

Курбаниязов З.Б., Усаров Ш.Н., Рахманов Қ.Э.

ЧОВ ЧУРРАЛАРИ ХИРУРГИЯСИНИНГ ЖИҲАТЛАРИ

монография

Самарқанд – 2024

**Курбаниязов Зафар Бабажанович, Усаров Шерали Насретдинович,
Рахманов Косим Эрданович**

Чов чурралари хирургиясининг жиҳатлари. Монография.
Самарқанд, 2024. – 157 б.

Такризчилар:

Хамдамов Б.З. Бухоро давлат тиббиёт институти, факультет ва госпитал хирургия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

Шербеков У.А. Самарқанд давлат тиббиёт университети, умумий хирургия кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Монографияда чов чурралари этиологияси, учраш частотаси, таснифи, замонавий диагностика усуллари бўйича замонавий маълумотлар тақдим этилган, шунингдек, жарроҳлик даволашнинг ҳозирги мавжуд ёндашувлари батафсил тавсифланган. Ушбу масаланинг назарий жиҳатлари турли хил клиник ҳолатларнинг батафсил тавсифи шаклида тақдим этилган муаллифларнинг кенг қўламли ўз материаллари билан қўллаб-қувватланади. Монография интраоператив фотосуратлар, нурли диагностика усуллари, ултратовуш, компьютер томографияси ва магнит-резонанс томография маълумотлари билан тасвирланган. Беморларнинг ҳаёт сифатини таҳлил қилиш, шунингдек, чов чурраси туфайли герниопластика операциясидан кейин беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш учун баҳолаш шкаласи тавсия этилган.

Монография жарроҳлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт институтлари талабалари учун мўлжалланган.

УЎК: 617.557:616-007.43

ISBN

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ	5
КИРИШ	6
I БОБ. ЧОВ ЧУРРАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИДА АЛЛОТРАНСПЛАНТАТ ҚЎЛЛАНИЛИШИ МУАММОЛАРИНИНГ ҲОЗИРГИ ЗАМОН ҲОЛАТИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)	16
§1.1. Чов чурралари шаклланишининг замонавий этиологик ва патогенетик жиҳатлари	16
§1.2. Чов чурраларининг замонавий таснифлари	20
§1.3. Чов чурраларини ташхислаш	23
§1.4. Чов чурралари жарроҳлигида қўлланиладиган герниопластика усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифи	24
§1.4.1. Чов чурралари билан беморларда синтетик протезлардан фойдаланиб бажариладиган операция усуллари	27
§1.4.2. Протезловчи пластиканинг уруғ тизимчасидаги морфофункционал ўзгаришлар ва уруғдонлар репродуктив фаолиятига таъсири	31
§1.5. Чов чурраларини жарроҳлик даволашда кузатиладиган асоратлар	33
§1.6. Яшаш сифати тўғрисидаги замонавий қарашлар	36
§1.7. Боб бўйича хулосалар	38
ГЛАВА II. КЛИНИК МАТЕРИАЛ ВА ҚЎЛЛАНИЛГАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ	40
§2.1. Клиник материалнинг умумий тавсифи	40
§2.2. Текшириш усуллари	47
§2.2.1. Беморлар кўриги	47
§2.2.2. Лаборатор усуллар	48
§2.2.3. Инструментал текшириш усуллари	48
ГЛАВА III. ЧОВ ЧУРРАСИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ	53

§3.1. Таққослаш гуруҳидаги беморларда герниопластиканинг техник жихатлари	53
§3.2. Асосий гуруҳдаги беморларда герниопластиканинг техник жихатлари	61
§3.3. Боб бўйича хулосалар	84
ГЛАВА IV. ЧОВ ГЕРНИОПЛАСТИКАСИДА АУТО – ВА АЛЛОПЛАСТИК УСУЛЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСЛАШ.....	86
§4.1 Эрта операциядан кейинги даврда ауто – ва аллогерниопластика натижаларини қиёсий баҳолаш.....	86
§4.2. Чов герниопластикасида ауто – ва аллопластика усулларини операциядан кейинги кечки муддатлардаги натижаларининг қиёсий таҳлили.....	98
§4.2.1. Чов чурралари қайталанишининг омиллар таҳлили	100
§4.2.2. Чов чурраси билан беморларни жарроҳлик даволашдан кейинги яшаш сифатини ўрганиш	111
§4.3. Боб бўйича хулосалар	117
ХОТИМА.....	119
ХУЛОСАЛАР	129
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	131
ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	132

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ:

АБ	артериал босим
КТ	компютерли томография
НХЧ	Нафас харакатлари частотаси
ОИТ	Ошқозон ичак таркти
РИТБ	Реанимация ва интенсив терапия бўлими
ТВИ	тана вазни индекси
УТТ	Ультратовуш текшируви
ЧНЎ	Чурранинг нисбий ўлчами
ЎАТЭ	Ўпка артерияси тромбоэмболияси
ЎСВ	ўпкаларнинг сунъий вентиляцияси
ЭКГ	электрокардиография
ЮИК	юрак ишемик касаллиги

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, “чов чурралари энг кенг тарқалган жарроҳлик касалликларидан бири бўлиб, аҳолининг 3-4 фоизда учрайди, ҳамда, асосан меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларни зарарлайди”¹. Чов чурралари сабабли бажарилган операциялар қорин бўшлиғи аъзолари режали оператив аралашувлари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллашда давом этмоқда ва уларнинг улуши 10-15% ни ташкил қилади². Аввалги каби, чов чурраларининг ҳаёт учун хавfli асоратларидан бири унинг қисилиши бўлиб қолмоқда ва шошилиш операциялардан кейин ўлим даражаси 2-6% ни, қари ва кекса ёшдаги беморларда бу кўрсаткич 12,5% ни ташкил этади. Шу сабабли, чурра ташувчиларда минимал жарроҳлик аралашувларида юқори клиник самарадорликни берувчи герниопластика усулларида фойдаланган ҳолда, янада фаол режали даволаш ишларини ўтказиш талаб этилади. Классик аутопластика усуллари катта бўлмаган, ҳамда чов канали орқа девори тўлиқ бузилмаган чов чурраларида ўзининг самарадорлигини исботлади ва чов канали пластикасида ўз ўрнига эга бўлиб келмоқда. Шундай бўлсада, бу усулларнинг кенг қўлланилиши ҳатто бирламчи операциялардан кейин ҳам 6,2-10,2% ни ташкил қилувчи рецидивларнинг мавжудлиги туфайли кўп жарроҳларни қониқтирмай қўйди.

Жаҳон амалиётида ҳозирги кунда чов чурралари ривожланишининг патогенетик механизмларини турли омилларга, шу жумладан чов канали деворининг мушак ва бириктирувчи тўқимали каркасидаги тузилмавий ўзгаришларга, модда алмашиши бузилишларига, ўрта ва кекса ёшдаги одамларда коллаген синтезининг бузилиши, ҳамда чурра пайдо бўлишига мойиллик қилувчи бошқа ҳолатларга боғлиқлигини ўрганишга бағишланган тадқиқотлар долзарб бўлиб қолмоқда. Тўрли протез имплантациясига жавобан ҳаддан ташқари, кўп миқдорда сероз – геморрагик суюқлик

¹ World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. www.who.int/iris/handle/10589/1111189.

² European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions [Text] / F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. – 2015. – Vol. 19. – P. 1–24.

ажратилиш муаммоси ҳам ҳал этилмасдан қолмоқда. Чов канали деворининг фасиал-мушак-апоневротик комплексининг ёш, жинс ва типга боғлиқ хусусиятларини ўрганиш, чов чурраларини турли хилдаги жарроҳлик усуллари ёрдамида даволашни морфофункционал жиҳатдан асослаш, ҳамда синтетик аллопластика материалларини қўллашга индивидуал ёндашув масалалари алоҳида аҳамиятга эга.

Бугунги кунда мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш ва кўламини етарлича кенгайтириш юзасидан кенг қамровли дастурий тадбирлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, чов чурралари билан беморларни жарроҳлик даволаш сифатини яхшилашда етарлича ижобий натижаларга эришилиб келинмоқда. Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун касалликнинг кечки муддатларида қайталанишини олдини олиш йўллари ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик аралашувлари самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий – асосланган натижалар бўлиши талаб этилмоқда. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида, тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»³. Шунга кўра, хирургик тактикани такомиллаштириш ва операциядан кейинги даврда юзага келадиган асоратлар сонини камайтиришнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш орқали чов чурралари билан беморлар хирургик даволаш сифатини яхшилаш тадқиқот учун долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ 4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «2017-2021-йилларда Ўзбекистон

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266 – сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори, ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга маълум даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мослиги. Мазкур диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кўп марказли тадқиқотлар маълумотларига кўра, бугунги кунга келиб чов чурралари билан беморлар сони ортиб бормоқда. В.К. Островский ва И.Е. Филимончев фикрига кўра, “Чов чурралари қайталанишининг асосий хавф омилларига пластиканинг нотўғри бажарилиши, тикилаётган тўқималарнинг таранг тортилиши, бир хил бўлмаган тўқималарнинг тикилиши, чов каналининг нуқсонлари, чов каналини ҳосил қилувчи тўқималарнинг ёшга боғлиқ ўзгаришлари киради”⁴. Чов чурраларини даволаш усуллари сонининг етарлича турли – туманлиги ва уларнинг такомиллаштириб борилиши шундан далолат берадики, камайишидан дарак бўлмаётган қайталанишлар частотаси таъсирида муаллифлар ушбу муаммони ҳал этиш учун изланишда давом этмоқдалар. «Пластиканинг тараанглашган усуллари қўлланилган чов чурраси билан беморларда қайталаниш частотаси 7,8%ни, қайталанишнинг такрорланиши эса 16,7% ни ташкил этади. Таранглашмаган усуллар қўлланилганда қайталанишлар кузатувларнинг 0,7% ида аниқланди» (Насибян А.Б.)⁵. Жуда кўп операция усуллари ишлаб чиқилган бўлиб, ҳар хилдаги маълумотларга кўра 300 – 400 тани ташкил этади. Улар орасида тўрли эндопротез ёрдамида

⁴ Островский В.К., Филимончев И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Хирургия. – 2010. – №. 3. – С. 45-48.

⁵ Насибян А.Б. Выбор способа операции у больных с рецидивной паховой грыжей после аутопластических и протезирующих грыжесечений // Автореферат дисс. на соиск. канд. мед. наук Самара – 2014. – С. 24.

атензион пластика бажариш усуллари энг машхурлари ҳисобланади. Улар физиологик нуқтаи назардан энг қулай бўлиб, қайталанишлар частотаси кам бўлади. 695 нафар чов чурралари билан беморлар жарроҳлик даволаш натижаларини тадқиқ қилиб, Ю.Ю. Шапошников шундай хулосага келди, “Аутопластиканинг анъанавий усулларига нисбатан Lichtenstein усулида ўтказилган операция самарадорлигини тавсифловчи яхши ва аъло натижалар 16,3% га, кечки муддатларда яшаш сифати эса $12,63 \pm 4,62$ баллга юқори бўлди”⁶. Лекин, амалиётда уларнинг қўлланилиши турли омиллар, жумладан амалиётдан кейинги асоратлар туфайли чегараланган бўлади.

Чурраларни, шу жумладан чов чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий техникаси функционал қобилиятсиз анатомик тузилмаларни (чов каналнинг орқа девори) протезлаш учун синтетик имплант (аллогерниопластика) ёрдамида амалиёт ўтказишни ўз ичига олади. Биоматериалларнинг пайдо бўлиши билан ушбу касалликдан тўлиқ соғайиш частотаси 100% га яқинлашмоқда. Ушбу техниканинг мақсадга мувофиқлиги чурра такрорланиш частотасини ўртача 4% гача пасайиши билан боғлиқ ва ҳозирда бунга ҳеч қандай шубҳа йўқ. Аллогерниопластикадан кейин учрайдиган энг кўп қайталанишлар операция йўналиши ва техникаси бузилганда юзага келади (имплантнинг етарлича ишончли фиксация қилинмаганлиги, унинг силжиши ва қайталаниш юзага келишига олиб келади) (Belldn J.M.)⁷. Протезнинг тўғри танланиши ёрдамида оптимал жарроҳлик техникасидан фойдаланган ҳолда, ҳамда операциядан кейинги тегишли парваришлаш билан беморлар барча нормал фаолиятларига, шу жумладан оддий кундалик жисмоний меҳнат ва спорт билан шуғулланишга тўлиқ қайтиши мумкин. Сўнгги ўн йилликлар давомида қорин девори чурраларининг барча турларини, масалан, киндик, сон ва кўпинча чов, ҳамда операциядан кейинги чурраларни даволаш учун имплантация тизимларининг

⁶ Шапошников Ю.Ю. Сравнительная оценка результатов операции Lichtenstein и традиционных способов аутопластики в плановой и экстренной хирургии паховых грыж // Автореферат дисс. на соиск. канд. мед. наук Астрахань – 2010. – С. 24.

⁷ Belldn J.M. Implicaciones de los nuevos diseños protesicos de baja densidad en la mejora de la reparacin de defectos hemiarios. Revision de conjunto. Cir Esp. 2009; 85: 268-273.

кўплаб турлари ишлаб чиқилган ва ўрганилган. Р.Б. Султанова⁸ фикрига кўра, «Қорин олд девори мушак-апоневротик фасциясининг тузилмавий ва функционал заифлиги бўлган чов чурраси билан кекса ёшдаги беморларда чов каналини лапароскопик таранглашмаган протезли пластикасида фойдаланиш узини оклайди». Ш.И. Каримов ва ҳаммуаллифлар⁹ қайд этадиларки, «ҳар хил турдаги юқори технологияли операциялардан фойдаланишга қарамасдан, чов чурралари билан оғриган беморларда қониқарсиз даволаш натижаларининг частотаси юқори бўлиб қолмоқда». Замонавий синтетик протезлардан, шунингдек биоматериаллардан кўшимчалар сифатида фойдаланиш мураккаб чов чурраси бўлган беморларни даволаш кўрсаткичларини кенгайтириш ва уларни даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди. Бироқ, протезли пластика усулларида ташқари, материалнинг хусусиятлари, протезни тўқималарга маҳкамлаш соҳасидаги сурункали яллиғланиш, шунингдек, операция давомида кузатилган техник хатолар туфайли юзага келадиган қайталанишлар ҳам бўлиши мумкин.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, чов чурраларини даволашнинг ҳозирги тенденциялари ва қайталанишларнинг олдини олиш чов канали фаолиятини тиклашга, операциядан кейин жисмоний реабилитацияга ва косметик самарага эришишга асосланган. Қониқарсиз натижаларнинг сезиларли фоизи оптимал даволаш усулини танламаслик, ушбу соҳадаги кейинги тадқиқотларни рағбатлантиради. Юқоридагилар чов чурраси билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашда, айниқса тананинг захира имкониятларини баҳолаш ва протезли герниопластика усуллари кўллаш билан операциядан олдинги даврда оптимал ёндашувларни ишлаб чиқиш ва амалда кўллаш зарурлигини тақозо этади.

Диссертация тадқиқотининг у бажарилган илмий-тадқиқот муассасасида илмий-тадқиқот ишларининг режаси билан боғлиқлиги.
Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университетининг «Чов

⁸ Султанов Р.Б. Оптимизация хирургической тактики паховых грыж у лиц старших возрастных групп // Дисс. на соиск. канд. мед. наук Душанбе – 2021. – С. 122.

⁹ Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т. Лапароскопическая герниопластика в хирургическом лечении паховых грыж // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – №. 2. Стр. 113-119.

чурралари билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган усуллари ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган (2018 – 2022-йиллар).

Тадқиқотнинг мақсади чов чурралари билан беморларда герниоаллопластиканинг техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали даволаш сифатини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

чов чурраларида Lichtenstein операцияси ва аутопластик усуллардан кейинги даволашнинг қониқарсиз натижалари, ҳамда қайталаниш патогенезининг омиллар таҳлилини ўтказиш;

Lichtenstein бўйича таранглашмаган герниоаллопластика бажариш техник жиҳатларини такомиллаштириш;

чов чурраси билан беморларда герниоаллопластика усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

Lichtenstein операцияси ва тавсия этилган такомиллаштирилган герниоаллопластика натижаларини клиник баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2017 – йилдан 2022 – йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт университети Кўп тармоқли клиникаси хирургия бўлимида чов чурралари билан стационар шароитда даволанган 234 нафар бемор киритилган.

Тадқиқотнинг предметини чов чурралари билан беморларни комплекс текшириш, ҳамда герниопластика усулини танлашга табақалаштирилган ёндашув орқали, жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлили ташкил этди.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик, нурли) ва статистик тадқиқот усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

Lichtenstein операцияси ва чов канали аутопластикадан кейинги чурра қайталанишининг асосий сабаблари омиллар таҳлили асосида аниқланган;

эндопротезни бир вақтнинг ўзида чов каналининг олдинги ва орқа деворларига имплантация қилиш орқали бажариладиган Lichtenstein бўйича герниоаллопластика усули такомиллаштирилган;

чурранинг клиник хусусиятлари, беморларнинг ёши, ҳамда чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолатига боғлиқ ҳолда герниоаллопластика усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган;

даволашнинг эрта ва кечки даврдаги натижаларига кўра Lichtenstein бўйича ва такомиллаштирилган усулда таранглашмаган чов герниоаллопластикасининг клиник самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

маҳаллий тўқималар ёрдамида янгидан ҳосил қилинган чов канали деворининг чоклар етишмовчилиги сабабли бузилиши, протезловчи пластикада эса тўқималардаги дистрофик – дегенератив ўзгаришлар сабабли синтетик протезнинг қўйилган жойидан узилиши чов чурралари қайталанишининг асосий сабаби эканлиги аниқланди;

герниоаллопластиканинг такомиллаштирилган усулида чов каналининг мустаҳкам орқа девори ҳосил қилинади, операциядан кейинги даврда уруғ тизимчаси веналарида қон димланиши минималлаштирилиб, ёрғоқ шишининг олди олинади;

чов учбурчаги тўқималарининг ҳолатига кўра Lichtenstein операцияси, ёки унинг такомиллаштирилган таранглашмаган герниоаллопластикаси усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган;

чов чурралари билан беморларни жарроҳлик даволашда тавсия этилган техник жиҳатлар даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, ҳамда клиник амалиётда кенг ишлатиладиган клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллариининг қўлланилганлиги билан тасдиқланган. Барча олинган натижалар ва хулосалар

исботланган тиббиёт тамойилларига асосланган. Статистик ишланмалар олинган натижаларнинг ишончилигини тасдиқлади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулоса ва таклифларнинг назарий аҳамиятга эга эканлиги, ҳамда чов чурраси билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга улкан замин яратиши билан изоҳланади. Чов чуррасини кесишда герниоаллопластика усулининг тактик ва техник жиҳатлари такомиллаштирилган. Қайталанган чов чурраларини даволаш ва профилактика усуллари уруғ тизмичаси веноз тизимида димланишни камайтириб, операциядан кейинги даврда мойнинг шишини олдини олувчи герниоаллопластиканинг модификациялашган, “таранглашмаган” усулини қўллаш орқали чов каналининг зич орқа деворини ҳосил қилиш ҳисобига такомиллаштирилган. Чов герниопластикасини, касалликнинг клиник кечиши, бемор ёши, ҳамда чов учбурчаги соҳасидаги тўқималар ҳолатига кўра танлаш алгоритми ишлаб чиқилган. Чов чурраси билан беморларда операциядан кейинги эрта ва кечки муддатлардаги даволаш натижаларига кўра герниоаллопластика бажариш лозимлиги клиник асослаб берилган. Чов герниопластикасини “таранглашган” ва “таранглашмаган” усуллари ёрдамида бажариш натижалари тадқиқ этилган бўлиб, жарроҳлик аралашувларининг клиник самарадорлиги аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот натижалари асосида чов канали олдинги деворини пластика қилиш, таранглашган герниопластикада қўйилган чоклар етишмовчилиги, шунингдек, тўқималардаги дистрофик – дегенератив ўзгаришлар сабабли синтетик протезнинг қўйилган жойидан узилиши чов чурралари қайталанишининг асосий сабаби эканлиги аниқланди. Чов герниоаллопластикасининг эндопротезни комбинациялашган усулда, бир вақтнинг ўзида чов каналининг олдинги ва орқа деворларига имплантация қилиш орқали ўтказиладиган “таранглашмаган” усулини бажариш техник жиҳатларининг такомиллаштирилиши эрта операциядан кейинги даврдаги

асоратлар, ҳамда касаллик қайталаниш даражасини пасайтириш имконини бериши аниқланди. Такомиллаштирилган техник жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда чов чурраси билан беморларни юритиш тактикасини аниқлаш алгоритми ишлаб чиқилган. Ярали асоратлар частотасини камайтириш, ҳамда операциядан кейинги кечки муддатларда яшаш сифатини яхшилаш орқали чов чурраси билан беморларда герниоаллопластиканинг клиник самарадорлиги асосланган.

Тадқиқот натижаларининг тадбиқ қилиниши. Чов чурраси билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашни яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

чов чурраларида комбинациялаштирилган пластика усули такомиллаштирилган (дастлабки ижобий хулоса олинган, FAP № 20210302/1, 2021 йил 26 ноябр). Герниоаллопластиканинг модификациялашган, “таранглашмаган” усулини қўлланилиши чов каналининг мустаҳкам орқа деворини ҳосил қилиш имконини берди, бунинг натижасида уруғ тизмичаси веноз тизимида димланиш камайиб, операциядан кейинги даврда мойяк шишининг олди олинди;

«Чов чурралари билан беморларни жарроҳлик даволаш» номли методик тавсияномаси ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 12 октябрдаги 8н-р/907-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар чов чурраси билан беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини танлашни мақбуллаштириш имконини берди;

чов чурраси билан беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли орқали даволаш сифатини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш, хусусан, Қашқадарё вилоят туман тиббиёт бирлашмаси, Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси ва Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси жарроҳлик бўлимлари амалий фаолиятига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 22 октябрдаги 8н-з/369-сон маълумотномаси). Чов чурраси билан беморларни жарроҳлик даволаш тактик ва техник жиҳатларининг такомиллаштирилиши бўйича ўтказилган

тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши умумий асоратлар частотасини 13,5% дан 7,2% гача пасайтириш, шунингдек жарроҳлик аралашуви давомийлигини, ҳамда “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасидан кейинги реабилитация даврини қисқартириш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 13 та, шу жумладан 11 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган бўлиб, жумладан, 11 та мақола, улардан 9 таси республика ва 2 таси хорижий журналларнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларида чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўрта боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Матнли материал ҳажми 103 бетни ташкил этади.

I БОБ. ЧОВ ЧУРРАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИДА АЛЛОТРАНСПЛАНТАТ ҚЎЛЛАНИЛИШИ МУАММОЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

§ 1.1. Чов чурралари шаклланишининг замонавий этиологик ва патогенетик жиҳатлари

Герниологияни жарроҳликнинг ихтисослашган соҳаси сифатида ривожлантиришга бўлган қизиқиш ушбу патологиянинг юқори частотаси билан боғлиқ [1-3]. Дунёда чов чурралари сабабли ҳар йили 50 мингдан ортиқ операция ўтказилади, бу барча жарроҳлик аралашувларнинг 15-18% ни ташкил қилади. Бу ушбу патологиянинг аҳоли орасида кенг тарқалганлиги билан боғлиқ. Чов чурралари барча одамларнинг 3-7 фоизида, катталарнинг 8-20 фоизида учрайди, деб ҳисобланади. Ўртача, турли мамлакатларда эркакларнинг 1-5% ва аёлларнинг 0,2–2% чурра ташувчиси ҳисобланади [11]. 60 ёшдан ошган одамлар орасида бу кўрсаткич 30% га етади [12]. Гана миллий маълумотларига кўра чов чурралари тарқалиши 3,15% ни ташкил қилади ва йилига герниопластика бажариш частотаси ҳар 100 минг аҳолидан 30 нафарига тўғри келади [13]. Турли ҳисоб-китобларга кўра, чурралар умумий сони ичида чов локализациясидаги чурралар тахминан 40-80% ни [14], икки томонлама эса 37,5% ни ташкил этади [15]. Эракак беморларнинг улуши 87% [7]. Катталарда қийшиқ чов чурралари кўпроқ учрайди, аммо тўғри чов чурраларининг қайталаниш хавфи юқори бўлади [16].

Анъанага кўра, бирламчи чов чурралари ривожланишининг этиологик омиллари сифатида эракак жинс [17], қарилик [18], ҳамда оғир жисмоний меҳнат [19] айтилади. Қарияларда тана массаси индексининг паст кўрсаткичи қийшиқ ва тўғри қорин мушаклари зайифлигин кучайтирса, юқори тана вазни индекси қорин бўшлиғи босимини оширади [20]. Шу билан бирга, қорин бўшлиғи босимининг даврий ўсишига олиб келадиган ич қотиши чов чурралари учун хавф омили ҳисобланмайди. Простата беги гипертрофияси ва чекиш чов чурралари ривожланиши учун исботланган хавф омили

ҳисобланмасада, қайталанишлар частотасини оширади [18]. Чекувчиларда коллаген деградацияси жараёни тезлашиши ва унинг синтези жараёни секинлашиши исботланган. Одамларда чов чурраларнинг юқори частотасини тик юриш билан боғлайдиган назария мавжуд. Маълумки, тўрт оёқда ҳаракатланадиган ҳайвонларда чов чурралари жуда кам ривожланади. Инсонларнинг чов соҳаси эволюция жараёнида тананинг вертикал ҳолатига яхши мослашиш учун вақт топа олмади. И.Лихтенштейннинг мажозий ифодасига кўра, фақат кўндаланг фасция билан мустаҳкамланган чов бўшлиғи чов соҳасининг "Энг зайиф аъзоси" бўлиб қолади. 1,5 миллиондан ортиқ маълумотлар базасини ўрганиш асосида олиб борилган тадқиқот шуни кўрсатдики, тик ҳолатда ўтказиладиган вақтни кунига 6 дан 4 соатгача қисқартирилиши чов чурралари сонини 30% га камайишига олиб келди [19]. Бироқ, узок вақт юриш, ёки тик туриш операциядан кейин қайталанишлар сонини оширмайди [20].

Чов чурраларнинг пайдо бўлиши кўпинча, бириктирувчи тўқималарнинг туғма коллагенопатиясига асосланганлиги исботланган [21]. Фасция ва пайларда энг кенг тарқалган коллаген тури I турдаги коллаген бўлиб, у қалин толалар ва юқори механик пишиқликка эга [22]. III турдаги коллаген ингичка фибрилляр толалардан иборат [23]. Чуррадаги ўзгаришлар коллаген толаларининг деградацияси, кўндаланг фасция архитектурасининг соддалашиши ва бириктирувчи тўқима гомеостазини сақлайдиган ферментларни тартибга солишнинг бузилишидан иборат [21]. Ушбу жараёнлар ҳар икки турдаги чов чурралари учун характерли бўлсада, тўғри чов чурралари билан беморларда бириктирувчи тўқиманинг янада чуқур ўзгаришлари кузатилади [24; 25]. Бириктирувчи тўқималар пишиқлик кучининг миқдорий нисбати 1-тоифа қалин коллаген ва 3-тоифа ингичка коллаген ўртасидаги ўзаро боғлиқлик билан белгиланади [26]. Чов чурралари билан беморларда коллаген асосий турларининг тўғри нисбати пишиқ 1-турдаги коллаген таркибининг пасайиши ва биров зайифроқ бўлган 3-турдаги коллагеннинг кўпайиши туфайли бузилади [27]. Натижада, камроқ бардошли

коллаген толалари чурра шаклланишига ёрдам беради. Бириктирувчи тўқима таркибий қисмларининг тузилиши ва метаболизмнинг бузилишини қон ва сийдикдаги коллаген парчаланиш маҳсулотларини аниқлаш, бириктирувчи тўқима шаклланишини морфологик текшириш, ҳамда иммунологик ва генетик усуллардан фойдаланиш асосида тасдиқлаш мумкин. Чов чурраси билан бўлган катта ёшдаги беморларда бириктирувчи тўқима дисплазиясининг ўртача даражаси кўпроқ аниқланади [28]. Бундай дисплазиянинг ташқи кўринишлари кулоқ супрасининг деформацияси, астеник кўкрак қафаси, сколиоз, кифоз, қорин бўшлиғи мушакларининг гипотензияси, болдирнинг деформацияси, оёқ бармоқларининг синдактили, hallux valgus, терининг оқариши, терида веноз нақшларнинг яққол кўриниши, ясси оёқлар ҳисобланади. Бириктирувчи тўқима жароҳат битишининг охириги босқичида юзага келади [29]. Агарда, нормал шароитда қайта тикланган тўқималар дастлабки пишшиқликнинг 80% идан кўпини таъминламаслигини инобатга оладиган бўлсак [30], бириктирувчи тўқиманинг оғир дисплазиясида тўлақонли чандиқ шиклланиши имконсиз бўлишини билишимиз мумкин. Бу кичик ўлчамлардаги чурраларнинг ҳам қайталаниши учун хавф омили бўла олади [31]. Чурра билан беморларда кўндаланг фасциянинг механик пишшиқлик кучини ўрганиш назорат гуруҳидаги беморлар билан солиштирилганда ҳеч қандай фарқ аниқланмади. Иккала ҳолатда ҳам механик босимга жавобан унинг чўзилиши содир бўлади [32]. Кўндаланг фасция юқори эластиклик, ҳамда заиф пишшиқлик хусусиятлари билан ажралиб туради, деб ҳисобланади [33], шунинг учун у, айниқса таранг тортилган шароитда, ишончли пластика материали бўлиб хизмат қила олмайди [34]. Бу ўз навбатида герниопластикада эндопротездан фойдаланиш зарурлигини оқлайди. Қотирилгандан сўнг протез каркас ролини ўйнайди, ҳамда бириктирувчи тўқима ўсгандан сўнг қўшимча пишшиқликни таъминлайди [35]. Бугунги кунга келиб, заифлашган кўндаланг фасциядан ташқари, чурра пайдо бўлишига яна қайси бошқа омиллар ҳисса қўшиши номаълум бўлиб қолмоқда. Қорин бўшлиғи босимининг ошиши тўғридан-

тўғри чурралар ҳосил бўлиш частотасини оширмайди ва қорин парданинг қин ўсимтаси битмаган беморларнинг ҳаммасида ҳам қийшиқ чов чурраси юзага келиш частотасини оширмайди [36]. Қийшиқ чов чурралари юзага келмаган катталарнинг 6-19% да қорин парда қин ўсимтасининг битмаслиги аниқланади [37]. Ҳозирги вақтга келиб, қин ўсимтаси битмаган мос келувчи ҳайвонларни танлаш қийинчилиги сабабли қорин парда қин ўсимтасининг битиш жараёнларини бошқарувчи механизмлар тўлиқ аниқланмаган [38].

Умуман олганда, тўғри чов чурраси билан беморларда коллаген толаларнинг чуқур дегенератив ўзгаришлари юзага келади, бу эса кўндаланг фасция пишшиқлигининг пасайиши билан бирга келади [39]. Кўндаланг фасциядаги коллагеннинг умумий миқдори ёш ўтиши билан камайиб боради [40].

Ҳозирги вақтда чов чурралари ривожланишида ферментларнинг ўрнини аниқлаш бўйича тадқиқотлар истиқболли ҳисобланади. Чов чурралари ривожланишига потенциал таъсир кўрсатувчи ферментларнинг икки тури мавжуд: тўқима гомеостазини сақлаб қолиш учун ҳужайрадан ташқари матрица оксилларини эритувчи матрица металлопротеиназалари (ММР) [41], ҳамда коллаген ва эластин толаларни ўзаро боғлайдиган лизил оксидаза [39]. Уларнинг чурра ривожланишига таъсирини ўрганиш шуни кўрсатдики, ММР фаоллигининг ошиши чов чурраларга хос бўлган ўзгарган коллаген нисбатларини тушунтириши мумкин. Лизил оксидаза фаоллигининг пасайиши бириктирувчи тўқималарнинг эластиклиги ва механик кучига пишшиқлигига таъсир қилади. Чов чурраси бўлган беморлар кўндаланг фасциясида ММП-1, 2 ва 9 нинг юқори даражаси аниқланади. Шу билан бир вақтда, қийшиқ чов чурраси билан солиштирганда тўғри чов чуррасида ММП-2 даражасининг юқори бўлиши аниқланди [25], бу эса β -1 цитокин айлантирувчи омилнинг фаоллашиши билан боғлиқ бўлиши мумкин [42]. Лизил оксидаза кўндаланг фасциянинг эластик хусусиятларига таъсир қилади. Тўғри чов чурраларида унинг даражаси қийшиқ чов чурралари билан, ҳамда назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан анча паст бўлади.

Кўндаланг фасция эластик хусусиятларининг бузилиши тўғри чов чуррасининг шаклланиш омили бўлиши мумкин [39]. Ушбу ферментнинг фаоллиги қон зардобдаги мис миқдorigа боғлиқ, тўғри чов чурраларида кўндаланг фасция таркибдаги миснинг камайиши назарий жиҳатдан унинг фаоллигини камайтиради [43].

Бириктирувчи тўқима касалликлари бўлган беморларда чов чурраларининг юзага келиши, кўпинча бириктирувчи тўқима гомеостазининг умумий мувозанати бузилишининг маҳаллий кўринишидир. Коллагеннинг нуқсонли метаболизми мураккаб кўп омилли ирсланишга эга бўлган наслий касаллик ҳисобланади [17; 44]. Коллаген толалари ва фасция архитектураси нисбатидаги ирсий ўзгаришлар билан боғлиқ генлар аниқланди [21; 27]. Оналари чов чурраси сабабли операция қилинган қизларда бир неча авлоддан кейин специфик оилавий мутациялар аниқланган [45; 46]. Бириктирувчи тўқима гомеостазидида иштирок этадиган тўртта ДНК локуси чов чурралари билан оғриган кишиларда учрайди [47].

Ҳозирги кунда ушбу тадқиқотлар асосан назарий хусусиятга эга бўлишига қарамай, келажакда генларни аниқлаш бўйича тестлар чов чурралари хавфини тахмин қилиш учун ишлатилиши мумкин [48; 49].

§1.2. Чов чурраларининг замонавий таснифлари

Чов чурраларини даволашда яхши натижаларга эришишда муҳим қадам жарроҳларга амалиёт усулини тўғри танлашда ёрдам берадиган чов чурраларининг турларини аниқлаш бўлди [99]. Маълумки, мукаммал таснифлаш жарроҳлик даволашнинг энг яхши натижаларига эришиш калитидир.

1989 йилда Gilbert тўғри ва қийшиқ чов чурралари учун 5 хил даражадаги тизимни яратди. У ушбу тизимни чурра тури ва жарроҳлик даволашни қўшма таҳлил қилиш деб атади. 1993 йилда Рутков ва Робинс Gilbert схемасини кенгайтириб, VI тип панталон чурраси ва VII тип сон чурраларини қўшишди.

1993 й. L.M. Nyhus ўзининг чов чурралари таснифини тавсия этди, унга кўра сон чурралари IIIС типга киради [100].

L.M. Nyhus (1993) бўйича чов чурраларининг таснифи:

I тип – ички чов халқаси нормал ўлчамда бўлган қийшиқ чов чурралари. Медиал чуқурча проекциясидаги орқа девори зарарланмаган, чурра халтаси чов канали ичида жойлашган.

II тип – чов канали орқа девори бўртиб чиқмаган ҳолда чов ички халқаси кенгайган ва силжиган қийшиқ чов чурралари. Чурра халтаси ёрғоққача тушмайди.

III тип – кичик гуруҳларга бўлинади:

III A – тўғри чурралар;

III B – чов ички халқаси кенгайган қийшиқ чурралар. Чурра халтаси кўпинча ёрғоққа тушган бўлади. Панталон (комбинациялашган) ва сирпанувчи чурралар ҳам шу типга киради;

III C – сон чурралари.

IV тип – барча қайталанган чурралар:

IV A – тўғри;

IV B – қийшиқ;

IV C – сон;

IV D – қайталанган чурраларнинг қўшилиб келиши.

1998 й. Р. Стоппа (R, Stoppa) Nyhus таснифини модификациялаб, уни оғирлаштирувчи омиллар (семизлик, чов канали соҳасидаги касалликлар, коллагенозлар) билан тўлдирди.

1998 й. Америка герниологлари жамияти жарроҳларининг сўрови 50% жарроҳлар анъанавий таснифдан, 30% – Nyhus-Stopp таснифидан, ҳамда 20% –Gilbert-Rutkow ва Robbins таснифлар тизимидан фойдаланишини кўрсатди [101].

Чов ва сон чурраларининг битта таснифга бирлаштирилиши ушбу соҳадаги чурраларнинг анатомик ва клиник ўхшашлиги туфайли ўзини оқлайди.

Бугунги кунда энг замонавий ва кўп қўлланиладиган тасниф бу, жадвалда кўрсатилган Европа герниологлар жамияти таснифи (Еuropean Hernia Society – EHS) ҳисобланади.

EHS бўйича чов чурраларининг таснифи					
	P		R		
	0	1	2	3	X
L					
M					
F					

P – бирламчи чурра	0 – чурра аниқланмайди	L – латерал / қийшиқ чурра M – медиал / тўғри чурра F – сон чурраси
	1 - $\leq 1,5$ см (1 бармоқ)	
	2 - 1,5–3 см (2 бармоқ)	
	3 - > 3 см (2 бармоқдан кўп)	
R – қайталанган чурра	X – текширилмаган	

Қулайлик учун жадвалда берилган керакли майдонлар тўлдирилади.

Ташхис бўйича мисоллар:

- 1) ўнг томонлама тўғриланадиган чов чурраси PL3;
- 2) чап томонлама тўғриланадиган чов чурраси PM1.

Бирламчи ташхис қўйиш учун чов чурралари (латерал, медиал) табиатини аниқлаштириш ихтиёрий ҳисобланади, чунки бу боскичда хатолар тез-тез учрайди ва чурранинг табиатини аниқлаштириш жарроҳлик усули турига ҳеч қандай таъсир қилмайди. Мавжуд аломатлар ва уруғ тизимчаси липомасини аниқлаш билан EHS консенсуси бу ҳолатни чов чурраси L1 сифатида белгилашни таклиф қилади. F коди остидаги сон чурралари ҳам ушбу таснифга киритилган, бу уни замонавий жарроҳлик давосида ҳам очик, ҳам лапароскопик усулда ёндашуви билан боғлиқ.

§1.3. Чов чурраларини ташхислаш

Чов чуррасида чов соҳасида юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғидаги босим ошишига таъсир қилувчи омиллар (беморнинг вертикал ҳолати, жисмоний зўриқиш, йўтал, Валсалва синамаси)га жавобан ўз шаклини ўзгартирадиган ва қорин бўшлиғига тўғриланадиган шишсимон ҳосила аниқланади. Юқорида кўрсатилган омиллар таъсирида чуррасимонт бўртма соҳасида оғриқ ва/ёки ноқулайлик ҳисси пайдо бўлади, ёки кучаяди [9-11]. Белгиларсиз кечувчи чурраларда 23 – 29 % беморлар клиник белгилар пайдо бўлганда, кучайганда, ёки асоратлар (қисилиш) ривожланганда операция қилдиришади [12-14]. Асоратланмаган чурра ҳосиласи пайпасланганда оғриқсиз бўлиб, одатда қорин бўшлиғига тўғриланади. Бўртма қорин бўшлиғига тўғрилангандан сўнг қорин олд деворидаги нуқсонни аниқлаш мумкин (чурра дарвозаси).

Асоратланмаган чов чуррасида лаборатор таҳлиллар кўрсаткичларида бирон бир ўзгариш кузатилмайди.

Ультратовуш чурраларни ташхислаш, ҳамда қорин бўшлиғидаги ҳамроҳ касалликларни аниқлаш учун энг арзон, инвазив бўлмаган инструментал текшириш усули ҳисобланади. Чов ва сон чурраларини клиник диагностикасида қийинчиликлар кузатилганда ультратовуш энг катта диагностик аҳамиятга эга бўлади. Ультратовушни бажариш чурра дарвозаси ҳажмини, чурра таркибининг табиатини аниқлаштириш, уруғ тизимчаси липомасини ташхислаш, қарама-қарши томонда чурра шаклланиши, бошқа патологик шароитлар билан дифференциал ташхис қўйиш имконини беради. Кундалик амалиётда ультратовушнинг сезгирлиги ва спецификлиги мутахассис шифокорнинг малака тажрибаси билан белгиланади [15, 16]. Ҳақиқий мутахассис томонидан чов чурраларини ташхислаш, ҳамда сон чурралари ва ўсмалар билан дифференциал ташхислаш ўтказиладиган бўлса текширув спецификлиги 81-100% гача, сезгирлиги эса 33-100% гача етади.

