

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА УРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Кул ёзма ҳукукида

УДК: 616.089.006.36:618.14.11

КУРБАНОВА ДИЛФУЗА ФАРХАТОВНА

**БАЧАДОН МИОМАСИ, ТУХУМДОН КИСТАСИ БИЛАН КОРИН
ОЛДИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ХИРУРГИК
ТАКТИКА.**

5A510101- АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

Магистр академик даражасини олиш учун ёзилган

Магистрлик диссертация

Илмий раҳбар:

т.ф.д.проф Негмаджанов Б.Б.

САМАРКАНД-2015 ЙИЛ

МУНДАРИЖА.

КИРИШ	4-7бет.
I.БОБ. Бачадон миомаси, тухумдон кистаси билан операциядан кейинги вентрал чурралар биргаликда келиши. (адабиёт шархи).....	
I.1. Симультан операция этиология, патогенез, келиб чиқиши, учраши.....	8-12 бет
I.2. Бачадон миомаси этиология, патогенез, клиника, диагностика, даволаш...13-20 бет.	
I.3. Тухумдон кистаси этиология, патогенез, клиника, диагностика, даволаш...21-24 бет.	
I.4. Операциядан кейинги вентрал чурралар этиология, патогенез, клиника, даволаш, диагностика.....	24-26 бет.
2.БОБ. Клиник илмий-услубий текширувлар	27-32 бет
3.БОБ. Тадкикот натижалар муҳокамаси, хулоса.....	33-50 бет.
Амалий тавсия	
Адабиётлар.....	51-68 бет.

КИСКАРТМА

УТТ-ультратовуш текшируви

ЭКГ-электрокардиография

ОКВЧ-операциядан кейинги вентрал чурра

ТК-тухумдон киста

БМ-бачадон миома

ОИТС-ортирилган иммун танкислик синдроми

МАВЗУНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ: Бачадон миомаси аёллар жинсий аъзоси тизимида энг куп учровчи яхши сифатли усмадир. Е.М.Вихляев (2004) маълумотларига кура бачадон миомаси 32-33 ёшларда учрайди. 20-30 ёшдан кичик аёлларда бачадон миомаси 0,9-1,5% ҳолатларда учрайди (25,26,27,28,51,53). Охирги вақтларда утказилган масштаби патологоанатомик текширувларда бу касаллик 85% ҳолатларда тарқалганлиги аникланди (3,4,6,21,22,23,24). Бачадон миомасини даволаш ҳақидаги саволлар жуда кийин масала бўлиб ҳозиргача уз ечимини топмаган. Мазкур патология гетероген гуруҳли патологиядир. Касалликнинг аста-секин яққол ифодаланган клиник белгиларсиз кечиши, шу асосда клиник белгилари юзага чикмагунча беморни пассив кузатиш кейинчалик оператив даво утказишга сабаб бўлмоқда. Бу муаммо эса бачадон миомаси патогенезининг охиригача урганилмаганлиги, репродуктив вазифасини тулик адо этганидан кейин бачадонни «фойдасиз» аъзо сифатида қаралганлиги билан тушунтириш мумкин. Бачадон миомасини олиб ташлаш (хирургик даволаш), усма усишини тормозлаш (консерватив даволаш) дан иборат.

Реконструктив пластик жаррохлик амалиётида сезиларли ютуқларга қарамай, операциядан кейинги қорин қурралари билан беморларининг даволаш ечилмаган муаммо охирига қадар шундай бўлиб қолмоқда (1,2,5,8,10,12,13,14,15).

Операциядан кейинги қурралар қуп ҳолларда гинекологик операциядан кейин учрайди (56,57,58,59,69,70,71,72).

Қурранинг қисилиш билан асоратланиши диагностикада махсус диққат талаб қилади (77,78,79,80,81). Беморларни даволашда қатта операциядан кейинги вентрал қурралар герниопластика методида улқан сонли усуллар ҳисобланади. Лекин операциядан кейин, турли маҳаллий туқималар ёрдамида анъанавий усуллар билан амалга оширилади, қурра ҳалқаси томонларининг зуриқиб қисилиши, ҳар доим ҳам яхши натижа билан тугаланган эмас, чунки бу методлар физиологик эмас ва уларнинг

асосий камчилиги маҳаллий тукима таранглилиги шакллантириш бўлиб, тез-тез касаллик такрорланишига олиб келган (10-25%) (81,82,83,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116).

Турли хил йуллар билан бир муҳим сонли чурраларни даволаш учун такомиллаштириш таклиф килинган, аммо частотаси туфайли рецидивланишни камайтира олмаслиги ва янги йуллар билан бу вазифа ечими топишга ҳаракат килинган. Янги усуллар билан чурра дарвозасини синтетик сетка билан (капрон, нейлон, лавсан) ёпиш оркали рецидивланиш частотасини пасайтирилди, лекин бутунлай ечилмади, пластикадан кейин бу сеткаларни бузилиши, итарилиши, куп микдорда окмалар ҳосил бўлиши ва охирга вақтларда чуррани қайталаниши кузатилди (33,34,35,36,37,38,39,40,43,44,45,46,47,48,49,56) ва материаллар ривожланиши яхшиланишига асос бўлди. Охирги йилларга келиб янги авлод сеткалари полипропилен, полиэфир, полигланин ва бошқа яратилди. Буюк изланишлар оркали полипропилен сетка топишди, бу материал сурилмайдиган, юкори кучланишга эга ва рецидивланиш камдир (5,8,15,16,17,18,19,20,33,34,35,36,56,57,58,69,70).

Бирок, полипропилен ижобий хусусиятига қарамай, амалга оширилган операциялар кичик клиник материалларга асосланган, уни ишлатишга аник бир курсатма ишлаб чиқилмаган, асоратини олдини олиш профилактикаси курсатилган эмас, полипропилен сетка ишлатишдан сунг юзага келадиган сеткани фиксация қилиш имкониятлари асосиздир ва бу ҳозирги урганишга асос бўлди. Корин бушлиги ва кичик чанок аъзоларининг қушма касалликларини жаррохлик усулида даволаш турли соҳалардаги мутахассисларининг эътиборини узок вақтлардан бери тортиб келмоқда. «ВОЗ» маълумотларига қура кичик чанок ва корин бушлиги қушма касалликларини жаррохлик усулида бирга даволаш жаррохлик бўлимларида даволанган беморларнинг 20-30% ида аникланган. (106,109,110,111,112,113,114,115). Жаррохлик ускуналарининг ривожланиши ва анестезиология-реаниматология хизматининг усиши

сунгги 20-30 йил ичида инсон организмидаги турли аъзоларда катта ва симультан операцияларни бажариш имкониятларини оширди. Симультан операция – бу жаррохлик усулида даволаш лозим булган, турли касалликлар сабабли икки ёки ундан куп алохида операцияларнинг бир вақтда бажарилишидир. (1,5.45,79,80,81.)

МАКСАД: Кичик чанок жинсий аъзо усмалари билан корин олдинги вентрал чурраларни даволаш курсаткичини яхшилаш.

ВАЗИФА.

1. Операциядан кейинги вентрал чурралар билан кичик чанок жинсий аъзо усмаларда аллопластика куллаб унинг самарадорлигини аниклаш.
2. Килинган аллопластикага организмнинг жавоб реакцияси ва асоратини баҳолаш.
3. Беморларда операциядан кейинги даврнинг кечиши.

ИЛМИЙ ЯНГИЛИК: Кичик чанок жинсий аъзо усмалари билан операциядан кейинги вентрал чурраларни биргаликда олиб бориш, аёлда психологик таъсирнинг камайиши, иктисодий томондан кулайлиги ҳамда вақт жихатдан маъқуллиги.

ИШНИНГ АМАЛИЙ АХАМИЯТИ: Симультан операцияда полипропилен сетка ишлатилганда операциядан кейин организмда йиринглаш, итарилиш кузатилмади, аёлда наркоз вақтнинг камайиши ва аёлда психологик таъсирнинг камайиши.

ТЕКШИРУВЛАР: Вазифаларни бажариш учун клиник лаборатар текширувлар ва операция утказилиб аёлнинг репродуктив системаси тикланди. Изланиш Самарканд шаҳар 3-сон тугруқ комплекси гинекология бўлимида 40 та беморни ретро ва проспектив текшириб урганилди.

1. Урганиш умумий шикояти, анамнез, кандай операция ва қачон утказилганлиги.

2. Физикал текширувлар: УТТ, ЭКГ.

3. Лаборатор таҳлил: умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, қон ивувчанлиги Сухарев усули, қон гуруҳи ва резус фактор, коагулограмма.

КУТИЛАЁТГАН НАТИЖАЛАР.

Танланган жаррохлик усулида кичик чанок ва қорин бўшлиғи патологиясининг даволаш самарадорлигининг ошиши.

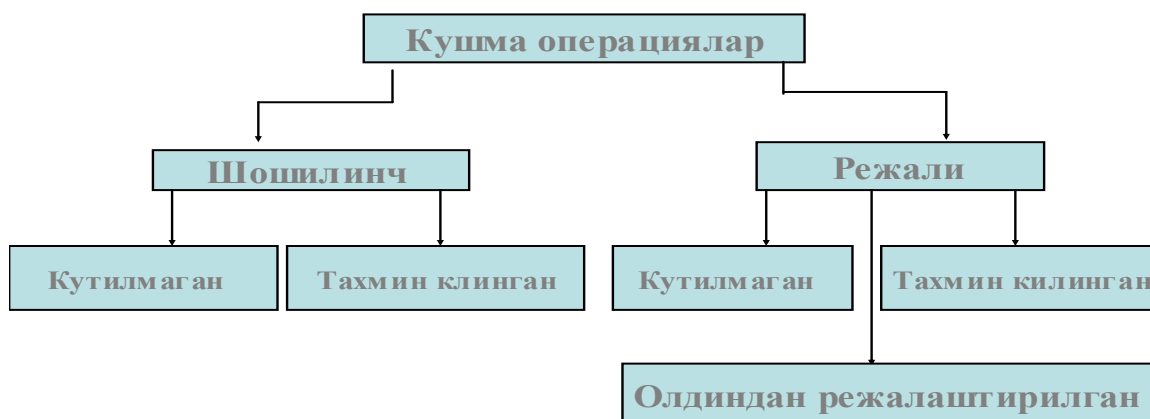
1 БОБ.

Бачадон миомаси, тухумдон кистаси билан операциядан кейинги вентрал чурраларда учраши (адабиётлар шархи)

I.1 Симультан операцияга кискача таъриф, учраши:

Касалликларга жаррохлик усулида ёндошиш ҳар доим ҳам баъзи агрессия ва организм туқималарига етарлича жарохат етказиш билан ҳамда органни олиб ташлаш билан кузатилади (1,2,3,5,8,10,35,36,39). Шу сабабли кенг тарқалган эски немислар ибораси келиб чиққан: «Grosse Chirurg machen grosse schnitte». (Большой хирург делает большой разрез.).

Л.И.Хнох ва И.Х.Фельтштинер буйича симультан операциялар классификацияси



Симультан операцияларга аталган дастлабки адабиётлар мутахасисларда куплаб кизиқишлар уйғотган. Бу мавзуга асосланган адабиётлар сони тез кунлар ичида ошиб, операцияга булган тушинча, ташхислаш ва даволаш тактикаси, курсатмалар ва карши курсатмалар буйича бахслар куп чоп этилган (40,41,43,44,80,82,83,118).

