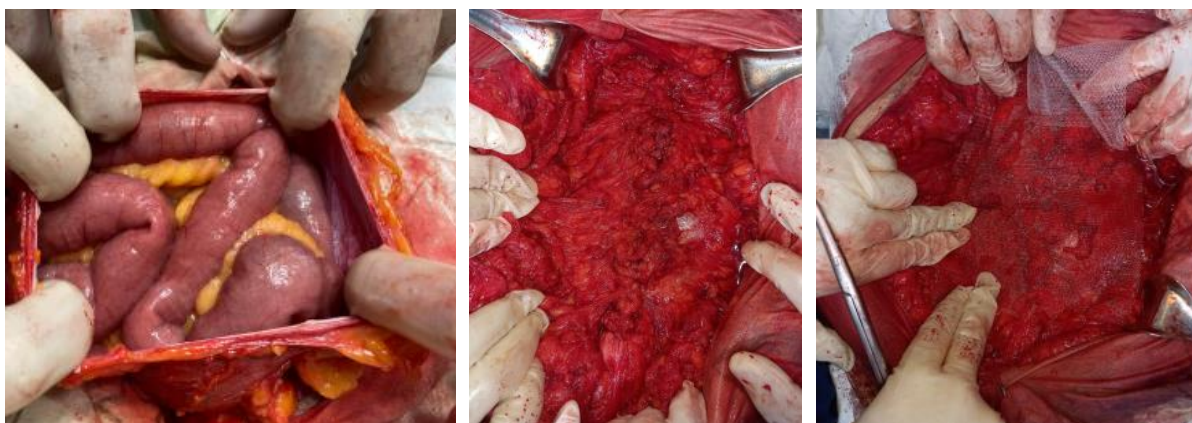
Shuningdek, endoprotezlar orasiga tugunli choklar ham qo'yilib, qorin bo'shlig'ining sun'iy "oq chizig'i" hosil qilindi. Ushbu usulning alohida ahamiyati qorin old devorining anatomik va fiziologik rekonstruksiya, shuningdek, qorin bo'shlig'ining oq chizig'idir. Ushbu usulni klinikada qo'llash yaxshi anatomik va funksional natija berdi. III-IV darajali abdominoptoz bo'lgan 16 dan 20 ballgacha olgan bemorlarning 4-kichik guruhida to'qimalarning tortilishi va QBB ortishi xavfi yuqori bo'ldi, shu bilan birga faqat tortishsiz alloplastikani amalga oshirishga xalaqit beradigan muhim omil tikish paytida to'qimalarning ortiqcha tortilishi va operatsiyadan keyingi davrda choklarning terini kesish ehtimoli yuqoriligi edi. Bunday hollarda biz Ramirez (1990 y.) bo'yicha qorinning to'g'ri mushaklari qinini mobilizatsiya qilish bilan tortishsiz alloplastikani qo'lladik.

Ramirez usuli qorinning tashqi qiya muskulining pay qismini ikki tomondan kesishdan iborat, bu esa churra nuqsonining kengligini kamaytirishga imkon berdi. Dastlab, churra xaltasi va qorinning to'g'ri mushaklari qinlarining oldingi qatlamlari ikki tomondan spigel chizig'igacha mobilizatsiya qilindi. Shundan so'ng, m. obliquus abdominis externus mushak qismining chekkasi bo'ylab pay qismi qovurg'a yoyidan yonbosh suyagigacha kesildi. Plastinaning maydoni churra qopining kesmalari yordamida maqsadga muvofiq ravishda chegaralandi. Keyin aponevroz ustidan allotransplantat o'rnatildi (3.23-rasm, 3.24).



3.22-rasm. Ramirez bo'yicha to'g'ri mushaklar mobilizatsiyasi bilan qorin oldingi devorining rekonstruksiyasi (gorizontal kesim).

Ushbu texnikaning afzalligi shundaki, qorin bo'shlig'ining to'g'ri mushaklari qinining mobilizatsiyasi choklar qo'yilganda to'qimalarga bosimni bir tekis taqsimlashga imkon beradi va sezilarli darajada kamaytiradi. Allotransplantatdan foydalanish chok chizig'ini mustahkamlashga yordam beradi va to'liq chandiq shakllanishi uchun maqbul sharoitlarni yaratadi. Shuning uchun 4-kichik guruhda biz Ramirez bo'yicha qorinning to'g'ri muskullari qinlarini mobilizatsiya qilish bilan nuqsonni tikmasdan «onlay + sublay» kombinatsiyalangan tortishsiz gernioplastikani afzal ko'rdik (3.23-rasm) (3.1-jadval).



a.

b.

v.

3.23-rasm. Ramirez bo'yicha qorin to'g'ri mushaklari qinining mobilizatsiyasi bilan kombinirlangan «onlay + sublay» tortishsiz gernioplastika yordamida qorin oldingi devori rekonstruksiyasi: a.

churra xaltachasini ochish; b. qorin bo'lig'ini churra qatlami bilan chegaralanishi va qorin to'g'ri mushaklari mobilizatsiyasi; v. endoprotezni mushak-aponevroz qatlamning oldingi devoriga fiksatsiyasi

Amalda, oshgan teri osti yog' to'qimalari, ayniqsa morbid semizlik bo'lgan bemorlarda, qorin old devorini tikishda va polipropilen allogreftni mahkamlashda texnik noqulaylik tug'diradi. An'anaviy laparotomiya ilmoqlaridan foydalanish ko'pincha pozitsiyani o'zgartirishni talab qiladi, bu esa jarroh uchun qiyin. Bu holat ham bizni yuqoridagi noqulayliklarga yangi yechimlar izlashga majbur qildi.

3.1-jadval

Asosiy guruhda gernioplastika turlari

Kichik guruhlar	Operatsiya turi	Miq-dori	%
Plastikaning taranglashgan usullari			
1-kichik guruh	Churra nuqsonini tikish va endoprotez «onlay» implantatsiyasi +abdominoplastika	24	35.8
Taranglashmagan plastika usullari			
2-kichik guruh	Churra nuqsonini tikmasdan endoprotez «onlay» implantatsiyasi +abdominoplastika	18	26.9
3-kichik guruh	Churra nuqsonini tikmasdan endoprotez «onlay + sublay» usulida kombinatsiyalashgan implantatsiyasi +abdominoplastika	12	17.9
4-kichik guruh	Churra nuqsonini tikmasdan qorin to'g'ri mushaklarini Ramirez bo'yicha mobilizatsiyasi va endoprotez «onlay + sublay» usulida kombinatsiyalashgan implantatsiyasi +abdominoplastika	13	19.4
	Jami	67	100

Gernioalloplastikada texnik qiyinchiliklarni oldini olish uchun asosiy guruhdagi bemorlarda innovatsion yangiliklardan biri takomillashtirilgan jaroxxat kengaytirgichdan foydalanildi (3.24-rasm).



3.24-rasm. Teri osti yog‘ kletchatkani uzoqlashtirish maqsadida qo‘llaniluvchi takomillashtirilgan instrument “jarohatni kengaytirgich”

Jarohatni kengaytirgich jarrohlik yarasining perimetri bo‘ylab joylashgan doiradan va to‘g‘ridan-to‘g‘ri aylanaga mahkamlangan oltita ilgakdan iborat. Jarohatning kattaligiga qarab, aylana jarrohlik maydonining o‘lchamiga moslashish qobiliyatiga ega, ya’ni kattalashadi yoki kichiklashadi.

Qurilma oddiy va ishlatish uchun qulay. Amaliy jarrohlikda, ayniqsa morbid semizlik bo‘lgan bemorlarda ventral churralarini jarrohlik yo‘li bilan

davolashda keng qo'llash tavsiya etiladi, chunki teri osti yog' qavatining kengayishiga yordam beradi va ilgaklar o'rnini o'zgartirmasdan to'qimalarni sobit holatda ushlab turadi, bu bilan jarrohning ishini osonlashtiradi.

Asosiy guruhdagi bemorlarda yana bir yangilik genioplastik yoki qorin pardasini tikish paytida igna bilan jarohatlanishdan qorin bo'shlig'i a'zolarini yatrogen shikaslanishini oldini oldi. Gerniologiyada jarrohlik bilan shug'ullanadigan jarrohlarga ma'lumki, qorin pardani tikishda yoki qorin old devorining plastikasida, tibbiy relaksatsiyaga qaramay, jarrohlik maydoniga ichi kovak organlarning chiqib kelishi kuzatiladi. Shu munosabat bilan, g'ovak a'zolari yatrogen shikastlanishini oldini olish maqsadida qorin parda tikishda yoki plastikasida qorin bo'shlig'i a'zolarini igna bilan shikastlanishidan himoya qiluvchi qurilma ishlab chiqdik. Penvmatik qurulma disk shaklidagi diametri 10 dan 20 sm gacha bo'lgan yumaloq yoki oval shakldagi zich polietilen matodan iborat bo'lib, uning ustida devorlardan birining o'rtasida germetik biriktirilgan trubka mavjud (3.25-rasm).



3.25-rasm. Qorin oldingi devori tikilishida kovak a'zolari jarohatdan asrash uchun qo'llanma

Naychani boshqa uchida shar ichiga havoni haydash uchun baloncha mavjud. Qorin bo'shlig'iga bo'sh disk qo'yiladi, shunda ichi bo'sh organlardan ignani kiritish va chiqarish joyi cheklanadi va ballonli naycha jarrohlik jarohatidan tashqarida qoladi. Keyin biz sharga havo yuboramiz, shu bilan jarohatni xavfsiz tikish bilan ichi bo'sh organlardan ajratamiz (3.26-rasm).



3.26-rasm. Operatsiya vaqtida xavo yuborib shishiriladigan himoya pnevmatik texnik qurilma

Pnevmatik qurilma saqlash roliga qo'shimcha ravishda, qorin bo'shlig'i bosimini (QBB) oshiradi. Aponevrozning chetlariga qo'yilgan qisqichlar yordamida churra nuqsonining qirralari to'liq birlashtirilganda, QBB, QB, yurak urish tezligi, saturatsiya o'zgarishlari kuzatildi, shundan so'ng GP usulini tanlash masalasi hal qilindi. Ushbu ko'rsatkichlarning kam o'zgarishida tortishli plastika amalga oshirildi, ammo agar bu

ko'rsatkichlarda sezilarli oshish bo'lsa, tortishsiz gernioplastika foydasiga qaror qabul qilindi. Shunday qilib, biz intraoperativ bemorlarning ahvolini baholadik va operatsiyadan keyingi davrda ularning holatini taxmin qildik. Qorin pardasi yoki aponevrozni 2-3 chok bilan tikish tugagunga qadar diskdan havo chiqarildi. Keyinchalik, bujmaygan disk qorin bo'shlig'idan xavfsiz tarzda olib tashlandi va qolgan 2-3 ta oldindan qo'yilgan choklar tortildi (3.27-rasm).



3.27-rasm. Qo'llanmani ichidan havo chiqarib yuborilgach qorin bo'shlig'idan olib tashlash

Shunday qilib, implantni oldindan qo'yilgan P-simon choklar bilan tikish, "saqlagich" moslamasi va takomillashtirilgan jarohatni kengaytirgich yordamida operatsiya texnikasi soddalashtirildi va qorin old devorini tikish va protezni mahkamlashdagi texnik qiyinchiliklar bartaraf etilishi bilan operatsiyaning ushbu bosqichi davomiyligi $32,6 \pm 0,5$ dan $23,4 \pm 0,7$ daqiqagacha qisqardi ($R < 0,001$).

Asosiy guruh bemorlarida abdominoplastikaning taktik – texnik jihatlari

Asosiy guruhda qorin old devorining plastik jarrohlik amaliyoti tugagandan so‘ng barcha bemorlarga dermatolipidektomiya (DLE) o‘tkazildi.

Dermatolipidektomiya quyidagi tarzda amalga oshiriladi:

Bevosita operatsiyadan oldin teri belgilari qo‘yildi. Bemor tik turgan holatda churra hosilasi, operatsiyadan keyingi eski chandiq va teri-yog‘ qatlami bilan chegaradosh olib tashlanadigan teri maydoni aniqlandi (3.28-rasm).

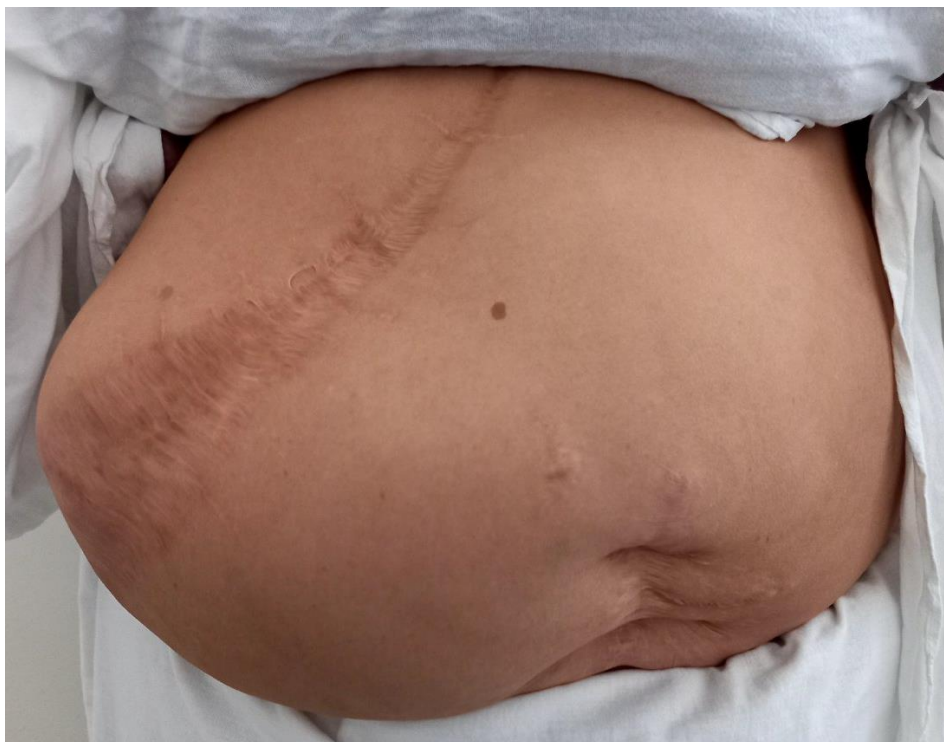


3.28-rasm. “Langar” ko‘rinishida terida belgilash (Castanares bo‘yicha kesish)

Ko‘rsatkich barmoqlar bilan qov usti chizig‘i darajasida "fartuk" ushlangan va tikish paytida ortiqcha to‘qimalarning ortiqcha tortilishi yaratilmasligi uchun tavsiya etilgan kesmaning chiziqlari aniqlab olindi. Terining chizmasi qon tomirlarining joylashishini hisobga olgan holda amalga oshirildi

DLE ni rejalashtirishda qon bilan ta'minlovchi tomirlar joylashishini hisobga olish kerak, tomirlarni kesishni oldini olish uchun. Bu jarohatning chetlari nekrozining shakllanishiga olib kelishi mumkin. Qorin old devorining turli xil oldingi operatsiyalaridan so'ng chandiqlari (3.29-rasmga qarang) teri va teri osti to'qimalarining qon bilan ta'minlanishini buzadi, shuning uchun biz kelajakda turli mahalliy asoratlarga olib kelishi mumkin bo'lgan teri va teri osti yog' to'qimalari qon bilan ta'minlanishi yetishmasligini shakllanishiga yo'l qo'ymaslik uchun teri va teri osti yog' to'qimalarida ularni kesilmasligiga ishonch hosil qildik. Langan shaklidagi kesmaning geometrik shakli tufayli, tikishdan keyin jarohat qirralari faqat markazda perpendikulyar zo'riqishni boshdan kechiradi. Jarrohlik jarohatining markazidan uzoqlashganda, zo'riqish kuchlari gorizontal yo'nalishda ko'proq taqsimlanadi, bu esa chetki nekroz va choklarning ajralish xavfini kamaytiradi.