Операциядан олдинги текширув стандартларига қуйидагилар киради:

- қон клиник таҳлили;
- сийдик клиник таҳлили;
- қон биокимёвий таҳлили;
- коагулограмма;
- қон электролитларини аниқлаш (K, Na, Cl);
- қон гуруҳи ва резус-омил;
- серологик текширувлар (RW, HbsAg, HCV, ОИВ);
- ЭКГ;
- флюорография.

Чов чурраларини лимфаденит, лимфаденопатия, юмшоқ тўқималардан ўсувчи ўсмалар, яллиғланиш инфилтрати, хўппоз, эндометриоид кисталар, аневризма, томирларининг варикоз кенгайиши, аъзолар эктопияси, бачадон юмалоқ бойлами кистаси билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим.

§1.4. Чов чурралари жарроҳлигида қўлланиладиган герниопластика усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифи

Ҳам тўғри, ҳам қийшиқ чов чурралари билан беморларни даволашда ҳозирги вақтда, патогенетик жиҳатдан асосланган усул чов канали орқа девори, ҳамда чуқур чов ҳалқасини пластика қилиш усули ҳисобланади.

Герниологиянинг ривожланишидаги тарихий босқич италиялик олим Бассинининг кўндаланг фасцияни тиклаш таклифи бўлди. 1887 йилда у 3 йил давомида амалга оширилган 266 та операцияга асосланган мақола нашр этди. Беморларнинг 95 фоизида кузатилган узоқ муддатли натижалар ўша вақт учун ажойиб кўрсаткичларни намоён этди. Чурра қайталаниши беморларнинг атиги 2,9 фоизида ривожланган. Кейинчалик Бассини операциясининг модификациялари пайдо бўлди. Фергюссон (1899), Бреннер (1898), Руджи (1892), Жирар (1894) каби жарроҳлар ўз қўшимчаларини қўшдилар.

Бассини усулининг камчилиги тикиш пайтида тўқималарнинг таранглашиши бўлиб, бу беморларнинг 30 фоизида чокларнинг ситилишига,

ҳамда чов чуррасининг қайталанишига олиб келади. Кўп сонли қайталанишлар Бассини техникасидан кўндаланг фасцияни ажратиш, ҳамда уни чов бойламига тикиш босқичининг тез-тез чиқариб ташланишига олиб келди. Бунинг сабаби Бассини шогирдлари томонидан чиқарилган нашрларда операция ушбу муҳим босқичининг кўрсатилмаганлиги бўлиши мумкин.

Постемпский усулида пластика илк маротаба муаллиф томонидан 1890 йилда, «Centralblatt für Chirurgie» журналида тасвирланган. Муаллиф чов бойламига мушак ва апоневроз юқори лахтагини тикиш, чов каналини тўлиқ бартараф этиш, ҳамда уруғ тизимчасини тери ости ёғ қавати орасида қолдиришни тавсия этди. Худди шу даврда, мутақил равишда Киршнер ҳам шунга ўхшаш, уруғ тизимчасининг эгилиши билан тавсифланувчи операция усулини баён этди. 1893 й. Холстед уруғ тизимчаси диаметрини кичрайтириш учун m. Cremaster толаларини кесишни тавсия этди. Кейинчалик, тўқималар таранглашиши жуда кучайганда қорин тўғри мушаги кинининг олдинги варағи кесила бошланди.

Бир вақтнинг ўзида чурра учун оптимал жарроҳлик кесимини танлаш бўйича қидиррувлар ҳам давом этиб борди. 1891 й. Бирмингем қироллик колледжи профессори Лоусон Роберт Тэйт чов ва киндик чурраларини даволаш учун лапаротом йўлни таклиф қилди. У пастки ўрта лапаротомия бажариб, чурра ичидаги ҳосилаларни қорин бўшлиғига тўғрилар, ҳамда чов канали ички ҳалқасини қорин бўшлиғи томондан тикиб чиқарди. Муаллиф ўз усулининг асосий устунлиги деб усулни бажариш осонлиги билан ҳисоблар эди. 1899 й. шунга ўхшаш усулни профессор Ассаки таклиф қилди. У ушбу усулни мушаклари зайиф, атрофияга учраган беморларга тавсия қилди. Кейинчалик XX асрнинг 40-йилларида Ж. Ларок ўзининг "интраабдоминал усули"ни таклиф қилди. У билан чурра дарвозасига кириш чов бойлами устидаги кесма орқали амалга оширилди. Шу билан бирга, чурра ҳалтаси қорин бўшлиғи томонидан кесилиб, чурра дарвозаси ҳам тикилди. Бу усул қисилган чурраларда некрозга учраган аъзоларни хавфсиз тарзда кесиб олишга имкон берди. 1920 йилда инглиз жарроҳи Cheatle (1920) биринчи

бўлиб чов чурраларини даволаш учун ўрта преперитонеал кесимни таклиф қилди ва шундан кейин Пфанненштил кесимини қўллади. Герниопластика пайтида преперитонеал кириш Генри ва Нихус каби таниқли жарроҳлар томонидан ишлаб чиқилган. Аниқ афзалликларга қарамай, чов чурраларини даволашнинг интраперитонеал усуллари жуда кўп фойдаланилмади.

Чурралар тўғрисидаги фаннинг ривожланишига рус олимлари ҳам ўз хиссаларини қўшдилар. Н.И. Пирогов "Топографик анатомия" асарида чов соҳасининг тавсифини берган. С.И. Спасокукоцкий 1902 йилда 200 дан ортиқ чурраларни кузатувлари асосида чов чурраларининг асосий тамойилларини шакллантирди. А.П. Кримов 1911 йилда анатомик маълумотларнинг батафсил тақдими ва чов чурраларининг ҳар хил турлари бўйича операцияларнинг тавсифи билан "Чурра таълимоти" китобини нашр этди. 1926 йилда Б.Э. Линберг тўғри ва қийшиқ чов чурралари учун операция усуллари ўртасидаги фарқни аниқлади, чов канали орқа деворини мустаҳкамлаш зарурлигини таъкидлади. Спасокукоцкий Жирар усулини ўзгартирди ва М.А. Кимбаровский бу операция давомида тикиш усулини ўзгартирди. Н.И. Кукуджанов 1969 йилда мушак тузилмаларининг функциясини сақлаб, чов бойламига қийшиқ ва кўндаланг мушакларнинг қисқариши билан бир хил тўқималарни тикиш усулини таклиф қилди.

XX асрда кўндаланг фасция чов чуррасини пластикасидаги энг муҳим қатлам деб ҳисоблара эди. Шунинг учун, ўтган асрнинг 70-йилларига қадар Бассини операцияси бутун дунёда тўғри чов чурраларини даволашда "олтин стандарт" эди. Айнан ўша пайтда чов каналининг орқа девори зайифлиги асосида чурра келиб чиқиш патогенетик тушунчаси туғилди. Чов канали олдинги деворини мустаҳкамлашга қаратилган пластикалар фақат кичик ҳажмдаги қийшиқ чов чурраларида ишлатилган. Келажакда операцияларнинг энг яхши кечки натижалари чов канали орқа деворини мустаҳкамлашга қаратилган усуллардан кейин олинди: Мак-Вей (1948) ва Шолдайс (1945). Мак-Вей усули қайталаниш даражаси 0,85–2% бўлган катта чов ва сон чурралар учун ишлатилган. 1953 йилда Е. Шолдайс раҳбарлигида

Онтариодаги "Чурра институти" да ўтказилган 8 йиллик иш натижалари эълон қилинди.

Мак-Вейнинг фикрига кўра, барча аутопластикаларнинг заиф нуқтаси тўқималарнинг таранглашиши бўлиб, тўқималар шу сабабли кейинчалик зайифлашади. Бу операциядан кейин қорин бўшлиғи босимининг ошиши, тикиш чизиғи бўйлаб тўқималар озиқланишининг кескин бузилиши ва уларнинг лигатуралар томонидан кесилиши билан боғлиқ.

§1.4.1. Чов чурралари билан беморларда синтетик протезлардан фойдаланиб бажариладиган операция усуллари

Клиника амалиётида герниопластика учун энг кўп қуйидаги уч хилдаги синтетик материаллардан фойдаланилади – булар полипропилен, политетрафторэтилен, полиэстер. Чов чурраларида операцион кесимларнинг R. Stopp et al., (1998) бўйича таснифига биноан қуйидаги усуллари тафовут этилади.

Атипик кесим орқали бажариладиган қорин парда олд усули. Уни амалга ошириш учун L.M. Nyhus ва бошқ. (1988) орқа экстраперитонеал киришдан фойдаланган. Бунинг учун симфиздан 2 бармоқ юқоридан тери кўндаланг кесими бажарилади, қорин девори элементларини ажратгандан сўнг, тайёрланган протез қорин пардадан олдин чурра дарвозасини қоплаб, плаш шаклида ёпадиган қилиб жойлаштирилади, Купер бойлами ва кўндаланг фасцияга мустаҳкамланади.

Ринулт усули: Пфанненштиг кесмаси бўйича аввалига чурра халтасини тикиш орқали чурра бартараф этилади. Уруғ тизимчаси протез тўрдаги махсус кесимдан (keyhole defect) ўтказилади. Муаллиф фикрига кўра, ушбу амалиёт учун полиэстер синтетик материал жуда мос келади, чунки у яхши қайишқоқлик, ҳамда бириктирувчи тўқима билан қопланишга эга. Муаллифга кўра тўрни қотириш учун чоклар қўйиш шарт эмас.

Стопп операциясининг техникаси Ринулт операциясига ўхшаш бўлади. Чурра нуқсони тикилмасдан 15 х 15 смли протез экстраперитонеал

жойлаштирилади, шу орқали қорин деворидаги барча зайиф соҳалар қопланади. Бунда протез тўр уруғ тизимчани ўтказиш учун кесилади, ёки тизимчанинг устига жойлаштирилади, ҳамда битта чок ёрдамида ўрта чизик бўйлаб киндик соҳасига қотирилади.

Типик кесим орқали экстраперитонеал усул. Ривз усулидаги пластика чов ва сон чурраларини даволаш учун ишлатилади. Типик чов усули ёрдамида чурра халтаси ажратилиб, ишлов берилади. Кўндаланг фасция қорин пардадан кенг ажратилади ва очилади. 10 x 15 см ўлчамдаги протез бир нечта чоклар ёрдамида тикилади, унинг ўрта қисмидан бироз четроқда, Купер бойламига қотирилади. Латерал чокка сон томирлари филофи ҳам олинади. Латерал қисмида протез уруғ тизимчаси ўтиши учун бироз кесилади. Протезнинг пастки қисми Купер бойламининг орқасига, юқори қисми эса кўндаланг фасция остига ўралади ва трансмускуляр П - симон чоклар билан маҳкамланади.

Моран усули таранглашмаган ва кўп қатламли пластика принципини бирлаштиради. Тўр ажратилган кўндаланг фасция остига қўйилиб, уни дистал ва қов суяги остига, проксимал ва чуқур ҳалқа устига қўяди. Узлуксиз чоклар билан тўр кўндаланг фасциянинг латерал қуроғи тагига ўрнатилади. Кейин фасция қуроғи протезга ўрнатилади ва унинг медиал қирраси медиал фасция қуроғининг тагига ўрнатилади. Иккинчи қатлам ҳосил бўлган чуқур ҳалқадан қов дўмбоғига ёнбош-қов бойламини чокка олиш билан қўлланилади. Шундай қилиб, кўндаланг фасциянинг такрорланиши ҳосил бўлади.

Рутков томонидан тавсия этилган Plug and Patch (тиқин ва қоплама) усули. Операция ўзига хослиги ички чов халқаси устидан унча катта бўлмаган (4-5 см) типик кесим бажариш, чурра халтасини ажратиш, тубидан боғлаш, ҳамда чиғаноқ ёки спирал кўринишида моделлаштирилган протезни жойлаштириш ва мушакка мустаҳкамлашдан иборат. Кейин, Лихтенштейн операциясига ўхшаб, уруғ тизимчасининг остига тўр ўрнатилади, лекин у тизимча атрофидаги кесмани фақат битта чок билан тикиб ўрнатилади.

PHS (prolen hernia system) тизимини қўллаш орқали пластика қилиш усули Ethicon фирмасининг ишланмаси ҳисобланади. Протез цилиндр билан боғлинган 2 та пластинадан иборат. Операция PHS нинг орқа пластинкасини преперитонеал бўшлиққа қўндаланг фасциядаги нуқсон орқали киритишни ўз ичига олади. Кейинги этапда протез олд варағининг латерал қисмида кесма қилинади, у орқали уруғ тизимчаси ўтказилади. PHS тизимининг олд варағини қотириш Лихтенштейн операциясига ўхшайди.

1989 йилда Ғарбий Европа ва Шимолий Америка мамлакатларида Трабукко усули бўйича чов каналнинг "таранглашмаган", чоксиз пластикаси кенг тарғиб қилина бошлади. Одатий жараёнлардан сўнг, чурра халтаси очилмасдан ажратилади ва қорин бўшлиғига чўктирилади. Кейин чов каналди чуқур ҳалқаси тўмтоқ йўл билан, ёки (муаллифнинг тавсиясига биноан) Фоллей катетери билан преперитонеал бўшлиқ ҳосил қилинади, шу жойга уруғ тизимчасига диаметри 5 см бўлган думалоқ протез қўйилади ва протезнинг эркин учлари бир-бирига полипропилен чоклар ёрдамида тикилади. Кейин чов каналининг орқа деворига тўқималарга маҳкамланмасдан 4,5 x 10 см ўлчамдаги иккинчи протез қўйилади. Чов каналининг олд девори уруғ тизимчаси остидан узлуксиз равишда тикилади.

Чов канали орқа деворини типик кесим орқали пластика қилиш. XX асрнинг 2 – ярмида Lichtenstein Hernia Institute ходимлари томонидан герниопластиканинг «tension-free» концепцияси ишлаб чиқилди, ушбу операция Лихтенштейн номи билан машҳур. Типик чов кесими орқали чов канали очилиб, чурра халтаси ажратилади, ҳамда чуқур ҳалқа орқали қорин бўшлиғига очилмасдан чўктирилади. Чов канали орқа девори орқали протез моделлаштирилиб, қов суяги суяк усти пардаси ва чов бойламига узлуксиз чоклар ёрдамида қотирилади. Протез алоҳида чоклар ёрдамида ички қийшиқ мушакнинг 3-4 жойидан қўшимча қотирилади. Тўрдаги туйнукка уруғ тизимчаси жойланиб, унинг орқасидан четлари ички қийшиқ мушакка тикиб қотирилади. Уруғ тизимчаси устидан чов канали олдинги девори тикилади.

Икки қаватли пластина ёрдамида таранглашмаган пластика. Усул PHS тизимли пластика усулига ухшаш, лекин бунда пластинанинг орқа варағи кесилган кўндаланг фасция (фасция тикланмайди) ва қорин кўндаланг мушаги орасида жойлаштирилиб, қотирилади (Егиев В.Н. ва бошқ., 2003).

Т. К. Гвенетадзе (2004) усулида Лихтенштейн операциясидан фарқли ўлароқ, ташқи қийшиқ мушак апоневрози протез устига тикилади ва шу билан уруғ тизимчасининг тўрдан тўлиқ изоляциясига эришилади.

Чов каналининг орқа деворини маҳаллий тўқималар билан пластикаси Е.С. Петров и В.И.Кошев томонидан таклиф қилинган. Кўндаланг фасцияни ажратгандан сўнг муаллифлар уруғ тизимчасини преперитонеал бўшлиққа чўктирадилар ва фасция унинг устига тикилди. Кейинги операция этаплари Бассини ва Лихтенштейн усулларига ўхшаш бажарилади (Петров Е.С., ва бошқ., 2009).

С.В. Шалашов ва бошқ. (2007) усули Лихтенштейн операциясидан фарқ қилади, чунки нафақат чов бойлами қов дўмбоғидан узлуксиз чоклар ёрдамида, балки қорин ташқи қийшиқ мушаклари апоневрозининг латерал қуроғининг бутун кенглигида ҳам ушланади. Протез пастки четидаги чизик бўйлаб 0,7-1 см га тикилади ва ушбу чети олдинга бурилади. Чов каналнинг олд девори протезнинг пастки четини қорин ташқи қийшиқ мушаклари апоневрозининг медиал қуроғи билан узлуксиз чоклар билан тикиб, таранглашишсиз тикланади. Ушбу техникада зич қаттиқ бириктирувчи тўқима ҳосил бўлади ва протез анча мустаҳкам ўрнатилади.

А. Дарзи усулида видеоассистирланган таранглашмаган пластика усули. Чуқур чов ҳалқасининг проекциясида китчик кесим (2 см) орқали уруғ тизимчаси изоляция қилинади ва чурра халтасига ишлов берилади. Шундан сўнг, чов каналига 8 х 13 см протез ўрнатилади ва герниостеплер билан қотирилади. Қотириш нуқталари Лихтенштейн пластикасига ўхшайди. Операция 5 ммли лапароскоп назорати остида амалга оширилади.

§1.4.2. Протезловчи пластиканинг уруғ тизимчасидаги морфофункционал ўзгаришлар ва уруғдонлар репродуктив фаолиятига таъсири

Чурра кесиш операцияси асоратларидан бири репродуктив ёшдаги эркекларда жинсий фаолиятнинг бузилиши ҳисобланади, чунки узоқ вақт давомида кузатилган чов чурралари (чов-ёрғоқ ва тестикуляр шакллари), шунингдек чурранинг қайталаниши сперматогенезга таъсир қилувчи омиллардир. Герниопластиканинг ҳар қандай усуллари озми-кўпми уруғ тизимчаси шикастланиши билан бирга келади, бу эса эркекларнинг бепуштлигига олиб келиши мумкин. Беморларда Лихтенштейн пластикасининг натижалари операциядан олдинги билан солиштирганда тестостерон даражаси, сперматозоидлар сони ва ҳаракатчанлигининг сезиларли даражада пасайишини кўрсатди. Операциядан сўнг мойк томирларининг ултратовуш текширувига кўра, қон оқимининг пасайиши ва уруғ чиқарувчи йўлнинг облитерацияси кузатилди.

Қорин бўшлиғи босимининг ошиши, қон айланишининг бузилиши, операция пайтида вас деференсининг шикастланиши мойк гипоксиясига олиб келади ва без атрофияси ёки фибрози билан доимий дисфункцияни келтириб чиқаради. Гипоксия бириктирувчи тўқималарнинг кўпайишига ва мойкдаги терморегуляциянинг бузилишига олиб келади, бу сперматозоидларнинг сони ва ҳаракатчанлигига салбий таъсир қилади ва стерилликка олиб келади.

Уруғ тизимчаси томирларидаги қон оқимининг чурра турига, операциядан олдинги ва кейинги чурра ташувчанлик даврига боғлиқлиги ултратовуш ёрдамида қайд этилган. УЗДГ маълумотларига кўра, зарарланган томонда ўртача артериал қон оқими соғлом томонга қараганда 2,78 см/с паст ($p \leq 0,05$). Бундан ташқари, артериал қон оқими тезлиги I типиди 12 см/с дан, IV типиди 9 см/с гача аста-секин пасайиши кузатилган. В.А. Баулин ва бошқ. (2011) герниопластикадан сўнг, ултратовуш маълумотларига кўра, пулсация индекси ва қаршилиқ индексининг пасайиши қайд этилди. Операциядан

олдин ҳам, кейин ҳам уруғ тизимчасининг веноз тизимида сезиларли ултратовуш ўзгаришлари бўлмаган.

Имплантиция соҳасидаги фибрознинг оғирлиги полипропилен микдориға боғлиқ бўлиши мумкинлиги ҳақида далиллар мавжуд ва шунинг учун қорин олд деворининг биомеханикаси ёмонлашиши мумкин.

Экспериментал ва клиник тадқиқотлар шуни кўрсатадики, полипропилен номукамал материалдир, чунки у протезни бузадиган, серома ва фистулаларнинг шаклланишиға ёрдам берадиган зич чандик тўқималарининг шаклланиши билан тўқималарда яллиғланишни келтириб чиқаради. Лихтенштейн операциясидан сўнг, 10 кундан 1,5 ойгача, беморларнинг 10% уруғ тизимчаси бўйлаб зич инфилтрат ҳосил қилади. Е.А. Дубов ва бошқ. (2007) маълумотларига биноан фибробластлар билан қопланган пролен протезининг имплантияси ўзгармаган тўр билан солиштирганда камроқ яққоло яллиғланиш реакцияси ва унинг атрофдаги тўқималарға аввалроқ қўшилиши билан бирға келади.

Эркакларда чурранинг кечки муддатлардаги натижаларини ўрганиш ва уларда эркакларнинг бепуштлигини ривожлантиришға эътибор берилмайди. Шу билан бирға, ўтказилган экспериментал тадқиқотлар протез билан боғлиқ асоратлар частотасининг 22% га ошиши билан чов каналининг протезловчи пласътикаси репродуктив тизимға салбий таъсирини исботлайди.

Турли шифохоналарда олиб борилган тадқиқотида В. Shin ва бошқ. (2005) гаранглашмаган герниопластикадан кейин уруғ тизимчаси томирларига зарар етиш хавфини тасвирлаб бердилар. Муаллифлар бунинг сабабини уруғ тизимчаси томирларини тўсиб қўядиган ва шикастлайдиган тўр атрофида содир бўлаётган интенсив фибропластик жараёнлар деб ҳисоблашади. Лихтенштейн операцияси давомида уруғ тизимчаси протез тўрдан ажратилмайди, бу уруғ тизимчасининг тобора ортиб бораётган толали ўзгаришиға, уруғ чиқарувчи йўл функциясининг йўқолишиға, бўшашишиға, олигоспермияға ва эркакларнинг бепуштлигини ривожланишиға олиб келади.

Чов канали пластикаси учун материал сифатида реперен ва поливинилиденфториднинг имплантациясидан кейин чандикли битишма жараён энг кам аниқланиши экспериментал равишда кўрсатилган. Шу сабабли, муаллифларнинг фикрича, полипропилен тўр ёрдамида Лихтенштейн пластикасини репродуктив ёшдаги эркакларда тавсия этиш мумкин эмас, ҳамда икки томонлама чов чурраларида қатъиян қарши кўрсатма ҳисобланади.

Протезларга қўйиладиган умумий талаблар қуйидагилардан иборат: биомослик, биорезистентлик, инфекцияга чидамлилик, тўқималарнинг тез ўсиб чиқиши, механик пишшиқлик, ҳамма томондан кенгайишининг чекланиши, чўзилиш ва четларининг осилиб қолишига чидамлилик, юмшоқлик, яхши моделлик, кичик сифими, стерилизациядан кейин хусусиятларнинг сақланиши.

Протез тўр атрофидаги фибробластик яллиғланиш натижасида келиб чиқадиган қон томир окклюзия жараёнлари тўлиқ ўрганилмаган ва шунинг учун қўшимча текширишни талаб қилади.

§1.5. Чов чурраларини жарроҳлик даволашда кузатиладиган асоратлар

Чов чурраларини кесиш операциясидан кейин кузатиладиган энг кенг тарқалган асоратларга инфекция, гематомалар, невралгия, ишемик орхоэпидидимит, касалликнинг қайталаниши киради. Анъанавий герниопластика усулларида кейин қайталанишларнинг юқори даражаси протезли пластика усулларида ишлаб чиқиш ва амалга оширишга ундади. Бироқ, уларнинг кенг қўлланилиши билан асоратларни бутунлай олдини олиш мумкин бўлмади, бу эса микробларга қарши хусусиятларга эга материалларни ишлаб чиқишни талаб қилди. Тўрли протезларнинг маълум вариантлари уларнинг биомослиги ва тана тўқималарига қўшилиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилмоқда. Аутологик тромбоцитни ўз ичига олган оқсил билан қопланган тўрли материаллар тана

тўқималари билан яхшироқ қўшилади. Чов чурраларини таранглашмаган усулда пластика қилиш қайталанишлар ва асоратлар сонини камайтирди. Г.Р. Аскерханов ва бошқ. (2011) маълумотларига кўра операциядан кейинги асоратларнинг частотаси беморлар ёшининг ошиши билан кўпаяди, чурра тури ва пластика усулига бевосита боғлиқ бўлади. Адабиётларга кўра, Лихтенштейн операциясидан кейин нерв шикастланиши билан боғлиқ оғрик синдроми беморларнинг 5-12 фоизда кузатилади. Оғрикни ўрганиш халқаро ассоциацияси (International Association of the Study of Pain - IASP) операциядан кейин пайдо бўладиган ва уч ойдан ортиқ давом этадиган ҳар қандай оғрикни операциядан кейинги сурункали оғрик сифатида белгилади. Лапароскопик чов герниопластикасидан кейин сурункали оғрикнинг сабаблари турли протезни темир қистиргичлар билан қотиришда нервнинг шикастланиши, нерв ва қов дўмбоғи суяк усти пардасининг чокка қўшилиб қолиши, тўқималарнинг тортилиши, қорин пардага механик таъсир натижасида бўлиши мумкин. П.Г. Дунаева (2012) маълумотларига кўра сурункали чов соҳасидаги оғрик синдроми Лихтенштейн операциядан кейин кўп кузатилади, видеоэндоскопик преперитонеал герниопластикадан кейин эса қайталанишлар кўп бўлади. Шу муносабат билан протезни елимли фиксациясидан фойдаланиш (сулфакрилатли, фибринли) мақсадга мувофиқ бўлиб, ушбу шикастланишлар кузатилмайди. Шоулдейс усули бўйича операциядан кейин қайталанган чов чурраси билан оғриган беморларда яра йиринглаши 3,9%, Лихтенштейн бўйича – 7,2%, серома ва гематома – 2,6% ва 5,2% да ривожланади. Уруғ тизимчаси томирлари ва нервларининг шикастланиши, уруғ чиқарувчи йўлнинг шикастланиши 3% да содир бўлади. М.Е. Илъин ва бошқ. (2010) маълумотларига кўра аутопластикадан кейинги асоратлар частотаси 30%, Лихтенштейн усулида пластикадан кейин – 23%, комбинацияланган пластикадан кейин эса – 13% ни ташкил этади. ГВ. Вакулин ва бошқ. (2011) Десард бўйича герниопластикадан кейинги асоратлар беморларнинг 34,4% ида, Лихтенштейн усулида - 32% да қайд этилган.

С.Б. Травкин ва бошқ. (2009) чов чурраси билан беморларда турли хил жарроҳлик усулларида сўнг асоратларнинг 4 гуруҳини аниқлади: жароҳатга оид, компрессион-ишемик, аъзоларнинг шикастланиши, функционал бузилишлар. IV турдаги чов чурраси бўлган 91 беморда операциядан кейинги асоратларни (инфилтрациялар, серомалар, гематомалар) таҳлил қилиб, муаллифлар 85 (93,4%) нафарида асоратларни аниқладилар.

Асоратларнинг энг кам сони 30 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида (18,4%), энг кўп асоратлар эса 50 ёшдан ошган одамларда (31%) кузатилган.

Лапароскопик герниопластикада операция ичи ва операциядан кейинги асоратлар частотаси 0,57% дан 17,5% гача ташкил этди. А.В. Аболмасов (2012) маълумотларига кўра, чов - ёрғоқ чурралардан кейин серомалар 19%, Лихтенштейн операциясидан кейин 21% да содир бўлган. Операциядан кейинги даврда қорин парда олди бўшлиғи ва чурра ётоғи соҳасида пункция қилишни талаб этувчи лапароскопик чов герниопластикасидан кейинги серомалар беморларнинг 3,7% - 10% ида кузатилади.

Лапароскопик чов герниопластикасидан кейин чов – ёрғоқ чурраси билан беморларни даволаш таҳлили шуни кўрсатдики, чурра халтаси ишлов берилмаган ҳолатларда суюқлик тўпланиш частотаси 90% гача бўлиши мумкин.

Мураккаб ва қайталанган чов чурраларида лапароскопик герниопластикадан кейинги барча асоратлар операция ичи ва операциядан кейинги, улар эса ўз навбатида кичик ва каттага бўлинади. Конверсияни, такрорий жарроҳлик аралашувини, ёки такрорий касалхонага ётқизишни талаб қиладиган асоратлар катта деб ҳисобланади. Кичик (қайталанган чурра билан 18 нафар бемор операция қилинган) асоратларга чов соҳаси гематомаларини - 1 (5,5%), операция томонида невралгия ва парестезияни - 1 (5,5%), ҳамда чурранинг қайталанишини таъкидлаш мумкин.

Шундай қилиб, адабиётлардаги маълумотлардан кўриниб турибдики, операциядан кейинги эрта асоратлар частотаси чурра турига, герниопластика усулига ва уни бажариш техникасига боғлиқ.

Чов чурралари жарроҳлигининг кўп асрлик тарихига қарамай, кечки даволаш натижаларини яхшилаш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда. Энг янги технологиялар, замонавий пластика ва тикув материаллари чурраларни, шу жумладан қайталанган чурраларни даволашда яхши натижаларга эришишга имкон беради.

Чов чурраси билан беморларни даволашда касалликнинг қайталанишини олдини олиш масалалари катта аҳамиятга эга. Жарроҳлик даволашнинг эрта ва кечки натижаларини, шунингдек, ҳаёт сифатини баҳолаш энг яхши даволаш тактикасини, герниопластиканинг адекват усулини танлашни аниқлашга, операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги юритиш учун самарали дастурни шакллантиришга имкон беради.

§1.6. Яшаш сифати тўғрисидаги замонавий қарашлар

Ҳозирги вақтда чов чурралари билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг асосий вазифалари нафақат касалликнинг қайталанишини бартараф этиш, балки операциядан кейин беморларнинг яшаш сифатини яхшилашдан иборат.

MOS SF-36 ҳам аҳоли орасида, ҳам махсус тадқиқотлар ўтказиш давомида, шунингдек жарроҳликда ҳам энг кенг тарқалган ва кўп қўлланиладиган сўровнома ҳисобланади [112, 174]. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, АҚШ томонидан яратилган Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) сўровномаси 36 қисмдан иборат бўлиб, улардан 35 таси яшаш сифатининг 8 та шкаласини ташкил этади. Турли хил шкалалар 2 дан 10 баллгача бирлашади ва ҳар бир қисм фақат битта аниқ ўлчов билан ишлатилади. Шкаланинг ҳар бир қиймати қисмларда ифодаланади ва 0 дан 100 гача ўзгариб туради, бу ерда 0 яшаш сифатининг энг ёмон қиймати, 100 эса энг яхшисидир [103, 112, 124, 174].

Сўровномалар ичида EuroQol (EQ-5D) сўровномаси икки қисмдан иборат бўлиб, етарлича машхур ҳисобланади. Биринчи қисмида 5 турдаги

кўрсаткичлар таҳлил қилинади: ҳаракатчанлик, кундалик ҳаётдаги фаоллик, ўз – ўзига хизмат қилиш қобилияти, оғриқ, ёки ноқулайлик, нотинчлик, ёки депрессия. Жавоблар натижалари беморнинг "саломатлик ҳолати" EQ-5Q – profile ёки "саломатлик индекси" EQ-5Q – utility сифатида тақдим этилиши мумкин. Сўровноманинг иккинчи қисми вертикал градусли визуал-аналог шкала бўлиб, унда 0 энг ёмон деган маънони, 100 эса бемор соғлиғининг энг яхши ҳолатини англатади [112, 124].

Яшаш сифатини баҳолаш бўйича энг тарқалган сўровномаларнинг асосий хусусиятлари:

1. Sickness Impact Profile:

а. Жисмоний – ўз – ўзига хизмат кўрсата олиш қобилияти, мобиллик, ётоқ режимидан мустақиллик.

б. Ижтимоий руҳий – ижтимоий алоқалар, жамият ҳаётида иштирок этиш, ҳуқ-атвор реакцияларида ташвиш даражаси. Бошқа жиҳатлари: уйқу, дам олиш, овқатланиш, иш, уй хўжалиги, дам олиш фаолияти.

2. Nottingham Health Profile: унда қуйидаги жиҳатларни акс эттирувчи олтита асосий бўлим мавжуд: оғриқ, жисмоний қобилият, уйқу, ҳиссий реакциялар, энергия, ижтимоий изоляция. Соғлиқни сақлаш ҳолатининг иш, уй хўжалигини бошқариш, бошқа одамлар билан муносабатлар, шахсий ҳаёт, жинсий ҳаёт, севимли машғулотлар, очиқ ҳавода ишлашга таъсирини акс эттирувчи яна олтита қўшимча бўлим.

3. Quality of Well Being Index: беморларнинг ҳақиқий фаолияти ва афзалликларини ўлчаш. Қуйидаги жиҳатлар кўриб чиқилади: ўз-ўзига хизмат кўрсатиш даражаси, ижтимоий фаоллик, касалликнинг энг муҳим белгилари, асосий психологик кўрсаткичлар.

4. Quality of Life Index: фаоллик, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш даражаси, соғлиғининг ҳолатини идрок этиш ва соғлиқ истиқболларини ўз ичига олган бешта бўлимдан иборат.

Жарроҳликнинг бир бўлими ҳисобланувчи герниологияда махсус сўровномалардан IBS-QoL, IBDQ, QLDUP ва бошқалар қўлланилади.

Кўпгина тадқиқотларда умумий сўровномалардан фойдаланилади, бу ҳар доим ҳам замонавий яшаш сифатини ўрганиш концепциясининг эҳтиёжларини қондира олмайди [50, 103, 124].

Сўровномаларга қуйидаги қатъий талаблар қўйилади:

1. универсал — соғлиқнинг барча кўрсаткичларини қоплаб олиши;
2. ишончли — турли респондентларда индивидуал саломатлик даражасини қайд этиш;
3. ҳар бир респондентнинг соғлиғи ҳолатидаги клиник жиҳатдан сезиларли ўзгаришларга сезгир;
4. қайта қўллаш мумкинлиги (тест-ретест);
5. фойдаланиш осонлиги ва ихчамлиги;
6. стандартлаштирилган — респондентларнинг барча гуруҳлари учун стандарт савол ва жавобларнинг ягона вариантнинг таклиф етилганлиги;
7. баҳолаш — соғлиқни сақлаш параметрларини миқдорий баҳолаш.

Шу муносабат билан замонавий тиббиётнинг ажралмас бўлаги бўлган чов чурралари учун операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганишдир. Беморларнинг ҳаёт сифати операциядан кейинги эрта ва кечки даврларда субъектив ва объектив мезонлар билан баҳоланади. Жарроҳлик патологияси бўлган беморларда, шу жумладан катта ўлчамдаги ва қайталанган чов чурраси билан оғриган одамларда яшаш сифатини баҳолаш усули самарадорлигининг асосий кўрсаткичларидан биридир [175].

Яшаш сифатини ўрганиш жарроҳликда тадқиқотларнинг янги замонавий усули бўлиб, у операциядан олдинги даврда беморларни операцияга тайёрлаш, чов герниопластика усулини танлаш ва операциядан кейинги даврда беморларни бошқариш билан боғлиқ жарроҳлик даволашнинг асосий нуқталарини таъкидлайди. Яшаш сифатини ўрганиш анъанавий усулларни тўлдирувчи, беморларни даволаш натижаларини баҳолаш имконини беради.

§1.7. Боб бўйича хулосалар

Замонавий адабиётлар таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, чов чурраси бўлган беморларни даволаш муаммоси ҳозирда тўлиқ тушунилмаган ва жуда долзарбдир. Чов чурраларини жарроҳлик даволашга бағишланган кўплаб ишларга қарамай, чов чурраси билан оғриган беморларни даволашда касалликнинг қайталанишини олдини олиш муаммосини ҳал қилиш жуда долзарб бўлиб қолмоқда.

Адабиётларда кўрсатилганки, чов чурраларини даволаш ва қайталанишини олдини олиш тенденцияси чов каналининг орқа деворининг мустаҳкамлигини тиклашга, операциядан кейинги даврда жисмоний реабилитацияга ва косметик самарага эришишга асосланган. Шуни ҳисобга олиб, операция усулини танлаш ҳали ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Замонавий концепция чурра нуқсонини тўрли имплантатлар ёрдамида комбинацияланган усуллар ёрдамида мустаҳкамлаш зарурлигини белгилайди, бу эса чов канали функциясини тиклашни таъминлайди.

Ҳозиргача жарроҳлар учун асосий муаммо чов чурраси билан беморларни даволашнинг бевосита натижаларини баҳолашдан иборат. Чов чурраси билан беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш беморнинг жисмоний, руҳий ва ижтимоий ҳолатига ҳар томонлама таъсир кўрсатганлиги сабабли, узоқ муддатли натижаларни, ҳаёт сифатини таҳлил қилишни баҳолаш муҳимдир.

Чов чурраларига бағишланган адабиётлар таҳлили қўшимча тадқиқотлар ва ечимларни талаб қилувчи долзарб муаммолар мавжудлигини кўрсатди. Шундай қилиб, протезловчи герниопластикадан кейин чурра қайталанишининг сабаблари тўлиқ ўрганилмаган ва тизимлаштирилмаган. Чурра қайталанишида протезнинг уруғ тизимчасига нисбатан жойлашиши ва протезнинг уруғ тизимчасининг морфофункционал ўзгаришларга, ҳамда мойкнинг репродуктив фаолиятига таъсири аниқланмаган. Чов бойламининг зарарланиши кузатилган чов чурраси билан беморларда жарроҳлик техникаси ишлаб чиқилмаган. Чов чурраси билан беморларда реконструктив жарроҳликнинг турли усуллари натижаларини қиёсий баҳолаш тўғрисида

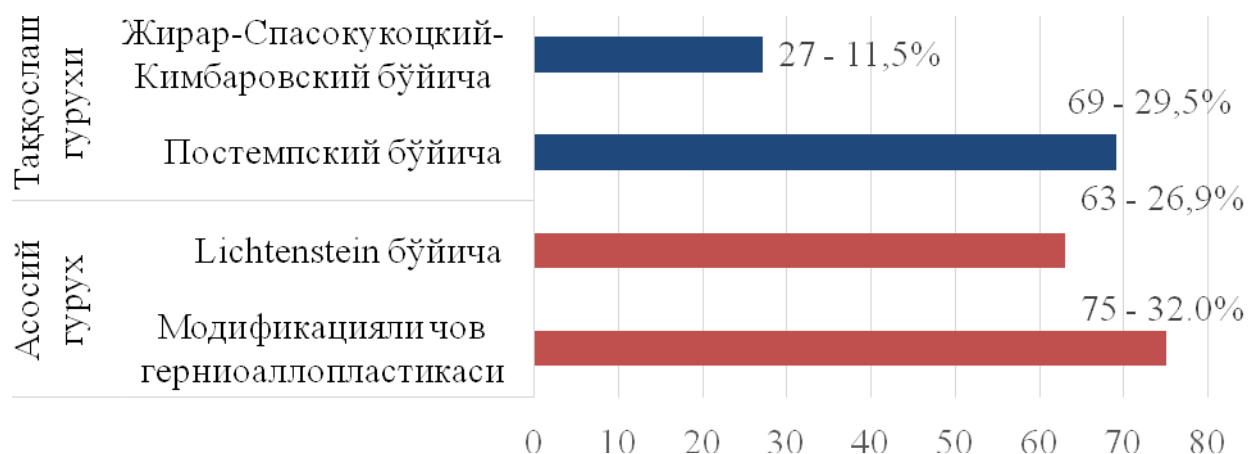
маълумотлар йўқ. Икки томонлама чов чурраси билан беморларни даволаш тактикаси аниқланмаган.

Юқоридагиларнинг барчаси ушбу тадқиқотимизни ўтказиш учун асос бўлди.