Операцияга тушинча беришда купгина жаррохлар ва мутахассислар К. Д. Тоскин ва В.В. Жебровскийларнинг атама эталони сифатида берган «симультан операция» атамаси кулланиб келинмокда. Кейинги йиллардаги купгина текширишлар шуни курсатмокдаки корин бушлиги ва кичик чанок аъзолари кушма касалликларини даволаш натижалари коникарсиз булиб, уларнинг кенг таркалганлигини исботланган. Бундан ташкари корин бушлигидаги икки ёки ундан куп касаллик сабабли бажарилаётган жаррохлик даволаш узининг кийинлиги ва охиригача ечилмаган муаммо эканлигини курсатмокда. Шу билан бирга, ташхис куйишнинг яхшиланиши, оператив техниканинг такомиллашуви ва анестезиология-реаниматологиянинг ютуклари симультан операцияларни бажариш имкониятларини янада оширди. (3,5,10,12,18,19,20,33,34,35,36,37,38,39,40).

Мамлакатимизга янги иктисодий алокаларнинг кириб келиши хам хирургик ва гинекологик касалликларнинг фертил ёшдаги аёллар ичида кенг таркалганлигини хисобга олиб даволаш усулларини яхшилаш ва такомиллаштиришни тақозо этади. Бундай касалликлар аҳолининг энг меҳнатга қобилиятли қисмида кенг таркалганлигини эътиборга олиб, вақтинча ва тургун меҳнатга қатъийлик натижаси иктисодга келтираётган зарари анча юқоридир. Земляной А.Г., Малкова С.К. симультан жаррохлик патологияси бор беморларни операциядан олдинги даврда клиник текширишлардан утказишни таклиф этишади. Ташхис қуйишга керак бўладиган барча етарли текширишлар амбулатор шароитларда утказилиши лозимлиги аниқланган. Утказилаётган текширишлар одий, арзон, қулай ва етарли информатив бўлиши керак. (58,69,70,71,72,73,74).

Купгина симультан патологиялар туфайли утказилаётган операциялар касалликнинг кечиккан ва утган даврларида бажарилмокда. Бундай ҳолатларда жаррохлик ёндошишдан сунг операциядан кейинги давр асоратлари кам эмас, айниқса улим даражаси юқори курсаткичларда

булади. Корин бушлиги аъзоларининг кушма касалликларининг учраши баъзи муаллифлар буйича 28-63% ни ташкил килади. (78,79,80,81,82,83,104,105,111,112,113,114,115).

Патологик жараёни тулик бир бутун шаклда тавсифлаш учун аник бир критерийларнинг йуклиги, бугунги кунда симультан жаррохлик патологияларнинг асоратларини келиб чиқишини олдиндан билиш ва уларни профилактика қилиш қийинчилик тугдирмоқда. Шу сабабли бундай ҳолатларда даволаш тактикаси ва жаррохлик ёндошишнинг ҳажми етарлича ишлаб чиқилмаган, баъзи ҳолатлари бахсли музокарали ҳамда аниклик киритишга муҳтождир. Адабиёт маълумотлари симультан жаррохлик патологиялар куп учраб, турли қуринишларга эга эканлиги аникланган. Бу бир жихатдан даволаш ташкилотларининг профил йуналишига, диагностик имкониятларига, илмий изланиш йуналишига боғлиқ. Яна бир сабаблари утказилаётган текширишлар турли муддатларда ва турли методик даражаларда булишидир. (13,14,47,56,58,70,74,77).

Симультан жаррохлик патологияларни даволаш ютуқлари куп жихатдан шу билан тушунтириладики, замонавий тушунчага қура организмдаги бирор бир огрикли жараёни организмнинг бутун бир умумий патологияси булиб ҳисобланишидир. Овқат ҳазм қилиш аъзолари корин бушлиги ва ички генитал аъзолар кичик чанокда жойлашган. Шунинг учун уткир патология симптоматикаси бир-бирига ухшашдир. Операция олди этапларида ташхис қуйиш вақтида 3-5% ҳолатларда практик жихатдан хатоликлар булиши муқаррар, бу эса адекват ҳажмда жаррохдан гинекологик ҳамда гинекологдан оддий жаррохлик операциясини бажаришини талаб этади. Федоров И.В. маълумотида тубо-овариал абсцесс жараёнига аппендикснинг қушилиши ҳолатида акушер-гинеколог қандай йул тутиш кераклиги уктирилган. Маховский В.З. Аксененко В.А. маълумотларига қура 782 та беморлардан 321 та (41%) ҳолда корин бушлиги ва гинекологик патология қушилиб келганлиги

топилган. Муаллифлар жарроохлик ва гинекологик симультан патологияларни даволашда, бундай мураккаб муаммонинг факат маълум бир аспектларига ургу бериб утишади. Асосан булар уткир аппендицит ва аёллар ички жинсий аъзоларининг йирингли яллигланиш жараёнларининг киёсий ташхислашга таълуки булиб хисобланади. Бундан ташкари улар шу нарсага эътиборини каратишадики, шошилишч операцияга мухтож булган беморда жаррохлик ва гинекологик кушма касалликнинг диагностикасида кийинчиликлар учрайди. Бу эса купинча гинекологик профилдаги беморни жаррохлик клиникаларига госпитализация килишга булган сабаблардан биридир. Бундай холларда симультан патологиялар сабабли операция давомида юзага келиши мумкин булган асоратларни эътиборга олиб, операцияни юкори малакали жаррохлар бажаришини талаб этади. Кушилиб келган касалликни рад этиш операцияларнинг коникарсиз натижаларига сабаб булади. Купгина изланувчилар симультан патологияларни бир вақтда даволаш оператив ёндашини бир озгина огирлаштирсада, улим холатларни эса камайишига олиб келган. (2,14,15,16,18.19,20,82,83).

Симультан жаррохлик патологияларни даволашда ва ташхислашдаги хатолар шу билан тушунтириладики, кушма касалликдан бирортаси аниклангандан текшириш усуллари тухтатилиб куйилади. Кушилиб келган патология купинча «тусатдан» операция давомида аникланиб, жаррохлар бригадасининг тайёр эмаслиги ёки беморнинг бундай операцияга тайёрланмаганлиги сабабли даволанмасдан колади. Шунинг учун симультан жаррохлик патологиялари муаммолари чукуррок урганишга мухтож булган муаммодир. Медикаментоз даволашнинг кулланилиши факатгина вактинчалик эффект беради. Асосий патогенетик жараён ва омиллар эса корин бушлигида колади. Хозиргача корин бушлигидаги симультан жарроохлик патологияларни биргаликда даволашнинг маълум курсатмалари ишлаб чикилмаган. Бундан ташкари даволашда эффектив

жаррохлик кулланмалар ҳам ишлаб чикилмаган. Курсатма ва кулланмаларнинг булмаслиги, бутун бир патологик жараёни тулик тушунтирувчи критерийларнинг булмаслиги, олинган маълум бир касалликнинг асоратларини келиб чиқишини олдиндан профилактика қилиш қийинчилик тугдириши муқаррардир. Корин бушлиги ва кичик чанок аъзолари қўшма касалликларида маълум кулланмаларни ишлаб чиқиш абдоминал жаррохликнинг ва оператив гинекологиянинг долзарб муаммоларини ечиш имкониятини беради. Хнок Л.И. ва Фельтшинер И.Х. фикрига қўра симультан операциялар деб, бир-бирига боғлиқ булмаган, корин бушлигидаги икки ёки ундан қўп аъзоларда утқазиладиган бир вақтдаги жаррохликка айтилади. Корин бушлиги аъзоларининг симультан касалликларини жаррохлик усулида даволаш ҳозиргача асосий даволаш усули бўлиб ҳисобланмоқда. (79,80,77,78,79,80,81,82,83,109,110). Жаррохликнинг такомиллашуви ва жаррохликка лапароскопик даволаш усуллариининг қириб қилиши симультан операцияларни кенг даволаш имкониятини яратди. Шу билан бирга бундай усуллариининг қириб қилиши карбоксиперитоний каби ва операция давомида беморнинг тана вазиятини ўзгартириш билан муаммоларни ечиб бери. 106,107,108,109,110,111,112,113).

Қам жароҳатли оператив усулларнинг ишлаб чиқилиши ва анестезиологиянинг ютуқлари корин бушлиги аъзоларининг симультан патологияларида турли жаррохлик даволаш имкониятларини кенгайтириб беришди. Аммо, жаррохлик тактикаси ва операция ҳажми ҳалигача тулик ечимини топмаган ва баъзи баҳсларга, аниқлик қиритишга муҳтождир. Симультан патологияларда диагностик ва тактик жиҳатдан аниқ бир кулланмалар, курсатмалар ишлаб чиқилмаган. Бундай муаммоларни ҳал этиш факат теорияга эмас, балки амалиётга ҳам қатта аҳамият қасб этади. Бундай муаммоларнинг ечилиши амалий тиббиётда симультан жаррохлик патологиялари бўлган беморларга қўпроқ рационал даволаш

имкониятларини яратиб беради. А. К. Шаршенов ва муаллифларининг изланишларида ҳам жаррохлик ва гинекологик касалликларда бажарилаётган симультан операцияларнинг ортганлиги айтиб утилган. Сунгги йилларда аҳолида кушма касалликларнинг ортиб бораётганлигини эътиборга олиб, симультан операциялар долзарб муаммо эканлиги аниқ бўлиб бормокда. Симультан операцияларнинг бошқа операциялардан устунлиги уларнинг бир вақтнинг узида икки ва ундан куп касалликлардан беморларнинг холис булишидир. Беморларни бир вақтнинг узида қайта операция булишдан, операциялардан сунг асоратларни олдини олишда, иккинчи операцияга беморларнинг рухий таъсирланишини ва қайта шифохоналарга ётишини олдини олади. Симультан операцияларга иктисодий жихатдан ҳам эътибор ошиб бормокда. (10,12,13,14,33,34,35,36,48,77,78,79,83,106).

1989 йилда симультан операцияларни академик М. И. Перельман «жаррохликда бу янги матнли йуналишдир» деб айтган.

I.2. БАЧАДОН МИОМАСИ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ УМУМИЙ КУРИНИШИ:

Бачадон миомаси аёллар жинсий аъзолари тизимининг энг куп учрайдиган усмаларидан биридир .Бачадон миоамасининг учраб туриши турли муаллифларнинг маълумотларига кура 24 дан 50% гача учрайди. Бачадон миомаси этиологияси ва патогенезига замонавий карашлар цитогенетика, молекуляр биология, эндокринология, иммунология, хужайралар уртасида таъсирланиш сферасини урганишга асосланади. Бачадон миомасининг ривожланишида жинсий гормонлар, эстроген ва прогестерон рецепторларининг ролининг муҳимлиги ҳам аниқланган. Миометрийга эстрогенлар, усиш омили ва иммунореактив инсулиннинг синергик таъсири натижасида бачадон миомасининг усиши ва ривожланиши айтиб утилган. Усиш омили маҳаллий таъсир курсатади ва хужайралараро муносабатларни таъминлайди, натижада миоматоз

тугуннинг усишига гормонал таъсир курсатади.
(3,4,22,23,24,26,29,30,31,32,42,51).

Бачадон миомаси патогенезида 3 та боскич фаркланади:

1. Миометрийда периваскуляр хужайравий муфта куринишида актив усиш зонасининг хосил булиши, силлик мушак хужайраларининг кучли пролиферацияси ва хужайравий метаболизмнинг активланиши.

2. Усманинг дифференцировка белгиларисиз усиши

3. Усманинг усиши, дифференцировкаси, етилиши ва аста секин фиброзланиши билан. (53,55,62,64,65,66,67,75,76,84).