Avval kesmaning bir tashqi burchagidan tortish, so'ngra ikkinchisini tortish yo'li bilan, asta-sekin aniq koagulyatsiya va gemostazni nazorat qilish bilan, terining yog'li "fartugi" kesib olindi, perforant tomirlarga zarar yetkazilmaslikka harakat qilindi. Aksariyat hollarda teri- yog' kesmasi mobilizatsiya qilinmadi va aponevrozda yog' to'qimalarining qatlami qoldirilmadi, bu operatsiyadan keyingi davrda qon va limfa tomirlarining yaxlitligini saqlashga va trofik buzilishlar tufayli mahalliy asoratlarni oldini olishga imkon berdi (3.30-rasm).

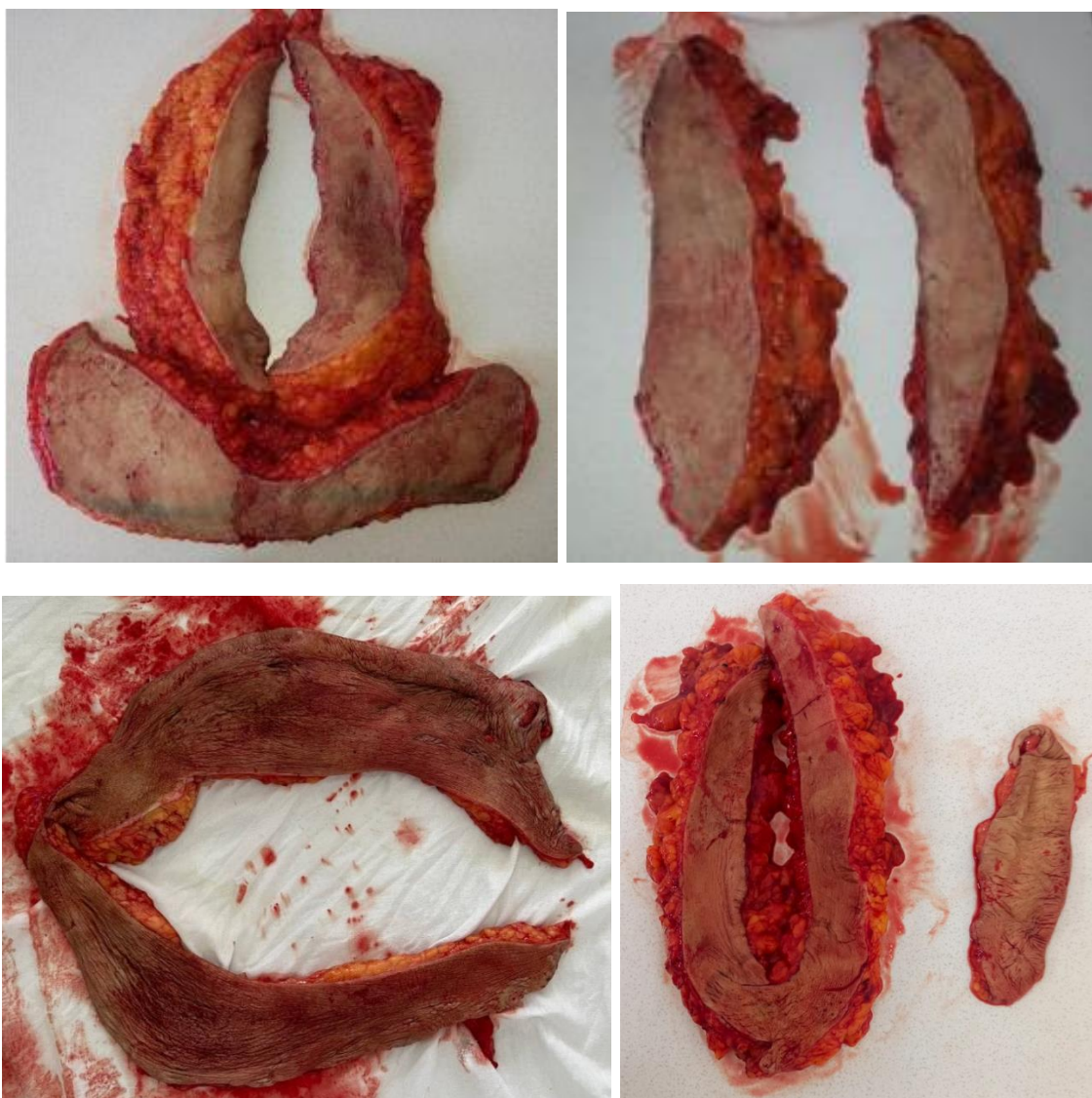


3.29-rasm. Bemor G. O‘ng qovurg‘a yoyi ostida va qorin oq chizig‘ida kindikdan pastda operatsiyadan keyingi qo‘pol chandiqlar



3.30-rasm. Teri-yog‘ “fartugi” ni kesib olib tashlash

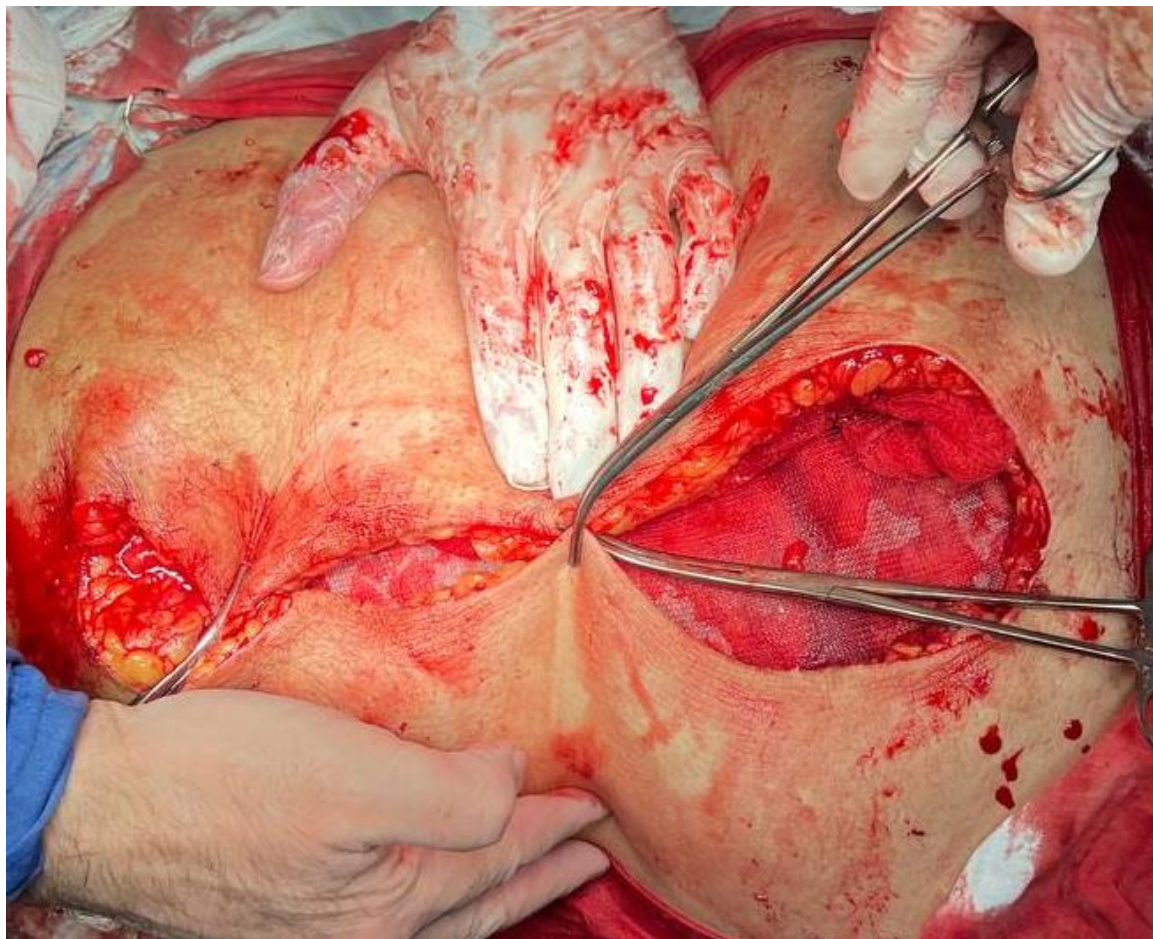
Jarohatning chetlarini bir-biriga yaqinlashtirish uchun, agar kerak bo'lsa, teri-yog' kesmasini minimal mobilizatsiya qilindi, perforant tomirlar saqlab qolindi, teri osti yog'ini aponevrozdan ehtiyotkorlik bilan ajratildi, perforant tomirlar bog'lanmaydi. Olib tashlanadigan ortiqcha teri-yog'li kesmaning og'irligi 6 dan 15 kg gacha bo'ldi (3.31-rasm).



3.31-rasm. Kesib olingan ortiqcha teri-yog' qatlami

Abdominoplastikani amalga oshirishda teri osti to'qimasi ham jarohatning lateral burchaklarining proeksiyasida drenajlanishi kerak edi. Keyinchalik, jarohatning teri qirralarini dastlabki birlashtirish amalga

oshirildi (3.32-rasm) va shu bilan birga, QBB dinamikasi kuzatildi. QBB ning 2 mm sim.ust.dan ko‘proq oshishida teri-yog‘ kesmasi mobilizatsiya qilindi.



3.32-rasm. Jarohatni teri chetlarini oldindan bir-biriga keltirib ko‘rish

Teri choklaridan zo‘riqishni olish, shuningdek, teri choklariga bosimni bir tekis taqsimlash uchun Tomson fassiyasi so‘riluvchi material bilan alohida tugunli choklar yordamida tikildi. Ushbu chora jarohatni yaxshiroq bir-biriga to‘g‘ri kelishi va konsolidatsiyasiga yordam berdi (3.33-rasm).



3.33-rasm. Tomson fassiyasini alohida tugunli choklar bilan tikish

Teri alohida tugunli choklar bilan tikildi, terining qon bilan ta'minlanishini vizual ravishda baholashda kapillyar reaksiyasi o'tkazildi – choklar sohasida terining rangi oqarganmi yoki yo'q. Mahalliy asoratlarni rivojlanish xavfi tufayli germetik teri ichi "kosmetik" chokdan foydalanishdan voz kechildi.

Klinik misol 2.

Bemor S., 51 yoshda, KTN₂5397/518 2018-yil 8-may kuni Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-klinikasi xirurgiya bo'limiga: qorin bo'shlig'ining o'rta chizig'ida kindikda churra hosilasi borligi, ba'zan shishishi va jismoniy mashqlar paytida og'riq paydo bo'lishi shikoyatlari bilan yotqizilgan.

Anamnezidan: 15 yil oldin churra hosilasi paydo bo'lgan, shu sababli 2012 yilda gernioplastika qilingan, bir yildan keyin residivlangan. Churra asta-sekin kattalashib bordi. Tik holatda palpatsiya qilinganda, qorin old devorida qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, kindik sohasida churra hosilasi paypaslanadi, yumshoq-elastik konsistensiyali, 16×10 sm, og'riqsiz, gorizontol holatda palpatsiyada qorin bo'shlig'iga kiradi, churra darvozasi 12 × 8 sm gacha. "Yo'tal turtkisi" simptomi musbat. Qabul qilinganda ahvoli qoniqarli, III darajali semizlik bor. Puls 74 zarba/min, ritmik,

qoniqarli to'liqlikda. Qon bosimi 130/80 mm sim.ust. Qorin teri osti yog' qatlamining ortishi tufayli katta (3.34-rasm).).



A.

B.

V

3.34-rasm. Operatsiyadan oldin bemorning ko'rinishi anterolateral (A) va lateral (B, V) proektsiyalarda

Klinik tashxis: kindik sohasining to'g'rilanadigan residivli churrasi (W3, M2, R1). Semizlik III daraja. 2018-yil 12-may kuni 4 kun davomida operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan so'ng bemorga operatsiya o'tkazildi: Gerniolaparotomiya. Ramirez bo'yicha qorinning to'g'ri muskullari qinining mobilizatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan «onlay + sublay» kombinatsiyalangan usuli yordamida gernioalloplastika va abdominoplastika.

Operatsiyadan oldin bemorning terisi olib tashlanishi kerak bo'lgan "belgi" bilan belgilangan, "langar" ko'rinishida (Castanares bo'yicha kesma) (3.35-rasm).



A.



B.

3.35-rasm. “Langar” tipidagi belgilash (Castanares bo‘yicha kesma).