II БОБ. КЛИНИК МАТЕРИАЛ ВА ҚЎЛЛАНИЛГАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

§2.1. Клиник материалнинг умумий тавсифи

Тадқиқот 2017 – 2022 йй. давомида Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида чов чурраси туфайли амалиёт ўтказган беморларнинг текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Проспектив динамик фаол тадқиқот ўтказиш учун 234 нафар ҳолат саралаб олинди. Бу эркак жинсли турли хилдаги чов чурраси билан беморлар бўлди. Барча беморлар режали равишда операция қилинди ва даволаш тактикасини танлашга қараб беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи таққослаш гуруҳи, анъанавий усуллар билан герниоаутопластика ўтказилган чов чурраси билан бўлган 96 (41,0%) нафар бемордан иборат бўлди. Иккинчи, асосий гуруҳ 138 (59,0%) нафар бемордан иборат бўлиб, улардан 63 (45,6%) нафари Лихтенштейн усули бўйича чов герниоаллопластикасини, ҳамда 75 (54,4%) нафари биз таклиф қилган ўзгартирилган усул бўйича операция ўтказган (2.1 – расм).



**2.1 – расм. Беморларни тадқиқот гуруҳлари бўйича тақсимланиши
(n=234)**

Беморларни гуруҳларга бўлиниши тасодифан амалга оширилди. Операция қилган герниолог жарроҳларнинг тажрибаси 5 йилдан ортиқ эди.

Амалга оширилган операциялардан кейинги кузатув даври 6 ойдан 3 йилгача бўлди.

Асосий гуруҳдаги 103 (74,6%) нафар беморга «Линтекс» фирмасининг стандарт монофиламентли Эсфил тўрсимон протезлари ва 35 (25,4%) нафар беморга «Physiomesht», ёки «Prosид» (Ethicon) композитли тўрсимон имплантлари қўлланилди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда (n=96) чуррани кесишда чов каналини пластика қилиш учун Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский (n=27 (28,1%)) ва Постемпский (n=69 (71,9%)) усулларида анъанавий мушак-апоневротик "таранглашган" пластикасида фойдаланилди.

Гуруҳлардаги беморлар ёши, касаллик давомийлиги, чов чуррасининг тури, унинг локализацияси, оғрикисизлантириш тури, чурра қопага ишлов бериш усули бўйича турлича бўлди.

Чов чурраси туфайли амалиёт ўтказган беморларнинг ёшга доир гуруҳлар бўйича тақсимланиши 2.1 – жадвалда кўрсатилган.

2.1 – жадвал

Беморларнинг ёшга доир гуруҳлар бўйича тақсимланиши

Ёши	Тадиқикот гуруҳлари			
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича	Постемпский бўйича	Lichtenstein бўйича	Модификацияли “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси
< 30	15 (55,5%)	-	2 (3,2%)	7 (9,3%)
31-40	10 (37,0%)	7 (10,1%)	7 (11,1%)	16 (21,3%)
41-50	2 (7,4%)	16 (23,2%)	18 (28,6%)	12 (16,0%)
51-60	-	34 (49,3%)	24 (38,1%)	32 (42,7%)
> 60	-	12 (17,4%)	12 (19,0%)	8 (10,7%)
Жами	27 (100,0%)	69 (100,0%)	63 (100,0%)	75 (100,0%)

2.1 – жадвалдан кўриниб турибтики, 122 (52,1%) нафар бемор 50 ёшдан катталар бўлиб, уларнинг 76 (55,1%) асосий гуруҳдаги, ҳамда 46 (47,9%) нафари таққослаш гуруҳидаги беморларни ташкил этди.

Тадқиқот гуруҳларининг иккаласида ҳам беморларнинг ўртача ёши статистик жиҳатдан ишончли даражада таққосланадиган бўлди: асосий гуруҳда – $45,4 \pm 0,3$ ёш, таққослаш гуруҳида – $46,3 \pm 1,0$ ёш ($p > 0,05$).

Операция қилинган беморларда юрак ишемик касаллиги, аорта ва бош мия қон томирлари атеросклерози, симптоматик гипертензия, сурункали бронхит ва семизлик каби ҳамроҳ касалликлар энг кўп аниқланди: асосий гуруҳда – 32,1% ва таққослаш гуруҳида – 34,3%.

Бўй узунлиги ва тана вазни каби бир қатор жисмоний хусусиятларга кўра, операция қилинган беморларнинг иккала гуруҳини таққослаш мумкин: асосий гуруҳда беморларнинг 55,6% ида бўй узунлиги 180 см гача, 53,4% ида тана вазни 75-85 кг гача бўлган бўлса, таққослаш гуруҳида ушбу кўрсаткичлар мос равишда 58,9% ва 56,7% ни ташкил этди ($p > 0,05$).

Беморларнинг асосий қисмида касаллик давомийлиги бир йилгача бўлган гуруҳда бўлди – 81 (34,6%). Герниация даври тарихига кўра, 14 (5,9%) нафар беморда касаллик 10 йилдан ортиқ вақт давомида кузатилган. Бу асосий гуруҳдаги – 11 (7,9%) беморда ва таққослаш гуруҳида – 3 (3,1%) беморда аниқланган (2.2-жадвал). Гуруҳлардаги беморларда герниация вақтининг статистик жиҳатдан сезиларли фарқлари аниқланмади ($p > 0,05$).

2.2 – жадвал

Тадқиқот гуруҳларида чурра ташувчанликнинг муддатлари

Гуруҳлар	Касалликнинг давомийлиги, йил										Жами	
	< 1		1-3		4-6		7-10		> 10			
	абс .	%	абс .	%	абс .	%	абс .	%	абс .	%	абс .	%
Таққослаш гуруҳи	37	38,5	19	19,8	21	21,9	16	16,7	3	3,1	96	100
Асосий гуруҳ	44	31,9	35	25,4	30	21,7	18	13,0	11	7,9	138	100
Жами	81	34,6	54	23,1	51	21,8	34	14,5	14	5,9	234	100

Барча беморларда режали оператив даволаш ўтказилган. Бизнинг тадқиқотимизда шошилишч операцияни талаб қилувчи қисилган чов чурраси билан беморлар киритилмаган.

Операция қилинган беморлар орасида ўнг томонлама чов чурралари устунлик қилди: 62,7% - асосий гуруҳда ва 56,4% – таққослаш гуруҳида ($p>0,05$). 22 (9,4%) ҳолларда қайталанган чурралар аниқланди: асосий гуруҳда 13 (9,4%) нафар, ҳамда таққослаш гуруҳида 9 (9,4%) нафар бемор ($p<0,05$). Уларда турли хилдаги оператив даволаш усуллари бўйича тақсимланиши 2.3 – жадвалда келтирилган.

2.3 – жадвал

Чов чурраларининг турлари ва операция усуллари

Чурра турлари	Тадқиқот гуруҳлари			
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича	Постемпский бўйича	Lichtenstein бўйича	Модификацияли “таранглашмаган” чов герниоаллопластика
Қийшиқ	27 (100,0%)	44 (63,8%)	45 (71,4%)	50 (66,7%)
Тўғри	-	16 (23,2%)	13 (20,6%)	17 (22,7%)
Қайталанган	-	9 (13,0%)	5 (7,9%)	8 (10,7%)
Жами	27 (100,0%)	69 (100,0%)	63 (100,0%)	75 (100,0%)

2.3 – жадвалдан кўришиб турибдики, Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усули фақат қийшиқ чов чурраларида, Постемпский усули ҳам тўғри, ҳам қийшиқ чов чурраларида бажарилган. Беморларнинг асосий гуруҳида барча беморлар, яъни қийшиқ ва тўғри чов чурраларида чов каналининг орқа девори Лихтенштейн, ҳамда биз томонимиздан модификациялаштирилган "таранглашмаган" чов герниоаллопластикаси ёрдамида мустаҳкамланди. Қийшиқ ва тўғри чов чурраларида патологик бўртган ҳосиланинг асосий сабаби чов канали орқа деворининг зайифлиги ҳисобланади, шу сабабли барча пластика усуллари уни мустаҳкамлашга қаратилган бўлиши лозим. Шундан келиб чиқиб, қайталанган чов чурраларида фақат чов каналнинг орқа девори Постемпский, ёки "таранглашмаган" усул ёрдамида мустаҳкамланди.

Туғма чов чурралари 12 (5,1%) нафар ҳолатда аниқланди, улардан 7 (7,3%) ҳолатда Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида пластика, 5

(3,6%) ҳолатда чов каналининг герниоаллопластикаси модификациялаштирилган «таранглашмаган» усулда бажарилди.

Сирпанувчи чурралар 13 (5,5%) нафар беморларда аниқланди. Чурра дарвозаси (ташқи чов халқаси) ўлчамлари 1,5 дан 5 смгача бўлди (2.4 – жадвал).

2.4 – жадвал

Чов чурраларини ташқи чов халқаси ўлчамларининг кенгайиши бўйича тақсимланиши

Ташқи чов халқасининг диаметри (см)	Тадқиқот гуруҳлари			
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича	Постемпский бўйича	Lichtenstein бўйича	Модификацияли “таранглашмаган” чов герниоаллопластика
1,5	9 (33,3%)	-	2 (3,2%)	3 (4,0%)
2,0	7 (25,9%)	2 (2,9%)	7 (11,1%)	8 (10,7%)
2,5	6 (22,2%)	2 (2,9%)	3 (4,8%)	11 (14,7%)
3,0	3 (11,1%)	12 (17,4%)	18 (28,6%)	22 (29,3%)
3,5	2 (7,4%)	25 (36,2%)	12 (19,0%)	15 (20,0%)
4,0	-	23 (33,3%)	19 (30,1%)	9 (12,0%)
5,0	-	5 (7,2%)	2 (3,2%)	7 (9,3%)
Жами	27 (100,0%)	69 (100,0%)	63 (100,0%)	75 (100,0%)

2.4 – жадвалдан кўриниб турибдики, Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида пластика қилинган беморларнинг кўпчилигида чов канали ташқи халқаси 1,5 смгача кенгайган - 9 (33,3%); Постемпский усулида пластика ўтказган беморларнинг кўпчилигида ташқи чов халқаси 3,5 – 4,0 смгача кенгайиши мос равишда 25 (36,2%) ва 23 (33,3%) ҳолатда; Lichtenstein ва модификациялаштирилган усулда “таранглашмаган” усулда пластика ўтказган беморларнинг асосий қисмида ташқи чов халқаси 95 (68,8%) ҳолатда 3,0 ва 4,0 смгача кенгайганлиги аниқланди.

Турли усулларда ўтказилган операцияларда кузатувларнинг чурра халтаси ўлчамлари бўйича тақсимланиши 2.5 – жадвалда кўрсатилган.

2.5 – жадвал

Турли усулда ўтказилган операцияларда чурра халтасининг ўлчамлари

Чурра халтасининг ўлчамлари (см)	Тадқиқот усуллари			
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича	Постемпский бўйича	Lichtenstein бўйича	Модификацияли “таранглашмаган” чов герниоаллопластика
< 3,0	6 (22,2%)	7 (10,1%)	4 (6,3%)	12 (16,0%)
3,0-5,0	7 (25,9%)	2 (2,9%)	3 (4,8%)	11 (14,7%)
6,0-8,0	9 (33,3%)	23 (33,3%)	26 (41,3%)	15 (20,0%)
9,0-12,0	3 (11,1%)	12 (17,4%)	18 (28,6%)	22 (29,3%)
> 12,0	2 (7,4%)	25 (36,2%)	12 (19,0%)	15 (20,0%)
Жами	27 (100,0%)	69 (100,0%)	63 (100,0%)	75 (100,0%)

2.5 – жадвалдан кўриниб турибтики, 3,0 смдан катта чурра дарвозаси билан Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский усулида операция 22 (81,5%) нафар беморда ўтказилган бўлса, 6,0 см дан катта чурра дарвозаси билан беморларнинг 60 (86,9%) нафарида Постемпский бўйича, 56 (88,9%) нафарида Lichtenstein усули бўйича, ҳамда 52 (69,3%) нафарида модификациялашган “таранглашмаган” усулда чов герниоаллопластикаси бажарилган.

Беморларнинг чурра типлари (L.M. Nyhus таснифи) бўйича гуруҳларда тақсимланиши 2.6 – жадвалда кўрсатилган. Қийшиқ чов чурраси билан бўлган беморларнинг умумий сони 179 (76,5%) нафарни ташкил этди. III А типли (тўғри чов чурраси) чурра билан беморлар 46 (19,6 %) нафар, қайталанган чов чурраси 22 (9,4%) ҳолатда аниқланди. Ўрганилаётган гуруҳларда чурра тури бўйича ўтказилган статистик таҳлилга асосланиб, уларни бир ҳил деб ҳисоблаш мумкин ($p_{\chi^2} > 0,05$).

2.6 – жадвал

**L.M. Nyhus чурралар таснифи бўйича чов чурраларининг
тақсимланиши**

Тадқиқот гуруҳлари		Чурра турлари						Барча чурралар
		I тип	II тип	III тип		IV тип		
				IIIA	IIIB	IVA	IVB	
Таққослаш гуруҳи	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича	21	6					27
	Постемпский бўйича		27	16	17	4	5	69
Асосий гуруҳ	Lichtenstein бўйича		35	13	10	2	3	63
	Модификацияли “таранглашмаган” чов герниоаллопластика		29	17	21	3	5	75
	Жами	21	97	46	48	9	13	234
%		8,9	41,4	19,6	20,5	3,8	5,5	100

Жойлашиши бўйича чурраларнинг хусусиятлари 2.7 – жадвалда келтирилган. Гуруҳларда чурраларнинг жойлашиши бўйича статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар ҳам аниқланмади ($p_{\chi^2} = 0,65$).

2.6 – жадвал

Чурра жойлашишига кўра беморларнинг гуруҳларда тақсимланиши

Тадқиқот гуруҳлари		Чурранинг жойлашиши			
		Ўнг томонлама	Чап томонлама	Икки томонлама	Жами беморлар
Таққослаш гуруҳи	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича	15 (55,5%)	9 (33,3%)	3 (11,2%)	27
	Постемпский бўйича	34 (49,3%)	20 (28,9%)	15 (21,7%)	69
Асосий гуруҳ	Lichtenstein бўйича	33 (52,4%)	19 (30,1%)	11 (17,4%)	63
	Модификацияли “таранглашмаган” чов герниоаллопластика	41 (54,7%)	27 (36,0%)	7 (9,3%)	75
Жами		123	75	36	234
%		52,6	32,0	15,4	100

§2.2. Текшириш усуллари

§2.2.1. Беморлар кўриги

Клиник усул. Чов чурралари чов-ёрғоқ соҳасидаги чуррасимон бўртманинг мавжудлиги билан тавсифланади, кўпинча оғриқ синдроми ва диспептик бузилишлар билан намоён бўлади, бу жисмоний фаоллик ва беморлар иш қобилятининг пасайишига олиб келади.

Вертикал ва горизонтал ҳолатларда (2.2 – расм), текширув давомида чурранинг катталиги, унинг таркиби, тўғриланиш даражаси, операциядан кейинги эски чандиқлар, лигатурали оқмалар, мацерация ва дерматит мавжудлиги аниқланди. Тўғриланадиган чов чурраларида чурра дарвозасининг ўлчамлари вертикал ва горизонтал ҳолатларда ўрганилди.



2.2 – расм. Бемор Ш., 54 ёш, к/т № 4823/376. Бемор чов соҳасининг ташқи кўриниши. Ташхис: чап томонлама гигант чов – ёрғоқ чурраси, L.M.Nyhus бўйича IV в тип.

Анамнез йиғишда чурранинг давомийлиги, қисилишлар бўлган, ёки бўлмаганлиги, ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги ва хусусиятлари аниқланди.

Беморларга тана вазнини, бўй узунлигини ўлчаш, тана массаси индексини ҳисоблашни ўз ичига олувчи антропометрия ўтказилди.

Чов чурраларини даволашнинг бевосита натижалари барча беморларда ретроспектив ва проспектив тадқиқ этилди. Операциядан кейинги эрта давр кечишини клиник баҳолаш ўтказилди.

§2.2.2. Лаборатор усуллар

Барча беморларга умумий қон (гематологик анализатор «Abacus junior «В», Швейцария) ва сийдик таҳлили, қон гуруҳи ва резус омилни аниқлаш, қонни Вассерман реакцияси, гепатит В ва С, ОИВ – инфекциясига текшириш ўтказилди.

Қуйидаги биокимёвий кўрсаткичлар аниқланди: қондаги умумий оксил (кўрсатмалар бўйича оксил фракциялари), билирубин, трансаминазалар, креатинин, мочевино, қон электролитлари («Stat Fax 3300» биокимёвий анализатор, АҚШ).

Қон ивиши ва қон ивишига қарши тизимларни баҳолаш тромбоцитлар сони, фибриноген кўрсаткичлари, халқаро нормаллаштирилган муносабатлар (МНО), қон ивиш вақти ва қон кетиш давомийлигига кўра ўтказилди, кўрсатма бўйича коагулограмма ўтказилди.

Қондаги глюкоза барча беморларга аниқланди, қандли диабет билан беморларда қўшимча равишда сийдикдаги шакар ва ацетонни аниқлаш, глюкозани суткалик мониторинги ўтказилди.

§2.2.3. Инструментал текшириш усуллари

а) Беморларга ЭКГ поликлиникада ўтказилди. Кўрсатмаларга кўра операциядан олдин юрак-қон томир патологиясини коррекция қилиш учун даво олган беморларда касалхонада такрорий ЭКГ текшируви ўтказилди («ЭКГ-ЭК- 1Т-07» электрокардиографи). Ташқи нафас фаолиятини ўрганиш катта чов чурралари ва оғир юрак-қон томир, ўпка патологияси бўлган беморларда амбулатория шароитида, кўрсатмаларга мувофиқ бажарилди.

б) *Рентгенологик усул.* Барча беморларда текширувнинг амбулатор босқичида кўкрак қафаси рентгенограммаси ўтказилди. Чов чурраси бўлган

беморларда "сурункали" ичак тутилиши белгилари билан беморларда, кўрсатмаларга кўра, ошқозон-ичак трактининг рентген текшируви ўтказилди (қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси ва рентген контрастли текшируви). Кўрсатмаларга кўра, компьютер томографияси ("TOSHIBA" томографи) амалга оширилди.

в) *Ултратовуш усули.* Барча беморларга қорин бўшлиғи ҳамроҳ хирургик касалликларини аниқлаш учун, операциядан олдинги даврда, амбулатор шароитда УТТ текшируви ўтказилди. Чов чурраси билан беморларда ташхис қўйиш учун қийинчиликлар кузатилмади. Касаллик анамнези ва шикоятларини инобатга олган ҳолда, чов соҳаси, қорин девори ва ёрғоқни кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш вақтида пластика бажарилиши лозим бўлган соҳа нуқсони аниқланди. Чов чурраси ташхислашнинг ўзига хос хусусиятлари кичик ўлчамдаги чурралар ва семизлик билан беморларда кузатилди. Ташхисни тасдиқлаш учун чов – ёрғоқ соҳасининг ултратовуш текшируви ўтказилди (2.3 – 2.4 – расм).



**2.3 – расм. Улtrasонография. Бемор А.,
57 ёш, к/т №8592/736. Lichtenstein
операциясидан кейин чов чуррасининг
кайталаниши Апоневроз остидаги протез
кўрсатилган**



**2.4 – расм. Ултрасонография. Бемор П.,
64 ёш, к/т №1843/103. Уруғ тизимчаси
Куке туйнугидан чиқиш соҳасидаги
нуқсон кўрсатилган**

Шундай қилиб, кичик чурраларда гарчи беморлар чов соҳасидаги доимий, ёки даврий оғриқлардан шикоят қилсалар ҳам апоневроздаги нуқсонни аниқлашнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмади. Семизлик билан

УТТ Aloka SSD-1700 қурилмаси ёрдамида бажарилди. Ушбу усул чурра халтаси ва чурра элементини кўриш, чурранинг тўғриланиши ва унинг сирпанувчанлик хусусиятини аниқлаш, чов канали орқа девори ҳолати, чов оралиғи баландлиги ва ички чов халқаси диаметрини баҳолаш имконини берди (2.5, 2.6 – расм). УТТ ёрдамида чурраларни мойк истисқоси, мойк ўсмаси ва чов соҳа лимфаденити билан қиёсий ташхислаш ҳам ўтказилди.



**2.6 – расм. Ултрасонография. Чов
чурраси билан бемор Л., 67 ёш.
Чурра элементи ингичка ичак
ковузлоғи кўрсатилган**

з) *Компютерли томография* (КТ). Гигант ва кўп маротаба қайталанган чов чурраси билан беморларда чов соҳаси ҳолатини баҳолаш учун, қорин бўшлиғи ва чов соҳасидаги онкологик касалликларга гумон бўлганда 50 ёшдан 70 ёшгача беморларда компютерли томография текшируви ўтказилди.

Сканерлаш «TOSHIBA» фирмасининг 128 кесимли Toshiba Aquilion 128 қурилмасида ўтказилди.

Беморларга компьютер томографиясини ўтказиш зарурлигини тасдиқловчи ва биринчи навбатда қиёсий ташхислаш, шунингдек, операция ҳажмини аниқлаш мақсадини кўзлайдиган беморларнинг кузатувларидан клиник мисоллар 2.7 – расмда келтирилган.



2.7 – расм. Бемор П., 50 ёш, к/т № 27527/1878. Ташхиси – Ўнг томонлама гигант чов – ёрғоқ чурраси, гигант мояк истисқоси (КТ да тасдиқланган): а – чов – ёрғоқ соҳасининг операциядан олдинги кўриниши; б - макропрепарат: олиб ташланган чурра халтаси

Тадқиқотда олинган маълумотлар Microsoft Office Excel-2016 дастурий таъминоти ёрдамида, Pentium-IV шахсий компьютерида статистик қайта ишлаш функцияларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Вариацион параметрик ва нопараметрик статистика усулларида қўлланилиб, ўрганилаётган кўрсаткич (М) нинг арифметик ўртача қиймати, ўртача квадратик четланиш (σ), ўртача (m) нинг standart хатолиги ва нисбий қийматлар (частота %) ни ҳисоблаш бажарилди. Олинган ўлчовлар ва ўртача кўрсаткичларни таққослашдан олинган натижаларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш Студент мезони (t) ва нормал тарқалганликни (эксцесс мезони бўйича) текширишда эҳтимолий хатоликни (P) ҳисоблаб чиқиш орқали бажарилди. Ишончлилик даражаси $P < 0.05$ бўлган кўрсаткичлар статистик жиҳатдан аҳамиятли ўзгариш сифатида қабул қилинди. Сифат

миқдорларнинг статистик аҳамияти қуйидаги формула бўйича χ^2 -мезон (хи-квадрат) ва z-мезон ёрдамида ҳисоблаб чиқилган:

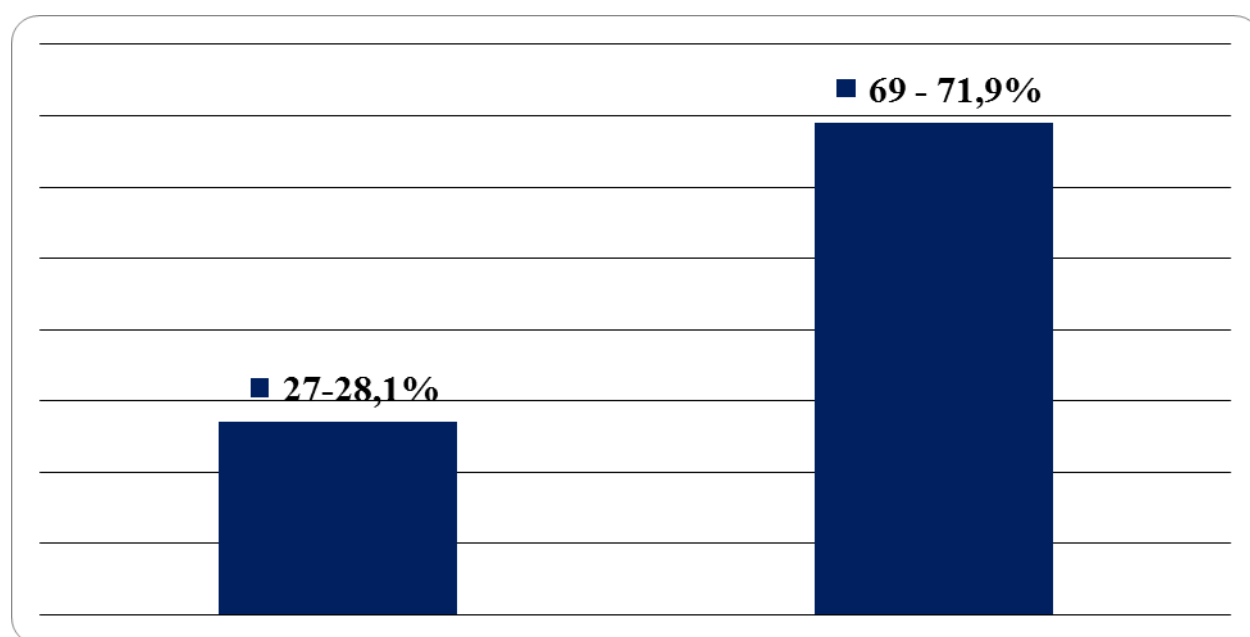
$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

бунда $p_1 = \mu_1/n_1$ ва $p_2 = \mu_2/n_2$ - таққосланадиган экспериментал частоталар, $p = (\mu_1 + \mu_2)/(n_1 + n_2)$ эса - иккала гуруҳда белгининг ўртача частотаси.

III БОБ. ЧОВ ЧУРРАСИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ

§3.1. Таққослаш гуруҳидаги беморларда герниопластиканинг техник жихатлари

Таққослаш гуруҳидаги беморларда (n=96) герниотомияда чов каналини пластика қилиш учун Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский (n=27 (28,1%)) ва Постемпский (n=69 (71,9%)) бўйича анъанавий “таранглашмаган” мушак – апоневротик пластика усули қўлланилди (3.1 – расм).



**3.1 – расм. Таққослаш гуруҳидаги беморларни герниоаутопластика
усули бўйича тақсимланиши**

Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усули бўйича 27 (28,1%) нафар бемор даволанган бўлиб, улардан 92,6% бемор 40 ёшгача, ҳамда барча беморларда бирламчи қийшиқ чов чурраси мавжуд эди.

Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усули бўйича операция техникаси анъанавий усулда ўтказилди. 10 см узунликдаги тери кесими чов бурмасига параллел равишда ва ундан 2 см юқорида, унинг латерал ва ўрта учлиги чегарасидаги нуқтадан то қов дўмбоғигача бажарилди (3.2 – расм).



3.2 – расм. 10 смли тери кесими чов бурмасига параллел равишда ва ундан 2 см юқорида

Тери ости ёғ қавати, юзаки фасциянинг чуқур варағи кесилди, қисқичлар орасида *a. et v. epigastricae superficiales* кесилиб, қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози ва кенгайган ташқи чов ҳалқаси етарлича кенг қилиб очилди (3.3 – расм).



3.3 – расм. Кенг очилган қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози ва кенгайган ташқи чов ҳалқаси

Кейин, қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози ташқи чов ҳалқаси орқали чов каналига киритилган тарновсимон зонд бўйлаб кесилиб,

апоневроз юқори ва пастки лахтакка ажратилди. Кесилган апоневрознинг қирралари қисқичларга олиниб бир – биридан ажратилди, натижада қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мушакларининг пастки эркин қирралари, ҳамда мушак ва чов бойлами орасида жойлашган ва чурра халтаси туфайли кенгайган уруғ тизимчаси очилди. Қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг пастки лахтаги тортилиб, тупфер ёрдамида чов бойлами қов суягига бирикиш жойигача ажратилди. Кейинчалик, чурра халтаси уруғ тизимчаси элементларидан ажратилди. Топилган чурра халта девори қисқичларга олинди. Тўлиқ ажратилган чурра халтаси икки қисқич ёрдамида ушланиб, орасидан кесилди (3.4 – расм), кесма визуал назорат остида бутун чурра халтаси бўйлаб узайтирилди. Ўзгаришга учрамаган чурра халта элементи қорин бўшлиғига юборилди.



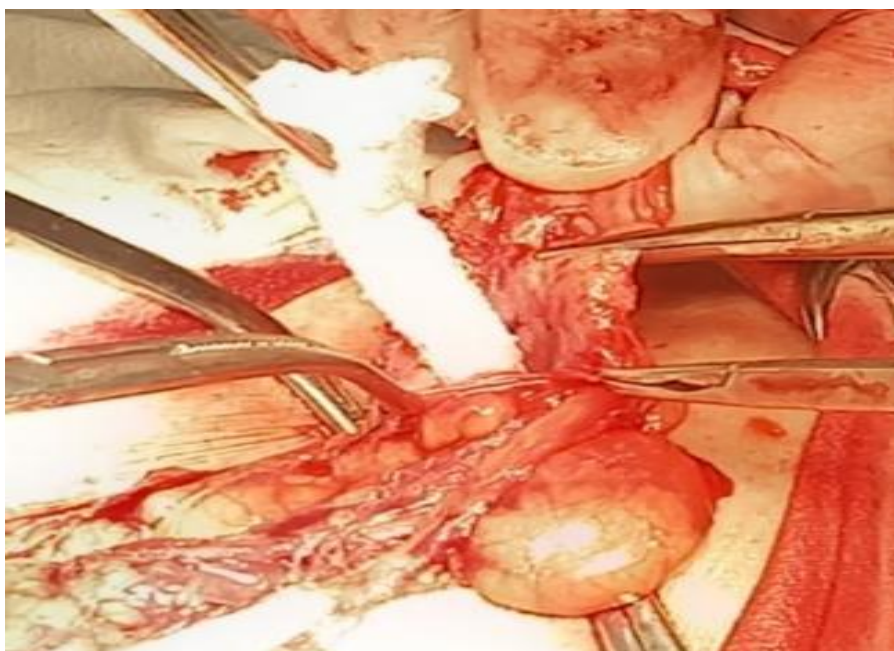
3.4 – расм. Икки қисқич орасида чурра халтасининг кесиб очилиши

Айрим ҳолларда операциянинг ушбу босқичида, аъзоларни қорин бўшлиғига юборишда қийинчиликлар кузатилди, айниқса қорин бўшлиғи ичи босими ошиши кузатиладиган семиз беморларда қорин бўшлиғига тўғриланган аъзоларнинг қайтиб чиқиши ҳам кузатилди (3.5 – расм).



3.5 – расм. Аъзоларнинг қорин бўшлиғига тўғрилангандан кейин чурра дарвозаси орқали қайтиб чиқиши

Бундай ҳолатларда, аъзоларнинг чурра халтасини кесишдан олдин чиқиб қолишини олдини олиш учун чурра дарвозасига салфетка қолдирилди, бунда салфетканинг бир учи қорин бўшлиғида турса, иккинчи учи ташқарига чиқариб қўйилади (3.6 – расм).



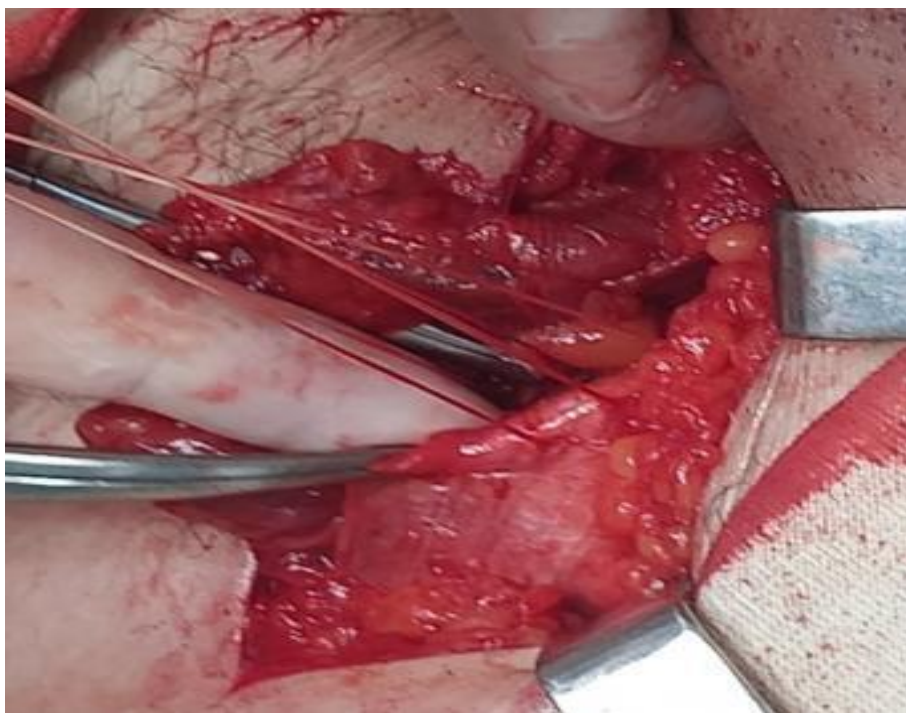
3.6 – расм. Чурра дарвозасида салфетканинг қолдирилиши

Чурра халтасини бўйинчасидан тикишдан олдин салфетка олиб ташланиб, чок тортилади. Чурра халтасининг чўлтоғи мушакларга Красинцев-Барнер усулида тикилди (3.7 – расм).



3.7 – расм. Чурра халтаси чўлтоғининг мушакларга Красинцев-Барнер усулида тикилиши

Кейинги босқичда чов канали олдинги девори ўзининг тўқималари ёрдамида пластика қилинди. Нейлон ипли игна билан қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг юқори лахтаги эркин қиррасидан 1-1,5 см масофада олинади, қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мушакларининг пастки қирралари чокка илинади ва апоневроз қиррасидан қайтиб чиқилади. Кейин чов бойлами уруғ тизимчасигатура таранг тортилади (3.8 – расм).



3.8 – расм. Чов канали олдинги деворини Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида пластикаси

Тугун боғлагандан сўнг, қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг юқори қирраси буралиб, апоневроз билан ўралган мушакларнинг қирралари чов бойламига тортилади. Қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг пастки лахтаги юқори юқори лахтак устидан тикилиб, апоневрознинг дубликати яратилади.

Клиник мисол №1.

Бемор К.Б., 19 ёш, КТ № 5839/420, бўлимга 10.05.2017 й. кунини Чап томонлама тўғрилинадиган қийшиқ чов чурраси таъхиси билан бўлимга ётқизилган. Касаллигини 2 йил олдин жисмоний зўриқишдан кейин ўнг чов соҳасида шиши пайдо бўлиши билан боғлайди. Бемор ҳеч қаерга мурожат қилмаган.

Бемор келган вақтида умумий аҳволи қониқарли. Нафас аъзолари ва қон айланиш тизимида патология аниқланмайди. Қон умумий ва биокимёвий таҳлили норма чегарасида. ЭКГ ва спирография патологиясиз. Локал: визуал кўрганда ўнг чов соҳасида 5x4x3 см ўлчамдаги, юмшоқ эластик консистенцияли, оғриқсиз шишисимон ҳосила аниқланади, ташқи чов ҳалқаси 1,5 см гача кенгайган, йўтал туртки симптоми мусбат.

Беморга ҳосила ўлчамларининг катталашганлиги ва чап чов соҳасида оғриқлар пайдо бўлганлиги сабабли 11.05.2017 й. кунини спинал оғриқсизлантириш остида Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида оператив даво ўтказилди.

Операция пайтида: чов каналининг орқа девори чўзилмаган, ички чов ҳалқаси тахминан 2 см. 6x7x4см ўлчамдаги чурра халтаси уруғ тизимчаси элементларидан ташқарида жойлашган, ажратилиб очилди. Чурра халта элементи катта чарвининг бир қисми. Катта чарви қорин бўйлигига жўнатилди. Чурра халтаси бўйинчасидан тикилиб, чурра қаватлари кесиб ташланди. Чов каналининг олдинги девори Жирар-Спасокукоцкий-

Кимбаровский усулида пластика қилинди. Операция тери ости ёғ қаватини тикиш ва узлуксиз тери ичи чоклари билан якунланди.

Операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Оғриқ синдроми кам даражада ифодаланган, нонаркотик дорилар қўлланилиши орқали бартараф этилди. Операциядан 12 соатдан кейин бемор мустақил ўрнидан турди.

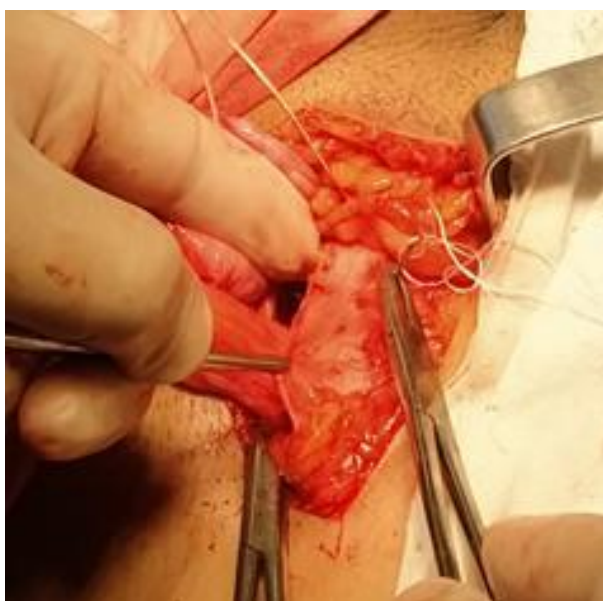
Бемор 15.05.2017 й. куни қониқарли аҳволда чиқарилди, ҳамда яшаш жойида поликлиника хирургии томонидан кузатув тавсия этилди. Чоклар операциядан кейинги 7 – суткада олинди, яра битиши бирламчи. ! ойдан кейин қайта кўрик: шиқояти йўқ, операциядан кейинги чандиқ 8×0,2 см катталиқда, яллиғланиши белгиларисиз. Бир йилдан кейинги кўрик вақтида чурранинг қайталаниши аниқланди.

Постемпский усули бўйича 69 (71,9%) нафар бемор операция қилинган бўлиб, улардан 46 (66,7%) нафари 50 ёшдан каттани ташкил этди. Беморларнинг 44 (63,8%) нафарида қийшиқ чурра аниқланиб, уларнинг кўпчилигида тўғри йўналишга эга қийшиқ чурралар бўлди. Шунингдек, 25 (36,2%) нафар беморда тўғри ва қайталанган чурралар аниқланди.

Постемпский усули бўйича операция техникаси ҳам анъанавий усулда олиб борилди. Ташқи қийшиқ мушакнинг апоневрози ташқи чов ҳалқасининг латерал қирраси бўйлаб чов бойламига яқинроқ ажратилди. Уруғ тизимчасини ажратилиб, чурра халтасига ишлов берилди, уруғ тизимчасини ушбу кесимнинг юқори латерал бурчагига ўтказиш учун ички қийшиқ ва кўндаланг мушаклар ички чов ҳалқасидан латерал томонга кесилди. Чов каналининг орқа девори очилмайди. Уруғ тизимчаси ажратилиб, ушлағичга олинади (3.9 – расм), чурра халтасига ишлов берилади. Қорин бўшлиғига чурра элементларини юбориш босқичида қорин бўшлиғи босими ошган семиз беморларда қийинчиликларга дуч келинди. Бундай ҳолларда, юқорида айтиб ўтилганидек, чурра қопини кесишдан олдин унинг таркиби чиқмаслиги учун чурра дарвозасига узун салфетка қолдирилди. Чурра халтаси бўйинчасидан тикишдан олдин салфетка олиб ташланди ва чок тортиб боғланади.



3.9 – расм. Уруғ тизимчасининг ажратилиши ва тутқичларга олиниши



а)



б)

3.10 – расм. Постемпский бўйича чов канали орқа деворининг таранглашган аутопластикаси: қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози ташқи лахтаги, ички қийшиқ ва кўндаланг мушакнинг чокка олиниши (а) ва чов бойламига тикилиши (б)

Кейинги босқичда уруғ тизимчасини ушбу кесимнинг юқори латерал бурчагига ўтказиш учун чов каналнинг ички тешигидан ички қийшиқ ва кўндаланг мушаклар латерал томонга кесилди. Шундан сўнг мушаклар

тикилди. Юқоридан чокка 4 қатлам олинди: қорин ташқи қийшиқ мушак апоневрозининг юқори лахтаги, қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мушаклари кирраси кўндаланг фасция билан бирга уруғ тизимчаси остидан чов бойламига тикилди ва қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг пастки лахтаги билан дупликатура ҳосил қилинди (3.10 – расм).

Клиник мисол №2.

Бемор А.С., 43 ёш, КТ № 3475/291, бўлимга 15.03.2017 й. куни Ўнг томонлама тўғрилинадиган қийшиқ чов чурраси ташиxisи билан бўлимга ётқизилган. Касаллигини 7 йил олдин жисмоний зўриқишдан кейин ўнг чов соҳасида шиш пайдо бўлиши билан боғлайди. Бемор ҳеч қаерга мурожаат қилмаган.