Куп холатларда (80%) бачадонда куп сонли миоматоз тугунлар учрайди. Бундай тугунлар турлича катталиқда ва шаклда булади. 95% холатларда миоматоз тугун бачадоннинг танасида, 5% холатларда тугунлар бачадоннинг буйнида ривожланади. Сантиметрлар ва хомиладорлик муддатларига кура миоматоз тугуннинг улчамлари буйича (турли адабиётлар турли рақамларни курсатади). Бачадон миомасининг клиник куриниши турли хил булиб, бу миоматоз тугуннинг жойлашган жойига, улчамига, тугундаги дегенератив жараёнларга, касалликнинг давомлилигига боглиқ булади. Асосий симптомларидан бири бу менструал кон кетишнинг купайиши ва вақтнинг ортишидир (меноррагия). Бачадон миомасида менструал кон кетиш вақтининг ортиши ва куп кон кетиши миометрийнинг усма натижасида менструал кон кетиш вақтида шиллик пардасининг десквамацияси натижасида кузатилади. (92,93,94,95,96,101).

Бачадон миомасининг классификацияси:

Жойлашиш жойига кура:

- Интрамурал миома-турли адабиётлардаги маълумотларга кура 95% холатлар кузатилади. Миоматоз тугуннинг мушаклар орасида жойлашиши менструал циклнинг бузилишига олиб келади. Беморларни кичик чанок соҳасидаги огрик ва босим сезгисининг пайдо булиши безовта килади.

- Субсероз миома-тугуннинг улчами ва атроф тукимага босимиға кура чанок сохасидаги дискомфортга сабаб булади.

- Субмукоз(шиллик ости) миома куп холатларда огир ва узок муддатли кон кетишларга сабаб булади.

- Педундукуляр миома.

- Интралигаментар.

- Паразитлик килиб усувчи миома

Куп холатларда (80%) бачадонда куп сонли миоматоз тугунлар учрайди. Бундай тугунлар турлича катталиқда ва шаклда булади. 95% холатларда миоматоз тугун бачадоннинг танасида, 5% холатларда тугунлар бачадоннинг буйнида ривожланади.(64,76).

Сантиметрлар ва хомиладорлик муддатларига кура миоматоз тугуннинг улчамлари буйича (турли адабиётлар турли ракамларни курсатади):

- Кичик улчамдаги миома. Бу гурухга улчами 15 мм гача булган миоматоз тугунлар киритилади. Бундай тугунлар хеч кандай клиник белгиларсиз кечади.

- Куп сонли кичик бачадон миомаси. Бу гурухга куп сонли улчами 2 см дан ошмайдиган миоматоз тугунлар киради. Бундай улчамдаги миомада беморларни огрик, мено-, метроррагия, бепуштлик безовта килади.

- Урта улчамдаги бачадон лейомиомаси. Бу гурухга ягона, улчами 4 смдан ошмайдиган миоматоз тугунлар киради.

- Куп сонли урта улчамдаги доминант тугунли бачадон миомаси. Бу гурухга биз бачадонда куп сонли тугунли, доминант миоматоз тугуннинг улчами 6 смдан ошмайдиган бачадон миомасини киритдик.

- Катта улчамли бачадон миомаси. Катта улчамли бачадон миомасига биз улчами 6 см дан ошмаган миоматоз тугунни

киритдик. Катта миома 10-15 хафталик хомиладорликдан катта эмас.

- Бачадоннинг мураккаб миомаси. Бу категорияга куп сонли катта улчамдаги ва кушма локализациядаги усмаларни киритдик. Усманинг тез усиши хос (1 йилда 4-5 хафтадан ортик). Ультратовуш текшируви маълумотлари ва клиник белгиларига асосланган миоматоз тугуннинг жойлашган жойи, сони ва тугуннинг улчами буйича классификацияси:

- Тип I-майда куп сонли интрамурал тугунлар ёки субсероз тугуннинг булиши (<3см). Субмукоз тугун йук.

- Тип II-бир ёки куп сонли интрамурал ёки субсероз тугунлар (3-6 см). Субмукоз тугун йук.

- Тип III-Бир ёки куп сонли интрамурал ёки субсероз тугунларнинг булиши (>6 см). Субмукоз тугун йук.

- Тип IV-бир ёки бир неча интрамурал ёки субсероз тугунлар. Субмукоз тугунга шубха.

Европалик эндоскопист гинекологлар ассоциациясининг классификацияси.

Субмукоз миомани бачадон бушлигини деформацияга олиб келиш даражасига кура 3 типи фаркланади:

0 тип-шиллик ости тугуни тулик бачадон бушлигида, миометрийга умуман утмаган.

I тип-миоматоз тугуннинг 50% кам кисми мушаклар орасида жойлашган, куп кисми бачадон бушлигида жойлашган.

II тип-миоматоз тугуннинг 50% дан ортик кисми миометрийга утган, унинг кам кисми бачадон бушлигида жойлашган.

Субсероз тугунлар

0 тип-миоматоз тугун оёкчасида, тулик корин бушлигида жойлашган.

I тип-тугуннинг 50% дан кам кисми мушаклар орасида жойлашган, унинг куп кисми корин бушлигида жойлашган.

II тип-миоматоз тугуннинг 50% дан куп кисми мушаклар орасида жойлашган, унинг кам кисми корин бушлигида жойлашган.

Бачадон миомасининг гистологик классификацияси:

- Оддий;
- Хужайравий;
- Митотик актив;
- Ноодатий;(причудливая)
- Атипик;
- Липолейомиома;
- Эпителиоидли;
- Геморрагик;
- Томирли;
- Миксоид;
- Миома гематопозитик элементлар билан.(51,93,96,97).

Бачадон миомасининг асосий белгилари:

Бачадон миомасининг клиник куруниши турли хил булиб, бу миоматоз тугуннинг жойлашган жойига, улчамига, тугундаги дегенератив жараёнларга, касалликнинг давомлилигига боглик булади.

Бачадон миомасининг асосий симптомларидан бири бу менструал кон кетишнинг купайиши ва вактининг ортишидир (меноррагия). Бачадон миомасида менструал кон кетиш вактининг ортиши ва куп кон кетиши миометрийнинг усма натижасида кискариш кобилиятининг пасайиши, бундан ташкари бачадоннинг ички юзасининг майдонининг ортиши натижасида менструал кон кетиш вактида шиллик пардасининг десквамацияси натижасида кузатилади.

Миоматоз тугунни бачадон деворида жойлашган жойи хам мухим ахамиятга эга. Субсероз миоматоз тугун булганда кон кетиш куп

холларда уртача менструация кузатилади, 42,6% холатларда кон куп келади ва 1,1% холатларда жуда кам микдорда келади. Миоматоз тугун мушаклар орасида жойлашганда 44,5% холатларда менструация пайтида кон кетиш аниқланган.

Постменопауза даврида кон кузатиладиган дегенератив узгаришлар ёш, миоматоз тугуни катта булган беморларда ҳам кузатилиши мумкин. Тугуннинг озикланишининг уткир бузилиши натижасида касалликнинг яккол белгилари ривожланади (тана хароратининг кутарилиши, кучли оғрик, корин парда таъсирланиш белгилари, ЭЧТ нинг ортиши, лейкоцитлар сонининг ортиши). Бачадон миомаси бундай асоратли кечганда ва консерватив терапия самарасизбулганда хирургик даво муолажалари утказилади.(28,29,30,31,32,42.62,90,92).

Циклик кон кетиш фонида тезда бачадондан ациклик кон кетиш ҳам кушилади. Кучли ациклик кон кетиши асосан миоматоз тугун центрипетал усганда ёки субмукоз миоматоз тугунлар натижасида кузатилади. Бундан ташкари кушилиб келган тухумдон фаолиятининг бузилиши метроррагияга сабаб булади. Миоматоз тугун шиллик кават остида жойлашганда ацикликкон кетиш юзада жойлашган кенг ковузлокли томирларнинг енгил жароҳатланиши натижасида кузатилади, бундай миоматоз тугунларда бириктирувчи тукима кон ривожланмаган булади. Бундан ташкари томирга бой усмани капсуласининг юпқаланиши натижасида усмани чикиб колиши кон кетишга олиб келади.(53,55).

Огриклар купгина беморларда турлича характерда булади. Огриклар корин пасти ва бел соҳасида кузатилади. Доимий, симилловчи огриклар субсероз ва интрамурал миоматоз тугунлар марказга караб усганда кузатилади, бу тугунни коплаб турган корин парданинг тортилиш натижасида кузатилади. Узок вақт кечувчи огриклар усманинг тез усиши билан боглик. Тугунда кон айланишининг уткир бузилиши натижасида огриклар уткир характерда булади ва уткир корин белгилари кузатилади.

Огрикларнинг характери турлича булиб, катта улчамдаги ва аста-секин усувчи бачадон миомасида огриклар тортувчи, симилловчи ва барча менструал цикл давомидаги доимий огриклар билан кечади.(93,94,97).

Менструация пайтидаги дардсимон огриклар купрок шиллик ости миоматоз тугунларда кузатилади.

Миоматоз тугун бачадоннинг олдинги юзасида булса огрик сийдик пуфагига, корин олдинги деворининг пастки кисмига таркалади; агар миоматоз тугун бачадоннинг орка юзасида ривожланганда огрик тугри ичакка таркалади. Миоматоз тугун интралигаментар жойлашганда кучли огрик бачадоннинг ички бугзи сохасидаги нерв чигалининг босилиши натижасида кузатилади.(99,100).

Бачадон миомасини ташхислаш.

Бачадон миомасини ташхислашда беморнинг шикоятлари ва анамнезига алохида ахамият бериш керак. Физикал текширишлардан умумий курик, гинекологик курик, кольпоскопия, стандарт клиник лаборатор текширишлар утказилади.

Кушимча текшириш усулларида: калконсимон без дисфункцияси скрининги (конда ТТГ,Т4, Т3 микдори, сийдикда йод текширилади) утказилади. Бундан ташкари эндемик зоналарда эндокринолог билан хамкорликда текшириш усуллари утказилади.(84,87)

Онкомаркерлар, усиш факторлари ва пролиферацияни аникланади. Гистероскопия утказилади. Эндометрий рецепторлари экспрессиясини аниклаш максатида бачадон бушлигини кириш операцияси утказилади.

Гистероскопик текшириш усули субмукоз миоматоз тугунини ташхислашда олтин стандарт усулидир. Бу текшириш усули оркали тугуннинг типи, жойлашган жойи, улчамлари ва эндоскопик назорат остида кин оркали миомэктомия утказишга кулайлик тугдиради.(89,99,103).

Хозирги вақтда гинекологияда бачадон миомасини аникловчи энг кучли диагностик восита бу магнит резонанс текшириш усулидир. МРТ

бачадон миомасини турли куринишларини аниклайди, оптимал даво муолажаларини танлаш ва утказишга ёрдам беради (хирургик, операциясиз, таргет терапия). МРТ текшириш усулида бачадон миомаси бачадоннинг бошка патологияларидан яккол ажралиб туради(бачадон раки, бачадон саркомаси, аденомиознинг диффуз ва тугунли шакллари ва бошкалар). (26,28).

Миоматоз тугунни аниклашда УТТ ҳам мухим урин эгаллайди.() Хозирги вақтларда кенг тадбик этилаётган кин оркали ультрасонография текшириш усули беморда семизлик, метеоризм, чандикли жараёнлар булганда ҳам трансабдоминал датчиклар оркали текшириш кийин булганда касалликни аниклашни осонлаштиради. Бу текшириш усули айниқса субмукоз жойлашган бачадон миомасининг аник жойлашган жойини, бачадон бурчакларини, бачадоннинг сероз каватигача бачадоннинг калинлигини, бундан ташқари эндо метрийдаги кушилиб келган патологияларни аниклашда кулайлик тугдиради. Катта миоматоз тугунларни аниклашда бу усул унчалик кийинчилик тугдирмайди. Бу усулнинг ҳам эффективлиги 95%. Аммо ультрасонография кичик улчамдаги миоматоз тугунларни (диаметри 2 см гача) аниклашда турли муаллифларнинг фикрича 62,5-88% ни ташкил этиши айтиб утилган.(86,95).