A - old ko‘rinish, B - yon ko‘rinish

Keyin jarrohlik maydoniga ishlov berilgandan so‘ng, churra xaltasi ajratildi, xalta ochilgandan so‘ng, katta charvining o‘zgargan qismi rezeksiya qilindi. Qorin bo‘shlig‘i churra xaltasi kesmasi bilan chegaralanganidan keyin AKS xavfi mavjud bo‘lganligi sababli, Ramirez bo‘yicha qorinning to‘g‘ri muskullari qinining mobilizatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan «onlay + sublay» kombinatsiyalangan usulida alloplastika o‘tkazildi (3.36-rasm).).



A.



B.



V.



G.

3.36-rasm. Bemor S. operatsiya bosqichlari: A – operatsiya maydoni; B – churra xaltasi; V – qorin bo‘shlig‘ini churra xaltasi kesmasi bilan chegaralanishi; G - Ramirez bo‘yicha to‘g‘ri mushaklar qini mobilizatsiyasi bilan defektni tikmasdan kombinirlangan «onlay + sublay» alloplastika

To‘r usti sohasi Redonga usulida drenajlangandan so‘ng, bevosita operatsiyadan oldin chizilgan chiziq bo‘ylab abdominoplastika amalga oshirildi (3.37-rasm).).



A.



B.



V.

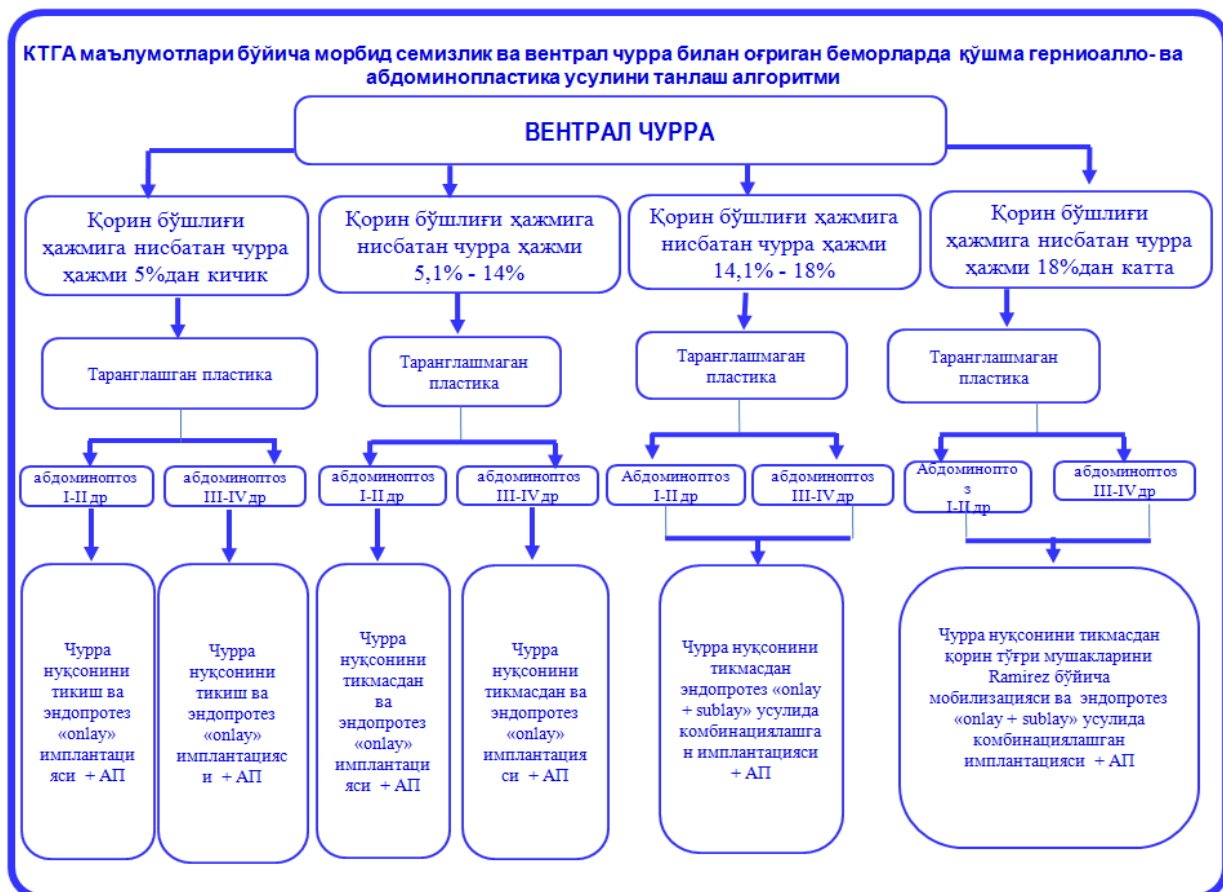
3.37-rasm. Abdominoplastika bosqichlari: A – oldin o‘tkazilgan chiziq bo‘yicha dermatolipidektomiya; B – abdominoplastika bilan gernoalloplastikaning oxirgi ko‘rinishi; V – rezeksiya qilingan katta charvining o‘zgargan qismi va kesib olingan ortiqcha teri-yog‘ qatlami

Operatsiyadan keyingi davr asoratlarsiz o‘tdi. 4-kuni nazorat ultratovush tekshiruvida operatsiya hududida suyuqlik hosil bo‘lishi aniqlanmadi. Teri choklari 7-kuni olib tashlandi. Jarohat birlamchi chandiqlik bilan tuzaldi. Bemorga 8-kuni javob berildi.

3 yildan keyin qayta ko‘rildi. Churraning residivi kuzatilmaydi. So‘rovnomaga ko‘ra, operatsiya natijasi yaxshi deb baholandi. Kasbiy faoliyatini davom ettirmoqda.

Morbid semizlik bo‘lgan bemorlarda ventral churralarda tavsiya etilgan taktik va texnik jihatlarning samaradorligini qiyosiy tahlil qilish asosida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va gernioplastika usulini tanlash algoritmi ishlab chiqilgan (3.38-rasm).

Algoritm asosiy guruhdagi bemorlarni jarrohlik davolashning qoniqarli natijalari asosida ishlab chiqilgan.



3.38-rasm. Ventral churra va morbid semizligi bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik algoritmi va kombinatsiyalangan churra alloabdominoplastika usulini tanlash.

IV BOB.

VENTAL ChURRA VA MORBID SEMIZLIK BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASH NATIJALARINI QIYOSIY TAHLIL QILISH.

Operatsiyadan keyingi davrda gernioallo- va abdominoplastika natijalari

Taqqoslangan guruhlarda morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarni davolash natijalarining samaradorligini baholash uchun asosiy mezonlar sifatida quyidagi parametrlar qo‘llanildi:

- Operatsiyadan keyingi erta davrning qorin bo‘shlig‘idagi asoratlari.
- Operatsiyadan keyingi erta davrning qorin bo‘shlig‘idan tashqari asoratlari.
- Operatsiyadan keyingi erta davrda yara asoratlari.

Ventral churrallarni jarrohlik yo‘li bilan davolash taktikasini tanlashni takomillashtirish, jarrohlik aralashuvni amalga oshirish texnikasi va ushbu tadqiqot doirasida ishlab chiqilgan va amalga oshirilgan boshqa yangiliklar ushbu toifadagi bemorlarni boshqarishning bevosita natijalariga ta‘sir qilmasdan qolmadi. 119 (98,4%) bemorda operatsiyadan keyin oshqozon-ichak traktining normal ishlashi saqlanib qoldi, faqat 2 (1,6%) bemorda (har bir tadqiqot guruhlaridagi bittadan bemor) ichak parezi va taqqoslash guruhidagi 1 (0,8%) bemorda siydik tutilishi qayd etilgan, medikamentoz yo‘l bilan to‘xtatildi.

Bronx-o‘pka asoratlari 3 (2,5%) holatda qayd etilgan. Taqqoslash guruhining 1 (1,8%) bemorida AKS (kompartiment) rivojlanishi sodir bo‘ldi,

bemorga nafas olish mashqlari bilan uzoq muddatli mexanik ventilyatsiya talab qilindi, bu konservativ davo muvaffaqiyatli o'tkazildi. 2 (1,6%) bemorda yurak-qon tomir asoratlari kuzatildi. Nafas olish va yurak-qon tomir asoratlari ham katta ventral churrani gernioplastikasi tufayli qorin bo'shlig'ining kompressiyasi bilan bog'liq bo'ldi. Yara asoratlari orasida operatsiyadan keyingi gematomalar mos ravishda 2 (3,7%) va 1 (1,2%) holatda, seromalar 2 (3,7%) va 1 (1,5%) bemorda, 3 (2,5%) bemorlarda limforeya qayd etildi, mos holatda taqqoslash guruhida 2 va asosiy guruhda 1 holatda, yara yiringlashi taqqoslash guruhida 1 (1,8%) bemorda, yara qirg'og'ining nekrozi mos holatda taqqoslash guruhida 2 (3,7%) va asosiy guruhda 1 (1,5%) holatlarda kuzatildi (4.1-rasm) (4.1-jadval).



4.1-rasm. Bemor L. Operatsiyadan keyingi jarohatni yiringlashi Defektni tikmasdan endoprotezni «onlay» implantatsiyasidan keyingi holat, operatsiyadan keyingi 10 kun.

Shuni ta'kidlash kerakki, taqqoslash guruhidagi bitta bemorda o'rtacha hisobda kombinatsiyalangan shaklda 2-3 ta asoratlar to'g'ri keldi, bronx-o'pka va / yoki yurak-qon tomir asoratlari bilan birga yara asoratlari kuzatildi. Umuman olganda, taqqoslash guruhida turli xil asoratlar 8 (54

tadan 14,8%) nafar bemorlarda kuzatildi, ulardan 6 (11,1%) holatda yara asoratlari va 4 (7,4%) holatda umumiy qorin bo'shlig'idan tashqari asoratlar yuz berdi (5.2-rasm).

Asosiy guruhda 6 (67 tadan 8,9%) nafar bemorda turli xil asoratlar kuzatildi, jumladan 3 nafarida (4,5%) yara asoratlari, yana 3 nafarida (4,5%) umumiy asoratlar. Asoratlar soniga yuzasidan qiyosiy belgiga ko'ra, asosiy guruhda sezilarli yaxshilanishga erishildi (mezonlar $\chi^2=4,043$; Df=1; $r=0,045$).

Davolash bosqichlarida, dinamikada qorin bo'shlig'i bosimi darajasi o'lchandi. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, qorin bo'shlig'i bosimi ko'rsatkichlarining muntazam o'zgarishlari, yuqorida aytib o'tilganidek, churra tarkibini kiritish va gernioplastika bilan bog'liq bo'lgan operatsiya bosqichlarida uning ortishi yo'nalishi bo'yicha aniqlandi.

Ramirez ga ko'ra, asosiy guruhdagi 25 bemorga qo'llanilgan nuqsonni tikmasdan va qorin to'g'ri mushaklari qinini mobilizatsiya qilish bilan kombinatsiyalangan «onlay + sublay» usuli yordamida endoprotez implantatsiyasining tortishsiz gernioplastikasi qorin bo'shlig'i bosimi ortishining oldini olishga imkon berdi.

Shunday qilib, operatsiyadan keyingi erta asoratlarning eng ko'p soni taqqoslash guruhidagi bemorlarda kuzatildi. Bemorlarning asosiy guruhida operatsiyadan keyingi yurak-o'pka va mahalliy asoratlarning eng kam soni qayd etildi.

4.1-jadval

Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda asoratlardavrr

Asoratlar	Qiyosiy guruh (n=54)		Asosiy guruh (n=67)		Jami (n=121)	
	<i>abs.</i>	%	<i>abs.</i>	%	<i>abs.</i>	%
<i>Abdominal asoratlar</i>						

Ichaklar parezi	1	1,8	1	1,5	2	1,6
Siydik tutilishi	1	1,8	0	0,0	1	0,8
<i>Qorin bo'shlig'idan tashqaridagi asoratlari</i>						
Bronx-o'pka asoratlari	2	3,7	1	1,5	3	2,5
Yurak-qon tomir asoratlari	1	1,8	1	1,5	2	1,6
Kompartiment-sindrom	1	1,8	0	0,0	1	0,8
<i>Jarohat asoratlari</i>						
Gematoma	2	3,7	1	1,5	3	2,5
Seroma	2	3,7	1	1,5	3	2,5
Limforeya	2	3,7	1	1,5	3	2,5
Jarohat yiringlashi	1	1,8	0	0,0	1	0,8
Teri chetining nekrozi	2	3,7	1	1,5	3	2,5
Jami asoratlari	15	27,8	7	10,4	22	18,2
Jasi bemorlar	8	14,8	6	8,9	14	11,6

Vaqt davrlarini solishtirganda, taktik va texnik jihatlarining takomillashtirilishi barcha asosiy operatsiya oldi davrlarni qisqartirishni ta'minlaganligi qayd etildi. Shunday qilib, taqqoslash guruhidagi bemorlar RITB da o'rtacha $1,7 \pm 0,1$ kunni, asosiy guruhdagilar $1,3 \pm 0,1$ kunni o'tkazdilar ($r < 0,01$); operatsiyadan keyin $11,7 \pm 0,5$ kunga nisbatan $6,7 \pm 0,3$ kun ($r < 0,001$); jami - $15,7 \pm 0,6$ kunga nisbatan $10,2 \pm 0,4$ kun ($r < 0,001$). O'z navbatida, asosiy guruhda operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $63,4 \pm 4,1$ dan $49,7 \pm 3,4$ minutgacha ($r < 0,05$), zarur drenajlash davri esa $5,9 \pm 0,4$ dan $3,5 \pm 0,3$ minutgacha kamaydi ($r < 0,001$).

Shunday qilib, morbid semizlik bo'lgan bemorlarda ventral churrallarni jarrohlik davolashning takomillashtirilgan taktik va texnik jihatlarini hisobga olgan holda algoritmnini qo'llash operatsiyadan keyingi asoratlarning umumiy darajasini 14,8% dan 8,9% gacha kamaytirishga imkon berdi ($r = 0,045$), shu jumladan yara asoratlari 11,9% dan 4,5% gacha

va qorin bo'shlig'idan tashqari asoratlar 7,4% dan 4,5% gacha, shuningdek, jarrohlik davolash muddatini, reabilitatsiya davrlarini va turli xil gernioplastika variantlaridan keyin statsionar davolanishning umumiy davomiyligini sezilarli darajada qisqartirdi.