Бемор келган вақтида умумий аҳволи қониқарли. Нафас аъзолари ва қон айланиш тизимида патология аниқланмайди. Қон умумий ва биокимёвий таҳлили норма чегарасида. ЭКГ ва спирография патологиясиз. Локал: визуал кўрганда ўнг чов соҳасида 9х11х7 см ўлчамдаги, юмшоқ эластик консистенцияли, оғриқсиз шишсимон ҳосила аниқланади, ташқи чов ҳалқаси 3,5 см гача кенгайган, йўтал туртки симптоми мусбат.

Беморга ҳосила ўлчамларининг катталашганлиги ва чап чов соҳасида оғриқлар пайдо бўлганлиги сабабли 16.03.2017 й. куни спинал оғриқсизлантириш остида Постемпский усулида оператив даво ўтказилди.

Операция вақтида: чов каналининг орқа девори чўзилган, ички чов ҳалқаси тахминан 4 см. 12х10х8хсм ўлчамдаги чурра халтаси уруғ тизимчаси элементларидан ташқарида жойлашган, ажратилиб очилди. Чурра халта элементи катта чарвининг бир қисми. Катта чарви қорин бўшлиғига жўнатилди. Чурра халтаси бўйинчасидан тикилиб, чурра қаватлари кесиб ташланди. Чов каналининг орқа девори Постемпский усулида пластика қилинди. Операция тери ости ёғ қаватини тикиш ва узлуксиз тери ичи чоклари билан якунланди.

Операциядан кейинги давр оғриқ синдроми билан кечди, ҳамда беморга наркотик аналгетиклар қўлланилди, иккинчи суткада мояк шиши кузатилди ва ёргоқ соҳасига компресс шаклида Вишневский малҳамини қўллаш зарурати тугилди. Бемор вертикал ҳолатда яққол намоён бўлувчи оғриқ борлиги сабабли қийинчилик билан палата бўйлаб ҳаракатланарди.

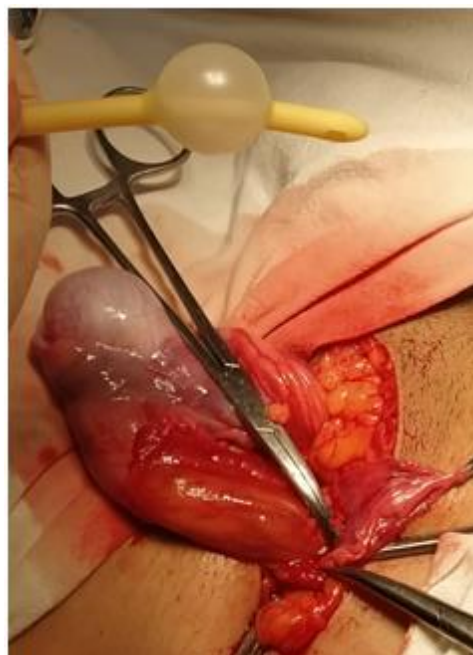
Бемор 23.03.2017 й. куни қониқарли аҳволда чиқарилди, ҳамда яшаиш жойида поликлиника хирургии томонидан кузатув тавсия этилди. Чиқариш вақтида ёргоқ шиши сақланган эди, ҳамда беморга Вишневский малҳамини компресини давом эттириш тайинланди. Чоклар операциядан кейинги 7 – суткада олинди, яра битиши бирламчи. ! ойдан кейин қайта кўрик: бемор операцион жароҳат, ҳамда ёргоқ соҳасидаги оғриққа шиқоят қилади. Ёргоқдаги шиш қайтган, бироқ, мояк биров зич консистенцияли. Операциядан кейинги чандиқ 10×0,5 см катталиқда, яллиғланиш белгиларисиз.

§3.2. Асосий гуруҳдаги беморларда герниопластиканинг техник жиҳатлари

Чов чурраси билан бўлган асосий гуруҳдаги барча беморларга (n=138) Lichtenstein (45,6%) усулида ва биз томонимиздан модификацияланган усулда (54,4%) “таранглашмаган” герниоаллопластика бажарилди.

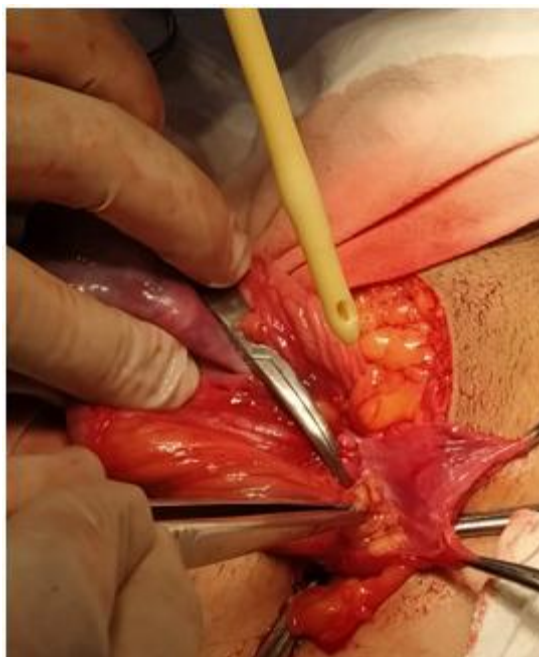
Lichtenstein усули бўйича операция техникаси. Чов чуррасини даволашнинг «олтин стандарти» Lichtenstein усули бўйича герниоаллопластика ҳисобланади. Ушбу усул Европа герниологлар жамияти томонидан фойдаланиш учун тавсия этилган бўлиб, 5-10 см узунликдаги очик кесиб кириш орқали амалга оширилади, бу ҳар қандай турдаги ва ўлчамдаги чов чурраларини бартараф қилишга имкон беради. Албатта, биз чов оралиғи нервларини қидириш ва идентификациялашдан фойдаланамиз, биз тўрнинг юқори четини "ҳаво илмоқлари" типиди, ҳамда узок сўрилиш даврига эга тикув материали ёрдамида мустаҳкамлаймиз. Имплантация қилинадиган тўрнинг кенлиги камида 8 см бўлиши лозим. Протез имплантациясининг катталиги чов оралиғининг баландлигига ва чов каналнинг катталигига боғлиқ. Лихтенштейн операцияси вақтида ишлатиладиган протез тўрнинг табиатидан қатъи назар, биз операция соҳасидаги чов соҳасининг барча нерв тузилмаларини визуализация қилдик, бу босқич мажбурийдир ва операциядан кейин сурункали оғриқ ва ноқулайлик частотасини камайтиради.

Асосий гуруҳдаги беморларда чурра халтасининг элементлари қорин бўшлиғига тўғрилангандан кейин қорин бўшлиғи аъзоларининг интраоперацион шикастланишини олдини олиш мақсадида техник пневматик найсимон қурилмани (Фoley катетери) қўладик (3.11 – расм).

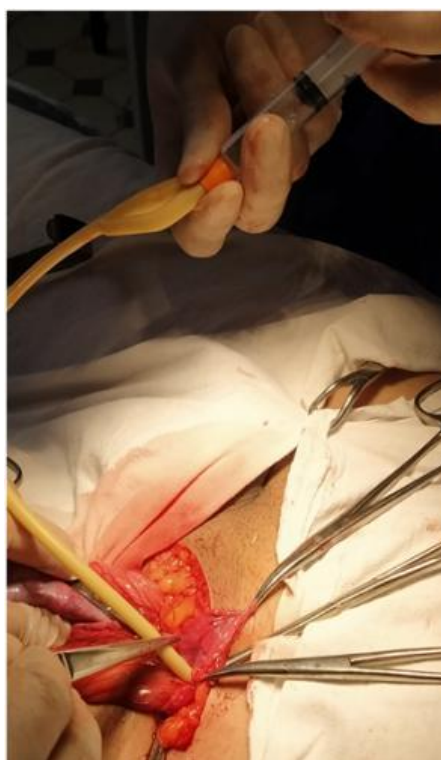


3.11 – расм. Техник пневматик найсимон қурилма (шиширилган ҳолатдаги Фолей катетери)

Герниология билан шуғулланувчи жарроҳларга маълумки, чурра халтасини бўйинчасидан тикиш вақтида, айниқса маҳаллий оғриқсизлантириш остида бўлган беморларда, қорин бўшлиғи аъзоларининг чурра дарвозаси орқали орқага чиқиши кузатилади. Чурра халтасини кесишдан олдин аъзоларнинг орқага қайтишини олдини олиш учун Фолей катетери қорин бўшлиғига киритилади ва катетер балони шиширилади (3.12-3.13 – расм).



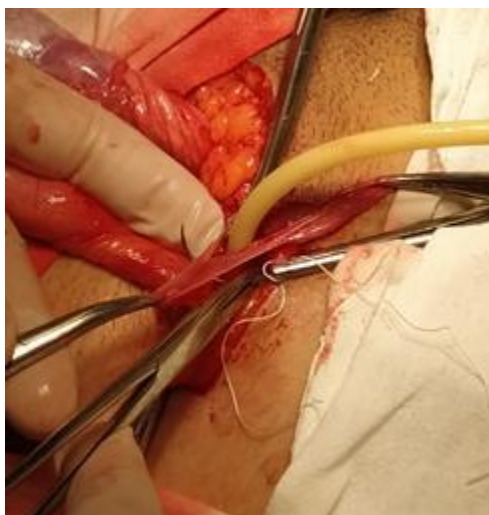
3.12 – расм. Катетернинг чурра дарвозаси орқали қорин бўшлиғига киритилиши



3.13 – расм. Катетерни ушлаб турувчи баллонининг қорин бўшлиғига киритилгандан кейин шиширилиши

Шундан сўнг, чурра халтаси бўйинчаси хавфсиз тарзда тикилади, ҳамда катетер баллонидаги ҳаво чиқарилиб, бир вақтда катетер олиб

ташланади ва тикилган ип тортиб боғланади (3.14-3.15 – расм). Чурра халтаси кесилгандан кейин чўлтоғи мушакка Красинцев-Барнер бўйича тикилади.



3.14 – расм. Чурра халтаси бўйинчасининг катетер баллони қорин бўшлиғида шиширилган ҳолатида тикилиши



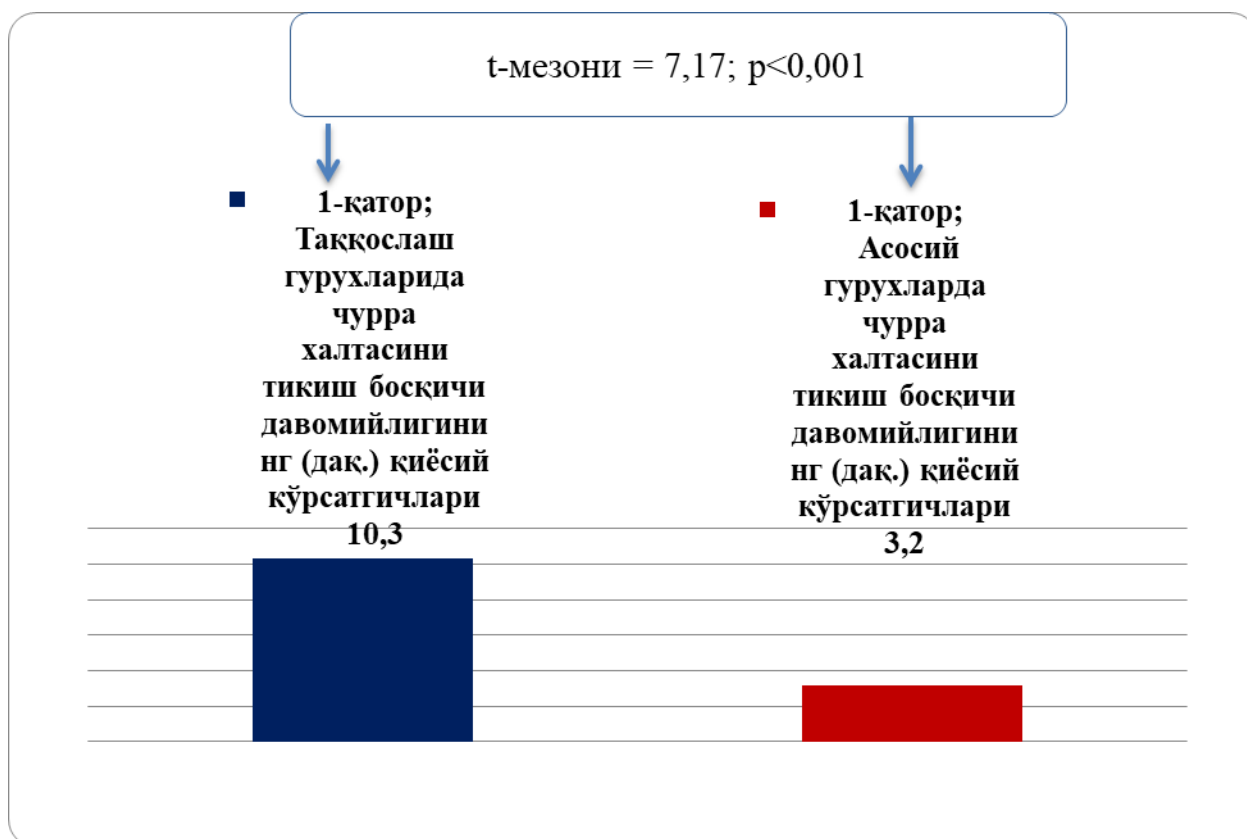
а)



б)

3.15 – расм. Ушлаб турувчи баллондан ҳавони чиқарилиши, ҳамда бир вақтнинг ўзида катетернинг олиб ташланиши ва тикилган чокнинг тортилиши

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги беморларда пневматик найсимон курилма (Фoley катетери) нинг қўлланилиши чурра элементини қорин бўшлиғига тўғрилашнинг техник қийинчиликларини бартараф этиб, чурра халтасини бўйинчасидан тикиш босқичини $10,3 \pm 0,4$ дақиқадан $3,2 \pm 0,07$ дақиқагача қисқартириш имконини берди (3.16 – расм).



3.16. – расм. Тадқиқот гуруҳларида чурра халтасини тикиш босқичи давомийлигининг (дақ.) қиёсий кўрсаткичлари

Чурра дарвозасини пластика қилиш учун 6x12 см ўлчамдаги полипропилен тўр ишлатилди. Тўрнинг медиал томон бурчаклари юмалоқлаштирилди. Пастки қиррасининг латерал томонидан кичик кесим қилиниб, 2 та 2 смли varaқ ҳосил қилинди. Тўр уруғ тизимчаси остига жойлаштирилиб, аввалига қорин тўғри мушаги латерал қиррасига узлуксиз чоклар ёрдамида то қов суяки дўмбоғигача маҳкамланди. Кейин худди шу ип ёрдамида чов ички халқасидан латерал томонгача купер ва пупарт бойламига маҳкамланди. Тўрининг юқори қирғоғи ички қийшиқ ва кўндаланг

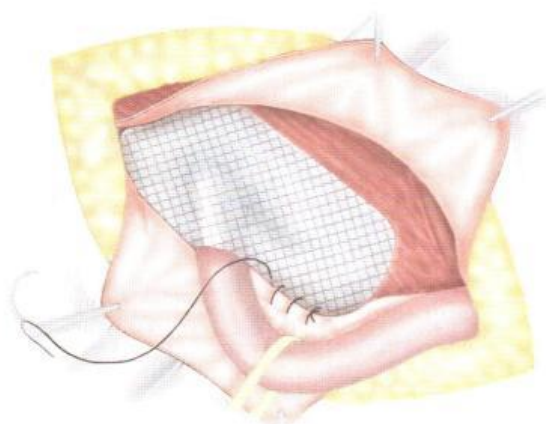
мушакларга тикилди. Шундан сўнг протезнинг иккала варақлари устма уст қўйилиб, чов каналининг ички халқаси мустаҳкамланди (3.17 – расм).



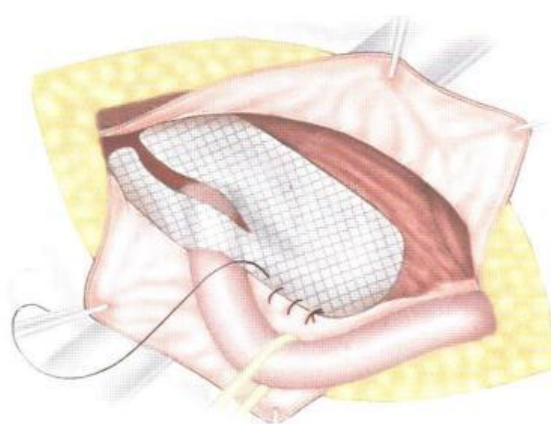
**3.17 – расм. Полипропилен тўрнинг чов канали орқа деворига
маҳкамланишининг якуний кўриниши**

Шундан сўнг қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг қирралари таранглаштирмасдан тикилди.

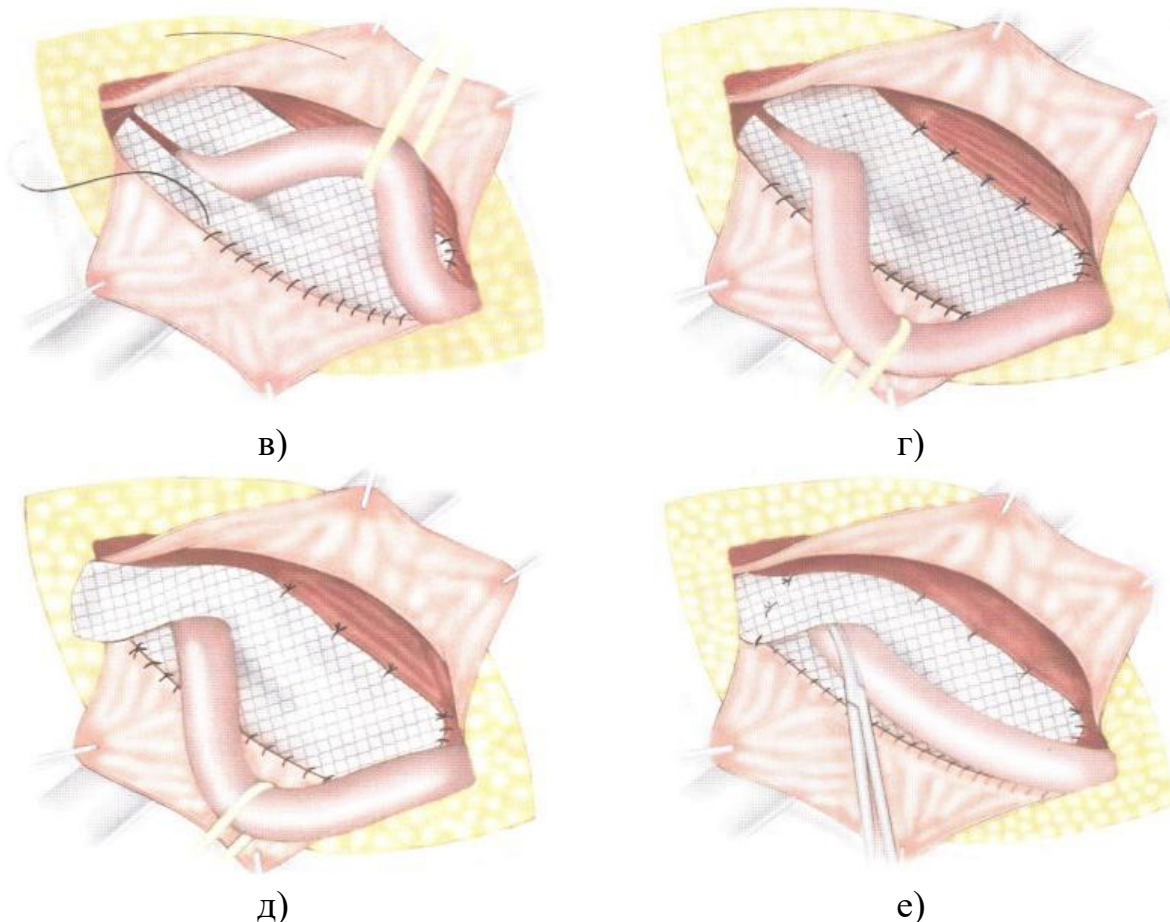
Операция чов томонидан амалга оширилиб, латерал томони кесилган тўрсимон протезни уруғ тизимчасининг орқасидан жойлаштириш ва уни узлуксиз чоклар билан чов бойламига, ҳамда алоҳида чоклар ёрдамида қорин ички қийшиқ мушагига тикишдан иборат. Уруғ тизимчаси бунда тўрнинг оёқчалари орасида жойлашади. Тўрнинг юқори оёқчаси чов бойламига чов ички халқасидан латералроқ алоҳида чоклар ёрдамида тикилади. Тўрсимон имплантнинг маҳкамлаш босқичи 3.18 – расмда кўрсатилган.



а)



б)



3.18 – расм. Lichtenstein усули бўйича операция ўтказиш босқичлари (расм манбаъси Хирургия // дарслик // профессор М.П. Захараша тахрири остида, Винница – 2014. 78 – бет): а) эксплантнинг чов бойламига тикилиши; б) уруғ тизимчасини ўтказиш учун эксплантнинг кесилиши; в) эксплантнинг ички томонидан тикилиши; г) эксплант юқори қиррасининг ички қийшиқ мушакка тикилиши; д) уруғ тизимчаси атрофига ички тешикнинг ҳосил қилиниши; е) усулнинг якуний кўриниши

Клиник мисол №3.

Бемор К.Б., 54 ёш, КТ № 95/7, бўлимга 13.01.2021 й. ўнг томонлама тўғриланадиган қийшиқ чов чурраси таъхиси билан мурोजаат қилиб келди. Бемор ўзини 10 йилдан бери касал деб ҳисоблайди, касаллигини жисмоний зўриқишдан кейин ўнг чов соҳасида шиш пайдо бўлиши билан боғлайди. Бемор ҳеч қаерга мурोजаат қилмаган.

Бемор келган вақтида умумий аҳволи қониқарли. Нафас аъзолари ва қон айланиш тизимида патология аниқланмайди. Қон умумий ва биокимёвий таҳлили норма чегарасида. ЭКГ ва спирография патологиясиз. Локал: визуал кўрганда ўнг чов соҳасида 12x10x6 см ўлчамдаги, юмшоқ эластик консистенцияли, оғриқсиз шишсимон ҳосила аниқланади, ташиқ чов ҳалқаси 3,5 см гача кенгайган, йўтал туртки симптоми мусбат.

Беморга ҳосила ўлчамларининг катталашганлиги ва чап чов соҳасида оғриқлар пайдо бўлганлиги сабабли 15.01.2021 й. куни спинал оғриқсизлантириши остида Lichtenstein усулида оператив даво ўтказилди.

Операция вақтида: чов каналининг орқа девори чўзилган, ички чов ҳалқаси тахминан 5 см. 13x12x7хсм ўлчамдаги чурра халтаси уруғ тизимчаси элементларидан ташқарида жойлашган, ажратилиб очилди. Чурра халта элементи катта чарвининг бир қисми. Катта чарви қорин бўйлигига жўнатилди. Чурра халтаси бўйинчасидан тикилиб, чурра қаватлари кесиб ташланди. Чов каналининг орқа девори Lichtenstein усулида пластика қилинди. Операция тери ости ёғ қаватини тикиш ва узлуксиз тери ичи чоклари билан якунланди.

Операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Оғриқ синдроми кам даражада ифодаланган, нонаркотик дорилар қўлланилиши орқали бартараф этилди. Операциядан 12 соатдан кейин бемор мустақил ўрнидан турди.

Бемор 20.01.2021 й. куни қониқарли аҳволда чиқарилди, ҳамда яшаш жойида поликлиника хирургии томонидан кузатув тавсия этилди. Чоклар операциядан кейинги 7 – суткада олинди, яра битиши бирламчи. ! ойдан кейин қайта кўрик: шикояти йўқ, операциядан кейинги чандиқ 8×0,2 см катталиқда, яллиғланиш белгиларисиз. Бир йилдан кейинги кўрик вақтида чурранинг қайталаниши аниқланмади.

Lichtenstein бўйича ўтказилган герниоаллопластиканинг “таранглашмаган” усули анъанавий чов геерниопластикалари орасида ўзининг яққол усутунлигини кўрсатди. Операциядан кейинги асоратлар частотаси етарлича қисқарди (13,5% дан 11,1% гача). Маҳаллий ва хорижий муаллифлар маълумотларига кўра уларнинг сони 11,5 – 12,6% ни ташкил этади. Операция кўп вақт талаб этмайди, бажарилиши жиҳатидан оддий, ҳамда нарх жиҳатидан мақбул ҳисобланади.

Лекин, айрим ҳолатларда чов бойлами шу даражада толаланган бўладики, бунда протезни маҳкамлаш учун мустаҳкам жой бўла олмайди. Уни маҳкамлаш учун кўшимча жой талаб қилинади. Бунинг учун кўпгина муаллифлар тавсия қилганидек Соорег бойламининг қўлланилиши муаммони қисман бартараф этса, Козловнинг сохта чов бойламини шакллантириш, ёки Fletching нинг “уч қаватли тўр” қўллаш усули техник жиҳатдан жуда мураккаб ҳисобланади.

Бундан ташқари, Lichtenstein усулида "таранглашишсиз" тамойилига риоя қилишнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмайди. Аниқланган чов бойламининг заифлиги протезни янада мустаҳкам қотириш учун узлуксиз чокка қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг бир қисмини олишга

мажбур қилади. Бундан ташқари, Соорег бойламининг чокка олиниши чов бойламини пастга силжитади. Натижада, қорин ташқи қийшиқ мушаклари апоневрозининг лахтакларини таранглашишсиз тикиш имконисиз бўлади. Операциядан кейинги даврда юзага келадиган тўқималарнинг енгил шишиши ҳам чов каналнинг олдинги деворини янада ктортилишига олиб келади. Чов канали олдинги деворининг тўлиқ тикланмаслиги ва катталашган чов ташқи ҳалқасининг қолдирилиши чов канали йўналишининг тўғриланишига, ҳамда унинг клапан функциясининг юқолишига олиб келади.

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, операцион жароҳат натижасида ва протезга жавобан бегона жисм сифатида ривожланган экссудация чов канали бўшлиғида суюқлик тўпланишига, уруғ тизимчаси ва мойнинг шишишига олиб келиши мумкин. Турли хилдаги дренажларнинг қўлланилиши гематомалар ва суюқликларни фақатгина тери ости ёғ қавати остидан чиқаради, чов каналида эса суюқлик тўпланиб қолади.

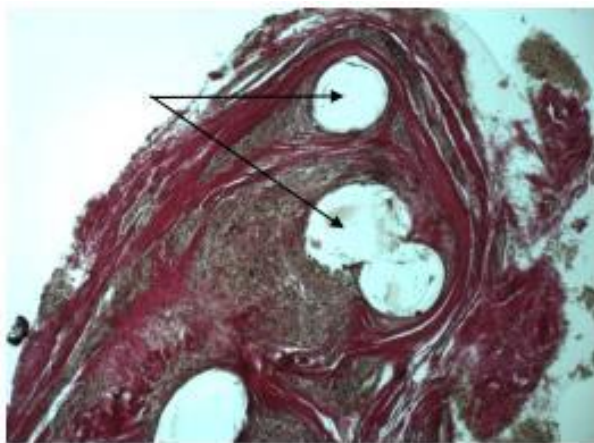
Яна бир муҳим томони шундаки, чов каналининг орқа девори фақатгина заифлашган кўндаланг фасция ва тўр имплант ёрдамида мустаҳкамланади. Механик кучланиш дарҳол трансплантатга тушади. Зич "оғир" тўрлардан фойдаланиш зарурати туғилади, чунки қорин бўшлиғи босимининг ошишида енгил ва ярим сўриладиган тўрлардан фойдаланиш тўрнинг ажралишига, ёки ёрилишига ва бунинг натижасида чурранинг қайталанишига олиб келади. Аммо "оғир" полипропилендан ясалган трансплантатлар йил давомида 30% га камаяди, бу ҳам қайталанишга ҳисса қўшади. Шунингдек, уруғ тизимчаси учун олдиндан кесилган тешикли трансплантатнинг қўлланилиши бурмалар ҳосил бўлиши билан тўқималарга ўрнатилади, чунки бунда чов оралиғининг индивидуал хусусиятлари ҳисобга олмаган бўлади. Бундан ташқари, имплантнинг юқори четини қорин ички қийшиқ мушаклари устига маҳкамлаш бир қатор салбий оқибатларга олиб келади: чокларнинг кесилиши ва мушак тўқималарининг паст механик кучи туфайли тўр имплантнинг миграциясига; мушак томирларининг шикастланиш хавфи ва эрта зўриқиш шароитида мушаклараро

гематомаларнинг шаклланишига, операциядан кейинги яранинг йиринглашига; шаклланган бурмалар жойида қўпол қаттиқ чандиқ ҳосил бўлишига.

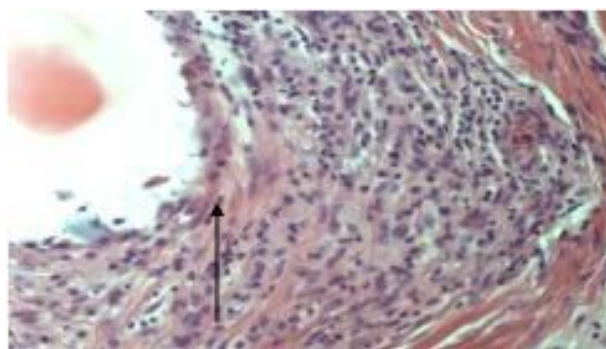
Lichtenstein усули бўйича ўтказилган операциядан кейин юзага келувчи чов чуррасининг қайталаниш сабаблари ўрганилганда 51 нафар кузатувда бўлган ва қайта операция ўтказилган беморларнинг 2 (3,9%) нафарида операциядан кейинги кечки муддатларда иккала ҳолатда ҳам семиз, қорин бўшлиғи ички босими юқори беморларда механик зўриқиш натижасида мушак – апоневротик тўқиманинг толаланиши, чокларнинг кесилиши ва тўрсимон имплантнинг миграцияси аниқланди.

Иккала ҳолатда ҳам чов канали девори тўқималарининг морфологик текшируви ўтказилди, унда қуйидаги ўзгаришлар аниқланди. Қорин ташқи қийшиқ мушак апоневрози, олдидаги протез ва қорин ички қийшиқ мушаги чегарасидан олинган тўқималарнинг микроскопиясида ҳосил бўлган регенерат протез толаларига зич бирикмаганлиги аниқланди (3.19 – расм).

Ушбу тузилмалар орасида оз миқдордаги хужайра – тўқима детритлари, ҳамда қон қуйилиш ўчоқлари мавжудлиги аниқланди. Протез толаларини ўраб турган тўқима яққол шаклланмаган бириктирувчи тўқимадан иборат, айланасига жойлашган коллаген толалари ва яққол фиброз белгилар ва кўпроқ даражада грануляция тўқималари билан қуйидаги хужайравий компонентларнинг устунлиги билан ифодаланади: макрофаглар сонининг кўплиги, бир гистологик кесим сатҳида 28тагача ядро тутувчи бегона жисмларнинг улкан хужайралари ва фаоллашган фибробластлар (3.20 – расм).



3.19 - расм. Регенерат ва имплантация қилинган протезнинг гистологик тузилиши (стрелка ёрдамида протез тешикчалари кўрсатилган). Ван Гизон бўйича пикрофуксин билан бўялган. Кат. 100

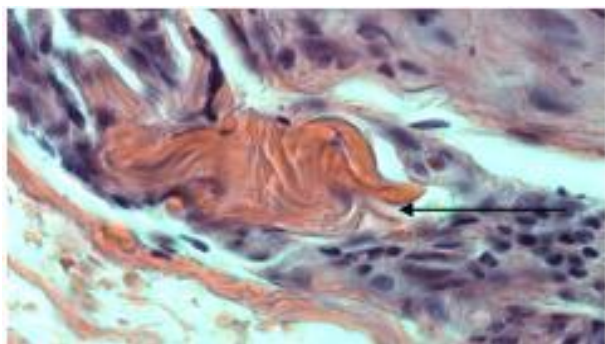


3.20 - расм. Протез толалари соҳасидаги грануляцион тўқима (стрелка билан кўрсатилган). Гематоксилин ва эозин билан бўялган. Кат. 400

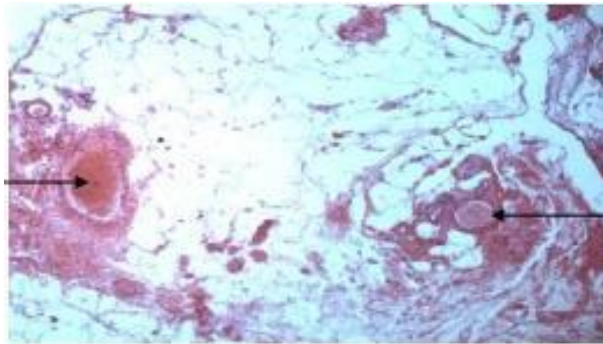
Грануляцион тўқиманинг қон – томир компоненти асосан периферияда, протез толаларидан узоқда жойлашган. Унда кўп миқдордаги периваскуляр диффуз-фокал лимфоцитар инфильтратлар билан бирга сладж ва эритроцитар стаз шаклида гемодинамик бузилиш белгилари аниқланди. Грануляция тўқималарининг перифериясида фиброз белгилари билан кескин қалинлашган бўйламасига йўналган коллаген толалари билан ифодаланган шаклланган бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган муфталар аниқланди (3.21 – расм).

Мушак тўқималарининг патоморфологик ҳолати турли хилда, мушак толаларининг кўндаланг - тарғил ва тинкториал хусусиятларини йўқотилиш билан аниқ дистрофия белгиларидан тортиб то унинг некробиози ва/ёки некроз белгиларигача, кариопикноз ва ядроларнинг карилиз ҳодисалари, шунингдек якка кузатиловчи макрофаглар фонида периваскуляр ва кам ифодаланган тўқима лейкоцитар инфильтрацияси кўринишидаги яллиғланиш белгилари билан кечувчи эндомизий ҳосил қилувчи толаларнинг

гомогенизацияси кўринишигача бўлиши мумкин. Чов оралиғи соҳасидан олинган тўқимани микроскопик баҳолашда икки турдаги, ёғли ва бириктирувчи тўқималарни ажратишимиз мумкин. Ёғ тўқимаси ривожланган якқол шиш фонидаги кариопикноз ва кариолиз белгилари бўлган адипоцитлардан иборат. Хужайра – тўқима детритининг кўплаб бўлаклари аниқланади. Лейкоцитлар, макрофаглар томонидан атрофдаги тўқималарнинг периваскуляр инфильтрацияси билан қон томир деворларининг тўлиққонлиги ва плазматизацияси, қон томирлар бўшлиғида эритроцитлар стази, қон қуйқалари ва тўлақонлик белгилари кўринади (3.22 – расм). Атрофдаги чандикда фиброз трансформация фонида деструкция ва яллиғланиш белгилари кузатилади.



3.21 – расм. Қайталанган чурра соҳаси. Фиброз ўзгарган чандик ёрилиши соҳасида грануляцион тўқиманинг шаклланиши (стрелка билан кўрсатилган). Гематоксилин эозин билан бўялган. Кат. 600



3.22 – расм. Чов оралиғида шаклланган ёғ тўқимаси. Қон томирлар тромбози (стрелка билан кўрсатилган) кузатилади. Гематоксилин эозин билан бўялган. Кат. 100

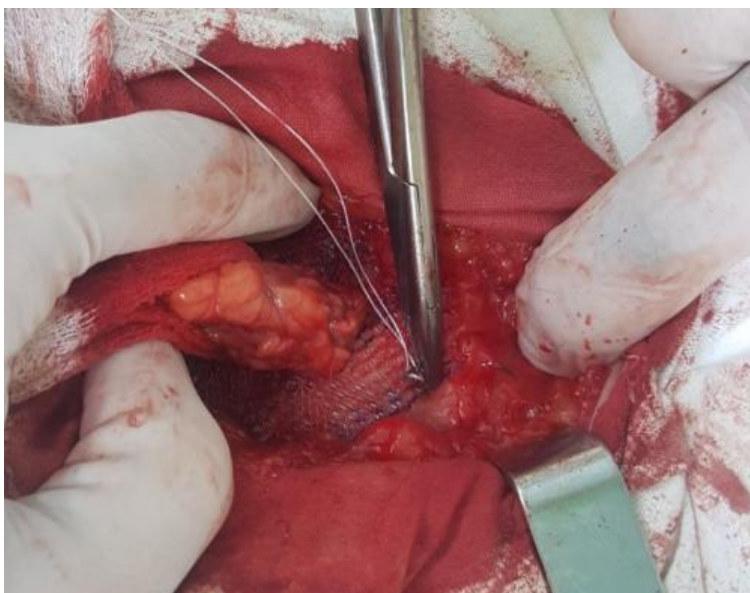
Умуман олганда, кўрсатилган ўзгаришлар шуни кўрсатадики, Lichtenstein усулида синтетик протезнинг имплантациясидан кейин чов соҳасида чурранинг қайталиниш имконини берувчи ўзгаришлар юзага келади.

Юқорида кўрсатилган камчиликлар ва операциядан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни ҳисобга олиб, биз “таранглашмаган”

герниоаллопластиканинг модификациялашган усулини ишлаб чиқдик, ҳамда амалиётга жорий қилдик.

Чов чурраларининг хавфсиз ва самарали усулини ишлаб чиқишда ушбу усулнинг мақсади тўрли имплантни қотиришнинг тавсия этилган усули орқали чов канали олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш, қайталанишларни олдини олиш ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш, касалларни эрта фаоллаштириш ва эрта реабилитация қилишдан иборат.

Биз ишлаб чиққан модификациялашган “таранглашмаган” герниоаллопластикани қуйидагича амалга оширамиз. Тери, тери ости ёғ қавати, қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози умум қабул қилинган усулда амалга оширилади. Чурра халтаси ажратилиб кесилади, ёки қорин бўшлиғига чўктирилади. Чов канали олдинги ва орқа деворларини мустаҳкамлаш учун икки турдаги тўрсимон имплантатдан фойдаланилди. 35 (46,7%) нафар репродуктив ёшдаги беморларда ноадгезив қопламали композит тўрсимон имплантатлар «Physiomesha», ёки «Prosid» (Ethicon) қўлланилди. 50 ёшдан катта бўлган 40 (53,3%) нафар беморларга стандарт тўрсимон полипропилен имплантатлар (Линтекс, Эсфил) ишлатилди. 10х15 смли тўрсимон имплантат чов каналининг индивидуал хусусиятларини инобатга олган ҳолда интраоперацион кесиб тайёрланди ва ов канали пластикаси бажарилди. Бунинг учун трансплантатнинг юқори ички қисми қорин кўндаланг мушаги ва кўндаланг фасциянинг пастки қирраси орасида П – симон чоклар ёрдамида, ўрта қисмидан эса, тўрнинг таранглашмасдан бир хилда ёйилиши билан пупарт бойламига, чов ички халқасидан 2 см латералроқ масофада жойлашган нуқтагача тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланди (3.23 – расм).