Уз-уздан кичик миоматоз тугунлар билинмасдан қолиб кетиши мумкин. Ноинвазив визуал ташхислашнинг кенг тарқалишига қарамасдан БМ ни ташхислашда диагностик лапароскопия хозирги вақтгача уз долзарблигини йукотмаган. Бу текшириш усули асосан тухумдоннинг солид усмаларини, корин парда орти усмаларини ва субсероз миоматоз тугунларни ташхислашда кулланилади.

Бачадон миомасини даволашнинг асосий принциплари.

Тухумдонга таъсир этиб биринчи навбатда эстрадиол ҳосил бўлишини камайтириш бачадон миомасини даволашнинг энг самарали патогенетик асосланган даволаш усулидир.

Гормонга боғлиқ массани бачадондан ажратиш (миома тугуни, эндометрий гиперплазияси) бачадонда маҳаллий гипергормонемияни пасайиши ва гипертрофияланган миометрийни инволюциясига олиб келади.(11,21,23,25).

Репродуктив ёшдаги аёлда бачадон миомасини даволашнинг замонавий принциплари қуйидагича шакллантирилди:

- Усмани эрта ташхислаш;
- Комплекс консерватив терапияни эрта куллаш, антистресс, адаптоген, яллиғланишга қарши, иммунитетни мустаҳкамловчи, антиоксидант терапияни куллаш;
- Гормонал бузилишларни ва менструал цикл бузилишларини эрта коррекция қилиш;
- Қушилиб келган экстрагенитал патология ва эндокрин бузилишларини коррекция қилиш;
- Гормонал терапияни уз вақтида тавсия қилиш;
- Даволашга индивидуал ёндошиш;
- Аъзони сақлаб қолишга, репродуктив функцияни тиклаш ва хомиладорликни асоратлардан асраш учун кам инвазив усулларни эрта ва уз вақтида куллаш.(20)

Бачадон миомасини консерватив даволашга курсатмалар:

- Репродуктив ёшдаги миомаси булган аёллар;
- Қасалликни кам симптомли кечиши;
- Улчами 12 ҳафталик хомиладорликдан катта булмаган бачадон миомаси;
- Миоматоз тугунни субсероз (кенг асосли) ёки интерстициал жойлашиши;
- Экстрагенитал қасалликлари булган, юкори анестезиологик ва хирургик хавфи булган аёллар.(25,26)

Охирги йилларда клиник жихатдан билинмайдиган миоматоз тугунларн булган аёлларни олиб бориш учун янгича карашлар пайдо булди. Бачадон миомасини даволашда хар доим аникланган бачадон миомаси улчами кандай улчамда булмасин кутиб турмасдан чоратадбирлани куллаш ёддан чикмаслиги керак.

Клиник амалиётни енгиллаштириш учун бачадон миомасининг янги классификацияси ишлаб чикилди (клиник жихатдан билинмайдиган, кичик, уртача катталиктаги, катта улчамдаги, гигант ва бошкалар), мазкур классификация ёрдамида бу касалликни даволаш усулини енгил танлаб оламиз.

Консерватив даволашга операцияга тайёргарлик этапи сифатида ва операциядан кейинги даврда реабилитацияси сифатида куп холатларда мурожаат этилади.

Бачадон миомасида ГнРГ нинг кулланилишидан асосий максад БМ улчамларини ва белгиларининг огирлигини камайтиришдан иборат. Бунда ГнРГ ни кулланилганда тухумдонларнинг функциялари вақтинча ва даврий йуколади (предменопауза холати), натижада усмалар усиши тормозланади ва усманинг улчамлари кичраяди. Препарат менструал циклнинг биринчи 5 кунлигида юборилади. Диферелин хар 4 хафтада 3,75 мг дозада юборилиши керак. Даволаш курсининг давомлилиги 3 ойдан 6 ойгача. Аммо бу даволашнинг узига хос ножуя таъсирлари мавжуд. Булар куйидагилардан иборат:

- Операция вақтида майда миоматоз тугунларни «Яширади»;
- Препаратнинг таъсири вақтинчалик характерга эга (уни берилмай куйилганда усманинг усиши ва рецидивланишига олиб келади;
- Индуцирланган менопауза белгилари кузатилади (исиб кетиш, куп терлаш, таъсирчанлик, артериал кон босимининг

кутарилиши, дизурия, киннинг куруклиги, либидонинг пасайиши, хотира, диккатнинг пасайиши, бош огриги).

Бачадон миомасини даволашда медикаментоз даволашга карамасдан хозирги кунда бу касалликни даволашда хирургик даволаш усули асосий даволаш усулларида бири булиб қолмоқда. Бунди консерватив ва хирургик даволашни бир-бирига қарши қўйиб бўлмайди. Бу касалликни патогенетик асосланган даволаш концепциясида қўбинирилган таъсир қўйилади яъни консерватив ва хирургик усул қўлланилади.(30,32,42).

1.3 ТУХУМДОН КИСТАСИ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ:

Тухумдонларнинг энг қўп тарқалган касалликлари жумласига энг аввало тухумдон усмалари ва усмасимон хосилалари қиради. Тухумдон кистомаси – бу хужайра элементлари пролиферацияси ва кистома камераларида транссудат ёки экссудат тўпланиши ҳисобига фол усадиган усма булиб, суюқлик камера деворини қоплаб турган цилиндрик эпителийда ишлаб чиқарилади. Тухумдон усмаларининг учраш даражаси сўнги 10 йилликда барча жинсий аъзолар усмалари орасида 6% дан 19-25% гача ошиб қолмоқда.(7,11,25,42).

Тухумдон усмаларининг қўпчилиги яхши сифатли усмалар булиб, барча тухумдон усмалари орасида 75—87%ни ташкил этади. Усмасимон ретенцион хосилалар 70,9%ни ташкил этади. Анамнезида тез-тез юқумли касалликларга қўлинганлиги Менструал цикл бузилишлари: постменопаузал даврдаги бачадон қўн қетишлари. Жинсий ҳаётнинг йўқлиги ёки унинг регуляр эмаслиги. Контрацепция мақсадида БИВдан қўйдаланиш.(65,75,84).

Классификация 1. Яхши сифатли эпителиал усмалар: а) Сероз цистаденома б) Муциноз цистаденома в) Эндометриоид цистаденома г) Ёруг хужайрали усма д) Бреннер усмаси е) Аралаш усмалар

2. Яхши сифатли жинсий тортма стромаси усмалари: а) Гранулез-хужайрали усма б) Тека-хужайрали усма (текома) в) Фиброма г) Сертоли ва Лейдиг хужайраларидан ривожланадиган усмалар

3. Яхши сифатли герминоген усмалар: а) Дермоид киста 4. Ретенцион хосилалар: а) Фолликуляр киста б) Сарик тана кистаси в) Эндометриоид киста г) Коплагич эпителийси булмаган кисталар д) Параовариал киста е) Бачадон ортикларининг яллигланишли хосилалари ж) Серозоцеле (кистоз бушликлар хосил булиши билан чандикли жараённинг ривожланиши) (89,95,97,103).

5. Тухумдонлардаги гиперпластик жараёнлар Сарик тана кистаси - ёрилган фолликула урнида суюклик тупланиши натижасида хосил булади, баъзан суюклик - кон булиши мумкин.

Тека- лютеин кисталар. Купинча елбугозда хосил булади ва унинг эвакуациясидан сунг уз-уздан йуколиб кетади.

Дермоид кисталар— бу кисталар эмбрионал даврда хосил булади. Баъзи муаллифлар уларни «муъжизавий кисталар» деб атайдилар, чунки улар инсоннинг хар кандай тукумасидан: соч, суяк, ёг тукумаларидан хосил булиши мумкин.

Муциноз кисталар. Тухумдоннинг эпителиал тузилмаларидан хосил булиб, катта улчамларни эгаллаши ва узида куп микдорда суюклик тутиши мумкин.

Тухумдонларнинг эндометриоид кисталари- бу яхши сифатли гормонга боглик усма булиб, ирсий мойиллик натижасида гормонал

ва иммун дисбаланс туфайли келиб чиқади ва тузилиши, фаолияти жихатдан эндометрий тукумасига ухшаш тукуманинг бачадон шиллик каватидан ташкарида локализацияланиши туфайли ҳосил бўлади.

Параовариал кисталар - бачадон кенг бойлами вараклари орасида ҳосил бўлади. Параовариал кисталар мезонефрал найча, оофорон, шунингдек целомик эпителийдан ҳосил бўлиши мумкин.(7,11,25,75).

ТУХУМДОН КИСТОМАЛАРИ:

1.Псевдомуциноз:

А. Гигант улчамларга етиши мумкин

Б. Усма юзаси нотекис

В. Консистенцияси - каттик-эластик

Г. Усма девори ялтирок оч кулранг тусга эга

Д. Купинча куп камерали бўлиб, киз ва неvara бушликларига эга.

Е. Куринча усма оёкчага эга

Ё. Таркибида псевдомуцин саклайди.

2. Сероз: Эпителийнинг тузилиши ва биологик хусусиятларига кура турлари:

А. Оддий сероз (силлик деворли)

Б. Папилляр кистомалар

КЛИНИКА: Корин пастида ва бел соҳасидаги огриклар, огирлик хисси, тез-тез дефекацияга чакириклар, дизурик бузилишлар, корин хажмининг катталашуви.(84,85).

АСОРАТИ: Усма оёкчасидан буралиб қолиши, усманинг бошқа аъзолар билан битишуви ва инфицирланиши, усманинг бошқа аъзоларга ёрилиши, усма деворининг ёрилиши, усма малигнизацияси. Ташхислаш: бемор шикоятлари, анамнези, объектив курик, гинекологик курик, эхография, лапароскопия.(66,95).

I.4.ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАР

Реконструктив пластик жаррохлик амалиётида сезиларли ютуқларга қарамай, операциядан кейинги корин вентрал чурралари билан беморларининг даволаш ечилмаган муаммо охирига қадар шундай бўлиб қолмоқда. Операциядан кейинги чурралар қўп ҳолларда гинекологик операциядан кейин учрайди. Чурранинг қисилиш билан асоратланиши диагностикада махсус диққат талаб қилади. Беморларни даволашда қатта операциядан кейинги вентрал чурралар герниопластика методида улкан сонли усуллар ҳисобланади. Лекин операциядан кейин турли маҳаллий туқималар ёрдамида анъанавий усуллар билан амалга оширилади, чурра ҳалқасининг томонларининг зуриқиб қисилиши, ҳар доим ҳам яхши натижа билан таъминлаш эмас, чунки бу методлар физиологик эмас ва уларнинг асосий қамчилиги маҳаллий туқима таранглилиги шакллантириш бўлиб, тез-тез қасаллик такрорланишига олиб қелади (10-25%) (106,107,108,109,114,116).