Ventral churra va morbid semizligi bo'lgan bemorlarni jarrohliy davolashning kechki natijalari

Uzoq muddatli natijalar morbid semizlik bo'lgan va ventral churra yuzasidan operatsiya qilingan 121 ta bemorlarning 98 tasida (76,8%) tahlil qilindi (4.2-jadval). Uzoq muddatli natijalarni baholash uchun bemorlar so'rovnoma, to'liq ambulator va statsionar tekshiruvdan o'tkazildi. Uzoq muddatli natijalar 1 yildan 5 yilgacha bo'lgan muddatda o'rganildi. Shu bilan birga, taqqoslash guruhidagi 37 (92,5%) va asosiy guruhdagi 42 (79,2%) bemorning taqdirini 3 yildan ortiq vaqt davomida kuzatish mumkin bo'ldi, bu klinik jihatdan ahamiyatli residivning yakuniy shakllanishi uchun yetarli muddat.

Ventral churralarda jarrohlik aralashuvning samaradorligini tavsiflovchi asosiy ko'rsatkichlardan biri kasallikning residivlanish chastotasi hisoblanadi. Residivlanishning tabiatini o'rganishda residivning paydo bo'lish vaqti, ilgari qo'llanilgan jarrohlik aralashuv usullarining xususiyatlari o'rganildi.

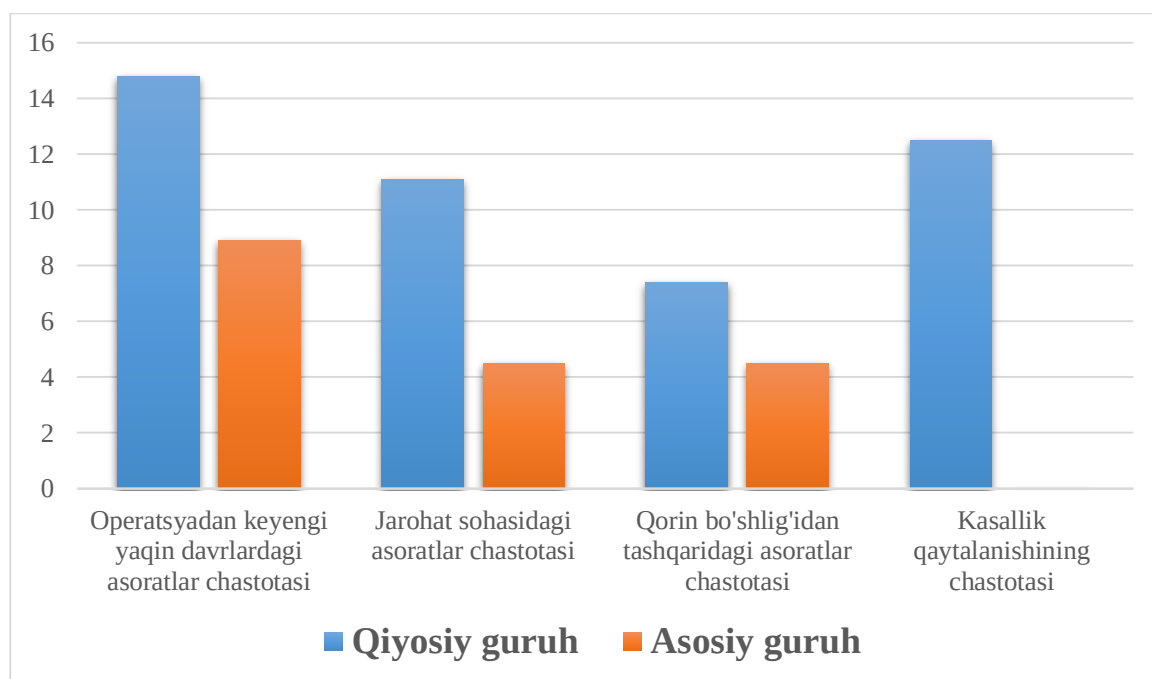
4.2-jadval

Operatsiya qilingan bemorlarda kechki natijalarini tekshirish muddatlari

Bemorlar guruhi	Jami operatsiya qilinganlar	Kechki natijalarni o'rgani	Kuzatish muddatlari, yil		
			1 yilgacha	1-3 yil	3-5 yil

Qiyosiy guruh (2012-2016)	54	40	3	24	13
		74,1%	7,5%	60,0%	32,5%
Asosiy guruh (2017-2021)	67	53	11	30	12
		79,1%	20,7%	56,6%	22,6%
Jami	121	93	14	54	25
		76,8%	15,0%	58,1%	26,9%

Uzoq muddatda tekshirilgan 93 bemordan 5 ta (12,5%) bemorda ventral churraning qaytalanishi qayd etilgan (4.2-rasm). Abdominoplastika bilan birgalikda «onlay + sublay» kombinatsiyalangan usuli yordamida endoprotez implantatsiyasi bilan churra alloplastikasining taranglashmagan usullarining texnik jihatlarini takomillashtirish kasallikning qaytalanishini bir tekislash imkonini berdi.



4.2-rasm. Operatsiyadan keyingi erta va kechki asoratlar chastotasiga ko'ra tekshiruv guruhlaridagi bemorlarni taqsimlash

Taqqoslash guruhidagi bemorlarda kasallikning qaytalanishining yuqori darajasiga quyidagi omillar sabab bo'ldi:

Taqqoslash guruhida residivning takrorlanishning 3 ta holatida bemorlar qorin bo'shlig'i bosimi va teri-yog'li qavati "fartuk" ning og'irlik kuchi tasirida pastga tortishi va choklarning ajralishi bilan churraning qaytalanishini keltirib chiqaruvchi omili bo'lgan abdominoplastikani o'tkazilmasdan. aponevrozga to'rli protezni mahkamlash bilan cheklanildi. Ushbu xolat endoprotez pastga siljitdi va shu bilan mahkamlangan protezning yuqori qismi qorin devoridagi zaif nuqta paydo bo'ldi;

2 holatda abdominoptoz bo'lgan bemorlarda yaraning yiringlashi oqibatida implantni jotsidan ko'chishi kabi xolatlar kuzatildi.

Taqqoslash guruhidagi semizlik bo'lgan bemorlarni dinamik kuzatish davomida tana vazni ko'rsatkichlari sezilarli o'zgarishlarga duch kelmadi. Biroq, abdominoplastika bilan gernioplastikaning birga bajarilishi kelajakdagi hayotiy istiqbollarga ijobiy ta'sir ko'rsatdi, chunki yog' to'qimalarining abdominal taqsimlanish turi yurak-qon tomir kasalliklari va 2-tip qandli diabetning yuqori xavfi bilan bog'liq bo'lib, sezilarli o'zgarishlarga uchraydi.

Abdominoplastika o'tkazilgan barcha bemorlarda ajoyib estetik samaraga erishildi, bemorlar teri-teri osti burmasidan xalos bo'ldilar, qorin tekis bo'lib, tortildi, chok chizig'i yonbosh suyagining qirralarini bog'laydigan chiziq bo'ylab o'tadi va deyarli ko'rinmaydi. Barcha bemorlar olingan estetik natijadan mamnun bo'ldilar (4.3-rasm).

Funksional samara nuqtai nazaridan operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning optimal sxemasi, abdominoplastika tufayli tashqi nafas olishning yaxshilanishi kuzatildi va yurak-qon tomir tizimidan asoratlari minimallashtirildi. Operatsiyadan oldingi va keyingi spirogramma

ko'rsatkichlari yaxshilandi, ya'ni barcha bemorlarda nafas olish hajmi va o'pka tiriklik sig'imining barqaror oshishi kuzatildi.

Tadqiqot guruhlarida dastlab 70 nafar bemor (57,8%) turli darajadagi arterial gipertenziyaga ega edi. Operatsiyadan keyingi kechki davrda dinamik kuzatuv davomida taqqoslash guruhidagi bemorlarda arterial gipertenziyaning yanada og'ir darajalariga o'tish tendensiyasi bilan yuqori qon bosimi ko'rsatkichlarining saqlanishi qayd etildi. Asosiy guruhdagi bemorlarda arterial gipertenziyaning yengil darajalariga o'tish tendensiyasi bilan yuqori qon bosimi ko'rsatkichlarining pasayishi qayd etildi (4.3-jadval).



4.3-rasm. Gernioabdominoplastikagacha va undan kechki davrlarda bemorning ko'rinishi

Tana massasi indeksi 30 kg/m² dan ortiq bo'lgan va teri-yog'li fartuk (A. Matarasso bo'yicha III-IV daraja, 1989 y.) bo'lgan bemorlarda abdominoplastikani o'tkazish bemorlarning ham estetik, ham funksional holatini yaxshilaydigan asosli operatsiya hisoblanadi.

Abdominoplastika tortishsiz gernioplastikani o‘tkazish paytida qulay kirish va qorin bo‘shlig‘i organlarida operatsiyalar paytida erkinroq manipulyatsiya qilish imkonini beradi.

Shunday qilib, morbid semizlik bo‘lgan bemorlarda ventral churralarni jarrohlik davolashga kompleks yondashuv operatsiyadan keyingi o‘ziga xos kechki asoratlarning chastotasini kamaytirishga, shuningdek, ushbu toifadagi bemorlarning hayot sifatini baholashning ob‘ektiv va sub‘ektiv mezonlarini yaxshilashga imkon berdi.

4.3-jadval

Operatsiyadan keyingi kechki davrda bemorlarning komorbid kasalliklar bo‘yicha taqsimlanishidavr

Ko‘rsatkichlar	Bemorlarning o‘rganish guruhleri							
	Taqqoslash guruhi (n=40)				Asosiy guruh (n=53)			
	Operalar-dan oldin		Kechki muddatlarda		Operalar-dan oldin		Kechki muddatlarda	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Gipertonik kasallik	31	77.5	33	82.5	36	67.9	23	57.5
Yurak ishemik kasalligi	11	27.5	15	37.5	15	28.3	7	13.2
O‘pka surunkali obstruktiv kasalligi	5	12.5	6	15.0	4	7.5	3	5.7
Qandli diabet	14	35,0	14	35,0	18	33.9	7	13.2

Gernioallo- va abdominoplastikadan keyin ventral churra va morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini o‘rganish

Zamonaviy tibbiyotning ustuvor yo‘nalishlaridan biri bu konservativ yoki jarrohlik davolashdan so‘ng bemorlarning hayot sifatini baholashning turli usullarini tadqiqotga kiritishdir. 2012 yildan beri bizning klinikamiz gernio- va abdominoplastikadan o‘tgan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun ishlatilishi mumkin bo‘lgan ob‘ektiv va sub‘ektiv belgilarni, instrumental ma‘lumotlarni o‘z ichiga olgan ishlab chiqilgan dasturga muvofiq gernioplastikadan o‘tgan bemorlar jismoniy, aqliy va ijtimoiy kundalik faoliyati baholanib borildi (4.4-rasm).

4.4-rasm. Gernioallo va -abdominoplastikadan o‘tgan bemorlarning hayot sifatini aniqlash dasturi

Ushbu dastur kompyuter dasturini rasmiy ro‘yxatdan o‘tkazish to‘g‘risidagi guvohnomani oldi (O‘zbekiston Respublikasi Intellektual mulk agentligi DGU № 05632-son, 2018 yil “Morbid semizligi bo‘lgan operatsiyadan keyingi ventral churrali bemorlarda jarroxlik davo taktikasini tanlash dasturi”).

Kuzatuv tekshiruvi davomida bemorlar mahalliy holatni aks ettiruvchi va jarrohlik amaliyoti bilan bevosita bog‘liq bo‘lgan aniq savollarga javob berildi.

Har bir bemorning hayot sifati operatsiyadan keyingi davrda ob'ektiv va sub'ektiv belgilar bo'yicha so'rovnomma o'tkazildi, olingan ballar baholandi. 81 balldan 100 ballgacha "a'lo", 61 balldan 80 ballgacha "yaxshi", 41 balldan 60 ballgacha "qoniqarli", 40 balldan past ball to'plagan bemorlar "qoniqarsiz" deb baholandi.

Bemorlarning hayot sifatini aniqlash bo'yicha ishlab chiqilgan dasturga muvofiq operatsiyadan keyingi kechgi davrda kuzatilgan 93 bemorning 87 tasi (93,5%) baholandi. Ulardan 36 nafari taqqoslash guruhidan va 51 nafari asosiy guruhdan (4.4-jadval).

4.4-jadval

Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning hayot sifatini baholash

Natija	Taqqoslash guruhi (n=36)		Asosiy guruh (n=51)		Jami (n=87)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
A'lo	11	30,5%	28	54,9%	39	44,8%
Yaxshi	17	47,2%	19	37,2%	36	41,4%
Qoniqarli	5	13,9%	3	5,9%	8	9,2%
qoniqarsiz	3	8,3%	1	1,9%	4	4,6%
Jami	36	100,0%	51	100,0%	87	100,0%

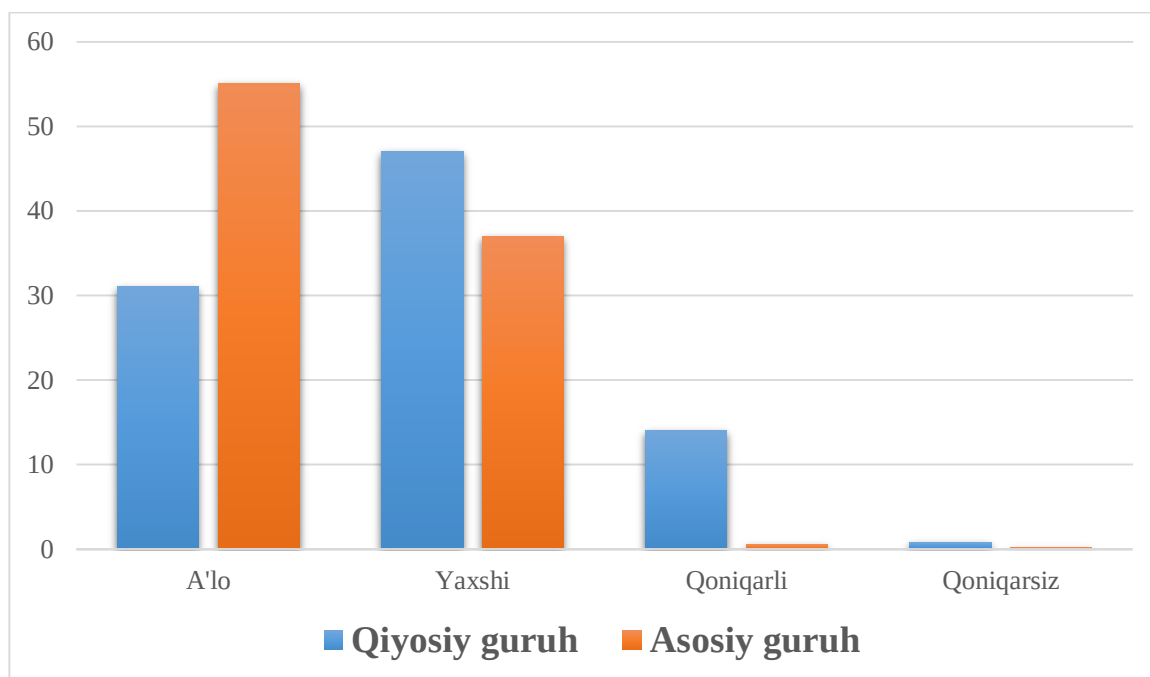
Bemorlarning psixo-emotsional holatida sezilarli o'zgarishlar qayd etildi. Taqdim etilgan ma'lumotlardan ma'lum bo'lishicha, operatsiyadan 12 oy o'tgach, bemorlarning yashash sharoitlarining barcha ko'rsatkichlari sezilarli darajada yaxshilangan. Shu bilan birga, ishonarli va aniq o'sish dinamikasi gigant churrasi bo'lgan bemorlar guruhida qayd etilgan.