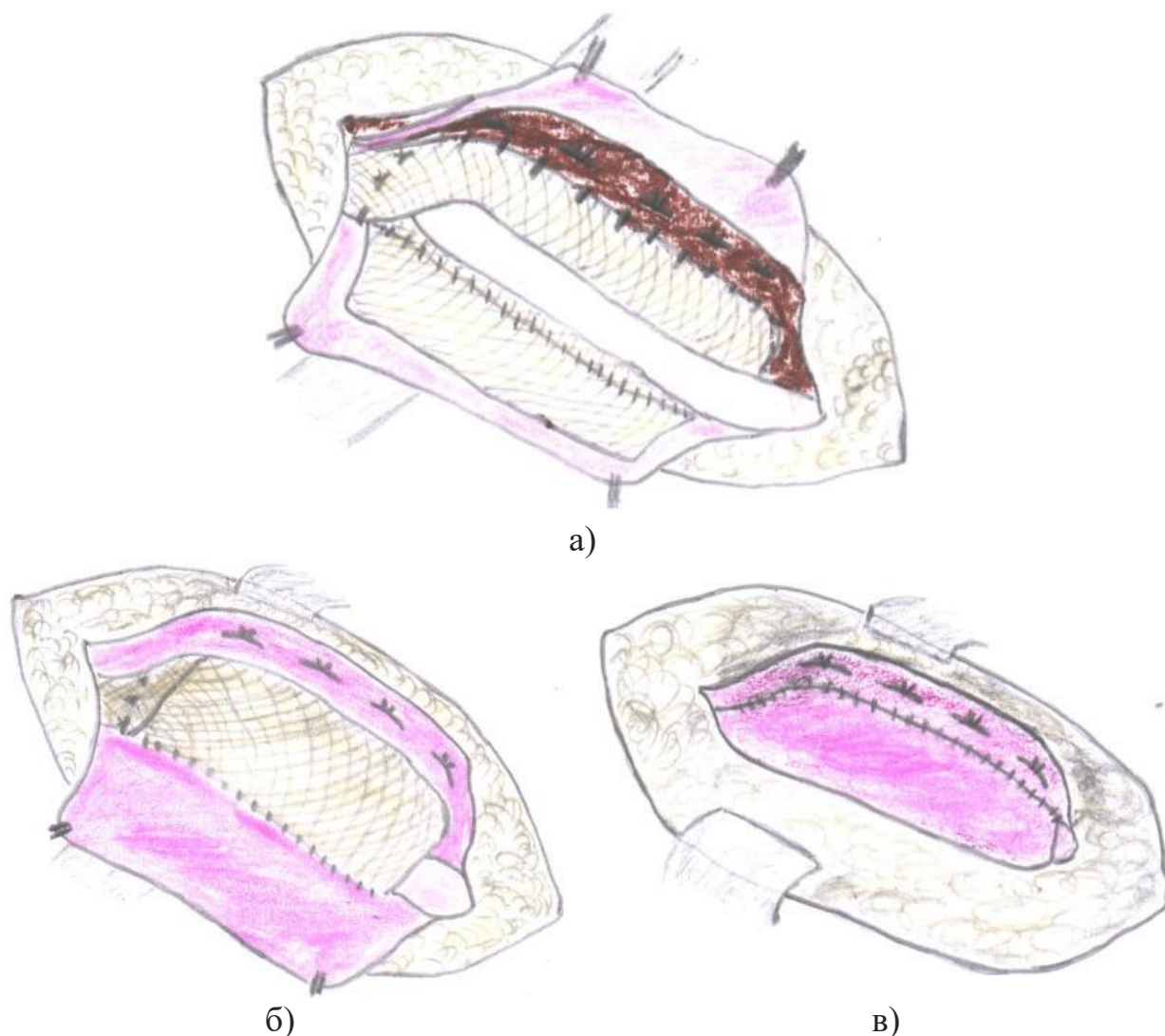


**3.23 – расм. Имплантнинг чов каналининг юқори деворига
маҳкамланиши**

Шундан сўнг, чов ички халқаси маркази проекциясида қисқич ёрдамида тўр бурмага олиниб, қайчи ёрдамида кесилди ва уруғ тизичаси учун 7-8 мм диаметрли тешик ҳосил қилинди. Ушбу тешикдан вертикал йўналишда тўр тепага қараб кесилди. Кесим орқали уруғ тизимчаси тайёрланган тешикка жойлаштирилди. Шу орқали уруғ тизимчасининг чиқиш тешиги ва текис ёйилган трансплантатдаги туйнукнинг мос равишда устма – уст тушишига эришилди, бунда тўрнинг бужмайишига, ҳамда имплант четлари билан уруғ тизимчасининг қисилишига йўл қўйилмайди.

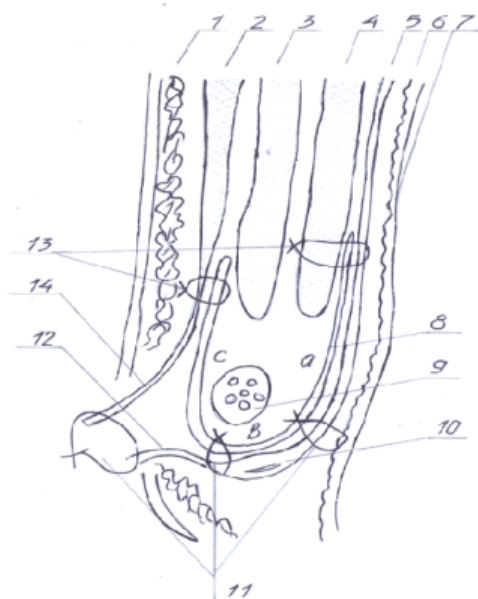
Тўрнинг медиал қирғоғи қорин тўғри мушаги апоневрозига узлуксиз чок ёрдамида тикилади. Кейин, худди шу ип ёрдамида, тўрсимон имплантнинг юқори ташқи қирраси ичкаридан олинган П – симон чоклар билан қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозига маҳкамланади. Бунинг учун, илгаклар ёрдамида кесилган қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг юқори лахтаги юқорига буралади. Натижада ташқи кўриниши пупарт бойламини эслатувчи апоневрознинг мобилизация қилинган қисмидан бурма юзага келади. Тўр батамом ёйилгандан сўнг, латерал лахтакнинг ортиқча қисми кесиб олинади. Қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози учма – уч тикилади. Операция тери ости ёғ қаватини

тикиш ва тери ичи чоклар қўйилиши билан якунланади. Барча қирралар № 3,0 пролен иплар ёрдамида тикилди. Композит тўрсимон имплантнинг маҳкамланиш босқичлари 3.24 – расмда кўрсатилган.



3.24 – расм. Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасининг бажарилиш босқичлари: а) трансплантатнинг юқори ички қисми қорин кўндаланг мушаги ва кўндаланг фасциянинг пастки қирраси орасида П – симон чоклар ёрдамида, ўрта қисмидан эса, тўрнинг таранглашмасдан бир хилда ёйилиши билан пупарт бойламига, чов ички халқасидан 2 см латералроқ масофада жойлашган нуктагача тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланиши, тўр устида уруғ тизимчаси жойлашади; б) тўрсимон имплантнинг юқори ташқи қирраси ичкаридан олинган П – симон чоклар билан қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозига маҳкамланиши; в) қорин тўри мушаги апоневрози юқори ва пастки лахтақларининг тугунли чоклар билан тикилиши

3.25 – расмда модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасининг чизмаси кўрсатилган.



3.25 – расм. Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси усулининг чизмаси. 1 – тери ва тери ости ёғ қавати, 2 – ташқи қийшиқ мушак, 3 – ички қийшиқ мушак, 4 – кўндаланг мушак, 5 – кўндаланг фасция, 6 – қорин парда олд клетчаткаси, 7 – қорин парда, 8 – тўрсимон имплантат: а – орқа қисми, в – ўрта қисми, с – олдинги қисми; 9 – уруғ тизимчаси, 10 – чов бойлами, 11 – тугунли чоклар, 12 – қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг пастки лахтаги, 13 – П-симон чоклар, 14 – қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг юқори лахтаги; ён проекцияда.

Клиник мисол №4.

Бемор Г.Д., 67 ёш, КТ № 11095/794, бўлимга 11.04.2020 й. Ўнг томонлама тўғриланмайдиган қийшиқ чов – ёргоқ чурраси таъхиси билан мурोजаат қилиб келди. Бемор ўзини 20 йилдан бери касал деб ҳисоблайди, касаллигини жисмоний зўриқишдан кейин ўнг чов соҳасида иши пайдо бўлиши билан боғлайди. Бемор ҳеч қаерга мурोजаат қилмаган.

Бемор келган вақтида умумий аҳволи қониқарли. Нафас аъзолари ва қон айланиш тизимида патология аниқланмайди. Қон умумий ва биокимёвий таҳлили норма чегарасида. ЭКГ ва спирография патологиясиз. Локал: визуал кўрганда ўнг чов – ёргоқ соҳасида 18x15x12 см ўлчамдаги, юмшоқ эластик консистенцияли, оғриқсиз ишисимон ҳосила аниқланади, ҳосила қорин бўшлиғига тўғриланмайди (3.26 – расм).

Беморга ҳосила ўлчамларининг катталашганлиги ва чап чов соҳасида оғриқлар пайдо бўлганлиги сабабли 13.04.2020 й. куни спинал оғриқсизлантириш остида модификациялаштирилган “таранглашмаган” усулда чов герниоаллопластикаси бажарилди.

Операция вақтида: чов каналининг орқа девори чўзилган, ички чов ҳалқаси тахминан 10 см гача кенгайган. 25x18x15 см ўлчамдаги чурра халтаси уруғ тизимчаси элементларидан ташиқарида жойлашган, ажратилиб очилди. Чурра халта элементи ингичка ичак қовузлоги ва катта чарвининг бир қисми эканлиги аниқланди (3.27 – расм). Ингичка ичак қовузлоги ва катта чарви қорин бўйлигига юборилди. Чурра халтаси бўйинчасидан тикилиб, чурра қаватлари кесиб ташланди. 10x15 смли тўрсимон имплантат интраоперацион очилди.



3.26 – расм. Бемор П., 67 ёш, к/т № 11095/794. Чов – ёрғоқ соҳасининг кўриниши. Таъхис: Ўнг томонлама орттирилган тўғриланмайдиган қийшиқ чов – ёрғоқ чурраси



3.27 – расм. Чурра халтасини очиш ва чурра элементларини ажратиш босқичи. Ингичка ичак қовузлогини тафтиш қилиш ва қорин бўйлигига тўғрилаш.

Қорин кўндаланг мушаги тўсимон имплантатнинг юқори ички қисми орқали тортилишсиз қорин кўндаланг фасциясига П – симон чоклар орқали 3,0 рақамли пролен ип ёрдамида маҳкамланди. Тўрсимон имплантатнинг пастки қирраси тўрнинг таранглашмасдан бир хилда ёйилиши билан пупарт бойламига, чов ички халқасидан 2 см латералроқ масофада жойлашган нуқтагача тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланди. Чов

ички халқаси маркази проекциясида қисқич ёрдамида тўр бурмага олиниб, қайчи ёрдамида кесилди ва уруғ тизимчаси учун 7-8 мм диаметрли тешик ҳосил қилинди. Ушбу тешикдан вертикал йўналишида тўр тепага қараб кесилди. Кесим орқали уруғ тизимчаси тайёрланган тешикка жойлаштирилди. Шу орқали уруғ тизимчасининг чиқиш тешиги ва текис ёйилган трансплантатдаги туйнукнинг мос равишда устма – уст тушишига эришилди. Тўрнинг медиал қирғоғи қорин тўғри мушаги апоневрозига узлуксиз чок ёрдамида тикилади. Тўрнинг устига уруғ тизимчаси жойлаштирилди (3.28 – расм).



3.28 – расм. Тўр медиал қирғоғининг қорин тўғри мушаги апоневрозига узлуксиз чок ёрдамида тикилиши ва тўрнинг устига уруғ тизимчасининг жойлаштирилиши босқичи.

Тўрсимон имплантнинг юқори ташиқи қирраси ичкаридан олинган П – симон чоклар билан қорин ташиқи қийшиқ мушаги апоневрозига маҳкамланди. Илгаклар ёрдамида кесилган қорин ташиқи қийшиқ мушаги апоневрозининг юқори лахтаги юқорига буралди. Ташиқи кўриниши пупарт бойламини эслатувчи апоневрознинг мобилизация қилинган қисмидан бурма юзага келди. Тўр батамом ёйилгандан сўнг, латерал лахтакнинг ортиқча қисми кесиб олинди. Қорин ташиқи қийшиқ мушаги апоневрози учма – уч тикилди. Операция тери ости ёғ қаватини тикиш ва териға тугунли чоклар қўйилиши билан яқунланди (3.29 – расм).



3.29 – расм. Операциядан кейинги жароҳатнинг кўриниши.

Операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Оғрик синдроми кам даражада ифодаланган, нонаркотик дорилар қўлланилиши орқали бартараф этилди. Операциядан 12 соатдан кейин бемор мустақил ўрнидан турди.

Бемор 18.04.2020 й. куни қониқарли аҳволда чиқарилди, ҳамда яшаш жойида поликлиника хирургии томонидан кузатув тавсия этилди. Чоклар операциядан кейинги 7 – суткада олинди, яра битиши бирламчи. ! ойдан кейин қайта кўрик: шикояти йўқ, операциядан кейинги чандиқ $8 \times 0,2$ см катталиқда, яллиғланиш белгиларисиз. Бир йилдан кейинги кўрик вақтида чурранинг қайталаниши аниқланмади.

Ушбу усул 2020 – 2022 йиллар оралиғида 75 нафар беморга бажарилди. Барча беморлар операциядан кейинги турли муддатларда қайта кўриқдан ўтказилди. Операцияларнинг косметик натижалари қониқарли. Беморларда чов чуррасининг қайталаниши кузатилмади.

Чов чуррасини даволашнинг комбинациялашган усули бир вақтнинг ўзида бир нечта вазифани ҳал этиш, яъни горизонтал текисликка параллел равишда тўқималарни осон тикиш ҳисобига чов канали деворларига маҳкамлаш, чов канали деворларини мустаҳкамлаш ва уруғ тизимчасини кузатилиши мумкин бўлган ташқи маиший травмалардан ҳимоя қилиш, «Physiomesh», ёки «Prosid» (Ethicon) имплантатлари қўлланилганда протез ва уруғ тизимчаси орасида ривожланувчи кучли бириктирувчи тўқималар ўсишини олдини олиш ва шу орқали репродуктив ёшдаги беморларда уруғ чиқариш йўли чандиқли ўзгаришларини бартараф қилиш, уруғ тизимчаси веноз тизимидаги веноз димланишни камайтириш ва операциядан кейинги даврда ёрғоқ шишини олдини олиш, ҳамда беморларни эрта реабилитацияси имконини беради.

Тўр имплантациясидан олдин қайталаниш юзага келиш хавфини олдини олиш учун чов каналининг орқа ва олдинги девори кўндаланг мушак юқори ички қирғоғини кўндаланг фасция билан бирга трансплантатга тикиш орқали мустаҳкамланади.

Комбинациялашган пластика бажарилиши натижасида мушак қават ва турли имплантатдан иборат чов каналининг мустаҳкам орқа девори ҳосил қилинади, бунда кам механик пишшиқликка эга енгил ва “яримсўрилувчан” тўрсимон протезларни хавфсиз қўллаш мумкин. Бу операциядан кейинги

эрта даврларда, тўр соҳасида чандикли тўқима шаклланиши ва етилишидан олдинги даврда айниқса ўта муҳим ҳисобланади.

Тўр юқори четининг қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг ички томонига маҳкамланиши мушак томирларининг зарарланиши ва *p.ilioinguinalis* нинг чокка олинишини олдини олади, тўрсимон имплантатнинг янада мустаҳкам бирикиши имконини беради.

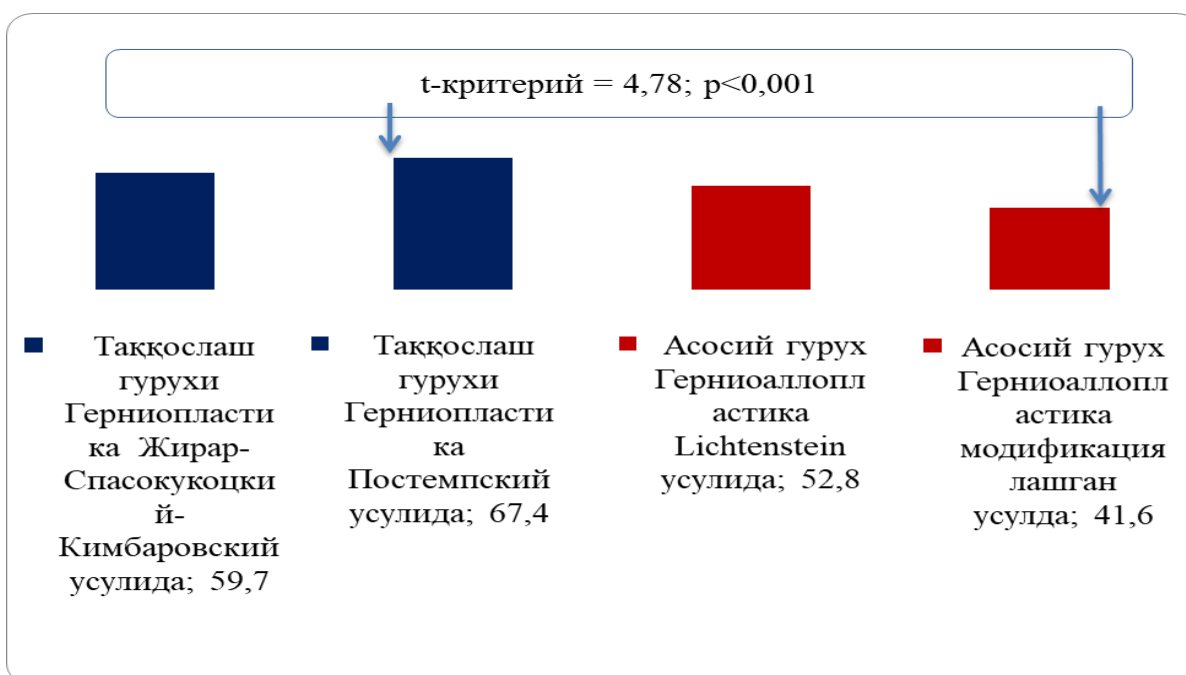
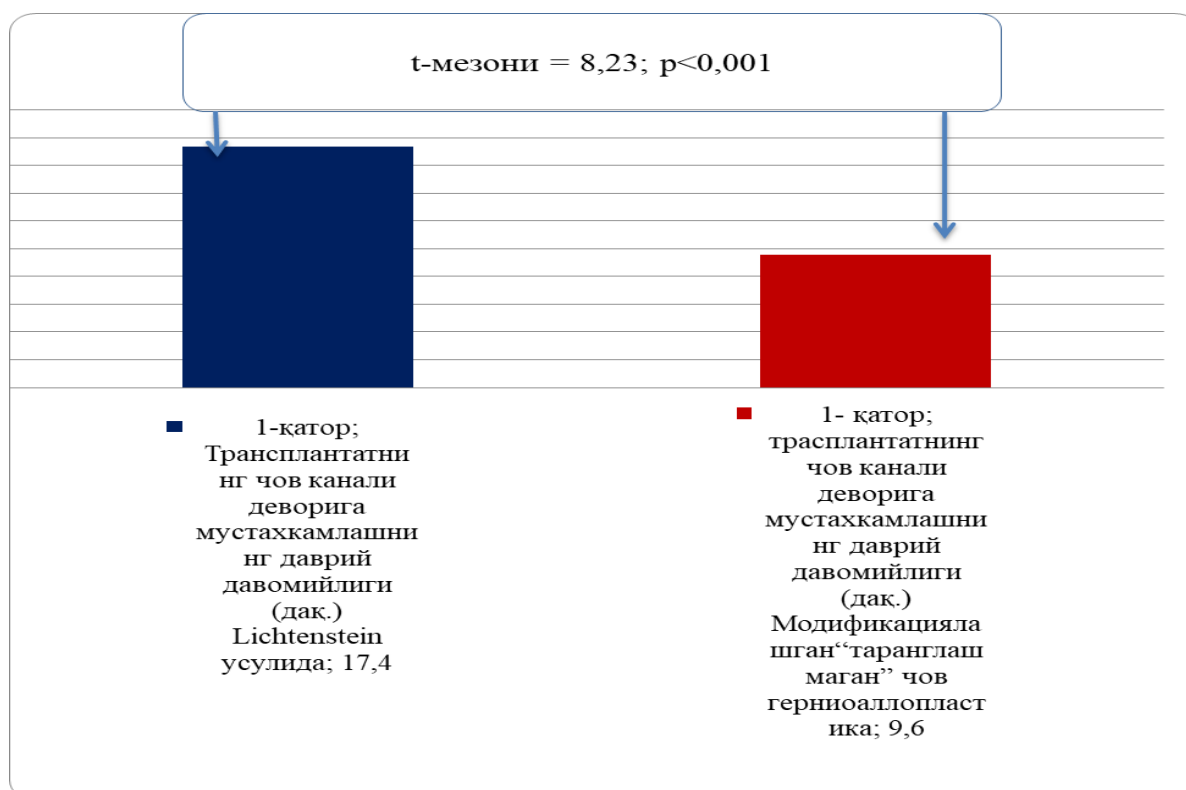
Композит тўрли имплант ёрдамида пластиканинг амалга оширилиши чов канали деворини мустаҳкамловчи тўқималар (қорин тўғри мушаги апоневрози, қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мушакларининг пастки қирралари, чов бойлами) шикастланишини камайтириш, шунингдек, уруғ тизимчасини кузатилиши мумкин бўлган ташқи таъсирлардан ҳимоясини кучайтириш имконини беради.

Чов чурраларини даволашнинг комбинациялашган усули бажарилиши жиҳатидан қулай ва оддий ҳисобланади. Бу операциядан кейинги асоратларни ва чурра қайталаниш сонини камайтириш орқали чов чурраси билан оғриган беморларни юқори самарали усулда даволашга имкон беради. Амалий тиббиётда кенг фойдаланиш тавсия этилади.

Тўр имплантациясининг чов каналининг олдинги ва орқа деворларига бир вақтнинг ўзида маҳкамланиши туфайли техник қийинчиликларнинг олди олинди, шунингдек, бу жарроҳлик аралашувининг давомийлигига салбий таъсир кўрсатмади. Аксинча, операциянинг ушбу босқичи Lichtenstein усули билан солиштирилганда деярли икки маротаба, $17,4 \pm 0,5$ дақиқадан $9,6 \pm 0,7$ дақиқагача қисқарди (3.30 – расм).

Умуман, модификациялаштирилган “таранглашмаган” герниоаллопластикада пневматик найсимон қурилма (Фoley катетери) нинг қўлланилиши операциянинг умумий вақтини $67,4 \pm 5,6$ дан $41,6 \pm 3,8$ дақиқагача қисқартирди ($p < 0.001$) (3.31 – расм).

3.30 – расм. Трансплантатнинг чов канали деворларига маҳкамлашнинг даврий давомийлиги (дақ.)



3.31 – расм. Операция давомийлигининг қиёсий кўрсаткичлари (дақ.)

Чов герниопластикасининг қониқарсиз натижалари сабабларини ўрганиш бизни чов герниопластикаси усулини танлаш алгоритмини ишлаб чиқишга ундади. 2020 йилдан бошлаб биз чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолатига қараб пластик жарроҳлик турини танладик, биринчи навбатда чов канали орқа деворининг зарарланиш даражаси, ички чов

ҳалқаси, чов бойламининг бўшашиши ва қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг ҳолати, шунингдек, беморнинг ёши, жисмоний кўрсаткичлари ва ҳамроҳ патологиянинг мавжудлиги инобатга олинди. 3.32 - расмда чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолати, касалликнинг клиник кечишига кўра чов герниопластикасини танлаш алгоритми кўрсатилган. Улардан асосийси чов канали орқа деворининг ҳолати ҳисобланади. Катта ўлчамдаги қийшиқ, ҳамда кўп ҳолатларда тўғри ва қайталанган чурраларда кузатиладиган орқа деворнинг яққол ўзгаришларида модификациялашган усулдаги аллопластикани танлов усули деб ҳисоблаймиз.



3.32 – расм. Чов чурраларида протезловчи герниопластика тактикасини танлаш алгоритми

Катта ёшдаги беморларда камдан – кам ҳолатларда кузатиладиган орқа деворнинг яққол кузатилмаган ўзгаришларида Lichtenstein бўйича пластика усулини қўллашнинг мақсадга мувофиқлик масаласи беморларнинг ёши ва ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлигига кўра ҳал этилади. “Яққол кузатилмаган ўзгаришлар”га яхши ривожланган кўндаланг фасция

мавжудлигида ички чов ҳалқасини 3 смгача кенгайиши, ёки тўғри чов чуррасида кўндаланг фасциядаги 2 см диаметрча бўлган чегараланган нуқсонни киритишимиз мумкин.

Умумлаштириб олганда беморларнинг ёши унинг организми умумий ҳолатини акс эттиради, шу сабабли уни жарроҳлик тактикасини танлаш учун қўллаш қулай ҳисобланади. Ёши анча катта бўлган беморларда кўпинча ҳамроҳ касалликлар кузатилади, операциядан кейинги асоратлар юзага келиш хавфи юқори бўлиб, тикланиш жараёнлари секинлашган бўлади. Шу сабабли беморларнинг операциядан кейинги тез ва тўлиқ қайта тикланиши улур учун муҳим аҳамият касб этади. 50 ёшдаги чегара албатта, шартли ҳисобланади. Бу организмнинг умумий ҳолатига кўра 55 – 60 ёшгача оширилиши мумкин. Ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлган 50 дан катта ёшдаги беморларда аллопластикани танлов усул деб ҳисоблаймиз.

Герниопластиканинг жарроҳлик усуллари индивидуал танлаш тамойиллари стратегик ва тактик жиҳатдан шакллантирилди. Стратегия қуйидагиларга кўра аниқланди:

- Герниологиянинг замонавий фундаментал тамойилига кўра, патогенетик жиҳатдан энг мақбул операция бажарилди (чов канали орқа девори, ёки ички ҳалқаси мустаҳкамланди ва протезланди);
- Пластика учун чов соҳасидаги дистрофик ўзгарган мушак – апоневротик тўқималар қўлланилмади;
- Тўқималарни шикастланиши ва ишемиясини камайтиришга ҳаракат қилинди;
- Етарлича мустаҳкамлик ва кам реактогенлик хусусиятига эга бўлган синтетик протезловчи воситалари ва тикув материалларини танлаш тамойилига риоя қилдик;
- Операциялар техникасини стандартлаштирдик;
- Беморларнинг ёши ва ҳамроҳ касалликнинг мавжудлигини ҳисобга олдик.

Герниопластика усулини танлашнинг индивидуал тактикаси негизининг асосий меъзонлари қуйидагилар бўлди:

- Клиник маълумотлар (беморлар ёши, чурра ташувчанликнинг оғирлик даражаси ва давомийлиги, ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги);
- Чурранинг тури ва ўлчамлари (тўғри, қийшиқ, қайталанган ва мос равишда кичик, ўрта ва катта ўлчамдаги чурралар);
- Ультрасонографик (чов соҳасидаги мушак – апоневротик тузилмаларнинг қалинлиги, ҳамда дистрофик ўзгаришларнинг даражаси, чов оралиғининг баландлиги ва сатҳи, чов канали орқа девори ва ички ҳалқасининг зарарланганлик даражаси);
- Интраоперацион (бажарилган кесим доирасида герниопластика усулини танлаш учун тўқималарнинг ҳолати баҳоланди, чов соҳаси мушак-апоневротик тузилмаларидаги чандиқлар ва дистрофик ўзгаришлар даражаси, чов оралиғининг баландлиги ва сатҳи, чов канали орқа девори ва ички ҳалқасининг зарарланганлик даражаси, кесимнинг мақбул герниопластика бажариш учун етарлича эканлиги баҳоланди).

§3.3. Боб бўйича хулосалар

Таққослаш гуруҳидаги беморларда (n=96) герниотомияда чов каналини пластика қилиш учун Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский (n=27 (28,1%)) ва Постемпский (n=69 (71,9%)) бўйича анъанавий “таранглашмаган” мушак – апоневротик пластика усули бажарилди. Асосий гуруҳдаги беморларга Lichtenstein бўйича “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси 63 (45,6%) нафар беморга ва биз томонимиздан модификацияланган усулда 75 (54,4%) нафар беморга бажарилди.

Lichtenstein бўйича ўтказилган герниоаллопластиканинг “таранглашмаган” усули анъанавий чов геерниопластикалари орасида ўзининг яққол усутунлигини кўрсатди. Операциядан кейинги асоратлар частотаси етарлича қискарди (13,5% дан 11,1% гача). Лекин, айрим ҳолатларда чов бойлами шу даражада толаланган бўладики, бунда протезни

маҳкамлаш учун мустаҳкам жой бўла олмайди. Уни маҳкамлаш учун кўшимча жой талаб қилинади. Бунинг учун кўпгина муаллифлар тавсия қилганидек Соорег бойламининг қўлланилиши муаммони қисман бартараф этса, Козловнинг сохта чов бойламини шакллантириш, ёки Fletching нинг “уч каватли тўр” қўллаш усули техник жиҳатдан жуда мураккаб ҳисобланади.

Юқорида кўрсатилган камчиликлар ва операциядан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни ҳисобга олиб, биз “таранглашмаган” герниоаллопластиканинг модификациялашган усулини ишлаб чиқдик, ҳамда амалиётга жорий қилдик. Чов чурраларининг хавфсиз ва самарали усулини ишлаб чиқишда ушбу усулнинг мақсади тўрли имплантни қотиришнинг тавсия этилган усули орқали чов канали олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш, қайталанишларни олдини олиш ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш, касалларни эрта фаоллаштириш ва эрта реабилитация қилишдан иборат.

Тўр имплантациясининг чов каналининг олдинги ва орқа деворларига бир вақтнинг ўзида маҳкамланиши туфайли техник қийинчиликларнинг олди олинди, шунингдек, бу жарроҳлик аралашувининг давомийлигига салбий таъсир кўрсатмади. Аксинча, операциянинг ушбу босқичи Lichtenstein усули билан солиштирилганда деярли икки маротаба, $17,4 \pm 0,5$ дақиқадан $9,6 \pm 0,7$ дақиқагача қисқарди. Умуман, модификациялаштирилган “таранглашмаган” герниоаллопластикада пневматик найсимон қурилма (Фoley катетери) нинг қўлланилиши операциянинг умумий вақтини $67,4 \pm 5,6$ дан $41,6 \pm 3,8$ дақиқагача қисқартирди ($p < 0.001$).

Чов чуррасини даволашнинг комбинациялашган усули бир вақтнинг ўзида бир нечта вазифани ҳал этиш, яъни горизонтал текисликка параллел равишда тўқималарни осон тикиш ҳисобига чов канали деворларига маҳкамлаш, чов канали деворларини мустаҳкамлаш ва уруғ тизимчасини кузатилиши мумкин бўлган ташқи маиший травмалардан ҳимоя қилиш, «Physiomesha», ёки «Prosid» (Ethicon) имплантатлари қўлланилганда протез ва уруғ тизимчаси орасида ривожланувчи кучли бириктирувчи тўқималар

ўсишини олдини олиш ва шу орқали репродуктив ёшдаги беморларда уруғ чиқариш йўли чандикли ўзгаришларини бартараф қилиш, уруғ тизимчаси веноз тизимидаги веноз димланишни камайтириш ва операциядан кейинги даврда ёрғоқ шишини олдини олиш, ҳамда беморларни эрта реабилитацияси имконини беради.

IV БОБ. ЧОВ ГЕРНИОПЛАСТИКАСИДА АУТО – ВА АЛЛОПЛАСТИК УСУЛЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСЛАШ

§4.1 Эрта операциядан кейинги даврда ауто – ва аллогерниопластика натижаларини қиёсий баҳолаш

Ўтказилган операциядан кейин беморлар палатага ўтказилиб, ётоқ режими тавсия этилди. Иккала гуруҳдаги беморлар оғриқсизлантирувчи (мушак орасига кетонал 50 мг/мл 2 мл дан 2 маҳал, ёки кеторол 30 мг/мл 1 мл дан 2 маҳал) ва инфузион воситалардан ташқари, стандарт антикоагулянт ва антибактериал воситаларни қабул қилдилар. Беморларни фаоллаштириш операциядан 12 соатдан кейин, мажбурий суспензорий тақиш билан амалга оширилди. Жисмоний зўриқишни чеклашдан ташқари беморларга 1 ой давомида суспензорий тақиш тавсия этилди.

Чурра кесиш операциясидан кейинги эрта давр кечишини асосий ва таққослаш гуруҳида қиёслаш учун қуйидаги меъзонлар танланди:

1. Оғриқ синдроми ва уни бартараф этилишини баҳолаш;
2. Сийдик ва ахлат тутилиши;
3. Беморни фаоллаштириш;
4. Антибактериал профилактиканинг хос хусусиятлари;
5. Ҳарорат реакцияси;
6. Жароҳатга оид асоратлар ва уларни бартараф этилиши;
7. Стационар даволаш муддатлари.

Чуррани кесишдан кейинги эрта операциядан кейинги даврда оғриқсизлантиришни талаб этувчи оғриқ синдромининг ўртача давомийлиги асосий гуруҳда $1,2 \pm 0,2$ суткани ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида $2,5 \pm 0,4$ суткани ташкил этди ($p > 0,05$). Бизнинг кузатувларимиз 4.1 – жадвалда кўрсатилган.

Оғриқ синдромини қиёсий баҳолаш, операциядан кейин аналгетикларнинг қўлланилиши

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари			
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=27)	Постемпский бўйича (n=69)	Lichtenstein бўйича (n=63)	Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=75)
Аналгетиклар қўлланилган беморлар сони (%):				
наркотик оғриқсизлантирувчилар	1 (3,7%)	18 (26,1%)	2 (3,2%)	1 (1,3%)
нонаркотик оғриқсизлантирувчилар	25 (92,6%)	45 (65,2%)	60 (95,2%)	74 (98,7%)
ҳар иккала тури	1 (3,7%)	6 (13,3%)	1 (1,6%)	-
Оғриқ синдромининг давомийлиги ва юритилиши (сутка):				
наркотик оғриқсизлантирувчилар	1,5±0,4	2,5±0,4	0,7±0,01	0,6±0,03
нонаркотик оғриқсизлантирувчилар	2,4±0,2	3,8±0,7	1,2±0,02	1,0±0,05

4.1-жадвалдан кўриниб турибдики, Lichtenstein усули бўйича операциядан кейин 60 (95,2%) нафар беморларда, модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасидан сўнг 74 (98,7%) нафар беморда нонаркотик аналгетиклардан кейин оғриқсизлантирувчи самарага эришилган бўлса, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса, яъни таранглашган аутопластикадан сўнг 70 (72,9%) нафар беморда оғриқсизлантиришга эришилди, Постемпский операциясидан кейин бу кўрсаткич янада паст бўлиб, 65,2% ни ташкил этди.

Асосий гуруҳда наркотик аналгетикларни қўллашни талаб этувчи кучли оғриқ синдромининг давомийлиги $0,7 \pm 0,05$ сутка, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич $2,1 \pm 0,6$ суткани ташкил этган бўлса, нонаркотик оғриқсизлантирувчи воситаларнинг қўллаш давомийлиги асосий ва таққослаш гуруҳида мос равишда $1,1 \pm 0,05$ ва $3,1 \pm 0,6$ суткани ташкил этди. Натижада, Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский, Постемпский усули бўйича герниопластикадан сўнг операциядан кейинги эрта даврда 27 (28,1%) нафар беморга оғриқсизлантирувчи воситалар қўлланилган бўлса, Лихтенштейн, ҳамда модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасидан сўнг 4 (2,9%) нафар беморга қўлланилди ($P < 0,05$).

Шундай қилиб, “таранглашган” чов герниопластикасидан кейин операциядан кейинги давомли оғриқ синдроми кузатилган бўлса, “таранглашмаган” герниопластикада оғриқ синдроми операциядан кейин 1 – 2 суткагача давом этиб, нонаркотик оғриқсизлантирувчи воситалар таъсирида оғриқ қолдирувчи самарага эришилди.

Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский, Постемпский усули бўйича операци қилинган беморларнинг 13 (13,5%) нафарида ўткир сийдик тутилиши юзага келди, барча беморларда сийдик пуфаги Foley катетери ёрдамида катетеризация қилинди. 13 нафар бемордан 3 (23,1%) нафарида сийдик пуфагининг қайта катетеризацияси лозим бўлди.

Лихтенштейн усулида операция қилинган беморлар орасида 1 (1,6%) нафар беморда спинал оғриқсизлантиришдан кейин сийдик тутилиши

кузатилди. Сийдик пуфагини бир маротаба катетеризациясидан сўнг ўткир сийдик тутилиши бартараф этилди. Такомиллаштирилган "таранглашмаган" чов герниоаллопластикасидан кейин эса ўткир сийдик тутилиши кузатилмади. Ушбу кўрсаткичга кўра, синтетик полипропилен имплантлари ёрдамида операция ўтказилган беморларда "таранглашган" чов герниопластикасига қараганда сезиларли даражада яхши натижалар кузатилди.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги даврда 2 (1,4%) нафар беморда мустақил нажас чиқишининг 3 - суткагача чўзилиши кузатилган бўлса, таққослаш гуруҳидаги 8 (8,3%) нафар беморда 4 – 5 – суткагача чўзилиши аниқланди.

Эрталабки кўрик вақтида шикоятлар бўлмаганда беморларни юришига рухсат бериш, яъни фаоллаштириш муддати асосий гуруҳда $0,6 \pm 0,01$ кунни, ҳамда таққослаш гуруҳида $1,2 \pm 0,3$ кунни ташкил этди.

Ўртача олганда, “таранглашган” ва “таранглашмаган” операция усулларидадан кейин беморлар, мос равишда $9,5 \pm 1,0$ ва $3,6 \pm 0,5$ кунгача шикоят билдиришди. Шунингдек, беморларни фаоллаштириш муддатлари бўйича Lichtenstein усулида “таранглашмаган” пластика, ҳамда модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси анъанавий “таранглашган” чов герниоаутопластикасидан устунлигини кўрсатди.

Турли хилдаги чов герниопластикасидан кейинги жароҳатга оид асоратлар частотаси 4.2 – жадвалда кўрсатилган.

Чов герниопластикасидан кейин жароҳатда кузатиладиган асоратлар

Асоратлар	Тадқиқот гуруҳлари								Жами (n=234)	
	Таққослаш гуруҳи				Асосий гуруҳ					
	Жиран- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=27)		Постемпский бўйича (n=69)		Lichtenstein бўйича (n=63)		Модификациялаштири лган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=75)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ёрғоқ ва мояк шиши	1	3,7	2	2,9	1	1,6	-	-	3	1,3
Жароҳатнинг тери ости гематомаси	1	3,7	1	1,4	1	1,6	-	-	3	1,3
Ёрғоқ гематомаси	1	3,7	2	2,9	1	1,6	-	-	4	1,7
Жароҳатдан қон кегиш	-	-	1	1,4	-	-	1	1,3	2	0,8
Инфилтрат	-	-	1	1,4	-	-	1	1,3	2	0,8
Серома	-	-	-	-	2	3,2*	1	1,3*	3	1,3
Жароҳатнинг йиринглаши	-	-	1	1,4	1	1,6	-	-	2	0,8
Травматик орхит	-	-	1	1,4	1	1,6	-	-	2	0,8
Орхоэпидидимит	-	-	1	1,4	-	-	-	-	1	0,4
Жами асоратлар	3	11,1	10	14,3	7	11,1	3	4,0***	24	10,2
Асорат кузатилган беморлар сони	2	7,4	7	10,1	5	7,9	3	4,0*	17	7,3

Изоҳ: * - фарқлар таққослаш гуруҳидаги маълумотларга нисбатан аҳамиятли (* - $P < 0,05$, *** - $P < 0,001$).

4.2 – жадвалдан кўриниб турибтики, операциядан кейинги даврда жароҳат асоратлари асосий гуруҳда 7,9% ҳолатда, таққослаш гуруҳида 13,5% ҳолатда кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморларда композит ва нокомпозит тўрсимон имплантатларнинг қўлланилиши жароҳат асоратлари билан бўлган беморлар умумий сонининг ошишига олиб келмаган. Лекин, ушбу асоратлар тизимида протезловчи пластикадан кейин кўпинча серома – 3 (2,2%) нафар беморда кузатилиб, таққослаш гуруҳида ушбу асорат кузатилмаган, биз ушбу ҳолатни пропилен тўрга нисбатан тўқима жавоб реакцияси билан боғладик. “Операциядан кейинги жароҳат “серома”сига юзаки, ёки чегараланган йиринглаш деб қараш лозим” деган фикрлар мавжуд. Жароҳатнинг йиринглаши Постемпский усулида чов герниопластикасида кейин 1 (1,4%) ҳолатда, ҳамда қандли диабет билан беморда Lichtenstein операциясидан кейин 1 (1,6%) ҳолатда аниқланиб, охириги ҳолатда жароҳатнинг очилиши, чуқур қаватлари ва протезнинг инфицирланиши, ҳамда стационар даволаш давомийлигининг чўзилиши кузатилди (4.1 – расм).



4.1 – расм. Бемор Д. 67 ёш, к/т 2943/265. Ўнг томонлама қайталанган чов чурраси сабабли ўтказилган Lichtenstein операциясидан кейинги ҳолат (12 сутка). Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши. Қандли диабет II тип.