Турли хил йуллар билан бир муҳим сонли чурраларни даволаш учун такомиллаштириш таклиф қилинган, муаллифлар рецидивланиш частотасини қамайтира олмаслиги ва янги йуллар билан бу вазифа ечилган. Янги усуллар билан чурра дарвозасини синтетик сетка билан (капрон, нейлон, лавсан) ёпиш орқали рецидивланиш частотасини пасайтирилди, лекин бутунлай ечилмади, пластикадан кейин бу сеткаларни бузилиши, итарилиши, қўп микдорда оқмалар ҳосил бўлиши ва охирига

вактларда чуррани кайталаниши кузатилди(45,82), ва материаллар ривожланиши яхшиланишига асос булди. Охирги йилларга келиб янги авлод сеткалари полопропилен, полиэфир, полиглантин ва бошқ. яратилди. Полипропилен материал сурилмайдиган, юкори кучланишга эга ва рецидивланиш кам. (8,17,56,57,58,83,104). Бирок, полипропилен ижобий хусусиятига карамай, амалга оширилган операциялар хакида, бу хабарлар неча ва кичик клиник материалларга асосланган, уни ишлатишга аниқ бир курсатма ишлаб чиқилмаган, асоратини олдини олиш профилактикаси курсатилган эмас, полипропилен сетка ишлатишдан сунг юзага келадиган, полипропилен сеткани фиксация қилиш имкониятлари асосиздир ва бу хозирги урганишга асос булди. Корин бушлиги ва кичик чанок аъзоларининг қушма касалликларини жаррохлик усулида даволаш турли соҳалардаги мутахассисларининг эътиборини узок вақтлардан бери тортиб келмоқда. «ВОЗ» маълумотларига қура кичик чанок ва корин бушлиги қушма касалликларини жаррохлик усулида бирга даволаш жаррохлик бўлимларида даволанган беморларнинг 20-30% да аниқланган. (12,18,20,79,80,106.).

Жаррохлик ускуналарининг ривожланиши ва анестезиология-реаниматология хизматининг усиши сунгги 20-30 йил ичида инсон организмидаги турли аъзоларда катта ва симультан операцияларни бажариш имкониятларини оширди. Симультан операция – бу жаррохлик усулида даволаш лозим булган, турли касалликлар сабабли икки ёки ундан куп алоҳида операцияларнинг бир вақтда бажарилишидир. (69.83,115.116.117,118.).

II. БОБ.

2.1 ТАДКИКОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Илмий изланишимиз Самарканд шаҳар 3-сон тугрук комплекси гинекология булимида олиб борилди ва урганишларимиз ретро ва проспектив булиб, 2006-2015 йилларга тугри келди. Умумий беморлар сони 40 та шулардан тухумдон кистаси, бачадон миомаси ва операциядан кейинги вентрал чурралар учраш курсаткичлари урганиб чиқилди.

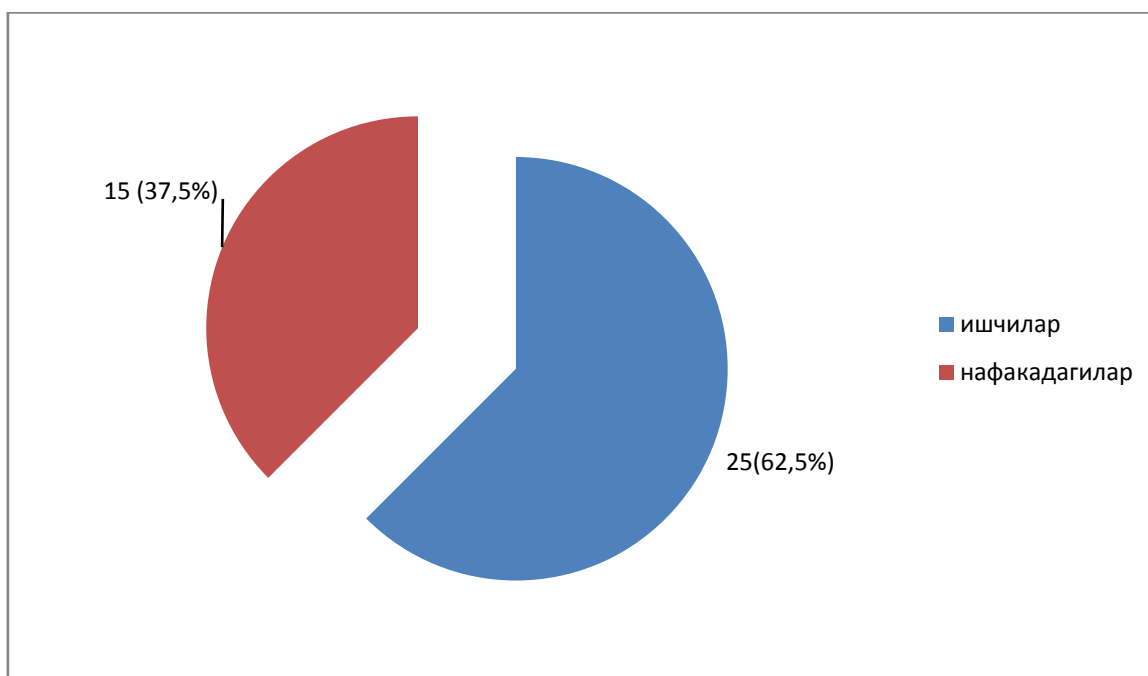
2.1. ЖАДВАЛ: Беморларнинг ёши ва семизлик даражасига кура.

Беморларнинг			
Ёшига:	33-40 ёш 7 та (17,5 %)	41-59 ёш 25 та (62,5%)	60 ва ундан юқори 8 та (20 %)
Семизлик даражаси	1-даража 3 та (7,5 %)	2-даража 9 та (22,5%)	3-даражали 28 та (70%)

Ёш курсаткичи буйича 33 ёшдан 40 ёшгача булган беморлар сони 9 та (22,5%) 59 ёшда 25 та (62,5%) ни, колган аёллар 60 ёшдан катта булиб 11 та (27,5%) ни ташкил килди, ёши катта аёлларда умумий огриксизлантириш ва экстрагенитал касалликлар асоратлари билан учрагани учун операцияга кириш анча кийинчилик тугдирди. Энг ёш бемор 33 ёшни, энг катта ёш 60 ёшдан каттани ташкил килди. Шунни айтиш лозимки ёш курсаткичи ошиши билан операциялар сони хам ортади ва операция жараёни кийинлашади, чунки кушимча экстрагенитал касалликлар сони ортади. Изланиш давомида беморларнинг ёши, анамнез маълумоти, менархе, тугрукнинг кечиши, тугрукдаги асоратлар, яшаш шароити, утказган касалликлари урганилди. Шулардан 7 тасида тухумдон кистаси ва операциядан кейинги чурра ва 33 та аёлда бачадон миомаси ва

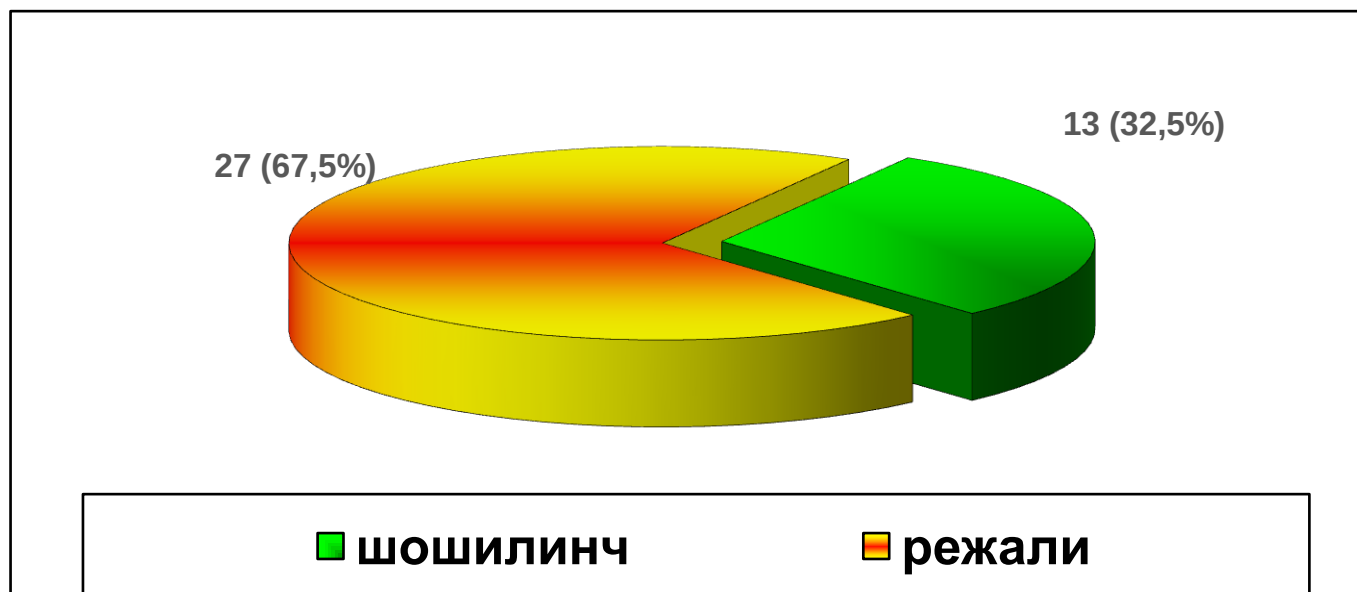
операциядан кейинги чурра учради. Симультан операцияда беморларди гемодинамикаси, биохимия, гемостаз яна операцияни ва операциядан кейинги даврни ургандик. Беморларнинг маиший шароитига кура уй бекалари, хужалик ишчилар, нафакадигиларни ташкил килади. Беморларнинг купчилик кисми ишга лаёкатли ёшга тугри келади. Беморларнинг маиший шароитига кура ишчилар 25та (62,5%), нафакадагилар 15 та (37,5%) ташкил килди.

2.2 ЖАДВАЛ. Аёлларнинг иш фаолиятига кура таксимланиши.



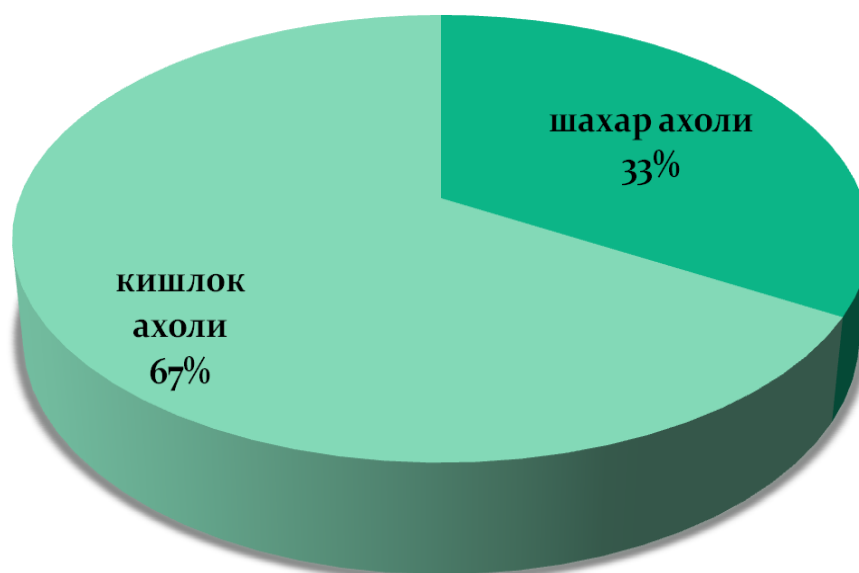
Беморларда хайз функцияси 13-15ёш оралигида булиб шулардан 28 тасида (70%) огрикли ва хайз циклининг бузилиши кузатилган, колган 12 тасида (30%) нормал кечган.

2.3 ЖАДВАЛ. Беморлар анамнезига кура утказган операция режаси.