Olingan natijalar qo'shma aralashuvni (gernioallo va abdominoplastika) amalga oshirish, churra kattaligidan qat'i nazar, ushbu patologiyaga yega bemorlarning XS ni sezilarli darajada oshiradi degan

xulosaga kelishimizga imkon beradi. Asosiy guruhdagi bemorlarda o‘rganilgan barcha ko‘rsatkichlar yanada yaxshilandi (farqlar ishonchli)

Shunday qilib, taqqoslash guruhida 11 (30,5%) bemorda a‘lo natijalar, 17 (47,2%) bemorda yaxshi, 5 (13,9%) bemorda qoniqarli va 3 (8,3%) holatda qoniqarsiz natijalarga erishildi. O‘z navbatida, asosiy guruhda 51 bemordan 28 tasida (54,9%) a‘lo natijalar, 19 tasida (37,2%) yaxshi, 3 tasida (5,9%) qoniqarli va faqat 1 tasida (1,9%) qoniqarsiz natijalarga erishildi. holat (4.5-rasm).

Ushbu mezon bo‘yicha sezilarli farq olindi (χ^2 mezonining qiymati $r=0,030$ ahamiyatga ega bo‘lgan 8,961 ni tashkil etdi). Hayot sifati ko‘rsatkichlarining yaxshilanishi shkalaning barcha sohalarida ruhiy-hissiy fonni, shuningdek, har xil turdagi gernioplastikadan so‘ng bemorlarning jismoniy faolligini hisobga olgan holda erishildi. Bemorlarning umumiy holatidan qat‘i nazar, kasallikning residivlanishining barcha holatlari qoniqarsiz natijalar sifatida qayd etildi.



4.5-rasm. Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning hayot sifatini baholash

Shunday qilib, oʻtkazilgan tadqiqotlar quyidagi xulosalar chiqarishga imkon berdi:

Ventral churra va abdominoptoz boʻlgan bemorlarda operatsiyadan oldingi adekvat tayyorgarlik va churra allo- va abdominoplastika usulini tanlash uchun tavsiya etilgan algoritm operatsiyadan keyingi asoratlarni 14,8% dan 8,9% gacha ($p=0,045$), shu jumladan yara asoratlarini kamaytirishga imkon berdi. 11,5% dan 4,5% gacha.

Abdominoplastika bilan birgalikda «onlay + sublay» kombinatsiyalangan usuli yordamida endoprotez implantatsiyasi bilan churra alloplastikasining kuchlanishsiz usullarining texnik jihatlarini takomillashtirish kasallikning qaytalanishini bir tekislash imkonini berdi.

Shunday qilib, bemorlarning hayot sifatini takomillashtirilgan miqyosda tahlil qilish shuni koʻrsatdiki, morbid semizlik boʻlgan bemorlarda ventral churralarni davolashning optimal taktikasini tanlashga kompleks yondashuv algoritmidan foydalanish "a'lo va "yaxshi" natijalar ulushini 77,7% dan (taqqoslash guruhidagi 36 bemordan 28 tasi) 92,1% gacha (asosiy guruhdagi 51 bemordan 47 tasi) oshirdi va yomon natijalarni 8,3% dan (taqqoslash guruhida 36 bemordan 3 tasi) 1,9% gacha (asosiy guruhdagi 51 bemordan 1 tasi) kamaytirdi ($r=0,030$).

XOTIMA

Ventral churra va morbid semizlik bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash maqsadida biz bir kator klinik tadqiqotlar o'tkazdik.

Tadqiqot Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-klinikasi xirurgiya bo'limida 2012-2021-yillarda jarrohlik bo'limida ventral churra va morbid semizlik bilan og'rigan 121 nafar bemorni tekshirish va davolash natijalari asosida olib borildi. Barcha bemorlar rejali operatsiya qilindi va davolash taktikasini tanlashga qarab bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruh, taqqoslash guruhi, qorin bo'shlig'i churrasi va morbid semizlik bilan og'rigan 54 nafar bemordan iborat bo'lib, ular faqat gernaloplastikani o'tkazdilar. Ikkinchi, asosiy guruh gernioplastika abdominoplastika bilan to'ldirilgan 67 bemordan iborat.

121 bemorning 37 (30,6%) erkaklar va 84 (69,4%) ayollar bo'lgan. Yosh taqsimoti: 45 yoshgacha - 22 (18,2%), 46-59 yosh - 67 (55,4%), 60-74 yosh - 29 (23,9%), 75-80 yosh - 3 (2,5) %).

Barcha bemorlarda tana vaznini aniqlash va antropometrik ko'rsatkichlardan o'tkazildi. Bemorlarning xammasida semizlik – alimentar sababdan bo'lib, bu o'z navbatida noto'g'ri ovqatlanish, kam jismoniy xarakat xisobiga kelib chiqqan. Ortiqcha tana vaznini aniqlash JSST mutaxassislari tomonidan 2011 yilda taklif qilingan tasnifga muvofiq baholandi. Qorin old devorining ptoz darajasiga ko'ra bemorlar A. Matarasso (1989) tasnifi bo'yicha taqsimlangan. Bunda minimal va o'rtacha ptozis (I-II daraja) tadqiqot guruhlarida mos ravishda III-IV darajali semizlik bilan kasallangan 34 va 42 bemorlarda va o'rta og'irlikdagi va og'ir ptoz (III-IV daraja) 20 va 25 bemorlarda III-IV darajali semizlik kuzatilgan.

Ventral churra va morbid semizlik bilan ogʻrigan 121 bemorning 90 tasida (74,4%) yoʻldosh kasalliklari mavjud. Ulardan 49 nafar bemorda yana 1 ta qoʻshimcha patologiya, 29 tasida 2 ta, 12 tasida — 3 tasida boshqa aʼzo va tizimlarning qoʻshimcha kasalliklari aniqlangan. Yoʻldosh kasalliklar orasida yurak-qon tomir kasalliklari 82,6% hollarda, nafas olish tizimining patologiyasi 9 (7,4%), oyoq venalari varikoz kasalligi 20 (16,5%), qandli diabet 32 (26,4%).) abi bemorlar tashkil qildi.

Chervel va Rath (1999 g.) tasnifga koʻra, bemorlarning aksariyati (85 – 70.2%) kindik usti (M_1) va kindik atrofi (M_2) churrasi boʻlgan. Bemorlarning kamroq qismi lateral (L) 9 (7,4%) nafar va aralash ($M+L$) 3 (2,5%) nafarini tashkil qilgan. Katta (W_3) va gigant (W_4) churra 46 (38,0%) nafar bemorda aniqlandi. 121 nafar bemordan 40 (33,0%) nafarida birlamchi aniqlangan churra, 50 (41,3%) nafarida operatsiyadan keyingi ventral churralar (R_0) va 31 (25,6%) nafarida qaytalangan churra (R_n) aniqlandi.

Instrumental tadqiqot usullaridan eng maʼlumotlisi asosiy guruhdagi 58 bemorda oʻtkazilgan kompyuter tomografik gernioabdominometriya edi. KTGA qorin old devorining topografiyasidagi nuqsonlarni aniqlashga, churraning qorin boʻshligʻi hajmiga nisbatan hajmini aniqlashga, operatsiyadan oldingi etarli tayyorgarlikni belgilashga va optimal plastmassiya usulini tanlashga imkon berdi. Bizning tadqiqotlarimizga koʻra, qorin boʻshligʻi hajmining 14,0% gacha boʻlgan churra chiqishining nisbiy hajmi bilan gernioplastikaning taranglashgan usullarini qoʻllash mumkin - nuqsonni tikish bilan «onlay» endoprotezni implantatsiya qilish. Hajmi 14,1% dan ortiq boʻlsa, taranglashmagan plastik usullarga ustunlik berildi.

Operatsiyadan oldingi bosqichda qorin boʻshligʻi churrasi va morbid semizlik bilan ogʻrigan asosiy guruhdagi 46 (68,6%) bemorlarda qorin

bo'shlig'i bosimini oshirishga moslashuvini o'tkazdik. Tavsiya etilgan takomillashtirilgan pnevmatik belbog' bandaj yordamida qorin ichki bosimining oshishiga moslashtirish. W3-W4 o'lchamdagi ventral churra va morbid semizlik bilan bemorlarda ushbu usulning qo'llanilishi kompartment sindrom rivojlanish xavfini kamaytirish imkonini berdi.

Taqqoslash guruhidagi bemorlar (n=54) 37 (68,5%) bemorda taranglashgan va 17 (31,5%) bemorda taranglashmagan usulda churra alloplastikasidan o'tkazildi.

Asosiy guruhda gernioalloplastikani tanlash biz taklif qilgan dasturga (O'zbekiston Respublikasi Intellektual mulk agentligining DGU № 10983-sonli kompyuter dasturini davlat ro'yxatidan o'tkazilganligi to'g'risidagi guvohnoma – 2021) muvofiq farqlandi va abdominoplastika bilan to'ldirildi. Dastur natijalariga ko'ra asosiy guruhdagi bemorlar operatsiya qilingan bemorlar 4 kichik guruhlarga bo'lingan.

Ballar yig'indisi 5 gacha bo'lgan 1- kichik guruhdagi bemorlarda, shuningdek KT gernioabdominometriya ma'lumotlariga ko'ra churrali bo'rtma hajmi qorin bo'shlig'i hajmining 14% gacha bo'lganda churra nuqsoni bartaraf qilinib, endoprotezning «onlay» usulida implantatsiyasi bajarildi. Ushbu guruhda 24 (35,8%) nafar morbid semizlik va III-IV darajali abdominoptoz bilan bemorlar kiritilib, ularda gernioalloplastika abdominoplastika bilan qo'shib bajarildi.

Ballar yig'indisi 5 dan 10 gacha bo'gan va KTGA ma'lumotlariga ko'ra churrali bo'rtma hajmi qorin bo'shlig'i hajmining 14,1% idan ko'p bo'lgan 2-kichik guruhdagi bemorlarga biz gernioplastikaning taranglashmagan usulidan foydalandik. Qorin bo'shlig'i hajmini oshirish, Abdominal kompartment sindrom yuzaga kelishini oldini olish maqsadida qorin bo'shlig'i churra xaltasi laxtagi bilan chegaralangandan so'ng qorin

old devori plastikasi aponevrozni tikmasdan turib ustidan to'rsimon implantat joylashtirish orqali bajarildi. Endoprotez fiksatsiyasi P-simon choklar yordamida bajarildi. Ushbu choklar qorin bo'shlig'i churra xaltasi laxtagi bilan yopilishidan oldin o'rnatilgan qorin pardagacha bo'lgan barcha qavatlarni olish orqali qo'yildi.

Churra nuqsoni 10 smdan katta, hamda KTGA ma'lumotlariga ko'ra churrali bo'rtma hajmi qorin bo'shlig'i hajmining 18% idan ko'p bo'lgan 3-kichik guruhdagi 12 (17,9%) nafar bemorlarga taranglashmagan kombinatsiyalashgan «onlay + sublay» usulida gernioalloplastika bajarildi, ya'ni bitta implant qorin bo'shlig'i churra xaltasi laxtagi bilan chegaralangandan so'ng, mushak – aponevrotik qavat ostidan qo'yilib, ikkinchi implant aponevroz ustidan joylashtirildi.

To'qimalarning tortilishi va qorin ichki bosimi oshish xavfi yuqori bo'lgan III-IV darajali abdominoptoz va ballar yig'indisi 16 dan 20 gacha bo'lgan 13 nafar 4- kichik guruhdagi bemorlarda bizlar qorin to'g'ri mushaklar qinini Ramirez bo'yicha mobilizatsiya qilish orqali taranglashmagan alloplastikani qo'lladik. Morbid semizlik bilan bemorlarning operatsiyasining implantni fiksatsiya bosqichida qorin bo'shlig'i a'zolari zararlanishini oldini olish uchun jarohat kengaytirgich va pnevmatik qurilmaning qo'llanilishi rekonstruktiv-plastik operatsiyaning texnik bajarilishini yaqqol yengillashtirildi.

Asosiy guruhda qorin old devori plastikasi tugagandan so'ng barcha bemorlar abdominoplastikadan o'tkazildi. Operatsiyadan oldin darhol churra protrusioni, operatsiyadan keyingi eski chandiq va teri-yog 'qatlami bilan chegaralanadigan terini "belgilash" amalga oshirildi.

Asosiy guruhda barcha bemorlar qorin old devori plastikasidan so'ng abdominoplastika o'tkazildi. Bevosita operatsiyadan oldin teri belgilari

qo'yildi. Bemor tik turgan holatda churra hosilasi, operatsiyadan keyingi eski chandiq va teri-yog' qatlami bilan chegaradosh qismlari olib tashlanadigan teri maydoni aniqlandi. Abdominoplastikani rejalashtirishda oziqlantiruvchi tomirlarning joylashishi hisobga olish katta ahamiyatga ega. Bu esa o'z navbatida jarohatning qirg'oqlarida nekroz shakllanishiga olib kelishi mumkin bulgan xolatni shakllantirgan. Langar shaklidagi kesmaning geometrik shaklda bulganligi sababli jaroxat tikilgandan keyin jarohatning qirralari faqat markazida perpendikulyar taranglik yuzaga kelgan. Jarrohlik jarohatsining markazidan uzoqlashganda, kuchlanish kuchlari gorizontal ravishda taqsimlanadi va shu bilan jaroxat qirg'oqlarining nekroz va tikuv choklarning ajralib ketish xavfini kamaytiradi.