Жарроҳлик аралашувлари орқали бартараф этилган жароҳат асоратларининг турлари

Асоратлар	Тадқиқот гуруҳлари								Жами (n=234)	
	Таққослаш гуруҳи				Асосий гуруҳ					
	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=27)		Постемпский бўйича (n=69)		Lichtenstein бўйича (n=63)		Модификациялашт ирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластик аси (n=75)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тери ости гематомаси, жароҳатни тафтиш қилиш	1	3,7	1	1,4	1	1,6	-	-	3	1,3
Ёрғоқ гематомаси	1	3,7	2	2,9	1	1,6	-	-	4	1,7
Тери ости клетчаткасидан қон кетиш	-	-	1	1,4	-	-	1	1,3*	2	0,8
Серома	-	-	-	-	2	3,2*	1	1,3	3	1,3
Жароҳатнинг йиринглаши	-	-	1	1,4	1	1,6	-	-	2	0,8
Жами аралашувлар	2	7,4	5	7,2	5	7,9	2	2,7***	14	5,9

Изоҳ: * - фарқлар таққослаш гуруҳидаги маълумотларга нисбатан аҳамиятли (* - $P < 0,05$, *** - $P < 0,001$).

Тўр усти бўшлиғида жароҳат экссудатининг тўпланишини айрим муаллифлар табиий ҳолат деб белгилайдилар [2, 105]. “Серома” юзага келишини олдини олишда қўлланилаётган тўрли миплантатни батамом қотириш, унинг бужмайишини, ҳамда атроф тўқималар билан “ўлик” бўшлиқ ҳосил қилишини бартараф қилиш муҳим деб ҳисоблаймиз. Биз ишлаб чиққан ноадгезив қопламали “Physiomesht”, ёки “Prosid” (Ethicon) композит тўрли имплантатларини қўллаш орқали бажариладиган модификациялашган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси юқоридаги камчиликларни тўғрилаш имконини берди, буни фақатгина 1 (1,3%) ҳолатда “серома” юзага келганлиги исботлайди.

Тери ости ёғ клетчаткаси ва ёрғоқ гематомаси каби асоратларни олдини олиш учун авайлаб ишлаш, анатомик ажратиш катта, ҳамда гигант чов ёрғоқ ва қайталанган чов чурраларида чурра халтасини ажратишда айниқса муҳим аҳамиятга эга. Ушбу асоратларни коррекция қилиш мақсадида 14 (5,9%) нафар жарроҳлик аралашувлари ўтказилиб, жароҳатни тафтиш қилиш ва қон қуйқаларини олиб ташлаш, ҳамда қон томирлар коагуляцияси (5), ёрғоққа резина чиқаргичнинг жойлаштирилиши (4) (4.2 – расм), йиринглаган жароҳатни дренажлаш (2), “серома”ларни бартараф этиш (3) ўтказилди. Бизнинг кузатувларимиз 4.3 – жадвалда берилган.



4.2 – расм. Бемор Ч., 56 ёш, к/т № 5296/485, Постемпский бўйича чов герниопластикасидан кейинги ҳолат. Операциядан кейинги жароҳат инфилтрати, ёрғоқ гематомаси, орхоэпидидимит билан асоратланган операция соҳасининг кўриниши.

Шундай қилиб, 4.3 – жадвалдан кўриниб турибтики, Lichtenstein усули бўйича ўтказилган 63 нафар чурра кесиш операцияларидан кейин такрорий аралашувлар 5 (7,9%) нафар беморда ўтказилган бўлса, 75 нафар модификациялаштирилган чурра кесишдан кейин 1 (1,3%) беморда ёрғокни дренажлаш, ҳамда 1 (1,3%) беморда серомани бартараф этиш лозим бўлди. Фоизлар нисбатида олинadиган бўлса, Lichtenstein ва анъанавий усулларда ўтказилган герниоаутопластикалар деярли бир хил тавсифга эга бўлади. 8 (3,4%) нафар ёрғок ва мойк шиши, инфилтрати, орхит, орхоэпидидимит каби асоратларда қўшимча антибактериал даво ва физиотерапевтик муолажалар тавсия этилиб, ижобий натижаларга эришилган. Инфилтратнинг йиринглаша кузатилмади.

“Physiomesb”, ёки “Prosib” (Ethicon) каби ноадгезив қопламали композитли тўрсимон имплантатларнинг қўлланилиши орқали трансплантат ва уруғ тизимчаси орасидаги бириктирувчи тўқима ўсишининг олди олинди. Оқибатда эса, репродуктив ёшдаги беморларда уруғ чиқариш йўлининг битишмалари бартараф этилиб, уруғ тизимчаси веноз тизимидаги димланишни камайиши, операциядан кейинги даврда ёрғокдаги шишнинг олди оlinишига, ҳамда беморларнинг эрта реабилитациясига эришилди.

234 нафар операция ўтказган беморларнинг 8 (3,4%) нафарига антибактериал терапия интраоперацион, вена ичига 1,0 мл миқдорда цефалоспоринлар (цефазолин, цефтриаксон) юбориш орқали амалга оширилган. Жароҳат асоратларини олдини олиш, ҳамда ҳамроҳ касалликларни даволаш мақсадида 221 (94,4%) нафар беморларга операциядан кейинги эрта даврда, 48 – 72 соат давомида антибиотиклар суткасига 2 маҳал бериб борилди. Бизнинг кузатувларимиз 4.4 – жадвалда кўрсатилган.

Антибиотикотерапиянинг частотаси ва давомийлиги (сутка)

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари								Жами (n=234)	
	Таққослаш гуруҳи				Асосий гуруҳ					
	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=27)		Постемпский бўйича (n=69)		Lichtenstein бўйича (n=63)		Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=75)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Антибиотикотерапия қўлланилган	27	100,0	64	92,7	58	92,1	72	96,0	221	94,4
Антибиотикларни операциягача қўлланилиши	2	7,4	6	9,4	4	6,3	6	8,0*	18	7,7
Интраоперацион қўлланилиши	-	-	3	4,3	3	4,8	2	2,7*	8	3,4
Профилактика мақсадида операциядан кейин қўлланилиши	27	100,0	64	92,7	58	92,1	72	96,0*	221	94,4
Ҳамроҳ касалликлар сабабли давомли антибиотикотерапия	-	-	4	5,8	3	4,8	5	6,7*	12	5,1
Антибиотиклар қўлланилмаган	-	-	2	2,9	2	3,2	1	1,3*	5	2,1
Антибиотикотерапиянинг давомийлиги	2,5±0,5		3,2±0,4		3,5±0,6		2,7±0,8		3,1±0,3	

Изоҳ: * - фарқлар таққослаш гуруҳидаги маълумотларга нисбатан аҳамиятли (* - P<0,05).

Пластиканинг турли усулларида кейин операциядан кейинги ҳарорат ошиши

Кўрсаткичлар	Тадқиқот гуруҳлари			
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Жирар-Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=27)	Постемпский бўйича (n=69)	Lichtenstein бўйича (n=63)	Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=75)
Ҳарорат ошишининг давомийлиги (суткалар)	1,4±0,03	1,6±0,08	2,6±0,04	1,8±0,07
Тана ҳарорати (°C)	37,5±0,05	37,8±0,06	37,7±0,08	37,3±0,07
Тана ҳарорати нормал бўлган беморлар сони	6 (22,2%)	14 (20,3%)	10 (15,9%)	24 (32,0%)

Изоҳ: * - фарқлар таққослаш гуруҳидаги маълумотларга нисбатан аҳамиятли ($P < 0,05$).

4.4 – жадвалдан кўриниб турибтики, бактерияларга қарши давонинг давомийлиги қиёсий гуруҳларда бир – бирига мос бўлган.

4.5 – жадвалда алло- ва аутогерниопластика қўлланилиши сабабли операциядан кейинги эрта даврда кузатилиши мумкин бўлган ҳарорат ошиши давомийлиги ва частотасини қиёсий баҳолаш кўрсатилган.

4.5 – жадвалдан кўриниб турибтики, алло- ва аутогерниопластикадан кейин субфебрил ҳароратнинг ўртача давомийлиги бир хил бўлиб, 2 суткани ташкил этди. Тана ҳарорати кўтарилган беморлар сони Lichtenstein операциясидан кейин модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасига қараганда кўпроқ бўлиб, ушбу ҳолат организмнинг композитва композит бўлмаган тўрсимон имплантатга нисбатан организм жавоб реакцияси билан боғлиқ (натижалар статистик жиҳатдан аҳамиятли: $p < 0,05$). Бизнинг кузатувларимизда ўлим ҳолатлари кузатилмади.

Стационар даволашнинг ўртача давомийлиги иккала қиёсий гуруҳларда ишончли фарққа эга бўлмасдан $6,3 \pm 0,04$ ва $6,8 \pm 0,03$ суткани ташкил этди ($p > 0,05$), бу эса стационар ёрдамга оид тиббий хизматлар таснифида кўрсатилган муддатга мос келади.

Жароҳатнинг бирламчи битишига асосий гуруҳдаги беморларнинг 99,3%, ҳамда таққослаш гуруҳидаги 99% беморлага эришилди.

Шундай қилиб, операциядан кейинги даврнинг таҳлили ишончли энг яхши натижалар – оғриқ синдромининг бартараф этилиши, сийдик ўткир тутилишининг камайиши ва беморларнинг эрта реабилитацияси бўйича Lichtenstein, ҳамда модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасидан кейин олинисини, ҳамда ушбу усулларнинг устунлигини кўрсатди. Асосий гуруҳдаги беморларда синтетик полипропилен имплантатнинг қўлланилиши жароҳатга оид асоратлар умумий сонининг, ҳамда субфебрил ҳарорат ошиши давомийлигининг ишонарли ошишига олиб келмади ва даволаш давомийлигига таъсир кўрсатмади. Эрта операциядан кейинги асоратлар асосий гуруҳдаги 7,9% беморларда, ҳамда таққослаш гуруҳидаги 13,5% беморларда кузатилди, бу

эса адабиётларда кўрсатилган маълумотларга мос келади. Протезловчи пластика асоратлари тизимида, операциядан кейинги даврда, бирон маротаба “серома” кузатилмаган таққослаш гуруҳи билан қиёслаганда бизнинг тадқиқотимизда асосан “серома” ривожланди – 3 (2,2%), бу бир катор муаллифларнинг маълумотларини тасдиқлайди. Ушбу ҳолатни биз полипропилен тўрга нисбатан ривожланган тўқима жавоб реакцияси билан боғлаймиз.

§4.2. Чов герниопластикасида ауто – ва аллопластика усулларини операциядан кейинги кечки муддатлардаги натижаларининг қиёсий таҳлили

234 нафар чов ауто - ва аллогерниопластика операцияси ўтказилган беморлардан 201 (85,9%) нафарида кечки натижалар таҳлили ўтказилди (4.6 – жадвал). Кечки натижаларни баҳолаш учун синчиковлик билан беморларнинг сўровномалари ўрганилди, амбулатор ва стационар текширувлар ўтказилди. Кечки натижалар 1 йилдан 5 йилгача муддатларда ўрганилди. Бунда таққослаш гуруҳидаги 31 (37,8%) ва асосий гуруҳдаги 52 (43,7%) нафар беморларнинг тақдири касалликнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли қайталаниши учун етарли бўлган 3 йилдан кўпроқ муддатда кузатиш имкони бўлди.

Чов чурраларида жарроҳлик аралашув самарадорлигини тавсифловчи асосий кўрсаткичлардан бири бу касалликнинг қайталаниш частотаси ҳисобланади. Қайталаниш табиатини ўрганиш учун қайталаниш вақти, сабаби ва механизмлари ўрганилди.

4.6 – жадвал

Чов чурралари жарроҳлигида кечки натижаларни ўрганиш муддатлари

Тадқиқот гуруҳлари		Жами беморлар	Кечки муддатда ўрганилганлар	Кузатув муддати, йил		
				1 йилгача	1-3 йил	3-5 йил
Таққослаш гуруҳи	Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича	27	25	6	9	10
			92,6%	24,0%	36,0%	40,0%
	Постемпский бўйича	69	57	4	32	21
			82,6%	7,0%	56,1%	36,8%
Асосий гуруҳ	Lichtenstein бўйича	63	51	7	17	27
			80,9%	13,7%	33,3%	52,9%
	Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси	75	68	5	38	25
			90,7%	7,3%	55,9%	36,8%
Жами		234	201	22	96	83
			85,9%	10,9%	47,8%	41,3%

4.7 – жадвал

Чов чурраларининг қайталаниш частотаси

Кечки натижалар кўрсаткичи	Тадқиқот гуруҳлари				Жами (n=201)
	Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ		
	Жирар-Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=25)	Постемпский бўйича (n=57)	Lichtenstein бўйича (n=51)	Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=68)	
Қайталаниш	4 (16,0%)	3 (5,3%)	2 (3,9%)	0	9 (4,5%)

Узоқ муддатларда текширилган 201 бемордан 9 (4,5%) нафарида чов чурраларининг қайталаниши қайд этилган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 8,5% (7 бемор) ва асосий гуруҳда – 1,7% (2 бемор) ни ташкил этди (4.7-жадвал).

4.7-жадвалдан кўриниб турибдики, тўрсимон имплантатдан фойдаланиш чов чуррасининг қайталаниш частотасини 8,5% дан 3,9% гача камайтириш имконини берган бўлса, эндопротезни бир вақтнинг ўзида чов каналининг олдинги ва орқа деворига фиксация қилиш ҳисобига қайталаниш ҳолатларини умуман бартараф этишга эришилди.

Чов чурраси қайталаниши билан бўлган барча беморларга бизнинг клиникамизда қайта операция ўтказилди. Касаллик қайталаниш муддатларини аниқлашда 4 (1,9%) ҳолатларда қайталаниш операциядан кейин 7 – 8 ойда ривожланганлиги кузатилди. 2 (0,9%) ҳолатда қайталаниш операциядан кейин 1 йилдан кейин юзага келган бўлса, 3 (1,5%) ҳолатда чов чуррасининг қайталаниши 3 йилдан кейин ривожланган (4.8 – жадвал). Таққослаш гуруҳида 2 (2,4%) нафар нормал тана вазнига эга беморда чов чуррасининг қайталаниши операциядан кейинги 1 йил ичида ривожланган. Ушбу гуруҳдаги 5 (6,1%) нафар II ва III даражали семизлик билан беморларда чурра қайталаниши операциядан 2 – 3 йил ўтиб юзага келган.

§4.2.1. Чов чурралари қайталанишининг омиллар таҳлили

31 нафар беморларда чов чурралари қайталаниш хавф омиллари ўрганилди. Бошқа муаллифлардан фарқли ўлароқ [1,4,8], биз қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан кечадиган касалликлар (ич қотиши, сийдик йўллариининг торайиши, ўпка ва бронх касалликлари, ҳамда бошқ.) ҳар доим ҳам чурра қайталаниш хавф омили эмас деб ҳисоблаймиз, чунки бундай касалликлар бўлмаса ҳам, организм фаолияти нормал бўлган соғлом одамларда кун давомида қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан кечувчи қатор ҳолатлар кузатилади (кулги, йўтал, зўриқиш, жисмоний меҳнат ва бошқалар.).

Чов чурралари қайталанишини аниқлаш муддатлари

Қайталаниш аниқланиш муддати, йил	Жирар-Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=25)		Постемпский бўйича (n=57)		Lichtenstein бўйича (n=51)		Модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=68)		Жами (n=201)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 йилгача	2	8,0	2	3,5	-	-	-	-	4	1,9
1 йилдан сўнг	2	8,0	-	-	-	-	-	-	2	0,9
3 йилдан сўнг	-	-	1	1,7	2	3,9	-	-	3	1,5
Жами	4	16,0	3	5,3	2	3,9	0	0,0	9	4,5

Ушбу омилларга ҳам қайталаниш, ҳам чов каналини ҳосил қилувчи тузилмалардаги нуқсонлар бўлганда юзага келувчи бирламчи чов чуррасини келтириб чиқарувчи омил сифатида қараш мақсадга мувофиқдир.

Шундай қилиб, чов канали пластикаси идеал танланганда, ҳамда бажариладиган бўлса умуман қайталаниш ривожланмайди деб тахмин қилиш мумкин, чунки чов канали нуқсони бўлмаса чов чуррасининг ўзи бўлмаслиги лозим.

Биздаги маълумотларни таҳлил қилар эканмиз, қуйидаги хулосага келдик – демак, 31 нафар бемордан 4 (12,9%) нафарида қайталаниш қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиши ҳисобига ривожланган, уларнинг 1 нафарида қайталанишга йўтал, ҳамда 3 нафарида оғир юк кўтариш сабаб бўлган. Қолган 27 (87,1%) нафар беморларда қайталаниш вақт ўтиши билан, ҳамда айтарли сабабларсиз юзага келган.

Бизнинг клиникамизда операция ўтказилган 9 нафар чов чурраси қайталаниши кузатилган беморларнинг нормал тана вазнига эга бўлган 2 нафарида Постемпский операциясидан кейин 1 йил ичида чурра қайталаниши юзага келган. Қайталанишнинг бундай эрта ривожланишига пластика турини танлашда, ҳамда уни техник жиҳатдан бажаришда яққол хатога йўл қўйилганлиги (чов каналини ҳосил қилувчи тўқималардаги дистрофик бузилишларда пластика қилиш) сабаб бўлган. Чов канали тўлиқ бартараф этиладиган тўғри бажарилган операциядан кейин қайталаниш кузатилмаслиги керак эди. Шунинг учун, биз, қорин ичи босимини ошишига сабаб бўлувчи омилларни чов чуррасининг қайталаниш хавф омили деб ҳисобламаймиз. Бунда чов каналини пластика қилиш усулини нотўғри танланиши, ҳамда чов канали деворларини ҳосил қилувчи тўқималардаги ножўя ўзгаришлар (кенг чов оралиғи, унинг учбурчак шакли, қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг толаларга ажралиши, кўндаланг фасциянинг зайифлашиши, катта ўлчамдаги чурралар, чов чуқур халқасининг кенгайиши)ни ҳисобга олмасдан туриб бажарилган пластикадаги техник хатоларни қайталанишнинг ҳақиқий омили деб ҳисоблаймиз [8]. Юқорида

айтиб ўтилган чов каналини ҳосил қилувчи тўқималардаги ножўя тузилмавий – морфологик ўзгаришлар кузатувимиз остида бўлган барча беморларда аниқланди. Ушбу маълумотлар кўрсатилган омилларнинг қайталаниш юзага келишида муҳим аҳамиятга эга эканлигини билдиради.

Чов чурралари қайталанишининг етакчи хавф омили чов каналнинг структуравий ва морфологик тузилишини ҳисобга олмаган ҳолда, етарли бўлмаган пластик усулини танлашдан иборат. Шундай қилиб, чов чуррасининг қайталаниши кузатилган 31 нафар беморнинг 16 (51,6%) нафарида чов каналининг олдинги девори, асосан Жирар-Спасокукоцкий усулида пластика қилинган ва шулардан 4 нафари бизнинг клиникамизда операция қилинган. 9 (29,0%) нафар беморда чов каналининг орқа девори пластика қилинган бўлиб, 5 нафари бизнинг клиникамизда, 3 нафарида Постемпский усулида ва 2 нафарида Lichtenstein усулида операция ўтказилган. 6 (19,3%) та ҳолатда бирламчи операция вақтида бажарилган пластика усулини аниқлаш имкони бўлмади. Қийшиқ чов чурраси сабабли 14 (45,2%) нафар бемор ва тўғри чов чурраси сабабли 8 (25,8%) нафар бемор операция қилинган бўлса, 9 (29,0%) нафар беморда дастлабки чов чуррасининг турини аниқлаб бўлмади.

Биз чов чурралари билан оғриган барча катта ёшдаги беморларда фақат чов канали орқа деворини мустаҳкамлаш керак деб ҳисоблайдиган муаллифлар фикрига қўшиламыз [6, 9]. Ушбу қарорга келишнинг сабаби қийшиқ чов чурралари билан беморлар асосан эрта ёшда, ҳамда чов канали тузилиши ҳали у даражада бузилмаган даврда операция қилиниши билан боғлиқ. Бироқ, ёш ўтиши билан чов канали ва чов оралиғининг тузилиши ноқулай ўзгаришларга учраши ва 50 ёшдан кейин чов каналини ҳосил қилувчи тўқималарда дистрофик ўзгаришлар бўлиши мумкин [6, 8, 10].

Қийшиқ чов чурраларидаги операциялардан кейин қайталанишдан ташқари, йиллар давомида чов соҳасидаги ёшга боғлиқ дистрофик ўзгаришларнинг кучайиши туфайли тўғри чов чурралари ҳам пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун, чов канали орқа деворини пластика қилиш келажақда

юзага келиши мумкин бўлган тўғри чов чурралари профилактикаси ҳисобланади.

50 ёшдан катта 24 (77,4%) нафар чов чурра қайталаниши сабаби ёшга оид омиллар (чов каналини ҳосил қилувчи тўқималардаги дистрофик – дегенератив ўзгаришлар) билан боғлиқ деб ўйлаймиз.

Важнейшее значение при пластике пахового канала придается сшиванию однородных тканей без их натяжения [2, 3], поэтому должны быть оставлены методы пластики с использованием мышечной ткани.

По данным В.В. Жебровского [4], имеются следующие виды рецидивов паховой грыжи: 1) рецидивная косая паховая грыжа. Повторяет ход косой паховой грыжи. Окружена элементами семенного канатика; 2) медиальный рецидив наблюдается после операции по поводу прямой паховой грыжи. Появляется в медиальной части пахового промежутка; 3) надлобковый рецидив локализуется в медиальной части пахового промежутка; 4) промежutoчный рецидив располагается в средней части треугольника Гессельбаха. Грыжа имеет форму гриба; 5) полный рецидив, когда задняя стенка пахового канала полностью разрушена и паховый промежуток выполнен грыжевым выпячиванием больших размеров; 6) ложным рецидивом является возникновение паховой или бедренной грыжи, которая не была обнаружена во время первой операции.

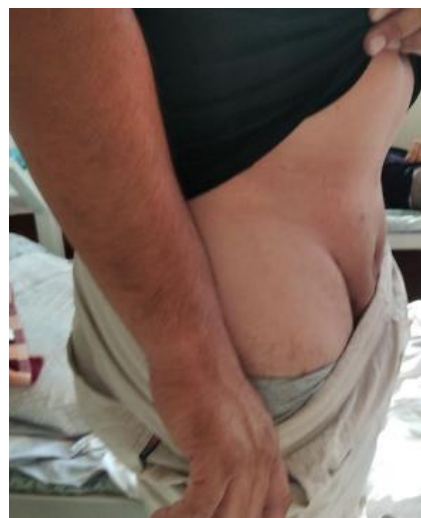
Биз кузатган беморларни объектив текшириш маълумотларини, қайталанишлар сабабларини ва жарроҳлик натижалари маълумотларини таҳлил қилиб чов чурралари қайталанишининг 4 турини аниқладик. Уларнинг жойлашишига, қайталанган чов чурраси дарвозасини ҳосил қилувчи чов канали тузилмаларининг табиатига, чов канали йўналиши бўйича чўзилган операциядан кейинги чандиққа эътибор қаратдик. Қайталанишларнинг қуйидаги турларини аниқладик:

1. Чурра халтаси уруғ тизимчаси бўйлаб ташқи чов ҳалқаси орқали чиқади. Бундай турдаги қайталаниш чов каналининг олд деворини Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усули бўйича пластика қилингандан кейин

кузатилади. Ушбу турдаги қайталанишни 16 (51,6%) нафар беморларда кузатдик (4.3 – расм).

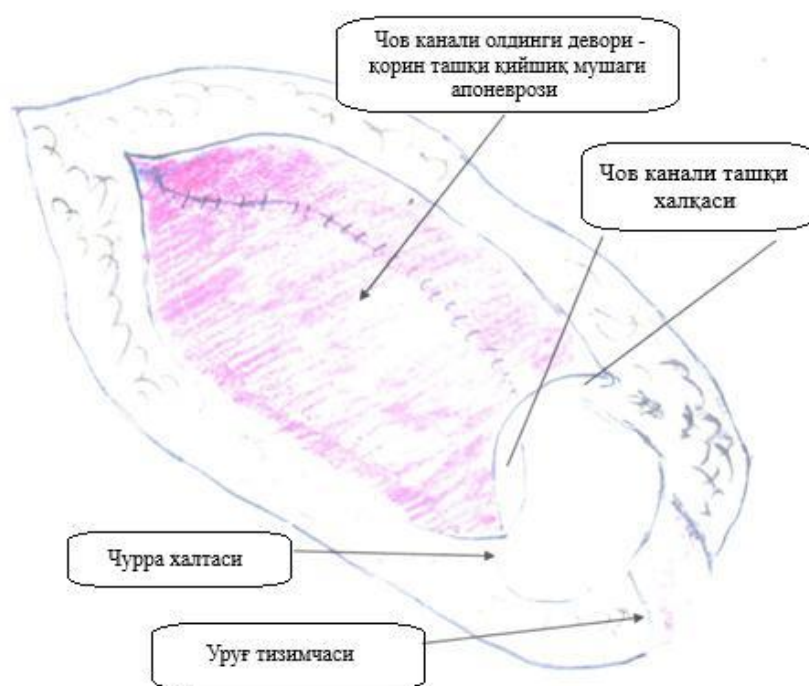


Профил



Ўнг томонлама фас

4.3 – расм. Бемор Л., 37 ёш, к/т № 4923/474. Диагноз: Ўнг томонлама қайталанган чов чурраси. Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича чов герниопластикасидаан кейинги ҳолат.



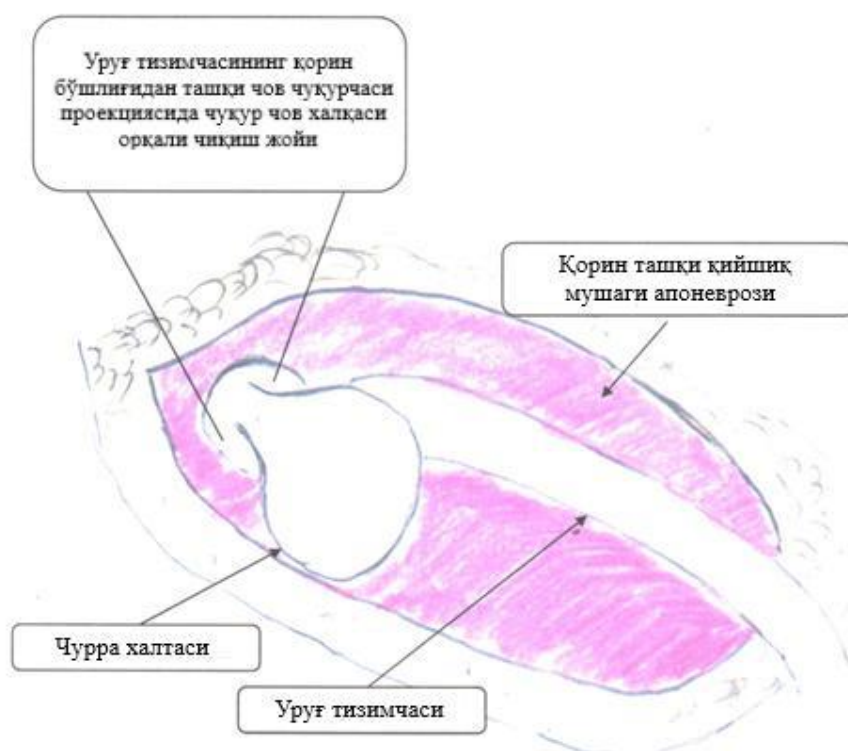
4.4 – расм. Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида операциядан кейин апоневроз остида чуқур чов халқасидан чиққан ва уруғ тизимчаси бўйлаб йўналиб чов ташқи халқасидан бўртиб турган қайталанган чов чуррасининг чизма расми.

Чурра халтаси овал шаклда бўлиб, 2 нафар ҳолатда ёрғокча тушган. Ушбу турдаги қайталаниш "медиял" деб тавсифланади. Бундай қайталанишнинг сабаби, бизнинг фикримизча, чов каналининг заифлашган орқа деворини мустаҳкамламаслик бўлиб, бунинг натижасида секин – аста корин парданинг такрорий бўртиб чиқиши ва чурра халтаси ҳосил бўлиши кузатилади. Бу чов канали олдинги деворини мустаҳкамлаш қайталанишларнинг асосий сабаби эканлигини яна бир маротаба кўрсатади (4.4 – расм).

2. 3 (9,7%) нафар ҳолатда чурра халтаси ташқи чов чуқурчаси проекциясидаги чуқур чов ҳалқаси орқали уруғ тизимчасининг қорин бўшлиғидан чиқиш жойи яқинидан чиқади. Бу турдаги қайталаниш Постемпский усули бўйича пластикадан кейин кузатилди. Одатда чуррасимон ҳосиланинг диаметри 3 – 4 см, юмалоқ шаклда бўлиб, операциядан кейинги чандикнинг юқори учлигида жойлашади, аввалги операция вақтида уруғ тизимчаси пардаларининг бузилиши ҳисобига ёрғокча тушмайди, шунинг учун бу турдаги қайталанишларни «латерал» деб тавсифлаш мумкин (4.5 – расм).



4.5 – расм. Бемор Д., 56 ёш, к/т № 9176/873. Диагноз: Чап томонлама қайталанган чов чурраси. Постемпский бўйича чов герниопластикасидаан кейинги ҳолат.



4.6 – расм. Постемпский усулида ўтказилган операциядан кейин чов чурраси қайталанишининг чизма расми, уруғ тизимчасининг қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрози кесилган қирралари орасидан чиқувчи жойидан бўртиб турган чурра

Ушбу қайталанишнинг сабаби ички чов ҳалқаси проекциясида кўндаланг фасция ва тўқималарнинг уруғ тизимчаси атрофида етарлича зич тикилмаслиги деб ҳисоблаймиз. Шунингдек, бу турдаги қайталанишга уруғ тизимчасининг қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг кесилган қирралари орасидан чиқиш жойининг етарлича тўлиқ тикилмаслиги ҳам сабаб бўлиши мумкин (4.6 – расм).

Қайталанишларнинг юқорида кўрсатилган хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда, уруғ тизимчасининг қорин бўшлиғидан чиқиш жойи атрофини, ҳамда апоневроз кесилган лахтакларини уруғ тизимчаси атрофидан яхшилаб тикиш латерал қайталанишларнинг профилактикаси деб ҳисоблаймиз.

3. Чурра халтасининг тери остига чов канали ташқи тешиги орқали чиқиши (чов канали орқа деворини мустаҳкамлаш пластикасида кейин) (4.7 – расм). Ушбу турдаги қайталаниш 4 (12,9%) нафар беморда Постемпский

усули бўйича пластика қилиш вақтида қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозини қов дўмбоғига етарли даражада тикилмаслиги натижасида кузатилди (4.8 – расм).

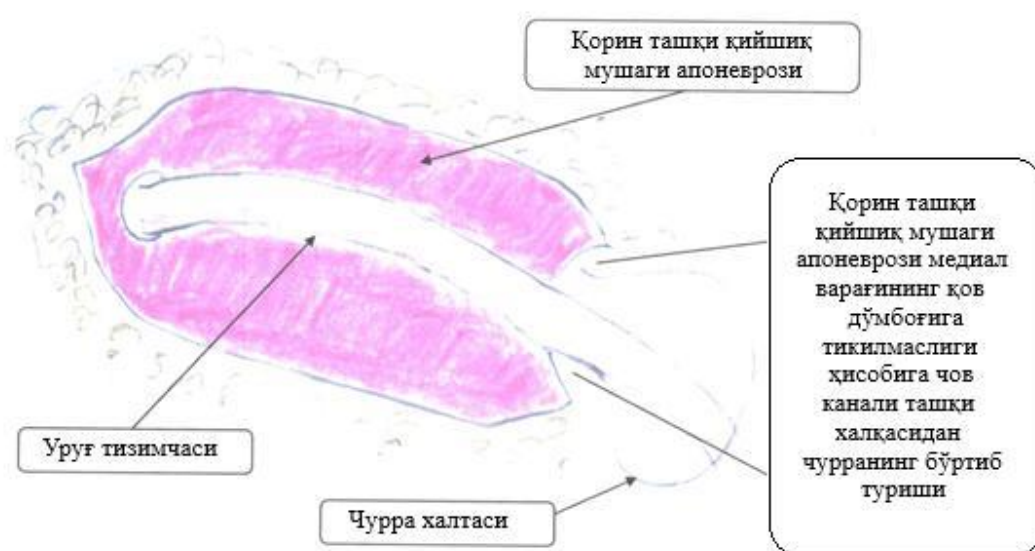


профил



Ўнг томонлама фас

4.7 – расм. Бемор Г., 52 ёш, к/т № 6398/592. Диагноз: Ўнг томонлама қайталанган чов чурраси. Постемпский бўйича чов герниопластикасидан кейинги ҳолат.



4.8 – расм. Постемпский усулида ўтказилган операциядан кейин чов чурраси қайталанишининг чизма расми, қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозининг қов дўмбоғига етарли даражада тикилмаслиги ҳисобига чурранинг чов ташқи халқасидан бўртиб туриши.

Юқорида кўрсатилган қайталанишни ҳам медиал деб тавсифлаш мумкин. Ушбу турдаги қайталанишларининг профилактикаси Постемпский усули бўйича пластика қилинганда қорин ташқи қийшиқ мушагининг медиал лахтагини қов дўмбоғига тикишдан иборат деб ҳисоблаймиз.

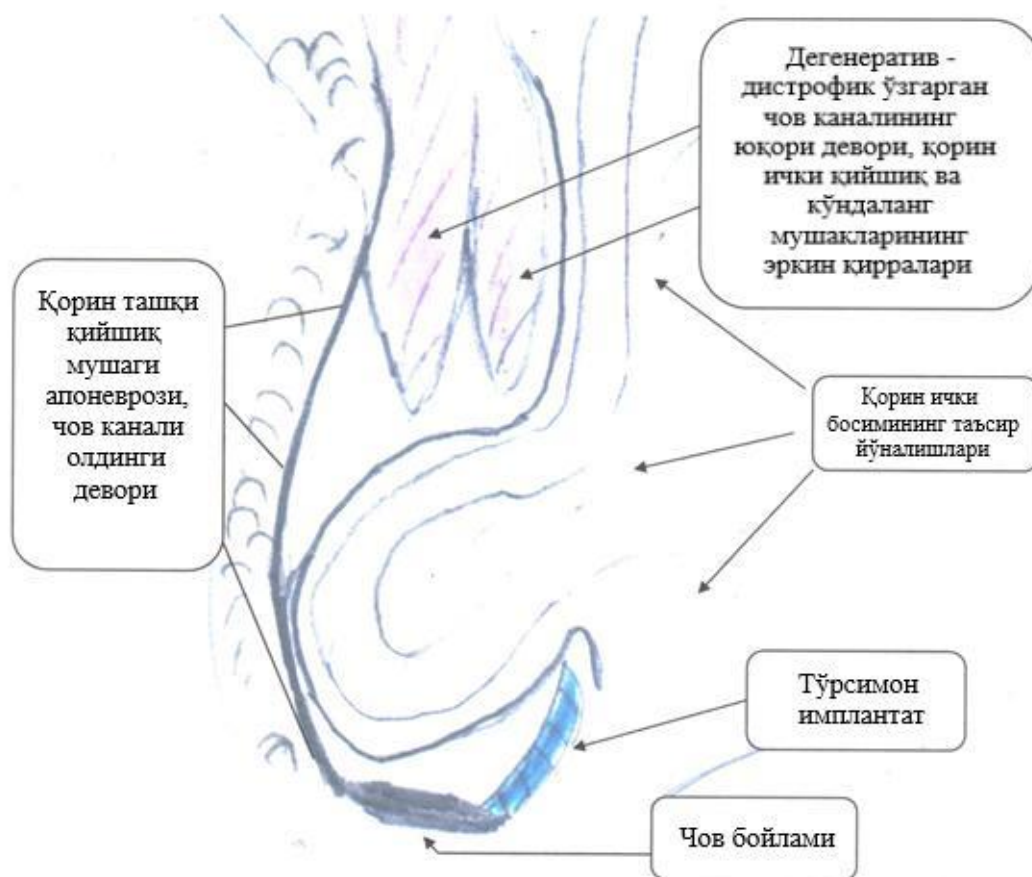
4. Трансплантат юқори қирраси ва мушак тузилмалар орасидаги чокларнинг тўлиқ етишмовчилиги натижасида чов канали орқа деворининг тўлиқ бузилиши. Чов канали орқа девори тўлалигича Lichtenstein бўйича чов герниоаллопластикасидан кейин юзага келган чурра халтаси ташкил этади. Чуррасимон ҳосила овал шаклда, катта ўлчамда, бутун операциядан кейинги чандиқ бўйлаб жойлашган, ёрғоққа тушмайди. Ушбу турдаги қайталаниш 2 (6,4%) нафар беморда кузатилди, ҳамда тотал сифатида тавсифланди (4.9 – расм).



4.9 – расм. Бемор П., 59 ёш, к/т № 3974/284. Диагноз: Чап томонлама қайталанган чов чурраси. Lichtenstein бўйича чов герниоаллопластикасидан кейинги ҳолат.

Lichtenstein операциясидан кейинги қайталаниш сабаблари макро ва микроскопик даражада ўрганилганда қуйидаги механизмлар аниқланди: қорин ички босими таъсирида унчалик кучли бўлмаган мушак тўқимасига бириктирилган тўрсимон протез пастга томон силжийди ва протезнинг

юқори қирраси қотирилган қорин деворидаги кучсиз жой очилиб қолади (4.10 – расм).



4.10 – расм. Lichtenstein операциясидан кейин қайталанган чов чуррасида қорин ички босими остида тўрсимон имплантатга таъсир кўрсатувчи кучларнинг чизмаси.

Бундан ташқари ушбу беморларда эрта операциядан кейинги даврда операцион жароҳатнинг серомаси кузатилди. Яққол экссудатив реакция ҳам протезни силжишига олиб келувчи омил ҳисобланади. Ушбу турдаги қайталаниш профилактикаси уруғ тизимчасининг қорин бўшлиғидан чиқиш жойи атрофидаги тўқималарни тикиш орқали чов ички халқасини торайтириш, кўндаланг фасцияни тўлалигича тикиш, ҳамда чов каналини ўзимиз ишлаб чиққан модификациялашган усулда «таранглашмаган» чов герниоаллопластикаси ёрдамида реконструкция қилишдан иборат деб ҳисоблаймиз.

Шундай қилиб, ноадекват пластика (чов канали олдинги деворини пластика қилиш), бир турда бўлмаган тўқималарнинг тикилиши, чов каналининг нуқсонлари, чов каналини ҳосил қилувчи тўқималарда ёш ўтиши билан юзага келувчи ўзгаришлар чов чурралари қайталанишининг асосий хавф омили бўлиб хизмат қилади. Маҳаллий тўқималар ёрдамида бажарилган пластиканинг бузилиши таранг қўйилган лигатураларнинг кесилиши сабабли юзага келса, протезловчи герниопластикалардан кейин эса, тўқималардаги дистрофик – дегенератив ўзгаришлар сабабли синтетик протезнинг фиксация нуқталаридан узилиши, ёки силжиши сабабли юзага келади.

Чов чурралари қайталанишининг латерал, медиал ва тотал турлари фарқланади.

Чов канали орқа девори пластикасини бажариш, чов ички халқасини торайтириш, кўндаланг фасцияни яхшилаб тикиш, Постемпский усули бўйича пластика қилишда қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозини қов дўмбоғига тикиш, чов каналини ҳосил қилувчи тузилмаларда яққол ўзгаришлар бўлганда модификациялаштирилган усулда аллотрансплантатларни қўллаш чов чурралари қайталанишининг профилактикасига киради. Қийшиқ чов чурраларида чов канали орқа деворини пластика қилиш бир вақтнинг ўзида келажакда ривожланиши мумкин бўлган тўғри чов чурралари юзага келишини ҳам олдини олади.

§4.2.2. Чов чурраси билан беморларни жарроҳлик даволашдан кейинги яшаш сифатини ўрганиш

Замонавий тиббиётнинг устувор йўналишларидан бири ўтказилган консерватив, ёки оператив даволашдан кейин беморларнинг яшаш сифатини баҳолашнинг турли усуллари тадқиқотга қўшишдир. 2016 йилдан бошлаб герниопластика ўтказган беморларнинг беморларнинг яшаш сифати ўзимиз ишлаб чиқарган, касалликнинг объектив ва субъектив белгиларини, беморларнинг кундалик жисмоний, руҳий, ижтимоий фаолиятини баҳолаш

имконини берувчи инструментал текширув натижаларини ўз ичига олувчи дастур орқали баҳолаб бордик (4.9, 4.10 – жадвал).