Аёллар анамнези сураб суриштирилганда 27та аёлда режали 13 та аёлда операция шошилинич утказилган.

2.4 ЖАДВАЛ: Аёлларнинг ахоли яшашига караб булиниши.



Аёлларнинг 67% кишлок ахолисига 33% ни шаҳар ахолисини ташкил килди.

2.5.ЖАДВАЛ. Операциядан кейинги чурралар вақт буйича ҳосил булиши
куйидаги жадвалда

Бачадон миомаси ва тухумдон кистаси билан мурожаат қилган аёллар анамнезида утқазилган операциялар	Умум ий	Чурраларни операциядан кейин ҳосил булиши				
		Зой ичида	3-6 ой ичида	1-2 йил ичида	3-4йил ичида	5 йил ва юкор и
Холецистэктомия	26	-	6	5	9	6
Ошқозон резекцияси	5	1	2	-	2	-
Гинекологик операция	4	1	3	-	-	-
Аппендэктомия	3	-	1	1	1	-
Жарохат туфайли лапаротомия	2	-	-	2	-	-

Холецистэктомия утқазган 26 та аёлдан 18 та аёлда туман шароитида операция қилинган.

Чурралар симптоми:

- қучанганда чурра чиқиши -8 та, оғрик бўлиши -21 та, чурранинг қисилиб қолиши -7 та беморда қузатилди.

Чурра қанча қатта бўлиши бу туқиманинг ўзгариши фақат чурра дарвозасида эмас, балким қорин пардада ва қорин деворида ҳам эди.

Чурра ҳалтаси таркибида асосан қатта қарви, ингичка ва йугон ичаклар

аникланди. Беморларни текширишда бизлар кушилиб келган экстарогенитал касалликлар, шу билан бирга операциядан кейинги давр ва операцияга кириш беморларда умумий ахволига караб баҳоладик. Кичик чанок жинсий аъзо усмалари билан биргаликда операциядани кейинги вентрал чурралар ҳам учради. БМ ва ОКВЧ 33 та (82,5%) аёлда, ТК ва ОКВЧ 7та (17,5%) аёлда учраб улар биргаликда бартараф килинди.

2.6 ЖАДВАЛ. Корин бушлиги ва кичик чанок усмаларининг учраш курсаткичи.

Учраш курсаткичи	%
Бачадон миомаси билан операциядан кейинги вентрал чурра	33та(82,5%)
Тухумдон кистаси билан операциядан кейинги вентрал чурра	7та (17,5%)

2.7 ЖАДВАЛ. Бачадон миомасининг хажмига кура.

Бачадон миомасининг хажми	%
8-9 хафталик	27та(81,8%)
10-12 хафталик	6та (18,8%)

БМ сининг катталиги буйича учраши 8-9 хафталик 27 та аёлда учраган булса 10-12хафталик БМ си 6 та аёлда учради. БМ си ва ТК билан аёл

текширилганда анамнезида операция утказилгани аникланди. БМ ва КТ билан мурожат килган аёлларда чурра аникланди ва биргаликда бартараф килинди.

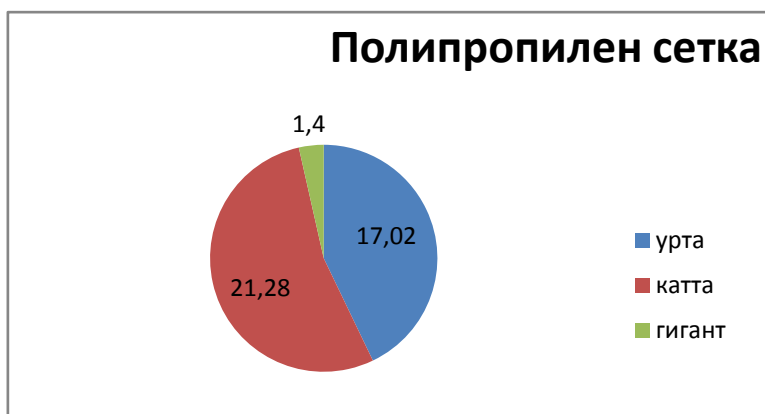
2.8.ЖАДВАЛ Кушилиб келган экстрагенитал касалликлар куйидаги схемада келтирилган.

Касаллик	Умумий	
	Сони	%
Хафакон касалиги	15	37,5
Семизлик III –IV даража	18	45
Оёк веналарнинг варикоз кенгайиши	2	4,7
Кандли диабет касаллиги	1	2,5

Бу маълумотлар натижасида шуни аникладики, хафакон касаллиги 15 та аёлда, семизлик 18 та аёлда, ва колган беморларди кандли диабет ва оёк веналар кенгайиши булиб хисобланди.

Ишимиздан келиб чикиб БМ, ТК ва ОКВЧ лар учраганлиги учун чуррани хам биргаликда бартараф килинди ва чурранинг катталигига караб аллопластика усули танланди. Текширишимиз натижасида бизлар хам колган олимлар каби чуррани аниклашда (В.Н.Янов, 1978; М.Ф.Заривчацкий ва В.Ф.Яговкин, 2002; В.Д.Федоров ва бошқалар, 2000; А.С.Ермолов ва бошка., 2005) беморларни гурух буйича урта, катта ва гигант чурраларга (5 таб.) булдик. В.Н. Янов (1978) корин олдинги девори вентрал чурраларнинг хажмига кура куйидаги классификацияни ишлаб чикган. Корин олдинги вентрал чурраларнинг уртача размери 3 дан 8 смгача, катта размердаги чурра 9 дан 12 смга ва гигант хажмдаги чурра 13 смдан юкорини ташкил килди.

2.1. ДИАГРАММА. В.Н.Янов (1978) корин олдинги вентрал чурраларинг хажмига кура классификация.



2.9. ЖАДВАЛ. Чурралар улчами.

Улчамлари	Умумий	
	сони	%
Уртача улчамдаги	7	17,5
Катта улчамдаги	9	22,5
Гигант улчамдаги	24	60

Кичик чанок жинсий аъзо ва чуррани ультратовуш текшируви Mindray mobile Trolley UMT-100 аппарати билан текширилди. Шу билан бирга жигар, ут халта хам текширилди. Текширув ётган холатда утказилди.

Беморларни текшириш ва танлаш «оддийдан мураккабга» караб олиб борилди.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

№	Клиник текшириш		
1.	Анамнез, шикоятлари	40	100%
2.	Кон умумий тахлили	40	100%
3.	сийдик умумий тахлили	40	100%
4.	Коагулограмма , кон ивиши	40	100%
5.	Кон биохимик тахлили	40	100%
6.	ОИТС ВА RW	40	100%
7.	Бимануал текшириш	40	100%
8.	Кузгуда текшириш	40	100%
9.	УТТ	40	100%
10.	ЭКГ	40	100%

III. БОБ.

ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАР МУХОКАМАСИ, ХУЛОСА.

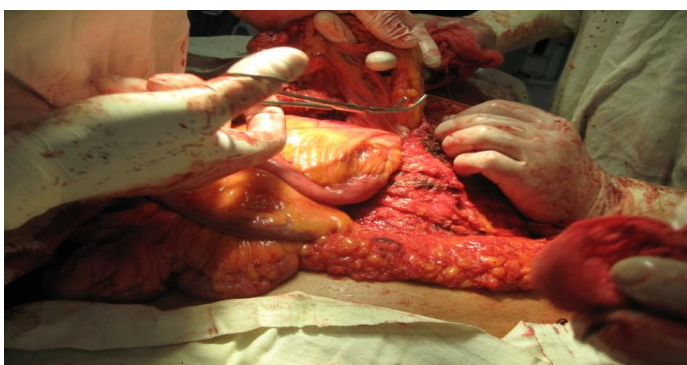
Бизнинг мақсад ва вазифаларимиздан келиб чиқиб, биз бачадон миомаси ва тухумдон кистаси билан операциядан кейинги вентрал чурраларни учраш курсаткичи, операция олди даври, интраоперация, операциядан кейинги давр, реабилитация, аллопластика куллаш, аллопластикага организмнинг жавоб реакцияси, аёлларда дерматолипидэктомия утказиш, аёлларда вақт жихатидан ва психологик таъсирнинг камайиши урганилди. Ретро ва проспектив урганганда 2006-2015 йилгача 40 та бемор булиб шулардан энг куп шикоятлари корин сохасидаги огрик, жинсий аъзолардан куп микдорда конгли ажралма келиши, умумий холсизлик, чурранинг кисилиши, ич котиш, огир жисмоний иш бажара олмасликлари асосий шикоятлари булиб хисобланди. Бизларга мурожаат килиб келган аёллар ҳамма текширувлардан утиш ва текширув вақтида аёллар операциядан кейинги вентрал чурра аникланди.

Операцияга курсатма булиб, асосий ташхисдан ташкари, кушимча касаллик ҳам аникланди ва бир вақтнинг узида жаррох билан келишилиб симультан операция утказилди. ОКВЧ бартараф килишда гигант чурраларда Линтекс сеткадан, уртача чурраларда Лекснер усулидан фойдаландик. ОКВЧ ларни катталигига караб Янов.В.Н такдим этган классификациядан фойдаландик. Хар бир аёлда кесим индивидуал танланди. Шу билан биргаликда бачадон миомаси сабаб бачадон ортиклари билан экстирпация, тухумдон кистаси сабаб аднексэктомия килинди ва алохида кичик чанокга дренаж най ва апоневроз устига аллотрансплант куйиб тикилди, тери ости ёғ каватига Редон усулида дренаж най колдирилиб терига узлуксиз косметик чок куйилди.(3.5-3.6 расм).



3.1, 3.2-РАСМ Операциядан кейинги вентрал чурра ва бачадон миомаси.

Бемор К операцияда жараёнида терида кундаланг ва буйлама ярим ойсимон узунлиги 35 см кенглиги 30 см кесим утказилди. Беморда дерматолипидэктомия утказилди, чурра дарвозаси топилиб таркибида ингичка ичак ковузлоги, йугон ичак ва катта чарви аникланди ва катта чарви сог тукимагача ажратилди. (3.3-3.4 расм).



3.3-РАСМ. Чурра дарвозаси таркиби.

3.4-РАСМ. Ичаклар ажратилиши.



3.5 -РАСМ Линтекс сетканинг фиксацияланиши



3.6-РАСМ Операциядан кейинги ҳолат.

Хамма операциялар умумий эндотрахеал наркоз остида утказилди. Операцияга курсатма булиб куп ҳолатларда юкоридагилар сабаб булган. Операциягача ва операциядан кейинги даврларда беморларга антибиотикотерапия ва тромбозэмболия профилактикаси максатида кичик молекуляр гепарин буюрилган. Куп ҳолатларда аллотрансплантат « onlay » усулида куйилди. Операцияларнинг натижаларини тахлил килиш учун куйидаги параметрлар урганилди.

- ◆ Операцияга кириш усули;
- ◆ Операция давомийлиги;
- ◆ Йукотилган кон микдори;
- ◆ Операциядан сунгги даврда огриксизлантириш;
- ◆ Беморларни фаоллаштириш ва озикланиши;
- ◆ Операциядан сунгги реабилитацион даврнинг кечиши.

Симультан жаррохлик операцияларини бажаришда операцияга булган хавф даражалари классификацияси Маховский В.З. ва Магадов Л.А лар тамонидан ишдаб чикилган булиб, унга кура хавф даражалари 4 га булинади: 1 – жуда кам, 2 – урта, 3 – юкори, 4 – ута юкори.

Операцияга булган хавфларнинг аникланиши 4 та омилга асосланади.