Gernio- va abdominoplastikani turli xil variantlarining takomillashtirilgan taktik-texnik jihatlarini hisobga olgan holda ventral churra va morbid semizlik bo'lgan bemorlarda jarrohlikning maqbul usulini tanlash algoritmi ishlab chiqildi.

Umuman olganda, taqqoslash guruhidagi bitta bemorda o'rtacha hisobda o'pka-bronx asoratlari va yurak-qon tomir asoratlari bilan yara asoratlari kombinatsiyasi shaklida 2-3 ta asoratlar mavjud. Umuman olganda, taqqoslash guruhida 8 nafar (54 nafardan 14,8%) turli xil asoratlar bilan og'rigan bemorlar bo'lib, ulardan 6 nafarida (11,1 %) jarohat asoratlari va 4 nafarida (7,4 %) umumiy qorin bo'shlig'idan tashqari asoratlar kuzatilgan. Asosiy guruhda 6 nafarida (67 nafardan 8,9%) turli xil asoratlar, 3 nafarida (4,5%) yara asoratlari, yana 3 nafarida (4,5%) umumiy asoratlar kuzatilgan. Qiyosiy belgiga ko'ra, asoratlar soniga ko'ra, asosiy guruhda sezilarli yaxshilanishga erishildi ($\chi^2=4,043$ mezon; Df=1; p=0,045).

121 nafar operatsiya qilingan bemorning 93 nafarning uzoq natijalari tahlil qilinganda taqqoslash guruxida 5 nafar bemorda ventral churraning qaytalanishi aniqlandi. Churra qaytalanishining asosiy sababi, gernioalloplastikadan soʻng teri-terioosti yogʻ qavati fartugining qoldirilishi boʻlib bu qorin ichi bosimining oshishiga, gravitatsion kuch implantni pastga siljishiga bu esa protezning yuqori qismidagi qorin oldingi devorining ochilib qolishiga olib keldi. Shuningdek residivning sababi boʻlib III-IV – darajali abdominoptozi bor bemorlarda jaroxatning yiringlashi bilan implantning koʻchishiga olib keldi. Asosiy gurux bemorlarda «onlay+sublay» usulidagi kombinirlangan taranglashmagan gernioalloplastikaning qullanilishi kasallikning residivining odlini olishga erishildi.

Qorin boʻshligʻi churrasi va abdominoptozisi boʻlgan bemorlarda kombinatsiyalangan churra allo- va abdominoplastikaning klinik samaradorligi, shuningdek, semizlik darajasining sezilarli darajada pasayishi, tashqi nafas olishning yaxshilanishi, yuqori qon bosimi va diabetes mellitusni pasaytirish tendentsiyasi bilan tasdiqlanadi.

Bemorlarning hayot sifatini aniqlash boʻyicha ishlab chiqilgan dasturga muvofiq operatsiyadan keyingi kech davrda kuzatilgan 93 bemorning 87 tasi (93,5%) baholandi. Ulardan 36 nafari taqqoslash guruhidan, 51 nafari esa asosiy guruhdan tashkil qilidi. Taqqoslash guruhida 11 (30,5%) bemorda aʻlo natijalar, 17 (47,2%) bemorda yaxshi, 5 (13,9%) bemorda qoniqarli va 3 (8,3%) holatda qoniqarsiz natijalar qayd etildi. Oʻz navbatida, asosiy guruhda 51 bemordan 28 tasida (54,9%) aʻlo natijalar, 19 tasida (37,2%) yaxshi, 3 tasida (5,9%) qoniqarli va faqat 1 tasida (1,9%) qoniqarsiz natijalarga erishildi.

.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Абдурахманов Д. Ш. и др. Результаты хирургического лечения больных с грыжами живота и сочетанной абдоминальной патологией //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
2. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.
3. Бабажанов А. С. и др. Критерии выбора герниоалло-и абдоминопластики по результатам герниоабдоинометрии //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
4. Баймаханов Б.Б, Бутабаев Н.К. Способ предоперационной подготовки больного с большой вентральной грыжей: патент РФ № 21080// Комитет по правам интеллектуальной собственности министерства юстиции республики Казахстан. – 2009, Официальный бюллетень. № 4.
5. Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И. Особенности лечения послеоперационных вентральных грыж после перенесенного перитонита // Перитонит от А до Я (Всероссийская школа). – 2016. – С. 105-108.
6. Баулин А.А. Эстетический компонент в герниологии / А.А. Баулин и [др.] // Герниология. - 2011. - № 1. - С. 8-9.
7. Белоконев В. И. и др. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2018. – №. 5. – С. 45-50.

8. Богдан В. Г. Предоперационные мероприятия в лечении пациентов с большими послеоперационными грыжами живота // Военная медицина. – 2013. – №. 3. – С. 28-31.

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

10. Бордан Н. С., Яшков Ю. И., Ильченко Ф. Н. Концепция многоцелевой абдоминопластики у бариатрических пациентов //Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 20. – №. 4. – С. 33-38.

11. Борисова И.Ю. Оценка частоты рецидивов после операций грыжесечения в зависимости от индивидуальных особенностей соединительной ткани пациентов / И.Ю. Борисова, Л.Е. Славин, Р.Р. Аллиулова, Р.Т. Зимагулов, А.З. Замалеев// Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». - Москва. – 2013. – С.25-26.

12. Ботезату А.А. Классификация послеоперационных грыж брюшной стенки /А.А. Ботезату, Р.И. Райляну // Материала конференции «Актуальные вопросы герниологии» Москва 1-2 ноября 2011. – 2011. – С.37-39.

13. Бухарин А.Н. Лечение ущемленных грыж передней брюшной стенки с применением эндогенного оксида азота и сетчатых эндопротезов / А.Н. Бухарин и [др.] // Герниология. - 2011. - № 1. - С. 10-11.

14. Власов А.В. Профилактика раневых осложнений при протезировании брюшной стенки в лечении вентральных грыж // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Нижний Новгород – 2013. С. 109.

15. Власов А.В. Профилактика раневых осложнений при протезировании брюшной стенки в лечении вентральных грыж. // Диссертация

кандидата медицинских наук. Нижний Новгород – 2013. С. 109.

16. Гаин Ю. М., Алексеев С. А., Богдан В. Г. Синдром абдоминальной компрессии в хирургии // Белорусский мед. журнал. – 2004. – Т. 3. – С. 20-31.

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

18. Головин Р.В. Комбинированная аллогерниопластика при послеоперационных вентральных грыжах срединной локализации // Диссертация на соискание кандидата медицинских наук. Киров – 2014. С. 108.

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

20. Горский В. А. и др. Применение препарата Колгара для внутрибрюшной пластики вентральных грыж // Вестник хирургии Казахстана. – 2016. – №. 1 (46). – С. 33-36.

21. Григорьев С.Г. Способ операций без удаления грыжевого мешка при грыжах брюшной стенки. / С.Г. Григорьев, Е.П. Кривошеков, Т.С. Григорьева [и др.] // Материалы VII Всероссийской конф. общ. хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012) / Отв. ред. В.К. Гостищев; редкол.: В.А. Кубышкин [и др.]. - Красноярск: Версо, 2012. - С.298-300.

22. Давлатов С.С. Качество жизни больных с послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде // Вестник врача. Самарканд. – 2019. – №. 1. – С. 21-25.

23. Егиев В. Н., Кулиев С. А., Евсюкова И. В. Оценка качества

жизни у пациентов, перенесших переднюю сепарационную пластику //Московский Хирургический. – 2018. – Т. 8. – С. 25.

24. Егиев В. Н., Кулиев С. А., Евсюкова И. В. Результаты задней сепарационной пластики у пациентов со срединными вентральными грыжами // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2017. Т.5. – №.2 (16). – С. 29-32.

25. Ермаков Н. А. и др. Методика частичного релизинга прямых мышц живота для полного восстановления белой линии после задней сепарационной пластики по поводу больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Московский хирургический журнал. – 2015. – №. 4. – С. 22-25.

26. Ермолов А. С., Хмельницкий А. И., Упырев А. В. Качество жизни пациентов, перенесших эндопротезирование брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи живота //Acta Biomedica Scientifica. – 2011. – №. 4-2. – С. 291-294.

27. Ермолов А.С. Морфофункциональные изменения брюшной стенки у больных с послеоперационной вентральной грыжей как критерий степени её недостаточности /А.С. Ермолов, А.В. Упырёв, Ю.В. Кемеж, А.И. Хмельницкий, Д.М. Верещагин, Т.А. Дроганова, Е.Л. Молозина, Г.А. Платонова // Материалы IX конференции «Актуальные вопросы герниологии». – Москва. – 2013. – С.44-45.

28. Жаныгулов А. Д., Инютин А. С., Муравьев С. Ю. Физические особенности белой линии живота с позиции герниолога // Endoskopicheskaya Khirurgia. – 2018. – Т. 24. – №. 1. – С. 34-37.

29. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский // Москва: МИЛ, 2009. - 440с.

30. Зотов В.А., Штофин С.Г. с соавт. Хирургия грыж брюшной

стенки с пластикой «без натяжения». Вестник герниологии. Выпуск П. С.84

31. Зохидова С. Х., Ахмедов Ю. М., Карабаев Х. К. Наш опыт лечения ущемленных после операционных вентральных грыж у больных пожилого возраста // Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3.

32. Ибадов Р. А. и др. Абдоминальный компартмент синдром-особенности респираторной терапии и профилактика бронхолегочных осложнений // Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3. – С. 83.

33. Ивачев А.С., Необходимость сочетания вентропластики и дермолипэктомии / А.С. Ивачев, В.А. Андреев //Герниология. - 2011. - № 1. - С. 19.

34. Измайлов А.Г., Доброквашин С.В., Волков Д.Е., Пырков В.А., Закиров Р.Ф., Давлет-Кильдеев Ш.А., Ахметзянов Р.Ф. Концепция профилактики и лечения послеоперационных раневых осложнений у хирургических больных // ПМ. 2017. №6 (107). – С. 50-54.

35. Исантурдиев У. И. и др. Современные принципы лечения ущемленных больших грыж передней брюшной стенки живота //Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3.

36. Калиш Ю. И. и др. Морфологическая характеристика тканей, окружающих протез, у пациентов при кожно–протезных свищах и парапротезных грыжах //Клінічна хірургія. – 2014. – №. 4. – С. 34–36.

37. Калиш Ю. И. и др. Рецидивные грыжи после протезной пластики // Advanced Studies in Science: Theory and Practice. – 2016. – С. 224-228.

38. Калиш Ю. И., Аметов Л. З., Шаюсупов А. Р. Ущемленная гигантская многокамерная рецидивирующая грыжа //Вестник экстренной медицины. – 2011. – №. 2.

39. Калиш Ю.И., Влияние инфракрасного лазера на раневой процесс и интеграцию проленовых сеток после аллогерниопластики / Ю.И. Калиш [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - Т. IV, №4. С. 697-700.

40. Калиш Ю.И., Лазерные технологии в профилактике раневых осложнений после аллогерниопластики / Ю.И. Калиш [и др.] // Герниология. - 2006. - № 45. С. 22.

41. Каримов Ш.И. и др. Ненатяжные методы герниопластики как выбор хирургической коррекции паховых грыж //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 6. – С. 68-72.

42. Кирпичев А.Г., Сурков Н.А. «Современные принципы лечения послеоперационных вентральных грыж». Москва, «Кремлевская медицина. Клинический вестник».№2-2000. С. 136-137.

43. Колесников С. А. и др. Ауто- и аллопластика в хирургии вентральных грыж (необходимость, достаточность, эффективность) // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016. – №. 3. – С. 162.

44. Корольков А. Ю. и др. Хирургическое лечение гигантской вентральной грыжи, осложненной в послеоперационном периоде абдоминальным компартмент-синдромом //Вестник хирургии имени ИИ Грекова. – 2018. – Т. 177. – №. 5. – С. 83-85.

45. Кукош М. В., Власов А. В., Гомозов Г. И. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндопротезировании вентральных грыж // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20. – №. 5. – С. 32-37.

46. Лаврешин П. М. и др. Прогнозирование развития первичных послеоперационных вентральных грыж // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 3. – С. 63.

47. Лазаричева Н. М. Выбор лечебной тактики у пациентов старших возрастных групп с гигантскими и обширными послеоперационными вентральными грыжами: дисс. – ГОУВПО "Московская медицинская академия", 2011.

48. Лайпанов Р.М. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами с использованием сетчатых эндопротезов // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ставрополь – 2015. С. 132.

49. Лебедев С. Н. и др. Анализ неоперационных предикторов послеоперационных вентральных грыж //Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т. 34. – №. 6.

50. Лебедев С. Н. и др. Превентивное эндопротезирование при срединных лапаротомиях // Наука молодых–Eruditio Juvenium. – 2018. – Т. 6. – №. 2. – С. 211-217.

51. Лебедев С. Н. и др. Роль операционных факторов в развитии инцизионных грыж при срединных лапаротомиях // Теория и практика современной хирургии. – 2018. – С. 192.

52. Лебянов А. Д. и др. Обоснование применения физико-химических методов в лечении распространенного перитонита и пластики послеоперационных вентральных грыж // Биорадикалы и антиоксиданты. – 2016. – Т. 3. – №. 3. – С. 180-183.

53. Лембас А.Н., Осложнения протезирующей герниопластики при лечении первичных и послеоперационных вентральных грыж / А.Н. Лембас [и др.] // Современные технологии и возможности реконструктивновосстановительной и эстетической хирургии: матер. III-ей междунар. конф., Москва, 17-18 апреля 2012 г. / под ред. В.А. Кубышкина, А.А. Адамяна - С. 149-151.

54. Магомедов М. М., Иманалиев М. Р., Исмаилов Г. М. Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2016. – Т. 16. – №. 11. – С. 43-45.

55. Магомедов М. М., Исмаилов Г. М. Выбор метода лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж и их результаты // Московский хирургический журнал. – 2017. – №. 1. – С. 5-9.