4.9 – жадвал

Чов герниопластикаси ўтказган беморлар яшаш сифатини аниқлашнинг объектив меъзонлари

№	Меъзонлар	Меъзонларнинг тавсифи	Баллар
1.	Инструментал маълумотлар асосида аниқланган операциядан кейинги соҳа ҳолати (УТТ, КТ, МРТ)	Микроабсцесслар	3
		Инфилтрат	7
		Патология аниқланмади	10
2.	Чов соҳасининг объектив кўриги	Жароҳатнинг битмаслиги, оқма, чов чуррасининг қайталаниши	3
		Операциядан кейинги кўпол чандиқ	7
		Операциядан кейинги нозик чандиқ	10
3.	Ёрғоқ соҳасининг объектив кўриги	Орхоэпидидимит, уруғдон ўлчамларининг катталашиши, палпатцияда оғриқли, зичлашган	3
		Гипотрофиялашган уруғдоннинг юқори туриши	7
		Уруғдон ўлчамлари одатий, оғриқсиз	10
4.	Операциядан кейинги соҳа палпацияси	Кучли оғриқлар	3
		Яққол ифодаланмаган оғриқлар	7
		Патология аниқланмади	10
5.	Операциядан кейинги жинсий ҳаёт	Ёмонлашган	3
		Ўзгаришсиз	7
		Яхшиланган	10

**Чов герниопластикаси ўтказган беморлар яшаш сифатини аниқлашнинг
субъектив меъзонлари**

№	Меъзонлар	Меъзонларнинг тавсифи	Баллар
1.	Сиз саломатлигингизнинг умумий аҳволини қандай баҳолайсиз?	Ёмон	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
2.	Операциянинг косметик натижаси Сизни қониқтирадими?	Ёмон	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
3.	Умуман олганда Сиз операция натижасини қандай баҳолайсиз?	Ёмон	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
4.	Узингизнинг жисмоний фаоллигингизни қандай баҳолайсиз?	Ёмон	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
5.	Операциядан кейинги соҳадаги ноқулайлик ҳисси	Доимий кучли оғриқлар	0
		Кам даражада ифодаланган оғриқлар	3
		Ноқулайлик ҳисси	7
		Шикоятлар йўқ	10

Ушбу ЭХМ учун дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисида маълумотнома олинган (DGU 09023, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги, «Чов герниопластикаси ўтказган беморларнинг яшаш сифатини аниқлаш учун дастур»).

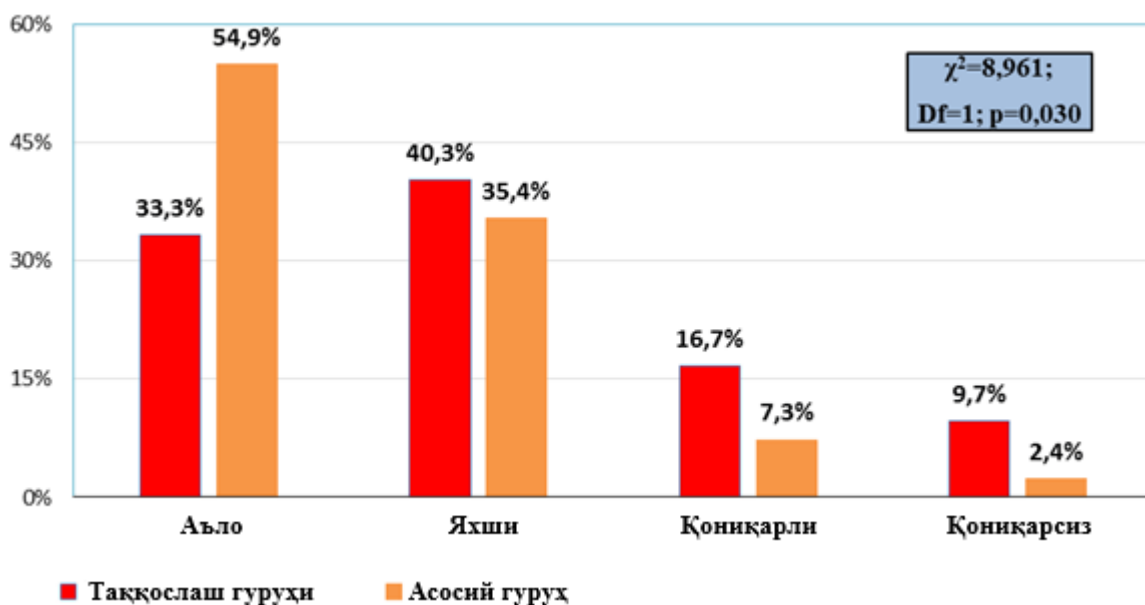
Ҳар бир беморнинг яшаш сифати операциядан кейинги даврдаги объектив ва субъектив белгилар бўйича сўровномадан тўпланган баллар билан баҳоланди. 81 баллдан 100 баллгача тўплаган беморлар “аъло”, 61 баллдан 80 баллгача – “яхши”, 41 баллдан 60 баллгача – “қониқарли” ва 40 баллдан паст балл тўплаган беморлар “қониқарсиз” деб баҳоланди.

Ишлаб чиқарилган дастур бўйича чов герниопластикасидан кейинги узоқ муддат давомида кузатилган 201 нафар бемордан 154 нафарининг (76,6%) яшаш сифати баҳоланди. Улардан 82 нафари “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасини ва 72 нафари “таранглашган” чов герниоаутопластикасини ўтказган (4.11 – жадвал).

Демак, “таранглашган” чов герниоаутопластикасидан кейин 24 (33,3%) нафар беморда “аъло”, 29 (40,3%) нафар беморда “яхши”, 12 (16,7%) нафар беморда “қониқарли”, ҳамда 7 (9,7%) нафар беморда “қониқарсиз” натижалар аниқланди. Шу билан бирга “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасидан кейин 45 (54,9%) нафар беморда “аъло”, 29 (35,4%) нафар беморда “яхши”, 6 (7,3%) нафар беморда “қониқарли”, ҳамда 2 (2,4%) нафар беморда “қониқарсиз” натижалар аниқланди (4.11 – расм). Ушбу меъзон бўйича ишончли фарқ олинди (χ^2 меъзониининг қиймати 8.961 ни, аҳамиятлилик даражаси $p=0,003$ ни ташкил этди. Турли хилдаги чов герниопластикасидан кейинги беморларнинг психо – эмоционал ва жисмоний фаоллигини ҳисобга олган ҳолда шкаланинг барча бўлимлари бўйича яшаш сифати кўрсаткичларининг яхшиланиши кузатилди. Касаллик қайталанишининг барча ҳолатлари беморлар умумий аҳволидан қатъий назар қониқарсиз натижа деб қайд этилди.

Операциядан кейинги даврадаги беморларнинг яшаш сифати

Натижа	Тадқиқот гуруҳлари												Жами (n=154)	
	Таққослаш гуруҳи						Асосий гуруҳ							
	Жирар- Спасокукоцкий- Кимбаровский бўйича (n=19)		Постемпский бўйича (n=53)		Жами таққослаш гуруҳида (n=72)		Lichtenstein бўйича (n=36)		Модификация - лаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси (n=46)		Жами асосий гуруҳда (n=82)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аъло	8	42,1	16	30,2	24	33,3	19	52,8	26	56,5	45	54,9	69	44,8
Яхши	4	21,0	25	47,2	29	40,3	12	33,3	17	36,9	29	35,4	58	37,7
Қониқарли	3	15,8	9	16,9	12	16,7	3	8,3	3	6,5	6	7,3	18	11,7
Қониқарсиз	4	21,0	3	5,7	7	9,7	2	5,5	0	0,0	2	2,4	9	5,8
Жами	19	100,0	53	100,0	72	100,0	36	100,0	46	100,0	82	100,0	154	100,0



4.11 – расм. Чов герниопластикаси усулига кўра беморларнинг яшаш сифати

Шундай қилиб, беморлар яшаш сифатининг такомиллаштирилган шкала бўйича таҳлили шуни кўрсатдики, чов чурраларини даволашнинг мақбул усулини танлашга комплекс ёндашув алгоритми ва дастурининг қўлланилиши “аъло” ва “яхши” натижалар улушини 73,6% дан (“таранглашган” чов герниоаутопластикаси ўтказган 72 нафар бемордан 53 нафарида) 90,2% гача (“таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси ўтказган 82 нафар бемордан 74 нафарида) ошириб, қониқарсиз натижалар частотасини 9,7% дан 2,4% гача қисқартириш имконини берди ($p=0,030$).

Олинган натижаларнинг таҳлилида асосида “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасидан сўнг беморлар жисмоний ва руҳий саломатлиги умумий қиймат кўрсаткичларининг яққол юқорилиги аниқланди ($p < 0,05$).

Натижалардан келиб чиқиб, бажарилиши жиҳатидан нисбатан соддалиги, мустаҳкамлиги ва шу билан биргаликда патогенетик жиҳатдан тўғри йўналтирилганлиги сабабли модификациялаштирилган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикасини универсал усул сифатида тан олиш мумкин.

Шундай қилиб, чов чурраларида, айниқса ёши катта беморлар гуруҳида пластика усулини танлаш чов канали орқа девори ва чов ички халқасидаги деструкция даражасига асосланиши лозим.

Кўриниб турибтики, ушбу тактик ёндашув беморларнинг асосий қисмида аллопластика операцияларини бажаришга ундайди. Унинг асосланиши чов герниопластикасининг эрта ва кечки натижалари билан тасдиқланади.

§4.3. Боб бўйича хулосалар

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин:

Чов чурралари хирургик давосининг тактик ва техник жиҳатлари такомиллаштирилган алгоритмнинг қўлланилиши умумий операциядан кейинги асоратлар частотасини 13,5% дан 7,2% гача ($p=0,045$), операциядан кейинги эрта асоратларни қайта жарроҳлик йўли билан бартараф этиш частотасини 7,3% дан 5,1% гача қисқартириб, протезловчи чов герниоаллопластикасидан кейин операция давомийлиги, реабилитация даври, ҳамда стационар давонинг умумий муддатини қисқартириш имконини берди.

“Таранглашган” чов герниопластикаси ўтказган беморларда клиник кўрсаткичлар динамикаси қиёсий баҳоланганда уларнинг секин нормаллашиши кузатилди. Асосий гуруҳда наркотик аналгетикларни қўллашни талаб этувчи кучли оғриқ синдромининг давомийлиги $0,7\pm0,05$ сутка, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич $2,1\pm0,6$ суткани ташкил этган бўлса, нонаркотик оғриқсизлантирувчи воситаларнинг қўллаш давомийлиги асосий ва таққослаш гуруҳида мос равишда $1,1\pm0,05$ ва $3,1\pm0,6$ суткани ташкил этди. Натижалар статистик жиҳатдан аҳамиятли ҳисобланади ($P<0,05$). Эрталабки кўрик вақтида шикоятлар бўлмаганда беморларни юришига рухсат бериш, яъни фаоллаштириш муддати асосий гуруҳда $0,6\pm0,01$ кунни, ҳамда таққослаш гуруҳида $1,2\pm0,3$ кунни ташкил этди. Ўртача олганда, “таранглашган” ва “таранглашмаган” операция усулларида кейин беморлар,

мос равишда $9,5 \pm 1,0$ ва $3,6 \pm 0,5$ кунгача шикоят билдиришди. Шунингдек, беморларни фаоллаштириш муддатлари бўйича Lichtenstein усулида “таранглашмаган” пластика, ҳамда модификациялашган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси анъанавий “таранглашган” чов герниоаутопластикасидан устунлигини кўрсатди.

Чов чурраларини жарроҳлик даволашга комплекс ёндашув операциядан кейинги кечки муддатлардаги специфик асоратларни, яъни чурра қайталанишини таққослаш гуруҳидаги 8,5% дан асосий гуруҳда 1,7% гача қисқартириш имконини берди.

Ноадекват пластика, бир турда бўлмаган тўқималарнинг тикилиши, чов каналининг нуқсонлари, чов каналини ҳосил қилувчи тўқималарда ёш ўтиши билан юзага келувчи ўзгаришлар чов чурралари қайталанишининг асосий хавф омили бўлиб хизмат қилади. Чов канали орқа девори пластикасини бажариш, чов ички халқасини торайтириш, кўндаланг фасцияни яхшилаб тикиш, Постемпский усули бўйича пластика қилишда қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозини қов дўмбоғига тикиш, чов каналини ҳосил қилувчи тузилмаларда яққол ўзгаришлар бўлганда ўзгартирилган усулда имплантларни қўллаш чов чурралари қайталанишининг профилактикасига киради. Қийшиқ чов чурраларида чов канали орқа деворини пластика қилиш бир вақтнинг ўзида келажакда ривожланиши мумкин бўлган тўғри чов чурралари юзага келишини ҳам олдини олади.

Беморлар яшаш сифатининг таҳлили шуни кўрсатдики, чов чурраларини даволашнинг мақбул усулини танлашга комплекс ёндашувнинг қўлланилиши “аъло” ва “яхши” натижалар улушини 73,6% дан 90,2% гача ошириб, қониқарсиз натижалар частотасини 9,7% дан 2,4% гача қисқартириш имконини берди.

Ўтказилган тадқиқот натижаларини таҳлил қилиб, чов чурраларининг “таранглашмаган” герниоаллопластикаси “таранглашган” усулларда бажарилган операцияларга нисбатан юқори клиник самарага эга эканлигини хулоса қилиш мумкин.

ХУЛОСА

Чов чурраси бўлган беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида биз томонимиздан бир қатор клиник тадқиқотлар ўтказилди.

Тадқиқот 2013 – 2022 йй. давомида Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида чов чурраси туфайли амалиёт ўтказган беморларнинг текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Проспектив динамик фаол тадқиқот ўтказиш учун 234 нафар ҳолат саралаб олинди. Бу эрака жинсли турли хилдаги чов чурраси билан беморлар бўлди. Барча беморлар режали равишда операция қилинди ва даволаш тактикасини танлашга қараб беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи таққослаш гуруҳи, анъанавий усуллар билан герниоаутопластика ўтказилган чов чурраси билан бўлган 96 (41,0%) нафар бемордан иборат бўлди. Иккинчи, асосий гуруҳ 138 (59,0%) нафар бемордан иборат бўлиб, улардан 63 (45,6%) нафари Лихтенштейн усули бўйича чов герниоаллопластикасини, ҳамда 75 (54,4%) нафари биз таклиф қилган ўзгартирилган усул бўйича операция ўтказган.

Беморларни гуруҳларга бўлиниши тасодифан амалга оширилди. Операция қилган герниолог жарроҳларнинг тажрибаси 5 йилдан ортиқ эди. Амалга оширилган операциялардан кейинги кузатув даври 6 ойдан 3 йилгача бўлди.

Асосий гуруҳдаги 103 (74,6%) нафар беморга «Линтекс» фирмасининг стандарт монофиламентли Эсфил тўрсимон протезлари ва 35 (25,4%) нафар беморга «Physiomesher», ёки «Prosid» (Ethicon) композитли тўрсимон имплантлари қўлланилди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда (n=96) чуррани кесишда чов каналини пластика қилиш учун Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский (n=27 (28,1%)) ва Постемпский (n=69 (71,9%)) усулларида анъанавий мушак-апоневротик "таранглашган" пластикасида фойдаланилди.

Гуруҳлардаги беморлар ёши, касаллик давомийлиги, чов чуррасининг тури, унинг локализацияси, оғриқсизлантириш тури, чурра қопига ишлов бериш усули бўйича турлича бўлди.

122 (52,1%) нафар бемор 50 ёшдан катталар бўлиб, уларнинг 76 (55,1%) асосий гуруҳдаги, ҳамда 46 (47,9%) нафари таққослаш гуруҳидаги беморларни ташкил этди.

Тадқиқот гуруҳларининг иккаласида ҳам беморларнинг ўртача ёши статистик жиҳатдан ишончли даражада таққосланадиган бўлди: асосий гуруҳда – $45,4 \pm 0,3$ ёш, таққослаш гуруҳида – $46,3 \pm 1,0$ ёш ($p > 0,05$).

Операция қилинган беморларда юрак ишемик касаллиги, аорта ва бош мия қон томирлари атеросклерози, симптоматик гипертензия, сурункали бронхит ва семизлик каби ҳамроҳ касалликлар энг кўп аниқланди: асосий гуруҳда – 32,1% ва таққослаш гуруҳида – 34,3%.

Бўй узунлиги ва тана вазни каби бир қатор жисмоний хусусиятларга кўра, операция қилинган беморларнинг иккала гуруҳини таққослаш мумкин: асосий гуруҳда беморларнинг 55,6% ида бўй узунлиги 180 см гача, 53,4% ида тана вазни 75-85 кг гача бўлган бўлса, таққослаш гуруҳида ушбу кўрсаткичлар мос равишда 58,9% ва 56,7% ни ташкил этди ($p > 0,05$).

Беморларнинг асосий қисмида касаллик давомийлиги бир йилгача бўлган гуруҳда бўлди – 81 (34,6%). Герниация даври тарихига кўра, 14 (5,9%) нафар беморда касаллик 10 йилдан ортиқ вақт давомида кузатилган. Бу асосий гуруҳдаги – 11 (7,9%) беморда ва таққослаш гуруҳида – 3 (3,1%) беморда аниқланган (2.2-жадвал). Гуруҳлардаги беморларда герниация вақтининг статистик жиҳатдан сезиларли фарқлари аниқланмади ($p > 0,05$).

Барча беморларда режали оператив даволаш ўтказилган. Бизнинг тадқиқотимизда шошилишч операцияни талаб қилувчи қисилган чов чурраси билан беморлар киритилмаган.

Операция қилинган беморлар орасида ўнг томонлама чов чурралари устунлик қилди: 62,7% - асосий гуруҳда ва 56,4% – таққослаш гуруҳида ($p > 0,05$). 22 (9,4%) ҳолларда қайталанган чурралар аниқланди: асосий

гуруҳда 13 (9,4%) нафар, ҳамда таққослаш гуруҳида 9 (9,4%) нафар бемор ($p < 0,05$).

Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усули фақат қийшиқ чов чурраларида, Постемпский усули ҳам тўғри, ҳам қийшиқ чов чурраларида бажарилган. Беморларнинг асосий гуруҳида барча беморлар, яъни қийшиқ ва тўғри чов чурраларида чов каналининг орқа девори Лихтенштейн, ҳамда биз томонимиздан модификациялаштирилган "таранглашмаган" чов герниоаллопластикаси ёрдамида мустаҳкамланди. Қийшиқ ва тўғри чов чурраларида патологик бўртган ҳосиланинг асосий сабаби чов канали орқа деворининг зайифлиги ҳисобланади, шу сабабли барча пластика усуллари уни мустаҳкамлашга қаратилган бўлиши лозим. Шундан келиб чиқиб, қайталанган чов чурраларида фақат чов каналнинг орқа девори Постемпский, ёки "таранглашмаган" усул ёрдамида мустаҳкамланди.

Туғма чов чурралари 12 (5,1%) нафар ҳолатда аниқланди, улардан 7 (7,3%) ҳолатда Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида пластика, 5 (3,6%) ҳолатда чов каналининг герниоаллопластикаси модификациялашган «таранглашмаган» усулда бажарилди.

Сирпанувчи чурралар 13 (5,5%) нафар беморларда аниқланди. Чурра дарвозаси (ташқи чов ҳалқаси) ўлчамлари 1,5 дан 5 смгача бўлди Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усулида пластика қилинган беморларнинг кўпчилигида чов канали ташқи ҳалқаси 1,5 смгача кенгайган - 9 (33,3%); Постемпский усулида пластика ўтказган беморларнинг кўпчилигида ташқи чов ҳалқаси 3,5 – 4,0 смгача кенгайиши мос равишда 25 (36,2%) ва 23 (33,3%) ҳолатда; Lichtenstein ва модификациялаштирилган усулда “таранглашмаган” усулда пластика ўтказган беморларнинг асосий қисмида ташқи чов ҳалқаси 95 (68,8%) ҳолатда 3,0 ва 4,0 смгача кенгайганлиги аниқланди. 3,0 смдан катта чурра дарвозаси билан Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский усулида операция 22 (81,5%) нафар беморда ўтказилган бўлса, 6,0 см дан катта чурра дарвозаси билан беморларнинг 60 (86,9%) нафарида Постемпский бўйича, 56 (88,9%) нафарида Lichtenstein усули бўйича, ҳамда

52 (69,3%) нафарида модификациялашган “таранглашмаган” усулда чов герниоаллопластикаси бажарилган.

Қийшиқ чов чурраси билан бўлган беморларнинг умумий сони 179 (76,5%) нафарни ташкил этди. III А типли (тўғри чов чурраси) чурра билан беморлар 46 (19,6 %) нафар, қайталанган чов чурраси 22 (9,4%) ҳолатда аниқланди. Ўрганилаётган гуруҳларда чурра тури бўйича ўтказилган статистик таҳлилга асосланиб, уларни бир ҳил деб ҳисоблаш мумкин ($p_{\chi^2} > 0,05$).

Чов чурралари чов-ёрғоқ соҳасидаги чуррасимон бўртманинг мавжудлиги билан тавсифланади, кўпинча оғриқ синдроми ва диспептик бузилишлар билан намоён бўлади, бу жисмоний фаоллик ва беморлар иш қобилиятининг пасайишига олиб келади.

Вертикал ва горизонтал ҳолатларда (2.2 – расм), текширув давомида чурранинг катталиги, унинг таркиби, тўғриланиш даражаси, операциядан кейинги эски чандиқлар, лигатурали оқмалар, мацерация ва дерматит мавжудлиги аниқланди. Тўғриланадиган чов чурраларида чурра дарвозасининг ўлчамлари вертикал ва горизонтал ҳолатларда ўрганилди.

Анамнез йиғишда чурранинг давомийлиги, қисилишлар бўлган, ёки бўлмаганлиги, ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги ва хусусиятлари аниқланди.

Беморларга тана вазнини, бўй узунлигини ўлчаш, тана массаси индексини ҳисоблашни ўз ичига олувчи антропометрия ўтказилди.

Чов чурраларини даволашнинг бевосита натижалари барча беморларда ретроспектив ва проспектив тадқиқ этилди. Операциядан кейинги эрта давр кечишини клиник баҳолаш ўтказилди.

Барча беморларга умумий қон (гематологик анализатор «Abacus junior «В», Швейцария) ва сийдик таҳлили, қон гуруҳи ва резус омилни аниқлаш, қонни Вассерман реакцияси, гепатит В ва С, ОИВ – инфекциясига текшириш ўтказилди.

Қуйидаги биокимёвий кўрсаткичлар аниқланди: қондаги умумий оксил

(кўрсатмалар бўйича оксил фракциялари), билирубин, трансаминазалар, креатинин, мочевино, қон электролитлари («Stat Fax 3300» биокимёвий анализатор, АҚШ).

Қон ивиши ва қон ивишига қарши тизимларни баҳолаш тромбоцитлар сони, фибриноген кўрсаткичлари, халқаро нормаллаштирилган муносабатлар (МНО), қон ивиш вақти ва қон кетиш давомийлигига кўра ўтказилди, кўрсатма бўйича коагулограмма ўтказилди.

Қондаги глюкоза барча беморларга аниқланди, қандли диабет билан беморларда қўшимча равишда сийдикдаги шакар ва ацетонни аниқлаш, глюкозани суткалик мониторинги ўтказилди.

Беморларга ЭКГ поликлиникада ўтказилди. Кўрсатмаларга кўра операциядан олдин юрак-қон томир патологиясини коррекция қилиш учун даво олган беморларда касалхонада такрорий ЭКГ текшируви ўтказилди («ЭКГ-ЭК- 1Т-07» электрокардиографи). Ташқи нафас фаолиятини ўрганиш катта чов чурралари ва оғир юрак-қон томир, ўпка патологияси бўлган беморларда амбулатория шароитида, кўрсатмаларга мувофиқ бажарилди.

Барча беморларда текширувнинг амбулатор босқичида кўкрак қафаси рентгенограммаси ўтказилди. Чов чурраси бўлган беморларда "сурункали" ичак тутилиши белгилари билан беморларда, кўрсатмаларга кўра, ошқозон-ичак трактининг рентген текшируви ўтказилди (қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси ва рентген контрастли текшируви). Кўрсатмаларга кўра, компьютер томографияси ("TOSHIBA" томографи) амалга оширилди.

Шунингдек, барча беморларга қорин бўшлиғи ҳамроҳ хирургик касалликларини аниқлаш учун, операциядан олдинги даврда, амбулатор шароитда УТТ текшируви ўтказилди. Чов чурраси билан беморларда ташхис қўйиш учун қийинчиликлар кузатилмади. Касаллик анамнези ва шикоятларини инобатга олган ҳолда, чов соҳаси, қорин девори ва ёрғоқни кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш вақтида пластика бажарилиши лозим бўлган соҳа нуқсони аниқланди. Чов чурраси ташхислашнинг ўзига хос хусусиятлари кичик ўлчамдаги чурралар ва семизлик билан беморларда

кузатилди. Ташхисни тасдиқлаш учун чов – ёрғоқ соҳасининг ултратовуш текшируви ўтказилди.

Шундай қилиб, кичик чурраларда гарчи беморлар чов соҳасидаги доимий, ёки даврий оғриқлардан шикоят қилсалар ҳам апоневроздаги нуқсонни аниқлашнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмади. Семизлик билан беморларда тери ости ёғ тўқимасининг яққол ривожланганлиги туфайли кенгайган чов каналининг ташқи халқасини, ҳамда йўтал турткиси симптомини аниқлаш қийинчилик туғдирди.

УТТ Aloka SSD-1700 қурилмаси ёрдамида бажарилди. Ушбу усул чурра халтаси ва чурра элементини кўриш, чурранинг тўғриланиши ва унинг сирпанувчанлик хусусиятини аниқлаш, чов канали орқа девори ҳолати, чов оралиғи баландлиги ва ички чов халқаси диаметрини баҳолаш имконини берди. УТТ ёрдамида чурраларни мойк истискоси, мойк ўсмаси ва чов соҳа лимфаденити билан қиёсий ташхислаш ҳам ўтказилди.

Операциядан олдин беморларда LOGIQ–5 қурилмасининг 9 MHz ли датчиги ёрдамида ултратовушли доплер рангли хариталаш орқали мойк артерияларидаги қон оқиш тезлиги, пулсацион индекс ва резистентлик индекси аниқланди. Худди шу беморларда такрорий ултратовуш текшируви 3 ойдан кейин ўтказилди ва натижалар таққосланди.

Гигант ва кўп маротаба қайталанган чов чурраси билан беморларда чов соҳаси ҳолатини баҳолаш учун, қорин бўшлиғи ва чов соҳасидаги онкологик касалликларга гумон бўлганда 50 ёшдан 70 ёшгача беморларда компютерли томография текшируви ўтказилди. Сканерлаш «TOSHIBA» фирмасининг 128 кесимли Toshiba Aquilion 128 қурилмасида ўтказилди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда (n=96) герниотомияда чов каналини пластика қилиш учун Жирар – Спасокукоцкий – Кимбаровский (n=27 (28,1%)) ва Постемпский (n=69 (71,9%)) бўйича анъанавий “таранглашмаган” мушак – апоневротик пластика усули қўлланилди. Асосий гуруҳдаги беморларга (n=138) Lichtenstein (45,6%) усулида ва биз томонимиздан

модификацияланган усулда (54,4%) “таранглашмаган” герниоаллопластика бажарилди.

Lichtenstein бўйича ўтказилган герниоаллопластиканинг “таранглашмаган” усули анъанавий чов герниопластикалари орасида ўзининг яққол усутунлигини кўрсатди. Операциядан кейинги асоратлар частотаси етарлича қисқарди (13,5% дан 11,1% гача). Лекин, айрим ҳолатларда чов бойлами шу даражада толаланган бўладик, бунда протезни маҳкамлаш учун мустаҳкам жой бўла олмайди. Уни маҳкамлаш учун қўшимча жой талаб қилинади. Бунинг учун кўпгина муаллифлар тавсия қилганидек Соорер бойламининг қўлланилиши муаммони қисман бартараф этса, Козловнинг сохта чов бойламини шакллантириш, ёки Fletching нинг “уч қаватли тўр” қўллаш усули техник жиҳатдан жуда мураккаб ҳисобланади.

Юқорида кўрсатилган камчиликлар ва операциядан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни ҳисобга олиб, биз “таранглашмаган” герниоаллопластиканинг модификациялашган усулини ишлаб чиқдик, ҳамда амалиётга жорий қилдик. Чов чурраларининг хавфсиз ва самарали усулини ишлаб чиқишда ушбу усулнинг мақсади тўрли имплантни қотиришнинг тавсия этилган усули орқали чов канали олдинги ва орқа деворини мустаҳкамлаш, қайталанишларни олдини олиш ва операциядан кейинги асоратларни камайитириш, касалларни эрта фаоллаштириш ва эрта реабилитация қилишдан иборат.

Тўр имплантациясининг чов каналининг олдинги ва орқа деворларига бир вақтнинг ўзида маҳкамланиши туфайли техник қийинчиликларнинг олди олинди, шунингдек, бу жарроҳлик аралашувининг давомийлигига салбий таъсир кўрсатмади. Аксинча, операциянинг ушбу босқичи Lichtenstein усули билан солиштирилганда деярли икки маротаба, $17,4 \pm 0,5$ дақиқадан $9,6 \pm 0,7$ дақиқাগача қисқарди. Умуман, модификациялаштирилган “таранглашмаган” герниоаллопластикада пневматик найсимон қурилма (Фолей катетери) нинг қўлланилиши операциянинг умумий вақтини $67,4 \pm 5,6$ дан $41,6 \pm 3,8$ дақиқাগача қисқартирди ($p < 0.001$).

Чов чуррасини даволашнинг комбинациялашган усули бир вақтнинг ўзида бир нечта вазифани ҳал этиш, яъни горизонтал текисликка параллел равишда тўқималарни осон тикиш ҳисобига чов канали деворларига маҳкамлаш, чов канали деворларини мустаҳкамлаш ва уруғ тизимчасини кузатилиши мумкин бўлган ташқи маиший травмалардан ҳимоя қилиш, «Physiomesha», ёки «Prosida» (Ethicon) имплантатлари қўлланилганда протез ва уруғ тизимчаси орасида ривожланувчи кучли бириктирувчи тўқималар ўсишини олдини олиш ва шу орқали репродуктив ёшдаги беморларда уруғ чиқариш йўли чандикли ўзгаришларини бартараф қилиш, уруғ тизимчаси веноз тизимидаги веноз димланишни камайтириш ва операциядан кейинги даврда ёрғоқ шишини олдини олиш, ҳамда беморларни эрта реабилитацияси имконини беради.

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин:

Чов чурралари хирургик давосининг тактик ва техник жиҳатлари такомиллаштирилган алгоритмнинг қўлланилиши умумий операциядан кейинги асоратлар частотасини 13,5% дан 7,2% гача ($p=0,045$), операциядан кейинги эрта асоратларни қайта жарроҳлик йўли билан бартараф этиш частотасини 7,3% дан 5,1% гача қисқартириб, протезловчи чов герниоаллопластикасидан кейин операция давомийлиги, реабилитация даври, ҳамда стационар давонинг умумий муддатини қисқартириш имконини берди.

“Таранглашган” чов герниопластикаси ўтказган беморларда клиник кўрсаткичлар динамикаси қиёсий баҳоланганда уларнинг секин нормаллашиши кузатилди. Асосий гуруҳда наркотик аналгетикларни қўллашни талаб этувчи кучли оғриқ синдромининг давомийлиги $0,7 \pm 0,05$ сутка, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич $2,1 \pm 0,6$ суткани ташкил этган бўлса, нонаркотик оғриқсизлантирувчи воситаларнинг қўллаш давомийлиги асосий ва таққослаш гуруҳида мос равишда $1,1 \pm 0,05$ ва $3,1 \pm 0,6$ суткани ташкил этди. Натижалар статистик жиҳатдан аҳамиятли ҳисобланади ($P < 0,05$). Эрталабки кўрик вақтида шикоятлар бўлмаганда беморларни юришига рухсат бериш,

яъни фаоллаштириш муддати асосий гуруҳда $0,6 \pm 0,01$ кунни, ҳамда таққослаш гуруҳида $1,2 \pm 0,3$ кунни ташкил этди. Ўртача олганда, “таранглашган” ва “таранглашмаган” операция усулларида кейин беморлар, мос равишда $9,5 \pm 1,0$ ва $3,6 \pm 0,5$ кунгача шикоят билдиришди. Шунингдек, беморларни фаоллаштириш муддатлари бўйича Lichtenstein усулида “таранглашмаган” пластика, ҳамда модификациялашган “таранглашмаган” чов герниоаллопластикаси анъанавий “таранглашган” чов герниоаутопластикасидан устунлигини кўрсатди.

Чов чурраларини жарроҳлик даволашга комплекс ёндашув операциядан кейинги кечки муддатлардаги специфик асоратларни, яъни чурра қайталанишини таққослаш гуруҳидаги 8,5% дан асосий гуруҳда 1,7% гача қисқартириш имконини берди.

Ноадекват пластика, бир турда бўлмаган тўқималарнинг тикилиши, чов каналининг нуқсонлари, чов каналини ҳосил қилувчи тўқималарда ёш ўтиши билан юзага келувчи ўзгаришлар чов чурралари қайталанишининг асосий хавф омили бўлиб хизмат қилади. Чов канали орқа девори пластикасини бажариш, чов ички халқасини торайтириш, кўндаланг фасцияни яхшилаб тикиш, Постемпский усули бўйича пластика қилишда қорин ташқи қийшиқ мушаги апоневрозини қов дўмбоғига тикиш, чов каналини ҳосил қилувчи тузилмаларда яққол ўзгаришлар бўлганда ўзгартирилган усулда имплантларни қўллаш чов чурралари қайталанишининг профилактикасига киради. Қийшиқ чов чурраларида чов канали орқа деворини пластика қилиш бир вақтнинг ўзида келажақда ривожланиши мумкин бўлган тўғри чов чурралари юзага келишини ҳам олдини олади.

Беморлар яшаш сифатининг таҳлили шуни кўрсатдики, чов чурраларини даволашнинг мақбул усулини танлашга комплекс ёндашувнинг қўлланилиши “аъло” ва “яхши” натижалар улушини 73,6% дан 90,2% гача ошириб, қониқарсиз натижалар частотасини 9,7% дан 2,4% гача қисқартириш имконини берди.

Ўтказилган тадқиқот натижаларини таҳлил қилиб, чов чурраларининг “таранглашмаган” герниоаллопластикаси “таранглашган” усулларда бажарилган операцияларга нисбатан юқори клиник самарага эга эканлигини хулоса қилиш мумкин.

ХУЛОСАЛАР:

1. Омиллар таҳлили натижасида Lichtenstein операциясида қоникарсиз натижаларнинг (қайталаниш 7,2%) асосий сабаби имплантнинг тўқималардаги дистрофик – дегенератив ўзгаришлар сабабли қотириш нуқталаридан силжиши, ёки узилиши бўлса, аутопластикадан кейин (қайталаниш 13,5%) чоклар етишмовчилиги эканлиги аниқланди.

2. Эндопротезни бир вақтнинг ўзида чов каналининг олдинги ва орқа деворига имплантация қилиш орқали бажариладиган герниоаллопластиканинг такомиллаштирилган таранглашмаган усулида чурра қайталаниши, имплантнинг уруғ тизимчаси элементлари билан ёпишиши, ҳамда ёрғоқ шишининг олди олинади.

3. Чов учбурчагидаги тўқималар ҳолатига кўра герниоаллопластиканинг таранглашмаган усулини танлаш алгоритмининг қўлланилиши операциядан кейинги асоратлар умумий частотасини 13,5% дан 7,2% гача камайтириш имконини берди ($p=0,045$).

4. Таранглашмаган герниоаллопластика - Lichtenstein операцияси, ҳамда унинг такомиллаштирилган усулининг қўлланилиши хусусий асоратларни, жумладан чурра қайталанишини таққослаш гуруҳидаги 8,5% дан асосий гуруҳда 1,7% гача камайтириб, реабилитация сифатини яхшилаш имконини берди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Чов каналининг орқа деворидаги яққол ўзгаришлар билан бўлган чурраларда комбинациялашган усулда, бир вақтнинг ўзида чов каналининг ҳам олдинги, ҳам орқа деворига эндопротез имплантацияси билан бажариладиган таранглашмаган герниоаллопластика ўтказиш тавсия этилади. 50 ёшгача бўлган, репродуктив ёшдаги беморларда ноадгезив қопламали «Physiomesb», ёки «Prosib» (Ethicon) композит тўрли имплантларини, 50 ёшдан катта беморларда эса, стандарт тўрсимон полипропилен имплантатларни (Линтекс, Эсфил) қўллаш тавсия этилади.

2. Чов чурраси билан беморларда чурра халтасини бўйинчасидан тикиш босқичида қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишини олдини олиш учун пневматик найсимон қурилманинг қўлланилиши операция бажариш техникасини яққол осонлаштиради.

3. Чов герниоаллопластикаси ўтказган беморлар яшаш сифатини баҳолаш учун жисмоний, руҳий ва ижтимоий реабилитациянинг объектив ва субъектив белгиларини аниқлашни ўз ичига олган тавсия этилган дастурни қўллаш тавсия этилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абалян, А.К. Особенности соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и степенью тяжести дисплазии соединительной ткани [Текст] / Абалян А.К., А.Н. Айдемиров, Е.В. Машурова // Первый всероссийский съезд герниологов. - Москва, 2016. - С. 8-9.
2. Алиев Р.А. Исследование объема брюшной полости у больных с вентральными грыжами до и после герниопластики [Текст] / Р.А. Алиев, Г.Д. Одишелашвили // Вестник герниологии. – 2015. – Вып. 7. – С. 112-115.
3. Ануров, М.В. Влияние структурных и механических свойств сетчатых протезов на эффективность пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Ануров. – М., 2014. – 50 с.
4. Атензионная пластика - современное состояние вопроса, проблемы и перспективы [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – №3. – С. 612 - 618.
5. Барт, И.И. Особенности ассоциации соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки и полиморфизма генов матриксных металлопротеиназ [Текст] / И.И. Барт, И.С. Иванова, В.А. Лазаренок // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 2. – С. 28-34.
6. Белково-тромбоцитарные покрытия для сетчатых материалов в герниопластике [Текст] / И.В. Крайник [и др.] // Материалы Междунар. конф. «Трудные грыжи». – М., 2012. – С. 30.
7. Борисова, И.Ю. Оценка частоты рецидивов после операций грыжесечения в зависимости от индивидуальных особенностей соединительной ткани пациентов [Текст] / И.Ю. Борисова, Л.Е. Славин и соавт. // Мат. 10-й конф. "Актуальные вопросы герниологии". – Москва, 2013. – С. 25-26.
8. Бондарев, В.А. Рецидивы протезирующей герниопластики

[Текст] / В.А. Бондарев // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2012. – С. 43–45.

9. Ботезату, А.А. Комбинированная пластика грыж передней брюшной стенки с использованием аутодермального трансплантата [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Ботезату. – М., 2012. – 37 с.

10. Бубович, Е.В. Патогенетический подход к периоперационному мониторингу интраабдоминального давления у пациентов с большими и гигантскими грыжами [Текст] / Е.В. Бубович, В.В. Дарвин, Н.А. Барбашинов // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 32 -34.

11. Володькин, В.В. Паховые грыжи, причины возникновения, современные способы лечения, профилактика рецидивов [Текст] / В.В. Володькин, Н.Г. Харкевич // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2013. – Т. 12. – № 4. – С. 51-58.

12. Власов, А.В. Проблема раневых осложнений при эндопротезировании брюшной стенки по поводу вентральных грыж [Текст] / А.В. Власов, М.В. Кукош // Современные технологии в медицине. – 2013. – №5(2). – С.116-124.

13. Власов, И.С. Прогнозирование вероятности развития сером при эндопротезировании вентральных грыж [Текст] / И.С. Власов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №2. – С. 40.

14. Влияние экзогенных эмбриональных фибробластов на соотношение коллагена I и III типов в тканях парапротезной капсулы у мышей [Текст] / И.С. Иванов [и др.] // Цитология. – 2012. – Т. 54, №10. – С. 783-789.