1. симультан операциянинг хажми ва жарохатлиги.

2. симультан касалликнинг хусусияти (характери, аъзо ва тукималарнинг функционал, метоболик ва органик шикастланиш даражаси,).
3. кушилган касалликнинг огирлиги ва характери.
4. беморнинг ёши.

Бизнинг асосий мақсадимиз: Кичик чанок яхши сифатли усмалари билан кушилиб келган корин олдинги чуррларни биргаликда бартараф қилиш ва уртача, катта, гигант чурраларда, чурра дарвозасини пластика қилиш бўлиб ҳисобланди. Аллопластика усулида бизлар операциядан кейинги киндик чурраларни Лексер усули орқали, операциядан кейинги вентрал чурраларни Линтекс сетка орқали бартараф қилдик.

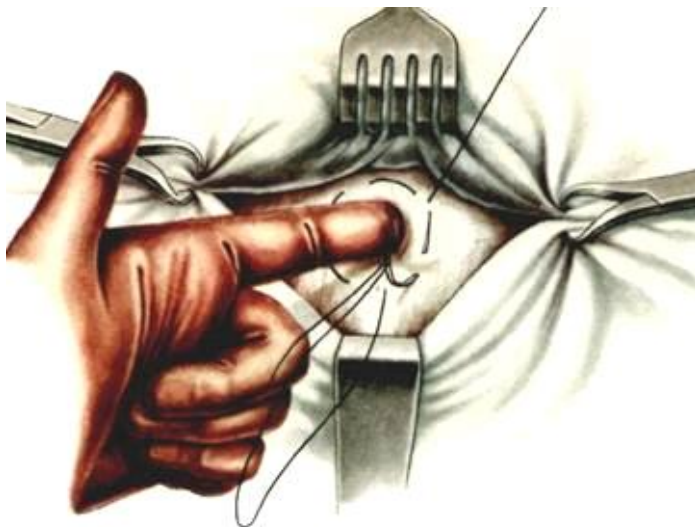
3.1- ЖАДВАЛ Беморларда операциядан кейинги вентрал чурралар аллопластика усули.

Чурра улчами	Пластика усули		Асоратлар	
	Лексер	Линтекс	Инфилтрат	Ичак парези
Уртача чурра	7		-	-
Катта ҳажмдаги чурра		9	1	-
Гигант чурра		24	2	-

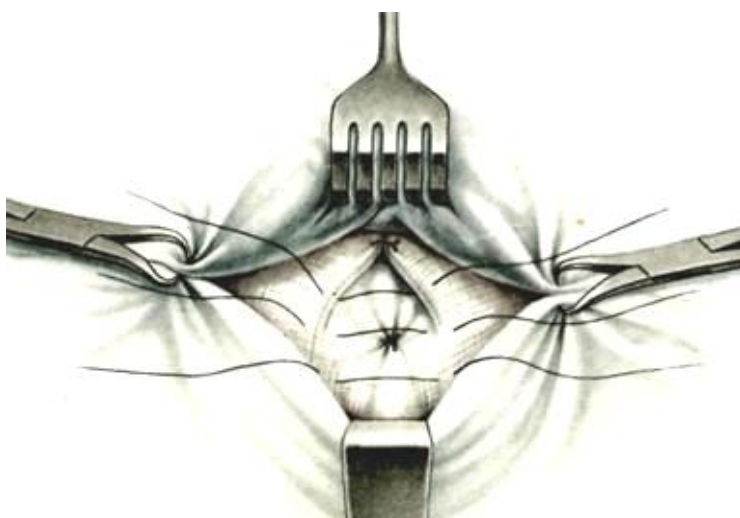
Аёлларда уртача улчамдаги ОКВЧ ларда 7 та аёлга Лексер усули, катта улчамдаги ОКВЧ ларда 9 тасида Линтекс сетка ва гигант улчамдаги 24 та аёлда Линтекс сеткадан фойдаландик.

Қолган аёлларда чурранинг ҳосил бўлиши, киндик чурраси бартараф қилиш, чурра ҳалтаси таркибидаги ичак, катта чарви ажратилиб кейин бачадон миомаси сабаб бачадон экстирпацияси тухумдон кистаси бўлганларда кистоектомия ўтказилди ва корин бўшлиғи қуздан кечирилганда иккиламчи ўзгарган, инфилтрат аниқланиб аппендэктомия

килинди, сунг киндик чурраси Лексер буйича бартараф килинди. Лексер усули: Усул Лексер таклиф килган (1900) кичик киндик чурраси учун ишлатилади.

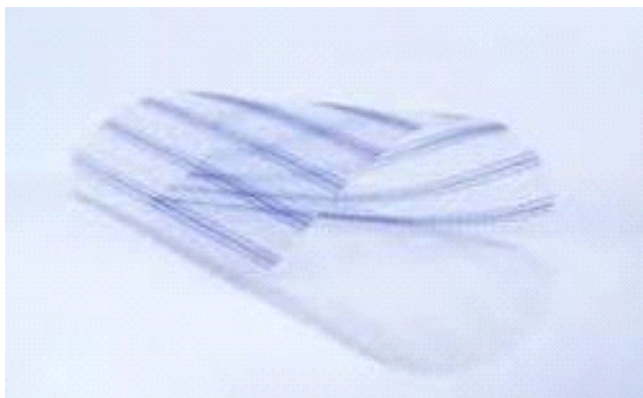


3.7 РАСМ. Лексер усули, биринчи этап.



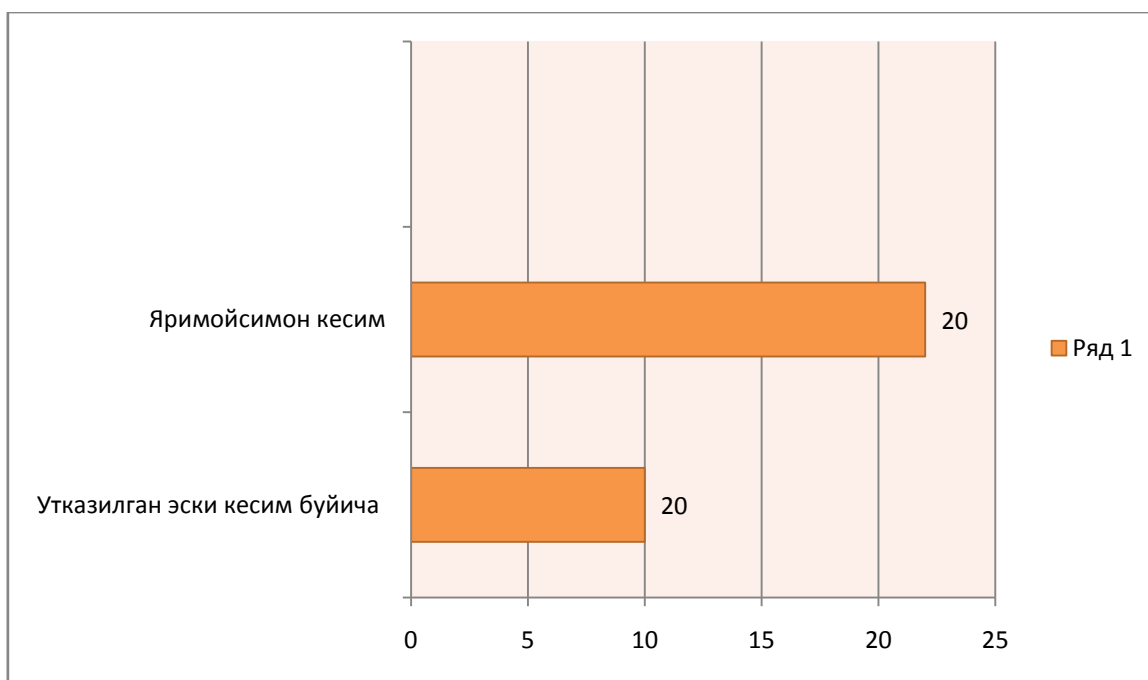
3.8 РАСМ. Лексер усули: иккинчи этап.

Бизлар уз ишимизда чурраларни бартараф этишда Линтекс сеткасида фойдаландик: Линтексни (эсфил) булиб у биологик инерт полипропилен монопнитли сурилмайдиган сетка. Организмнинг тукумасига якин булгани учун бизлар полипропилен сеткадан фойдаландик. Линтекс сеткасини куйганда хеч кандай (асорат) итарилиш кузатилмади.



3.9 РАСМ. Линтекс сеткасининг ташки куруниши

3.1 ДИАГРАММА Хамма операцияларда кесимнинг утказилиши



Аёлларда кесим индивидуал танланди. Яримойсимон кесим 20та аёлда ва утказилган эски кесим буйича 20та аёлда утказилди.

3.2- ЖАДВАЛ Аллотрансплантат куйилгандаги натижа.

Текширилган гуруҳ	Уларнинг натижалари		
	Яхши	Коникарли	Коникарсиз
Линтекс сетка билан	31	2	-
Аллопластика билан	9	-	-

Аллотарнсплантат билан 9 та аёлда яхши натижа ва 33 та аёлга Линтекс сетка куйилган аёлларда 31 тасида яхши натижа колган 2 таси коникарли натижа кузатилди. Бачадон миомаси ва тухумдон кистаси билан утказилган операцияларда асосий операцион усул бачадон экстирпацияси, аднексэктомия булган булсада, симультан операцияда чурра дарвозаси пластикаси 9 та, аллотрансплантат куйиш 31 та холатда учради. Аллопластика операциядан кейин биринчи 2 кунликда ташки нафас олиши пасайиши кузатилди, бу курсаткич операция жаррохатидан ташкари олдинги корин девори тортилиши билан хам богликдир.

Бемор Кулдашева К 57 ёш касаллик тарихи №279 клиникага келган куни 19 февраль 2015 йил шикояти: Кориннинг пастки сохасидаги огрик 7 йил менопаузадан кейин жинсий йуллардан конли ажралма келишига ва умумий холсизликка.

Anamnesis morbi: Узини 3 йилдан буён касал деб хисоблайди, касаллигини хеч нарса билан богламайди, охирги 3-4 ойдан буён киндан ажралма келиши кучайган ва ушбу шикоятлар № 3 сонли тугрук комплексининг гинекология булимига мурожаат килган.

Anamnesis vitae: 14 ёшлигида менархе, 4-5 кундан хар 28 кунда, 7 йилдан буён менопаузада. Хомиладорлик 5 та шундан 3 таси тугрук билан

якунланган, 2 та аборт, охирги тугрук 1993 йил, охирги аборт 1996 йил. Венерологик касалликларни инкор этади, зарарли одатлари йук .

Status praesens objectivus: Умумий ахволи коникарли. Эс хуши узида, саволларга аник жавоб беради. Тери ва куринадиган шиллик пардалар окимтир. Упкасида нормал везикуляр нафас эшитилади. Пульс 1 минутда 80 марта ритмик, АKB 130-90 мм.сим .уст. тенг. Корни юмшок огриксиз, жигар ва талок катталашмаган. Сийдик ажратиш тизимидан шикояти йук, Пастернацкий симптоми икки томонлама манфий, сийиши эркин, хожати регуляр .

Status gynaecologicus: Тукланиш аёлларга хос. Ташки жинсий аъзолар тугри ривожланган. Бачадон буйни кузгуда гипертрофиялашган, ташки бугзи ёриксимон

P.V.Кинга кириш эркин, кин тугган аёлларга хос. Бачадон буйни катталашган, консистенцияси каттик харакатчан, ташки бугзи ёпик, бачадон танаси 9 хафталикгача катталашган. Икки томонлама бачадон ортиклари пайпасланмайди. Ажралма конли.