56. Майоров Р. В., Наумов А. М., Заикин А. В. Сравнительная характеристика эффективности различных способов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью Наука и инновации, 2016. – Т. 6. – №. 6. – С. 1326-1328.

57. Малков И. С. и др. Опыт выполнения задней сепарационной пластики при гигантских послеоперационных вентральных грыжах // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98. – №. 4.

58. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Критерии выбора пластики у больных послеоперационными вентральными грыжами и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 40-45.

59. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Особенности гернио и абдоминопластики у больных с послеоперационной вентральной грыжей и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 46-53.

60. Мирходжаев И. А., Норов Ф. Х., Хикматов Ж. С. Изучение влияния аллогерниопротезирования вентральных грыж на показатели качества жизни больных // Биология и интегративная медицина. – 2016. – №. 1. – С. 57-59.

61. Мортин А.В., Профилактика послеоперационных вентральных грыж посредством превентивного эндопротезирования / А.В. Мортин, А.С. Мухин // Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012) / Отв. ред. В.К. Гостищев; редкол.: А. Кубышкин [и др.]. - Красноярск: Версо, 2012. - С.343-345.

62. Мутова Т. В. и др. Особенности реактивных изменений ткани при имплантации полипропиленовых легкого и сверхлегкого эндопротезов на ранних сроках имплантации // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2018. – Т. 19. – №. 3. – С. 272.

63. Насиров М. Я. и др. Анализ отдаленных результатов симультанной герниоалло- и абдоминопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением // Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2015. – №. 2. – С. 70-74.

64. Некрасов А. Ю., Истомин Н. П., Александрович В. Е. Лапароскопическая ненатяжная пластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – Т. 17. – №. 1.

65. Никольский В. И. и др. Изучение качества жизни пациентов после протезирующей герниопластики // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24. – №. 1.

66. Овчинников В. А., Соколов В. А. Абдоминальный компартмент-синдром // Современные технологии в медицине. – 2013. – Т. 5. – №. 1. - С. 122-129

67. Олейничук А.С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением. Автореф канд.дисс. 2010 г. Москва.

68. Паршаков А. А., Гаврилов В. А., Самарцев В. А. Профилактика осложнений в хирургии послеоперационных грыж передней брюшной стенки: современное состояние проблемы (обзор) // Современные технологии в медицине. – 2018. – Т. 10. – №. 2.

69. Паршаков А. А., Гаврилов В. А., Самарцев В. А. Профилактика осложнений в хирургии послеоперационных грыж передней брюшной стенки: современное состояние проблемы (Обзор) // Современные технологии в медицине. – 2018. – Т. 10. – №. 2.

70. Паршиков В. В., Логинов В. И. Техника разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами (обзор) // Современные технологии в медицине. – 2016. – Т. 8. – №. 1.

71. Паршиков В.В. и др. Полувековой путь развития профилактики инфекционных осложнений в послеоперационных ранах // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т. 12. – №. 1 (67). – С. 82-93.

72. Петров Е.С., Биомеханика брюшного пресса и брюшное дыхание в механизме образования грыжи / Е.С. Петров, Э.Р. Тимбаков // Герниология. -2011.-№ 1. С. 36-37.

73. Петрушко С. И. и др. Оценка качества жизни у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Актуальные вопросы современной хирургии. – 2018. – С. 87-91.

74. Печеров А.А. Периоперационные критерии выбора способа пластики послеоперационных вентральных грыж. // Диссертация на соискании доктора медицинских наук. Москва – 2012. – С. 209.

75. Плечев В.В., Применение нового вида полимерного имплан-

тата при герниопластике у больных послеоперационными вентральными грыжами / В.В. Плечев [и др.] // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: матер. III-ей междунар. конф., Москва, 17-18 апреля 2012 г. / под ред. В.А. Кубышкина, А.А. Адамяна - С. 138-139.

76. Полевой Ю. Ю. и др. Экспериментальное обоснование применения легкого усиленного эндопротеза для герниопластики // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2018. – С. 291.

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

78. Протасов А. В., Каляканова И. О., Каитова З. С. Выбор имплантата для герниопластики вентральных грыж // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2018. – Т. 22. – №. 3. – С. 258-264.

79. Райляну Р.И., Подолинный Г.И. Концепция наружных брюшных грыж как формы соединительнотканной дисплазии для поиска эффективных способов хирургического лечения // Research'n Practical Medicine Journal. 2019. №4. – С. 138-150.

80. Раскатова Е.В., Ненатяжная пластика при послеоперационных вентральных грыжах с анатомическим дефицитом тканей передней брюшной стенки / Е.В. Раскатова, А.Г. Лебедев, В.А. Ильичев [и др.] // Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012) / Отв. ред. В.К. Гостищев; редкол.: В.А. Кубышкин [и др.]. - Красноярск: Версо, 2012. С. 370-373.

81. Ремизов А.С., Герниопластика с использованием сетчатых ал-

ломатериалов, покрытых аутологичной белково-тромбоцитарной оболочкой / А.С. Ремизов [и др.] // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: матер. III-ей междунар. конф., Москва, 17-18 апреля 2012 г. / под ред. В.А. Кубышкина, А.А. Адамяна - С. 115-117.

82. Сажин А. В. и др. Эндоскопическая ретромускулярная аллопластика при первичных и послеоперационных вентральных грыжах: наш первый опыт // Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. 2018. №. 6. С. 62-65.

83. Самарцев В. А., Гаврилов В. А., Паршаков А. А. Опыт герниопластики TAR у пациентов с послеоперационными грыжами W₃ // Теория и практика современной хирургии. – 2018. – С. 242.

84. Сонис А.Г. Анализ послеоперационных инфекционных осложнений после ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки / А.Г. Сонис, Е.А. Столяров, Б.Д. Грачев, М.А. Безрукова // Материалы VII Всероссийской конф. общих хирургов с междунар. участием (Красноярск, 17-18 мая, 2012) / Отв. ред. В.К. Гостищев; редкол.: В.А. Кубышкин [и др.]. - Красноярск: Версо, 2012. - С. 384-386.

85. Стяжкина С. Н., Абдуллина Э. Ф., Самигуллина А. И. Послеоперационные грыжи. Клинический случай // Синергия Наук. – 2018. – №. 19. – С. 966-970.

86. Суковатых Б. С. и др. Показания и выбор технологии протезирования брюшной стенки для профилактики и лечения послеоперационных вентральных грыж // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15. – №. 1.

87. Тешаев О. Р., Хайитов И. Б. Хирургическое лечение после-

операционных вентральных грыж у больных с ожирением // Врач-аспирант. – 2011. – Т. 47. – №. 4.2. – С. 346-351.

88. Тешаев О. Р., Хайитов И. Б. Экспериментальное моделирование грыжи передней брюшной стенки с абдомино-висцеральным ожирением // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 4. – С. 23-25.

89. Тешаев О.Р., Хайитов И.Б., Сапаев Д.А., Дадажонов Э.М., Тавашаров Б.Н. Абдоминопластика послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. – 2011. - №3(66). - С. 124 - 127.

90. Тимербулатов М. В. и др. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8. – №. 5. – С. 101-107.

91. Тогаев Ш. Б. и др. Компартмент-синдром после операции больших и гигантских послеоперационных грыж // Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3. – С. 148

92. Толкачев К. С. и др. Визуализация тканей передней брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах //Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – №. 3 (105).

93. Трушин С. Н., Романов А. Н., Поляков А. В. Проблема раневых осложнений в хирургии инцизионных вентральных грыж // Земский врач. – 2017. – №. 1. – С. 63-66.

94. Федосеев А. В. и др. Превентивное эндопротезирование брюшной стенки в группах риска развития послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2019. – №. 1. – С. 32-36.

95. Хайитов И. Б. Роль абдоминопластики при протезирующей

герниопластике у больных с послеоперационными и вентральными грыжами с отвислым животом // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 6. – С. 78-80.

96. Хакимов М.Ш. и др. Преимущества миниинвазивных технологий в хирургическом лечении пупочных грыж // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Т. 23. – №. 4. – С. 29-32.

97. Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т., Адилходжаев А.А. (2017). Выбор хирургической тактики при паховых грыжах у пациентов с избыточной массой тела. // Вестник ТМА 2017 № 4 - С. 74-76.

98. Хамдамов Х. Х. и др. Профилактика осложнений после операции по поводу ущемлённых грыж у больных пожилого и старческого возраста // Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3. С. 166-167.

99. Хамраев А.Ж., Джалилов Н. А. Особенности хирургического лечения паховых грыж у детей (обзор литературы) // Молодой ученый. – 2015. – №. 22. – С. 303-308.

100. Чередников Е. Ф. и др. Выбор способа хирургического лечения пациентов с послеоперационными срединными вправимыми грыжами на основе неинвазивной оценки внутрибрюшного давления // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery. – 2017. – Т. 10. – №. 2.

101. Чередников Е. Ф. и др. Результаты применения неинвазивной оценки внутрибрюшного давления при хирургическом лечении пациентов с послеоперационными срединными вправимыми грыжами // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16. – №. 2. – С. 328-334.

102. Черепанов Д. Ф. и др. Возможности и перспективы использования энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного

потока при лечении вентральных грыж // Вестник хирургии имени ИИ Грекова. – 2017. – Т. 176. – №. 4.

103. Черных А. В. и др. Клинико-анатомическое исследование нового способа уменьшения внутрибрюшного давления при протезирующей пластике срединных послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Морфологические ведомости. – 2017. – Т. 25. – №. 3. – С. 26-31.

104. Шамсиев А. М., Давлатов С. С. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковльчука. – 2016. – №. 1. – С. 78-83.

105. Шестаков А. Л., Инаков А. Г., Цховребов А. Т. Оценка эффективности герниопластики у больных с грыжами передней брюшной стенки с помощью опросника SF-36 // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2017. – Т. 12. – №. 3. – С. 50-53.

106. Шестаков А. Л., Инаков А. Г., Цховребов А. Т. Результаты различных вариантов пластики передней брюшной стенки у больных с вентральными грыжами и факторы, оказывающие на них влияние // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2017. – Т. 39. – №. 19 (268). – С. 98-108.

107. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Имамов А.А. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении паховых грыж в экстренной хирургии // Вестник экстренной медицины. 2017. №3. – С. 34-37.

108. Щеглова Ю.В., Белоногов Л.И., Малахов С.Ф. Влияние липосакции на уровень лептина крови. Вестник хирургии, Т.163, № 5-2004. С. 86-88

109. Янин Е. Л. и др. Возникновение послеоперационных вентральных грыж у пациентов с ожирением, перенесших холецистэктомию с билиопанкреатическим шунтированием // Вопросы диетологии. – 2015. – Т. 5. – №. 1. – С. 31-33.

110. Abdurakhmanov D., Sayfullaeva F. Surgical treatment of postoperative ventral hernia //Збірник наукових праць ЛОГОС. – 2021.

111. Abduraxmanov D. et al. Features of hernia and abdominoplasty in patients with postoperative ventral hernia and abdominoptosis //Science and innovation. – 2022. – Т. 1. – №. D5. – С. 33-40.

112. Abduraxmanov D. Sh. et al. Tensioned hernioplasty and abdominoplasty in patients with morbid obesity // Bulletin of science and education. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 88-98.

113. Ahonen-Siirtola M. et al. Laparoscopic versus Hybrid Approach for Treatment of Incisional Ventral Hernia // Digestive Surgery. – 2017. – P. 88-95.

114. Akhmedov B. A. et al. Advanced long-tension hernioalloplasty method for inguinal hernia //Volgamedscience. – 2021. – С. 335-336.

115. Anthony T., Bergen P. C., Kim L. T., Henderson M., Fahey T., Rege R. V., Turnage R. H. Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy // World J. Surg. 2000. - Vol. 24, - P. 95-101.

116. Arita N. A. et al. Laparoscopic repair reduces incidence of surgical site infections for all ventral hernias //Surgical endoscopy. – 2015. – Т. 29. – №. 7. – С. 1769-1780.

117. Bencini L., Sanchez L. J., Scatizzi M. [et al.] Laparoscopic treatment of ventral hernias: prospective evaluation // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. - 2003. - Vol.13, № 1. - P. 16-19.

118. Bondre I. L. et al. Suture, synthetic, or biologic in contaminated

ventral hernia repair //journal of surgical research. – 2016. – T. 200. – №. 2. – C. 488-494.

119. Bringman S., Heikkinen T. J., Wollert S. [et al.] Early results of a single blinded, randomized, controlled, internet-based multicenter trial comparing Prolene and Vypro II mesh in Lichtenstein hernioplasty // Hemia. - 2004. - Vol. 8, N 2. - P. 127-134.

120. Broman K. K. et al. Hidden Morbidity of Ventral Hernia Repair with Mesh: As Concerning as Common Bile Duct Injury? //Journal of the American College of Surgeons. – 2016. – T. 223. – №. 4. – C. S61.

121. Caulfield R., A large encapsulated seroma presenting as a mass 5 years post paraumbilical hernia repair / R. Caulfield [et al.] // J Plast Reconstr Aesthet Surg. -2009. - №62 (1) P. 105-107.

122. Chin K. J. et al. The analgesic efficacy of pre-operative bilateral erector spinae plane (ESP) blocks in patients having ventral hernia repair //Anaesthesia. – 2017. – T. 72. – №. 4. – C. 452-460.

123. Davlatov S. S., Khamdamov B. Z., Abdurakhmonov D. S. Post-operative ventral hernias (text): Monograph //Tibbiyot ko'zgusi». Samar-kand. – 2021.

124. Dietz U. A., Bingener-Casey J. Classification of Ventral and Incisional Hernias //Laparo-endoscopic Hernia Surgery. – Springer, Berlin, Heidelberg, 2018. – C. 273-282.

125. Doble J. A., Pauli E. M. Ventral Hernia Repair //Clinical Algorithms in General Surgery. – Springer, Cham, 2019. – C. 801-803.

126. Douglas RJ, de la Torrell, Gardner PM, Grant JH, Fix RJ, Vasconez LO. Abdominoplasty repair for abdominal wall hernias. Ann Plast Surg, 2003;1:85-86

127. Dubay D.A. Incisional herniation induces decreased abdominal

wall compliance via oblique muscle atrophy and fibrosis / D.A. Dubay, W. Choi, M.G. Urbanchek // *Annals of surgery*. 2007. – Vol.245. – №1. – P.140-146.

128. Earle D. et al. SAGES guidelines for laparoscopic ventral hernia repair // *Surgical endoscopy*. – 2016. – T. 30. – №. 8. – C. 3163-3183.