15. Возможности и преимущества бесшовной пластики брюшной стенки с применением различных синтетических эндопротезов (экспериментальное исследование) [Текст] / В.А. Ходак [и др.] // Современные технологии в медицине. – 2012. – №2. – С.31-36.

16. Возможные предикторы и морфологические аспекты развития

серомы после пластики грыжи передней брюшной стенки [Текст] / В.И. Белоконев [и др.] // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 17-19.

17. Восстановление функций мышц живота после реконструктивной герниопластики [Текст] / Р.И. Райляну [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 130-132.

18. Галкин Р.А. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение [Текст]: монография / Р.А. Галкин, И.Г. Лещенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2013. – 372 с.

19. Гафаров, Г.Н. Выбор синтетического материала для герниопластики (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Н. Гафаров. – Курск, 2015. – 19 с.

20. Герниология: практическое руководство [Текст] / С.А. Колесников [и др.]: под общ. ред. С.А. Колесникова. – Белгород: Белгородская областная типография, 2014. – 276 с.

21. Гигантская пахово-мошоночная грыжа [Текст] / С.В. Иванов [и др.] // Новости хирургии. – 2015. – №2. – С. 226 -230.

22. Гривенко, С.Г. Возможные пути уменьшения местной реакции тканей на полипропиленовый сетчатый эндопротез при его имплантации в ткани передней брюшной стенки [Текст] / С.Г. Гривенко // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 39-41.

23. Гуляев, М.Г. Динамика результатов при лечении больных грыжами в зависимости от способа операции [Текст] / М.Г. Гуляев // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. – №1-2. – С. 116-119.

24. Дженг, Ш. Хирургическая тактика лечения больных с паховыми грыжами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш. Дженг. – Москва, 2015. – 17 с.

25. Зайнутдинов, А.М. Лапароскопическая герниопластика и качество жизни больных с использованием различных сеток [Текст] / А.М. Зайнутдинов, Р.Ю. Якубов // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 53-54.

26. Защита кишечника от контактной травмы при внутрибрюшной пластике [Текст] / Е.П. Кривошеков [и др.] // Вестник хирургии Казахстана: тез. III конгресса хирургов Казахстана с Международным участием «Инновации в хирургии». – 2012. – С. 252.

27. Иванов, И.С. Стратегия выбора способа пластики грыж передней брюшной стенки (экспериментально-клиническое исследование): дис. ... докт. мед. наук. / И. С. Иванов. – Курск, 2013. – 267 с.

28. Измайлов, А.Г. Методы профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений после оперативных вмешательств по поводу ущемленных послеоперационных вентральных грыжах у больных с сахарным диабетом / А.Г. Измайлов, С.В. Доброквашин, Д.Е. Волков // Альманах ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. – 2015. – №2. – С. 604-605.

29. Инфекционно-воспалительные осложнения и их профилактика при вентральных грыжесечениях с использованием сетчатых эндопротезов [Текст] / А.Н. Айдемиров [и др.] // Актуальные вопросы герниологии: материалы 10-й конф. – М., 2013. – С.13-15.

30. Исаев, Г.Б. Динамика внутрибрюшного давления и ее влияние на функцию внешнего дыхания в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу больших вентральных грыж [Текст] / Г.Б. Исаев, Н.З. Мусаева // Центральнo-Азиатский медицинский журнал имени М. Миррахимова. – 2015. – Вып. 21, №1. – С. 101-104.

31. Использование клеточных технологий с целью улучшения свойств соединительной ткани в эксперименте [Текст] / И.С. Иванов [и др.] // Новости хирургии (Витебск). – 2012. – Т. 20, №4. – С. 3-8.

32. К оценке лечения ущемленных грыж [Текст] / В.В. Рыбачков [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С.134-136.

33. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т. Лапароскопическая герниопластика в хирургическом лечении паховых грыж // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – №. 2. Стр. 113-119.

34. Клеменов, А.В. Наследственные нарушения соединительной ткани: современный подход к классификации и диагностике (обзор) [Текст] / А.В. Клеменов, А.С. Суслов // Современные технологии в медицине. – 2014. – Т. 6. – № 2. – С. 127-137.

35. Клинический опыт хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением [Текст] / О.В. Галимов [и др.] // Материалы Междунар. конф. «Трудные грыжи». – М., 2012. – С. 1–2.

36. Козлов, М.Н. К вопросу о профилактике ранних послеоперационных осложнений при вентральных грыжах [Текст] / М.Н. Козлов, С.А. Иванов, Е.П. Кривошеков // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С.72-74.

37. Кривошеков, Е.П. Хирургия вентральных грыж [Текст] / Е.П. Кривошеков. – Самара: СамЛюксПринт, 2014. – 152 с.

38. Критерии прогнозирования грыжевой болезни [Текст] / И.С. Иванов [и др.] // Материалы 10-й конф. «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С.61-63.

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

40. Лапароскопические пластики вентральных грыж [Текст] / И.А. Криворучко [и др.] // Сучасні медичні технології. – 2012. – №4. – С.30-32.

41. Легкие или композитные эндопротезы для герниопластики: выбор материала на основании экспериментального изучения их биосовместимых свойств [Текст] / А.А. Нетяга [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №5. – С. 370.

42. Маркова, Я.А. Выбор способа герниопластики послеоперационного ведения пациентов с вентральными грыжами [Текст] / Я.А. Маркова // Новости хирургии. – 2012. – Т.20, №5. – С. 24-31.

43. Морфология интегрирования синтетической сетки при пластике

брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Клиническое исследование [Текст] / А.С. Ермолов [и др.] // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С. 51-53.

44. Мохов, Е.М. О Рецидивах заболевания и качестве жизни пациентов после операций устранения грыж передней брюшной стенки с использованием биологически активного хирургического шовного материала [Текст] / Е.М. Мохов, Н.Г. Евтушенко // Хирургическая практика. – 2013. – №3. – С.60-64.

45. Мохов, Е.М. Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки [Текст] / Е.М. Мохов, Н.Г. Евтушенко, А.Н. Сергеев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5(4). – С. 648-654.

46. Насибян, А.Б. Выбор способа операции у больных с рецидивной паховой грыжей после аутопластических и протезирующих грыжесечений: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б. Насибян. – Самара, 2014. – 21 с.

47. Ненатяжная интраперитонеальная пластика с помощью клеевой композиции [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5(1). – С. 76-79.

48. Ненатяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – №5. – С. 74-79.

49. Нетяга А.А. Сравнительное экспериментальное исследование биомеханических свойств стандартных, легких и композитных эндопротезов для пластики брюшной стенки после их имплантации [Текст] / А.А. Нетяга, А.О. Парфенов, В.А. Жуковский // Фундаментальные исследования. – 2013. – №9-5. – С. 875-880.

50. Овчинников, В.А. Абдоминальный компартмент синдром [Текст] / В.А. Овчинников, В.А. Соколов // Современные технологии в медицине. – 2013. – №5(1). – С.122-129.

51. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки [Текст] / Ю.С. Винник [и др.]. – Красноярск, 2011. – 260 с.
52. Осложнения хирургического лечения вентральных грыж [Текст] / В.А. Самарцев [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 136-137.
53. Особенности иннервации прямых мышц живота у людей с различными типами телосложения [Текст] / А.А. Скипидарников [и др.] // Человек и Его Здоровье. – 2013. – №1. – С.21-26.
54. Островский В.К., Филимончев И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Хирургия. – 2010. – №. 3. – С. 45-48.
55. Островский, В.К. Рецидивные паховые грыжи [Текст] / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2013. – №3. – С. 110- 112.
56. Паршиков, В.В. Протезирующая пластика брюшной стенки в лечении вентральных и послеоперационных грыж: классификация, терминология и технические аспекты (обзор) [Текст] / В.В. Паршиков // Современные технологии в медицине. – 2015. – Т. 7, №. 2. – С. 138-152.
57. Патогенез и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при больших вентральных грыжах [Текст] / В.Г. Лубянский [и др.] // Хирургия. – 2008. – №1. – С. 30-32.
58. Петренко, Д.Г. Определение риска возможного абдоминального компартмент-синдрома при мультиспиральной компьютерной томографии у пациентов с вентральными грыжами [Текст] / Д.Г. Петренко, Е.П. Шармазанова, А.Н. Бортный // Радиология - Практика. – 2014. – № 6 (48). – С.31-39.
59. Петров, В.В. Ненатяжная интраперитонеальная пластика брюшной стенки композитными эндопротезами (экспериментальное исследование) [Текст] / В.В. Петров // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №2. – С.161-170.
60. Пискунов, А.С. Выбор операции у больных с паховыми грыжами

с учетом дисплазии соединительной ткани: дис. ... канд. мед. наук / А.С. Пискунов. – Пермь, 2011. – 96 с.

61. Пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами с помощью клея в эксперименте [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // СТМ. – 2013. – №5(2). – С.14-19.

62. Пономарева Ю.В. Оперативное лечение вентральных грыж с позиции морфологии регенеративных процессов / Ю.В. Пономарева. – дисс. докт. мед. наук. – Москва, 2018. – 320 с.

63. Применение клеевых композиций в герниологии [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Медицинский альманах. – 2012. – №2 (21). – С.261-264.

64. Протасов, А.В. Влияние материала имплантата при паховой герниопластике на репродуктивную функцию мужчин [Текст] / А.В. Протасов, И.В. Виноградов, А.В. Блохин // Материалы 9-й Всерос. конф. "Актуальные вопросы герниологии". – М., 2012. – С.175-176.

65. Протезирующие операции при рецидивной грыже передней брюшной стенки [Текст] / Н.А. Пострелов [и др.] // Актуальные вопросы герниологии: материалы XI конф. – М., 2014. – С. 100-102.

66. Профилактика и лечение инфекционных раневых осложнений при протезирующих грыжесечениях [Текст] / А.Г. Сонис [и др.] // Раны и раневая инфекция. Журнал им. проф. Б.М. Костиченко. – 2014. – Т. 1, №2. – С.16–23.

67. Профилактика раневых осложнений при имплантационной герниопластике [Текст] / О.В. Галимов [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 41-42.

68. Проявления дисплазии соединительной ткани в хирургической практике [Текст] / С.Н. Стяжкина [и др.] // Здоровье, демография, экология финноугорских народов. – 2012. – №2. – С. 77-80.

69. Ретромулярная пластика брюшной стенки сеткой [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – №7. – С.159-163.

70. Ретромышечная пластика брюшной стенки синтетическими эндопротезами по поводу грыж (обзор литературы) [Текст] / В.В. Паршиков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, №1. – С.213–218.

71. Роль экзогенных эмбриональных фибробластов в процессе коллагенообразования при имплантации синтетического протеза в эксперименте [Текст] / В.А. Лазаренко [и др.]. // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. – 2012. – №3. – С. 23-29.

72. Рыбачков, В.В. Влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани на показатели вариационной пульсометрии при грыжах передней брюшной стенки [Текст] / В.В. Рыбачков, Е.И. Россошанская, Н.М. Садиков // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С.110-112.

73. Садиков Н.М. К оценке результатов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки с синдромом дисплазии соединительной ткани: дис. ... канд. мед. наук / Н.М. Садиков. - Ярославль, 2017. - 125 с.

74. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения грыж передней брюшной стенки [Текст] / С.Ю. Винник [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – С. 24-30.

75. Современное состояние проблемы интраперитонеальной пластики брюшной стенки синтетическими эндопротезами [Текст] / Р.В. Романов [и др.] // Современные технологии в медицине. – 2012. – №4. – С.161-170.

76. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств [Текст] / И.Н. Пасечник [и др.] // «Доктор. Ру». Анестезиология и реаниматология. – 2015. – № 15 (116) - 16 (117). – С. 10-17.

77. Способ лечения вентральных грыж [Текст] / А.М. Мишустин [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – №1. – С. 68-73.

78. Способ ушивания раны при надрывной пластике полипропиленовой сеткой больших послеоперационных вентральных грыж

[Текст] / А.С. Мухин [и др.] // Новости хирургии. – 2013. – №21(1). – С.88-93.

79. Сравнительная морфология тканей при использовании протезов из полипропилена и поливинилденфторида [Текст] / С.В. Иванов [и др.] // Цитология (СПб.). – 2012. – Т. 54, №2. – С. 158-164.

80. Суковатых, Б.С. Лифтинг мышечно-апоневротических тканей гипогастральной области при лечении вентральных грыж больших размеров [Текст] / Б.С. Суковатых, Н.М. Валуйская, К.В. Герасимчук // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 142-143.

81. Султанов Р.Б. Оптимизация хирургической тактики паховых грыж у лиц старших возрастных групп // Дисс. на соиск. канд. мед. наук Душанбе – 2021. – С. 122.

82. Тактика периоперационного ведения пациентов пожилого и старческого возраста с послеоперационными вентральными грыжами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин [и др.] // Материалы VII конф. общих хирургов. – Красноярск, 2012. – С. 292-295.

83. Титова, Е.В. Экспериментально-клиническое обоснование ксенопластики вентральных грыж [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Титова. – Саранск, 2013. – 18 с.

84. Токтогулов, О.Ж. Полипропиленовая сетка в оперативном лечении больших и гигантских вентральных грыж [Текст] / О.Ж. Токтогулов // Медицина. – 2014. – №2. – С.2-4.

85. Упырев, А.В. О понятиях и терминах в современной герниологии (продолжение темы – 3) [Текст] / А.В. Упырев // Актуальные вопросы герниологии: материалы XI конф. – М., 2014. – С. 124–128.

86. Упырев, А.В. Современный подход к оценке результатов пластики брюшной стенки сеточными имплантатами при послеоперационной вентральной грыже: практические рекомендации [Текст] / А.В. Упырев // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 154.

87. Упырев, А.В. Хирургия послеоперационных грыж живота и

качество жизни оперированных больных [Текст] / А.В. Упырев, А.И. Хмельницкий, А.К. Васильев // Материалы 8-й конф. «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2011. – С.45-53.

88. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема [Текст] / И.И. Затевахин [и др.] // Хирургия. – 2015. – №9. – С.4-8.

89. Фатхутдинов, И.М. Полипропиленовые эндопротезы в хирургии ущемленных послеоперационных вентральных грыж [Текст] / И.М. Фатхутдинов // Казанский медицинский журнал. – 2012. – №3. – С. 541-544.

90. Федосеев, А.В. Влияние пропилена на перипротезные ткани пациента [Текст] / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, С.С. Авдеев // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 159-161.

91. Федосеев, А.В. Основные принципы безрецидивной хирургии грыж [Текст] / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. – М., 2012. – С. 206–208.

92. Федосеев, А.В. Принцип биологичности в хирургической тактике герниолога [Текст] / А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев // Материалы XI конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2014. – С.126-128.

93. Функционально ориентированное модульное лечение срединных грыж передней брюшной стенки [Текст] / Е.Н. Любых [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 94-95.

94. Хирургическое лечение обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Л.К. Куликов [и др.] // Новости хирургии. – 2013. – Т.21, №2. – С.37-44.

95. Чайкин, А.А. Отдаленные результаты и качество жизни больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / А.А. Чайкин // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 172 -174.

96. Чарышкин, А.Л. Способ герниопластики больших и гигантских

послеоперационных вентральных грыж [Текст] / А.Л. Чарышкин, А.А. Фролов // Фундаментальные исследования. – 2013. – №1 (1). – С. 100-103.

97. Черных, А.В. К вопросу о профилактике травматизации межреберных нервов при задней сепарационной герниопластике пупочных грыж [Текст] / А.В. Черных, Е.И. Закурдаев, М.П. Закурдаева // Новости хирургии. – 2016. – Т.24, №3. – С.234-239.

98. Чистяков, Д.Б. Результаты экспериментального изучения реакции брюшины на сетчатые эндопротезы [Текст] / Д.Б. Чистяков, К. Н. Мовчан, А.С. Ященко // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2015. – Сер.11, вып. 4. – С.18-24.

99. Чистяков, Д.Б. Технические аспекты хирургического лечения пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами [Текст] / Д.Б. Чистяков, А.С. Ященко // Актуальные вопросы герниологии: материалы XI конференции. – М.,2014. – С.145-147.

100. Чистяков, Д.Б. Эндовидеохирургичесие и традиционные технологии в лечении пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами [Текст] / Д.Б. Чистяков, А.С. Ященко // Материалы Международного форума «Многопрофильная клиника XXI века. Экстремальная медицина». – 2015. – С.309–310.

101. Чистяков, Д.Б. Эндовидеохирургическое лечение послеоперационных и вентральных грыж [Текст] / Д.Б. Чистяков, В.В. Стрижелецкий, А.С. Ященко // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2012. – №1. – С.242.

102. Шапошников Ю.Ю. Сравнительная оценка результатов операции Lichtenstein и традиционных способов аутопластики в плановой и экстренной хирургии паховых грыж // Автореферат дисс. на соиск. канд. мед. наук Астрахань – 2010. – С. 24.

103. Экспериментальная оценка эффективности способа профилактики раневых осложнений при имплантационной герниопластике [Текст] / В.В. Плечев [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013.

– №8(6). – С.171-173.

104. Эффективность эндовидеохирургической герниопластики при сложных формах паховых грыж [Текст] / В.В. Стрижелецкий [и др.] // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2012. – №1. – С. 243.

105. Юрасов, А.В. Способ оперативного лечения пупочных грыж, сочетающихся с диастазом прямых мышц живота [Текст] / А.В. Юрасов, Л.А. Абовян // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 184-185.

106. Юсупова Т.А. Дифференцированный подход к лечению послеоперационных вентральных грыж / Т.А. Юсупова. – дисс. канд. мед. наук. – Ставрополь, 2016. – 173 с.

107. A defect of the abdominal wall with intestinal fistulas after the repair of incisional hernia using Composix Kugel Patch [Text] / Tomohiro Kunishige [et al.] // International Journal of Surgery Case Reports. – 2013. – Vol. 4. – P. 793–797.

108. A meta-analysis comparing lightweight meshes with heavyweight meshes in lichtenstein inguinal hernia repair [Text] / C. Zhong [et al.] // Surgical Innovation. – 2013. – Vol. 1, №20. – P. 24-31.

109. A randomized, multi-centre, prospective, observer and patient blind study to evaluate a non-absorbable polypropylene mesh vs. a partly absorbable mesh in incisional hernia repair [Text] / A. Rickert [et al.] // Langenbecks Arch Surg. – 2012. – Vol.397, №8. – P. 1225-1234.

110. Abdominal wall dynamics after component separation hernia repair [Text] / J. Lisiecki [et al.] // Journal of Surgical Research. – 2015. – Vol. 193, №1. – P. 497-503.

111. Abdominal wall reconstruction: a case series of ventral hernia repair using the component separation technique with biologic mesh [Text] / K. Hood [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 205. – P.322–328.

112. Abdominal wall reconstruction with dual layer cross-linked porcine dermal xenograft: the “pork sandwich” herniorrhaphy [Text] / T.S. Satterwhite [et

al.] // J Plast Reconstr Aesthet Surg. – 2012. – Vol.65. – P. 333–341.

113. Bagul, Abhijit Guruprasad. Mesh Migration Causing Strangulated Intestinal Obstruction After Umbilical Hernia Repair [Text] / Abhijit Guruprasad Bagul, Mahendra Bendre // JMSCR. – 2015. – Vol.3, Issue 1. – P. 3986-3989.

114. Belldn J.M. Implicaciones de los nuevos diseños protesicos de baja densidad en la mejora de la reparacin de defectos hemiarios. Revision de conjunto. Cir Esp. 2009; 85: 268-273.

115. Berger, D. Operative therapie der narbenherni technische prinzipien [Text] / D. Berger, A. Lux // Chirurg. – 2013. – Vol. 84. – P. 1001–1011.

116. Biologic grafts for ventral hernia repair: a systematic review [Text] / N.J. Slater [et al.] // Am J Surg. – 2013. – Vol. 205, №2. – P. 220-230.

117. Biological meshes: a review of their use in abdominal wall hernia repairs [Text] / N.J. Smart [et al.] // Surg. – 2012. – Vol.10, №3. – P. 159-171.

118. Broderick, G. Dermal collagen matrices for entral hernia repair: comparative analysis in a rat model [Text] / G. Broderick, J. McIntyre, M. Noury et al. // Hernia. – 2012. – Vol. 16 (3). – P. 333-343.

119. Calaluce, R. Incisional hernia recurrence through genomic profiling: a pilot study [Text] / R. Calaluce, J.W. Davis, S.L. Bachman // Hernia. – 2013. – Vol. 17, №2. – P.193–202. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-012-0923-4>.

120. Carr, J.A. Abdominal compartment syndrome: a decade of progress [Text] / J.A. Carr // J. Am. Coll. Surg. – 2013. – Vol. 216. P. 135–146.

121. Carbonell, J.F. Risk factors associated with inguinal hernias: a case control study [Text] / J.F. Carbonell, J.L. Sanchez, R.T. Perus et al. // Eur. J. Surg. – 2013. – Vol. 159. – P. 481-486.

122. Central failures of lightweight monofilament polyester mesh causing hernia recurrence: a cautionary note [Text] / C.C. Petro [et al.] // Hernia. – 2015. – Vol. 19. – P. 155–159.

123. Central rupture and bulging of low-weight polypropylene mesh following recurrent incisional sublay hernioplasty [Text] / M. Zuvela [et al.] // Hernia. – 2014. – Vol. 18. – P. 135–140.

124. Coated meshes for hernia repair provide comparable intraperitoneal adhesion prevention [Text] / M.H. Schreinemacher [et al.] // Surg Endosc. – 2013. – Vol.27. – P. 4202-4209.

125. Comparative analysis of histopathologic effects of synthetic meshes based on material, weight, and pore size in mice [Text] / S.B. Orenstein [et al.] // Journal of Surgical Research. – 2012. – Vol. 176. – P. 423–429.

126. Comparison of long-term outcome and quality of life after laparoscopic repair of incisional and ventral hernias with suture fixation with and without tacks: a prospective, randomized, controlled study [Text] / V.K. Bansal [et al.] // Surg Endosc. – 2012. – Vol.26, № 12. – P. 3476-3485.

127. Comparison study of a cellular dermal matrices in complicated hernia surgery [Text] / G.V. Bochicchio [et al.] // American College of Surgeons. – 2013. – Vol. 217, №4. – P. 606–613.

128. Dermolipectomía asociada al tratamiento quirúrgico de las hernias incisionales en pacientes obesos [Text] / Antonio Díaz Godoya [et al.] // Rev. Hispanoam Hernia. – 2013. – Vol.1, №1. – P.12–17.

129. Design and initial implementation of HerQLes: a hernia-related quality-of-life survey to assess abdominal wall function [Text] / D.M. Krpata [et al.] // Journal of the American College of Surgeons. – 2012. – Vol. 215, № 5. – P. 635-642.

130. Development and validation of a risk-stratification score for surgical site occurrence and surgical site infection after open ventral hernia repair [Text] / R.L. Berger [et al.] // American College of Surgeons. – 2013. – Vol. 217, №6. – P. 974–982.

131. Does mesh location matter in abdominal wall reconstruction? A systematic review of the literature and a summary of recommendations [Text] / F.P. Albino [et al.] // Plast Reconstr Surg. – 2013. – Vol.132. – P.1295.

132. Does ventral hernia defect length, width, or area predict postoperative quality of life? Answers from a prospective, international study [Text] / B.A. Wormer [et al.] // J Surg Res. – 2013. – Vol. 184, №1. – P. 169-177.

133. Early laparotomy wound failure as the mechanism for incisional hernia formation [Text] / Liyu Xing [et al.] // Journal of surgical research. – 2013. – Vol.182. – P. e35–e42.
134. Effect of an elastic girdle on lung function, intra-abdominal pressure, and pain after midline laparotomy: a randomized controlled trial [Text] / L. Clay [et al.] // J Colorectal Dis. – 2014. – Vol. 29. – P. 715-721.
135. Elderly and octogenarian cohort: comparable outcomes with nonelderly cohort after open or laparoscopic inguinal hernia repairs [Text] / Y. Vigneswaran [et al.] // Surgery. – 2015. - Vol.158 (4). – P. 1137-1143.
136. Epidemiology and cost of ventral hernia repair: making the case for hernia research [Text] / B.K. Poulouse [et al.] // Hernia. – 2012. – Vol.16. – P.179–183.
137. Eriksson, A. Surgical treatment for giant incisional hernia: a qualitative systematic review [Text] / A. Eriksson, J. Rosenberg, T. Bisgaard // Hernia. – 2014. – Vol.18. – P. 31.
138. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions [Text] / F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. – 2015. – Vol. 19. – P. 1–24.
139. Evaluation of surgical outcomes of retro-rectus versus intraperitoneal reinforcement with bio-prosthetic mesh in the repair of contaminated ventral hernias [Text] / M.J. Rosen [et al.] // Hernia. – 2013. – Vol.17. – P. 31.
140. Evidence-based value of subcutaneous surgical wound drainage: the largest systematic review and meta-analysis [Text] / A.M. Kosins [et al.] // Plast Reconstr Surg. – 2013. – Vol. 132. – P. 443–450.
141. Forces and deformations of the abdominal wall – a mechanical and geometrical approach to the linea alba [Text] / T. Forstemann [et al.] // J Biomech. – 2011. – Vol.44. – P. 600-606.
142. Georgiev-Hristov, T. Comment to: A systematic review of the surgical treatment of large incisional hernia [Text] / T. Georgiev-Hristov, A. Celdrán // Hernia. – 2015. – Vol. 2. – P. 89–101.
143. Gillion, J.F. Abdominal wall incisional hernias: Infected prosthesis:

treatment and prevention [Text] / J.F. Gillion, J.P. Palot // Journal of Visceral Surgery. – 2012. – Vol. 149. – P. 20–31.

144. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS). Part 1 [Text] / R. Bittner [et al.] // Surg Endosc. – 2014. – Vol. 28. – P. 2-29.

145. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society [IEHS]). Part III [Text] / R. Bittner [et al.] // Surg Endosc. – 2014. – Vol. 28, №2. – P.380–404. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-013-3172-4>.

146. Haltmeier, T. Small bowel lesion due to spiral tacks after laparoscopic intraperitoneal onlay mesh repair for incisional hernia [Text] / T. Haltmeier, Y. Groebli // Int. J. of Surgery Case Reports. – 2013. – Vol. 4. – P. 283–285.

147. Hanna, M. Mesh ingrowth with concomitant bacterial infection resulting in inability to explant: a failure of mesh salvage [Text] / M. Hanna, S. Dissanaïke // Hernia. – 2015. – Vol. 2. – P. 339-344.

148. Hope, W.W. Atypical hernias: suprapubic, subxiphoid, and flank [Text] / W.W. Hope, W.B. Hooks // Surg. Clin. N. Am. – 2013. – Vol. 93. – P. 1135–1162.

149. Huang, C.-C. Long-term follow-up of laparoscopic incisional and ventral hernia repairs [Text] / C.-C. Huang, H.-H. Lien, C.-S. Huang // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2013. – Vol. 23, №3. – P. 199-203.

150. Huntsman, W. T. Closure Repair of Complex Ventral Hernias: Open with Separation of Parts [Text] / W.T. Huntsman // Advanced Surgical Techniques for Rural Surgeons. – New York: Springer, 2015. – P.61-73.

151. Impact of incisional hernia on health-related quality of life and body image: a prospective cohort study [Text] / G.H. van Ramshorst [et al.] // Am J Surg. – 2012. – Vol. 204. – P.144–150.

152. Incisional hernia rate after open abdomen treatment with negative pressure and delayed primary fascia closure [Text] / A. Brandl [et al.] // Hernia. – 2014. – Vol. 18, № 1. – P. 105–111. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-013-1064-0>.

153. Intra-abdominal hypertension: Definitions, monitoring, interpretation and management [Text] / L.N.G. Manu Malbraina [et al.] // Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. – 2013. – Vol. 27. – P.249–270.
154. Intra-intestinal mesh migration presenting with faecal fistula after incisional hernia repair [Text] / Arshad Mehmood Malik // J Pak Med Assoc. – 2015. – Vol.65, № 3. – P. 322-323.
155. Is the age of >65 years a risk factor for endoscopic treatment of primary inguinal hernia? Analysis of 24,571 patients from the Herniated Registry [Text] / Mayer F. [et al.] // Surg. Endosc. – 2016. - Vol. 30. – P. 296-306.
156. Israelsson, L.A. Closing midline abdominal incisions [Text] / L.A. Israelsson, D. Millbourn // Langenbecks Arch Surg. – 2012. – Vol. 397. – P. 1201–1207.
157. Jensen, K.K. Standardized measurement of quality of life after incisional hernia repair: a systematic review [Text] / K.K. Jensen, N.A. Henriksen, H. Harling // Am J Surg. – 2014. – Vol.208, № 3. – P. 485–493.
158. Junge, K. Decreased collagen type I/III ratio in patients with recurring hernia after implantation of alloplastic prostheses [Text] / K. Junge, U. Klinge, R. Rosch et al. // Langenbecks Arch. Surg. – 2014. – Vol. 389 (1). – P. 17-22.
159. Klinge, U. Modified classification of surgical meshes for hernia repair based on the analyses of 1,000 explanted meshes [Text] / U. Klinge, B. Klosterhalfen // Hernia. – 2012. – Vol.16, № 3. – P. 251-258.
160. Klinge, U. The ideal mesh? [Text] / U. Klinge, B. Klosterhalfen // Pathobiology. – 2013. – Vol. 80, № 4. – P. 169-175.
161. Laparoscopic ventral hernia repair with primary fascial closure versus bridged repair: a risk-adjusted comparative study [Text] / John Emil Wennergren [et al.] // Surg Endosc. – 2016. – Vol. 30. – P. 3231-3238.
162. Laparoscopic ventral hernia repair: outcomes in primary versus incisional hernias: no effect of defect closure [Text] / J.R. Lambrecht [et al.] // Hernia. – 2015. – Vol.19, № 3. – P.479-486.
163. Laparoscopic ventral incisional hernia repair: evidence based

guidelines of the first Italian Consensus Conference [Text] / D. Cuccurullo [et al.] // Hernia. – 2013. doi: 10.1007/s10029-013-1055-1

164. Laparoscopic vs. open incisional hernia repair: a randomized clinical trial [Text] / H.H. Eker [et al.] // JAMA Surg. – 2013. – Vol. 148, № 3. – P. 259-263.

165. Laparoscopic and open inguinal hernia repair: Patient reported outcomes in the elderly from a single centre - A prospective cohort study [Text] / K. Bowling [et al.] // Annals of medicine and Surgery. – 2017. - Vol. 22. – P. 12-15.

166. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in octogenarians: A follow-up study [Text] / K.B. Dallas [et al.] // Geriatr. Gerontol. Int. – 2013. - Vol.13. - P. 329-333. 10.1111/j.1447-0594.2012.00902.

167. Long-term follow-up after incisional hernia repair: are there only benefits for symptomatic patients? [Text] / J.C. Lauscher [et al.] // Hernia. – 2013. – Vol. 17, №2. – P.203-209.

168. Macrophage phenotype as a predictor of constructive remodeling following the implantation of biologically derived surgical mesh materials [Text] / B.N. Brown [et al.] // Acta Biomaterialia. – 2012. – Vol. 8. – P. 978–987.

169. Mesh biocompatibility: effects of cellular inflammation and tissue remodeling [Text] / K. Junge [et al.] // Langenbecks Arch Surg. – 2012. – Vol.397, № 2. – P.255–270.

170. Mesh choice in ventral hernia repair: so many choices, so little time [Text] / Dinh Le [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 205. – P. 602–607.

171. Meta-analysis of sublay versus onlay mesh repair in incisional hernia surgery [Text] / Lucas Timmermans [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 218, № 7. – P. 906–925.

172. Modern Management of Abdominal Wall Hernias [Text] / Jeremy A. Warren [et al.] // GHS Proc. – 2016. – Vol. 1, №1. – P. 38-46.

173. Modified hernia grading scale to stratify surgical site occurrence after

open ventral hernia repairs [Text] / A.E. Kanters [et al.] // American College of Surgeons. – 2012. – Vol. 215, № 6. – P. 787–793.

174. Morales-Conde, S. A new classification for seroma after laparoscopic ventral hernia repair [Text] / S. Morales-Conde // Hernia. – 2012. – Vol. 16. – P. 261-267.

175. Morris, L.M. Components separation technique utilizing an intraperitoneal biologic and an onlay lightweight polypropylene mesh: “a sandwich technique” [Text] / L.M. Morris, K.A. LeBlanc // Hernia. – 2013. – Vol.17. – P. 45-51.

176. Nationwide prospective study of outcomes after elective incisional hernia repair [Text] / Frederik Helgstrand [et al.] // American College of Surgeons. – 2013. – Vol. 2. – P. 217–228.

177. Nockolds, C.L. Abdominal wall reconstruction with components separation and mesh reinforcement in complex hernia repair [Text] / C.L. Nockolds, J.P. Hodde, P.S. Rooney // BMC Surgery. – 2014. – Vol.14. – P.25.<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-14-25>.

178. Oliver-Allen, H.S. Abdominal compartment syndrome as a rare complication following component separation repair: case report and review of the literature [Text] / H.S. Oliver-Allen, C. Hunter, G.K. Lee // Hernia. – 2015. – Vol. 19, № 2. – P.293-299.

179. Oprea, V. Why should be removed chronic infected abdominal synthetic meshes? A Review [Text] / V. Oprea, D. Moga // Journal of Surgery. – 2015. – Vol. 2. – P. 17-23.

180. Outcomes of synthetic mesh in contaminated ventral hernia repairs [Text] / A.M. Carbonell [et al.] // American College of Surgeons. – 2013 – Vol. 217, № 6. – P.991–998.

181. Oxidized mitochondrial DNA activates the NLRP3 inflammasome during apoptosis [Text] / K. Shimada [et al.] // Immunity. – 2012. – Vol.36, № 3. – P. 401–414.

182. Patient Satisfaction, chronic pain, and functional status following

laparoscopic ventral hernia repair [Text] / M.K. Liang [et al.] // World J Surg. – 2013. – Vol.7, № 3. – P. 530-537.

183. Pauli, E.M. Open ventral hernia repair with component separation [Text] / E.M. Pauli, M.J. Rosen // Surg Clin N Am. – 2013. – Vol. 93. – P. 1111–1133.

184. Personalized identification of abdominal wall hernia meshes on computed tomography [Text] / T.D. Pham [et al.] // Computer methods and programs in biomedicine. – 2014. – Vol. 113. – P. 153–161.

185. Preoperative pain is the strongest predictor of postoperative pain and diminished quality of life after ventral hernia repair [Text] / V.B. Tsirlin [et al.] // American Surgeon. – 2013. – Vol. 79, № 8. – P.829-836.

186. Primary fascial closure with laparoscopic ventral hernia repair: systematic review [Text] / D.H. Nguyen [et al.] // World J Surg. – 2014. – Vol. 38. – P.3097–3104.

187. Prospective evaluation of surgeon physical examination for detection of incisional hernias [Text] / R.B. Baucom [et al.] // J Am Coll Surg. – 2014. – Vol.218. – P.363–366.

188. Randomized Clinical Trial on the postoperative use of an abdominal binder after laparoscopic umbilical and epigastric hernia repair [Text] / M.W. Christoffersen [et al.] // Hernia. – 2015. – Vol.19. – P.147-153.

189. Recommendations for reporting outcome results in abdominal wall repair: results of a Consensus meeting in Palermo (Italy, 28-30 June 2012) [Text] / F.E. Muysoms [et al.] // Hernia. – 2013. – Vol.17. – P. 423-433.

190. Reoperation versus clinical recurrence rate after ventral hernia repair [Text] / F. Helgstrand [et al.] // Annals of Surgery. – 2012. – Vol. 256, № 6. – P. 955-958.

191. Repair of incisional hernias with biological prosthesis: a systematic review of current evidence [Text] / Charles F. Bellows [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 205, № 1. – P. 85–101.

192. Repair of large and giant incisional hernia with onlay mesh:

perspective of a tertiary care hospital of a developing country [Text] / A.A. Memon [et al.] // Int J Surg. – 2013. – Vol. 11, № 1. – P. 41-45.

193. Risk factors for chronic pain after open ventral hernia repair by underlay mesh placement [Text] / C. Gronnier [et al.] // World Journal of Surgery. – 2012. – Vol. 36, № 7. – P.1548-1554.

194. Risk of late-onset adhesions and incisional hernia repairs after surgery [Text] / R.P. Bensley [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2013. – Vol.216, № 6. – P. 1159-1167.

195. Rosin, D. Risk factors for chronic pain after open ventral hernia repair by underlay mesh placement [Text] / D. Rosin // World J Surg. – 2012. – Vol. 36. – P. 1555–1556.

196. Rothman, J.P. Abdominal binders may reduce pain and improve physical function after major abdominal surgery - a systematic review [Text] / J.P. Rothman, U. Gunnarsson, T. Bisgaard // Dan Med J. – 2014. – Vol. 61. – P.A4941.

197. Sajid, M.S. A meta-analysis comparing tackler mesh fixation with suture mesh fixation in laparoscopic incisional and ventral hernia repair [Text] / M.S. Sajid, U. Parampalli, M.R. McFall // Hernia. – 2013. – Vol. 17, № 2. – P.159-166.

198. Sanders, D.L. The modern management of incisional hernias [Text] / D.L. Sanders, A.N. Kingsnorth // BMJ. – 2012. – Vol.344, №9. – P. e2843. doi:10.1136/bmj.e2843.

199. Short-term Outcomes for Open and Laparoscopic Midline Incisional Hernia Repair: A Randomized Multicenter Controlled Trial: The ProLOVE (Prospective Randomized Trial on Open Versus Laparoscopic Operation of Ventral Eventrations) [Text] / P. Rogmark [et al.] // Trial. Ann Surg. – 2013. – Vol. 258, № 1. – P. 37-45.

200. Specific improvement measures to reduce complications and mortality after urgent surgery in complicated abdominal wall hernia [Text] / M.A. MartínezSerrano [et al.] // Hernia. – 2012. – Vol. 16, № 2. – P.171–177.

201. Sublay versus underlay in open ventral hernia repair [Text] / J.L.

Holihan [et al.] // Journal of surgical research. – 2016. – Vol. 20. – P. 226-232.

202. Surgical Options for Inguinal Hernia: Comparative Effectiveness Review [Text] / Treadwell J. [et al.] // Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD); 2012.

203. Survey on ventral hernias: surgeon indications, contraindications, and management of large ventral hernias [Text] / K.K. Evans [et al.] // Am Surg. – 2012. – Vol. 78, № 4. – P.388-397.

204. Systematic review and meta regression of factors affecting midline incisional hernia rates: an analysis of 14,618 patients [Text] / D. Bosanquet [et al.] // Hernia. – 2014. – Vol. 18(Suppl. 2). – P. S12–S15.

205. Technical feasibility of robot-assisted ventral hernia repair [Text] / N. Allison [et al.] // World J Surg. – 2012. – Vol. 36. – P.447–452.

206. The prevalence of umbilical and epigastric hernia repair: a nationwide epidemiologic study [Text] / J. Burcharth [et al.] // Hernia. – 2015. (Epub ahead of print)

207. The principles of abdominal wound closure [Text] / E.J. Meijer [et al.] // Acta Chir Belg. – 2013. – Vol. 113. – P.239–244.

208. The role of biologic mesh in abdominal wall reconstruction: a systematic review of the current literature [Text] / E.W. Beale [et al.] // Am J Surg. – 2012. – Vol.204, № 4. – P. 510-517.

209. Use of mesh during ventral hernia repair in clean-contaminated and contaminated cases: outcomes of 33,832 cases [Text] / J.J. Choi [et al.] // Ann Surg. – 2012. – Vol. 255, № 1. – P.176–180.

210. Ventral and incisional hernia repair with preperitoneal mesh placement: outcomes from a prospective study in complex hernia repair [Text] / B.T. Heniford [et al.] // Journal of the American College of Surgeons. – 2013. – Vol. 30. – P. 40.

211. Ventral Hernias in Morbidly Obese Patients: A Suggested Algorithm for Operative Repair [Text] / G.M. Eid [et al.] // Obes Surg. – 2013. – Vol.23. – P. 703-709.

212. Watchful waiting in incisional hernia: Is it safe? [Text] / J. Verhelst [et al.] // Surgery. – 2015. – Vol.157. – P. 297-303.

213. World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. www.who.int/iris/handle/10589/1111189.

214. WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias [Text] / Sartelli [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2013. – Vol. 50, №8. – P. 1-11.