129. Eid G. M. et al. Ventral hernias in morbidly obese patients: a suggested algorithm for operative repair // *Obesity surgery*. – 2013. – T. 23. – №. 5. – C. 703-709.

130. Evans K. K. et al. Survey on ventral hernias: surgeon indications, contraindications, and management of large ventral hernias // *The American Surgeon*. – 2012. – T. 78. – №. 4. – C. 388-397.

131. Franklin M. E., Hernández M. A., Hamby P. M. Bridging Versus Closing the Defect During MIS Ventral Hernia Repair: Pros and Cons // *The SAGES Manual of Hernia Surgery*. – Springer, Cham, 2019. – C. 173-181.

132. Gillion J. F. et al. Patient-reported outcome measures 2 years after treatment of small ventral hernias using a monofilament polypropylene patch covered with an absorbable hydrogel barrier on its visceral side // *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*. – 2018. – T. 1. – №. 3. – C. 99.

133. Gillion J. F. et al. The economic burden of incisional ventral hernia repair: a multicentric cost analysis // *Hernia*. – 2016. – T. 20. – №. 6. – C. 819-830.

134. Goodenough C. J. et al. Development and validation of a risk stratification score for ventral incisional hernia after abdominal surgery: hernia expectation rates in intra-abdominal surgery (the HERNIA Project) // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2015. – T. 220. – №. 4. – C. 405-413.

135. Gurusamy K., Wound drains after incisional hernia repair / K. Gurusamy, K. Samraj // Cochrane Database Syst Rev. - 2007 - № (1) - CD005570.

136. Halligan S. et al. Imaging complex ventral hernias, their surgical repair, and their complications // European radiology. – 2018. – Т. 28. – №. 8. – С. 3560-3569.

137. Harth K. C., Blatnik J. A., Rosen M. J. Optimum repair for massive ventral hernias in the morbidly obese patient—is panniculectomy helpful? // The American journal of surgery. – 2011. – Т. 201. – №. 3. – С. 396-400.

138. Hartog D., Open surgical procedures for incisional hernias / D. den Hartog, A. Dur, W. Tuinebreijer, R. Kreis // Cochrane Database Syst Rev. - 2008 - № 16(3) - CD006438.

139. Heniford B. T. et al. Preperitoneal Ventral Hernia Repair: A Decade Long Prospective Observational Study With Analysis of 1023 Patient Outcomes // Annals of surgery. – 2018.

140. Hill B. et al. Single-Institution Experience With Component Separation for Ventral Hernia Repair: A Retrospective Review // Annals of plastic surgery. – 2018. – Т. 80. – №. 6S. – С. S343-S347.

141. Holihan J. L. et al. Mesh location in open ventral hernia repair: a systematic review and network meta-analysis // World journal of surgery. – 2016. – Т. 40. – №. 1. – С. 89-99.

142. Holihan J. L. et al. Sublay versus underlay in open ventral hernia repair // Journal of Surgical Research. – 2016. – Т. 202. – №. 1. – С. 26-32.

143. Itani K.M., Hur K F., Kim L.T. et al. Comparison of laparoscopic and open repair with tpmsh for the treatment of ventral incisional hernia // Arch.Surg. - 2010. - № 145 (4). - P. 322-328.

144. Ivanov Y. V. et al. Method of prevention of postoperative gray allohernioplasty in laparoscopic ventral hernia //Clinical Practice. – 2018. – T. 9. – №. 1. – C. 3-9.

145. Jensen K. K. et al. Enhanced recovery after giant ventral hernia repair //Hernia. – 2016. – T. 20. – №. 2. – C. 249-256.

146. Jin J., In vitro evaluation of the permeability of prosthetic meshes as the possible cause of postoperative seroma formation / J. Jin, S. Schomisch, M. Rosen // Surg Innov. - 2009. - № 16(2) - P. 129-33.

147. Kaafarani H., Predictors of surgical site infection in laparoscopic and open ventral incisional herniorrhaphy / H. Kaafarani [et al.] // J Surg Res. - 2010. - № 163(2)-P. 229-34.

148. Kaafarani H., Seroma in ventral incisional herniorrhaphy: incidence, predictors and outcome / H. Kaafarani, K. Hur, A. Hirter [et al.] // Am J Surg. - 2009. - № 198(5)-P. 639-44.

149. Kingsnorth A., Open onlay mesh repair for major abdominal wall hernias with selective use of components separation and fibrin sealant / A. Kingsnorth [et al.] // World J Surg. - 2008. - № 32(1) - P. 26-30.

150. Klima D., Application of subcutaneous talc in hernia repair and wide subcutaneous dissection dramatically reduces seroma formation and postoperative wound complications / D. Klima, R. Brintzenhoff, V. Tsipline [et al.] // Am Surg. -2011. - №77(7) - P. 888-94.

151. Klink C., Do drainage liquid characteristics serve as predictors for seroma formation after incisional hernia repair? / C. Klink [et al.] // Hernia - 2010 - № 14(2) - P. 175-9.

152. Klink C., Serum analyses for protein, albumin and IL-1-RA serve as reliable predictors for seroma formation after incisional hernia repair / C. Klink [et al.] // Hernia - 2011 - № 15 - P. 69-73.

153. Kokotovic D. et al. Correlation between early surgical complications and readmission rate after ventral hernia repair //Hernia. – 2017. – C. 1-6.

154. Kumar N. G. et al. Using Quality Improvement Principles to Enhance Long-Term Completion of Patient-Reported Outcomes after Ventral Hernia Repair //Journal of the American College of Surgeons. – 2017. – T. 224. – №. 2. – C. 172-179.

155. Leonard J. et al. Delineation of factors associated with prolonged length of stay after laparoscopic ventral hernia repair leads to a clinical pathway and improves quality of care //Surgical endoscopy. 2016. T. 30. №. 4. – C. 1614-1618.

156. Liang M. K. et al. Ventral hernia management //Annals of surgery. – 2017. – T. 265. – №. 1. – C. 80-89.

157. Lopez-Cano M., Use of vacuum-assisted closure in open incisional hernia repair: a novel approach to prevent seroma formation / M. Lopez-Cano, M. Armengol-Carrasco // Hernia. - 2011. - Jun 12.

158. Madabhushi V. et al. Concomitant open ventral hernia repair: what is the financial impact of performing open ventral hernia with other abdominal procedures concomitantly? //Surgical endoscopy. – 2018. – T. 32. – №. 4. – C. 1915-1922.

159. Mercoli H. et al. Postoperative complications as an independent risk factor for recurrence after laparoscopic ventral hernia repair: a prospective study of 417 patients with long-term follow-up //Surgical Endoscopy. – 2016. – C. 1-9.

160. Mommers E. H. et al. A modified Chevrel technique for ventral hernia repair: long-term results of a single centre cohort //Hernia. – 2017. – C. 1-10.

161. Mommers E. H. H. et al. Impact of hernia volume on pulmonary complications following complex hernia repair //Journal of Surgical Research. – 2017. – T. 211. – C. 8-13.

162. Morales-Conde S., A new classification for seroma after laparoscopic ventral hernia repair / S. Morales-Conde // Hernia. - 2012. - № 16(3). - P. 261-7.

163. Olsson A. et al. Impact of postoperative complications on the risk for chronic groin pain after open inguinal hernia repair //Surgery. – 2017. – T. 161. – №. 2. – C. 509-516.

164. Petro C. C. et al. Designing a ventral hernia staging system //Hernia. – 2016. – T. 20. – №. 1. – C. 111-117.

165. Prabhu A. S. et al. Preoperative Chlorhexidine Gluconate Use Can Increase Risk for Surgical Site Infections after Ventral Hernia Repair //Journal of the American College of Surgeons. – 2017. – T. 224. – №. 3. – C. 334-340.

166. Raftopoulos I., Courcoulas A. P. Outcome of laparoscopic ventral hernia repair in morbidly obese patients with a body mass index exceeding 35 kg/m² // Surgical endoscopy. – 2007. – T. 21. – №. 12. – C. 2293-2297.

167. Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal / A.M. Rath, J. Chevrel // Hernia. – 2000. – Vol. 4.– № 1. – P.1–3.

168. Rosen M. J. et al. Multicenter, prospective, longitudinal study of the recurrence, surgical site infection, and quality of life after contaminated ventral hernia repair using biosynthetic absorbable mesh: the COBRA Study //Annals of surgery. – 2017. – T. 265. – №. 1. – C. 205.

169. Sabbagh C. et al. Progressive preoperative pneumoperitoneum preparation (the Goni Moreno protocol) prior to large incisional hernia surgery: volumetric, respiratory and clinical impacts. A prospective study //

Hernia. – 2012. - Vol.16(1). – P.33-40.

170. Schwarz J., Reinhold W., Bittner R. Endoscopic mini/less open sublay technique (EMILOS)-a new technique for ventral hernia repair //Langenbeck's archives of surgery. – 2017. – T. 402. – №. 1. – C. 173-180.

171. Tandon A. et al. Meta-analysis of closure of the fascial defect during laparoscopic incisional and ventral hernia repair //British Journal of Surgery. – 2016. – T. 103. – №. 12. – C. 1598-1607.

172. Trujillo C. N. et al. Complex ventral hernias: a review of past to present // The Permanente Journal. – 2018. – T. 22.

173. Tsereteli Z. et al. Laparoscopic ventral hernia repair (LVHR) in morbidly obese patients //Hernia. – 2008. – T. 12. – №. 3. – C. 233-238.

174. Tsereteli Z., Chronic posterior seroma with neoperitoneum following laparoscopic ventral hernia repair: treatment algorithm / Z. Tsereteli, B. Ramshaw, A. Ramaswamy // Hernia. - 2008. - № 12(4) - P.363-6.

175. Vrijland W. Intraperitoneal polypropylen mesh repair of incisional hernia is not associated with enterocutaneous fistula / W. Vrijland, J. Jeekel, E. Steyerberg // Br. J. Surg. 2000. Vol. 87, № 3. P. 348-352.

176. Warren J. A. Cobb, W. S., Ewing, J. A., Carbonell, A. M. Standard laparoscopic versus robotic retromuscular ventral hernia repair //Surgical endoscopy. – 2017. – T. 31. – №. 1. – C. 324-332.

177. Weale A. R. The intact of mesh, repair of inguinal herniae on renal transplantation / A. R. Weale, S. J. Baynham, A. K. Pentlow // Transplantation. - 2007. - Vol. 84, № 7. P. 938.

178. Weber G. Results of ventral hernia repair: comparison of suture repair with mesh implantation (onlay vs sublay) using open and laparoscopic approach prospective, randomized, multicenter study / G. Weber, O. P. Horvath // Magy Seb. - 2002. - Vol. 55, № 5. - P. 285-289.

179. Zakurdaev E. I. et al. Topographic-Anatomic Justification of Various Methods Reducing Tissue Tension at Prosthetic Incisional Hernia Repair by «Sublay» //Journal of Experimental and Clinical Surgery. – 2017. – T. 10. – №. 1. – C. 26-31.

ShARTLI QISQARTMALAR RO‘YXATI:

AD	arterial bosim
OKKVCH	operatsiyadan keyingi katta ventral churralar
QBG	qorin bo‘shlig‘i gipertenziyasi
QBB	qorin bo‘shlig‘i bosimi
DLE	dermatolipidektomiya
OIT	oshqozon-ichak trakti
YuIK	yurak ishemik kasalligi
O‘SV	o‘pka sun‘iy ventilyatsiyasi
TMI	tana massa indeksi
KT	kompyuter tomografiya
LTK	lateks to‘qima kleyi
OVG	churraning nisbiy kattaligi
RITB	reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi
OKVCH	operatsiyadan keyingi ventral churra
PTFE	politetraftoroetilen
AKS	abdominal kompressiya sindromi
DJ	daraja
O‘ATE	o‘pka arteriyasi tromboemboliyasi
UTT	ultratovush tekshiruvi
NS	nafas olish soni
EKG	elektrokardiografiya
XS	Xayot sifati

MUNDARIJA

KIRISH	6
I BOB. MORBID SEMIZLIK BO‘LGAN BEMORLARDA VENTRAL ChURRALARNING ShAKLLANISHI, KEChISHI VA JARROHLIK DAVOLASH XUSUSIYaTLARI	7
Semizlik - ventral churra shakllanishining mustaqil etiologik omili xisoblanadi	7
Morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi davolash xususiyatlari	13
Dermatolipektomiya tana konturlarini korreksiyasi sifatida va endokrin organi bir qismini olib tashlash	28
Gernioplastika usulini tanlash	26
Bob yuzasidan xulosa	31
II-BOB. KLINIK MATERIAL VA AMALIY TADQIQOT USULLARI	33
Klinik materialning umumiy tavsifi	36
Tekshirish usullari	41
Bemorlarni tekshirish	41
Laboratoriya usullari	42
Instrumental tadqiqot usullari	43
Semizlik bilan og‘rigan bemorlarda gernioplastika va abdominoplastikaga operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning xususiyatlari	51

Ventral churra va morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarni operatsiyadan oldingi umumiy tayyorgarlikning xususiyatlari	51
Ventral churra va morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarni operatsiyadan oldingi mahalliy tayyorlash xususiyatlari	56
III-BOB. VENTRAL ChURRA VA MORBID SEMIZLIK BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA QO‘ShMA GERNIOALLO- VA ABDOMINOPLASTIKA TAKTIK VA TEXNIK JIHATLARINI OPTIMALLAShtIRISh	59
Taqqoslash guruhidagi bemorlarda gernioplastikaning texnik jihatlarini	59
Asosiy tadqiqot guruhidagi bemorlarda gernioplastikaning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish	68
Asosiy guruh bemorlarida abdominoplastikaning taktik – texnik jihatlarini	81
IV BOB. VENTAL ChURRA VA MORBID SEMIZLIK BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASh NATIJALARINI QIYoSIY TAHLIL QILISh	91
Operatsiyadan keyingi davrda gernioallo- va abdominoplastika natijalari	91
Ventral churra va morbid semizligi bo‘lgan bemorlarni jarrohliy davolashning kechki natijalari	95
Gernioallo- va abdominoplastikadan keyin ventral churra va morbid semizlik bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini o‘rganish	95
XOTIMA	105
FOYDALANILGAN ADABIYotLAR RO‘YXATI	112

ShARTLI QISQARTMALAR

RO‘YXATI

136