Ташхис: Бачадоннинг симптомли миомаси. Орттирилган вентрал чурра Семизлик 4 даража. Камконлик енгил даража.

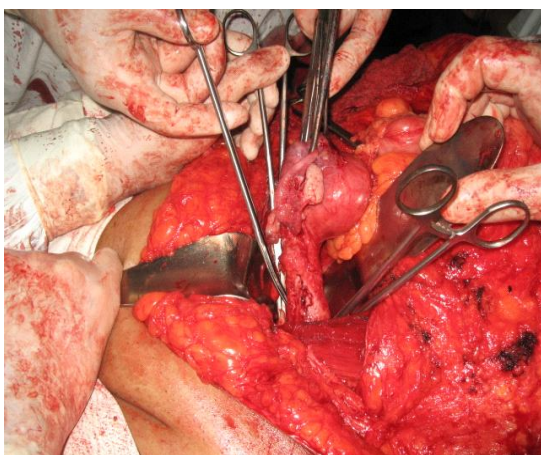
Хулоса: 1. Тулик клиник лаборатор текшириш.

2. Терапевт ва анестезиолог куриги.

3. Оператив даво утказиш.



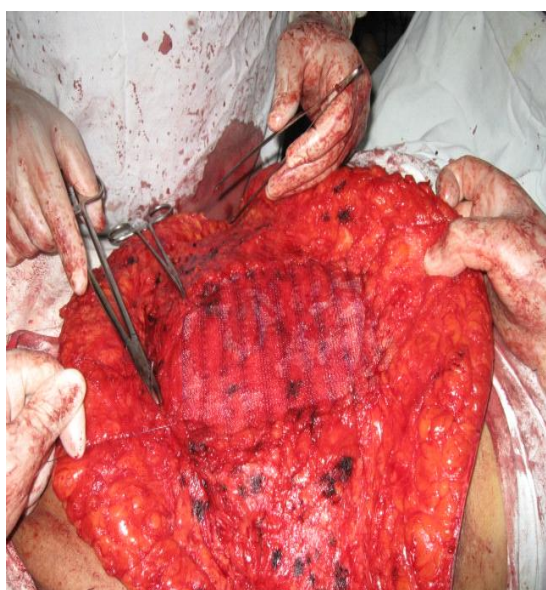
3.9 РАСМ 8-9 хафталик бачадон миомаси ва операциядан кейинги вентрал чурра



3.10 РАСМ Бачадон миома экстирпация килиш.



3.11 РАСМ Корин пардаси устидан линтекс сеткасини куйиш



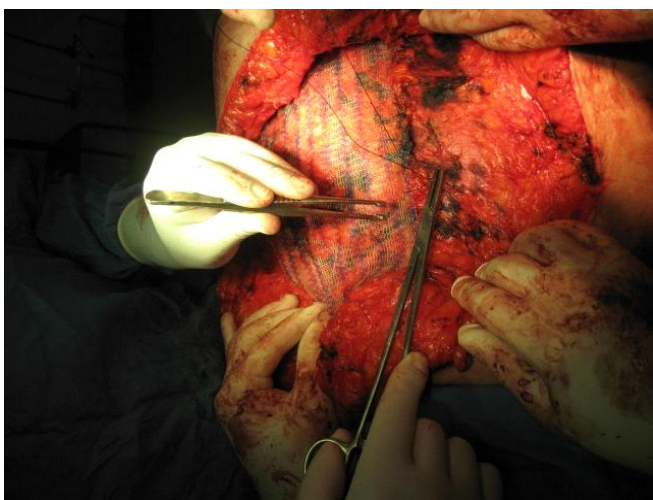
3.12РАСМ Линтекс сеткасини пластика килиш



3.13 РАСМ Сетка куйилгандан кейинги куруниш



3.14 РАСМ 8 хафталик бачадон миомаси

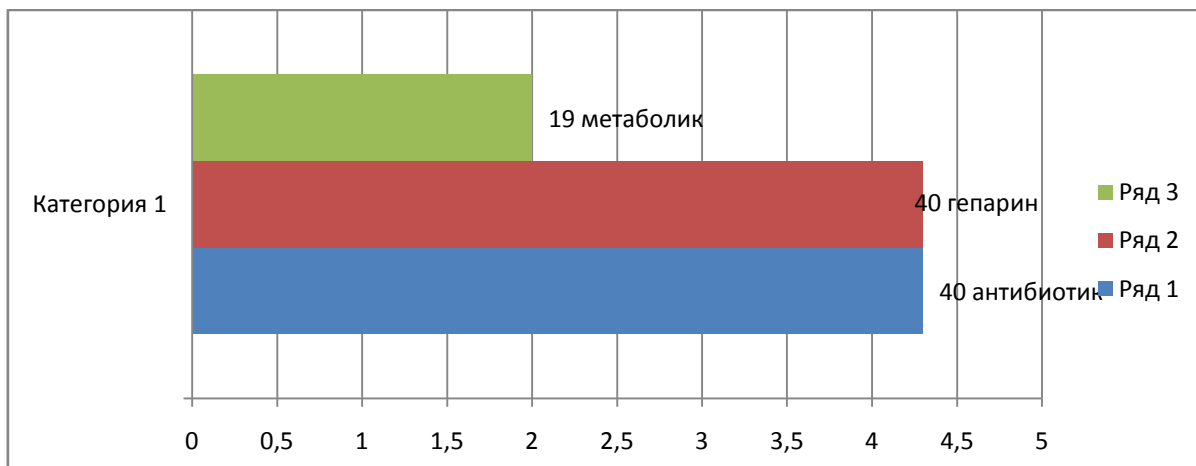


3.15 РАСМ Линтекс сеткани фиксацияси



3.16 РАСМ операциядан кейинги терининг косметик курилиши

3.2 ДИАГРАММА Операциядан кейинги даврда даво муолажалар



Операциядан кейинги даврда беморлар биринчи 2 кунликда ёток режим ва операциядан кейин уртача миъёردа коринда компрессини камайтириш, серома ва гемотама хосил булишини олдини олиш учун бандаж такилди. Тромбоэмболик хавфи юкори беморларда профилактика учун тананинг пастки кисмларига эластик бинт боғланди. Огриксизлантириш давом эттирилди. 4-куни реанимация булимидан гинекология булимига утказилди ва 10- кунга келиб чоклар олинди ва уйига жавоб берилди. Операцион майдон тез-тез 2-3 % йод билан обработка килинди. Операциядан сунг беморларнинг стационарда булиши хозирги иктисодий шароитда кенг ахамиятга эга.

Операциядан олдин беморларни гинекология булимига ёткизилиб госпитализация уртача 12 кундан 21 кунни ташкил этди. Ташхис куйиш учун утказилган барча текширишлар гинекология булимида утказилган. Текширишлар «оддийдан мураккабга» караб принципи асосида, беморларни безовта килмасдан олиб борилган.

Операцияларнинг давомийлиги умумий 1 соат 30 дакика (+15,14) дакикани ташкил килган. Корин деворидаги кесма узунлиги 25 – 35 смни уртача ташкил килди.

Операция давомида йукотилган кон микдори 320.6 (+50)мл ни ташкил килган. Беморлардаги экстрагенитал касалликлар ёткизиб даволанди. Барчасига умумий эндотрахеал наркоз берилди. Операция давомида лапоратомия гистерэктомия ва корин олдинги чуррасини аллопластика килиш 31 та аёлда, лапоратомия тухумдон кистэктомия ва корин олдинги девори чуррасини аллопластика килиш 9 та аёлда утказилди.

Операциядан кейинги даврда беморларни фаоллаштириш ва овкатланиши 2 – 3 суткаларда кузатилган. 5-суткадан бошлаб аёлларни реанимация булимидан гинекология булимига утказилди.

Эрта яллигланиш асорати профилактикасига асосий эътибор берилди

Уртача уриндик куни	Операция давомийлиги	Йукотилган кон микдори	Беморлар фаоллиги	Операциядан кейинги асоратлар
7-8	1с 30 мин	320-370	3кундан	-

НАТИЖА.

Корин бушлиги аъзоларидаги кушма касалликларни бир вақтда даволаш имконияти утган асрнинг 70 – 80 йилларида уртага ташланган эди. ВОЗ маълумотларига кура беморларнинг 20 – 30% ида кушма касалликлар аниқланган. Улардан 4 – 7 % ида симультан операциялар курсатилган. Бу касалликнинг купайиши билан боглик булмасдан, балки ахолининг хаёт давомийлигининг узайиши, ташхис куйиш даражасининг ошиши, жаррохлик ва анестезиологиянинг ютуклари билан боглик.

Симультан операциялар жаррохликда юкори мақсадларга эришишнинг яна бир тури булиб хисобланмокда. (Гордеев С.А. ва муалл.2002й). Бизнинг текширишларимизда Самарканд шаҳар 3-сон тугрук мажмуасининг гинекология булимида булиб 40та беморда бачадон миомаси, тухумдон кистаси билан операциядан кейинги вентрал чурра операциялар утказилган, Симультан операцияларда гинекологик касаллик билан бирга утказилган кушма патологиялар ичида энг куп аппендэктомия утказилгани аниқланди ва сон жихатдан 44 та (56,4%)ни ташкил килса, кейинги каторда корин олд девори вентрал чурралар 8та (10%) эгаллаганлиги аниқланди.

Операциядан кейинги чурралар халигача ҳам хирургияда долзарблигича колмокда. Бундан ташкари охирги йилларга келиб бу курсаткич ошмокда. Чурраларнинг хосил булиши сабаби хар хилдир, айникса ёшнинг катталашгани сари асоратларнинг кучайиб бориши кузатилади. Беморларнинг ушбу туркумда даволаш учун куплаб усуллар таклиф этилган аммо уларнинг хеч бири кайта рецидив булишини кафолатламайди. Узок вақтлардан бери операциядан кейинги чурраларни даволашда корин пардани махаллий тукумаси билан тикланган, лекин хамма усулларда катта ва гигант чурраларни рецидивланиши кузатилган.

Бу куплаб муаллифлар томонидан теридан фойдаланиш клиник амалиётга жорий этиш учун асос булди. Бу усулларнинг салбий жихати: улар тез-тез такрорланиши асосий сабаб булди ва бириктирувчи туқималар билан алмаштирилди. Бу усулда суъний матолар (нейлон, дакрон, тефлон) ишлатилган. Улар сезиларли даражада чурранинг рецидивланишини камайтирди, лекин бир канча яллигланиш асоратлар, куп холатларда окмалар ва сеткани олиб ташлашни талаб килди. Бундай натижа янги материаллар излаб топишга сабаб булди, улардан кайси бири маҳаллий туқима реакциясига, туқиманинг тортилмаслигига, корин бушлигидаги босимнинг ошмаслигига сабаб булди. Охирги йилларда шундай натижага ҳам эришилди, полипропилен, полипролен маҳаллий туқима реакциясини чакирмайди, тортилмайди клиник жихатдан яхши тикланади. Хозирги вақтгача бу савол тулик бир маромга келмаган, чунки бу операция катта ва гигант чурраларда яллигланиш асоратидир. Операция вақт жихатдан узок муддатли ва хар доим ҳам бажарадиган пайтда ярани инфекцияланиши ётади. Булардан ташқари, бу сеткани фиксация қилиш усули оммолашмаган ва қиска суратда операцияни стационарда бажариш ҳажм жихатдан мураккаб. Бу бизнинг ишимизда диққат талаб қилди. Бизлар уз ишимизга кичик улчамдаги чурраларни олмадик. Асосан урта, катта ва гигант чурраларни олиб, уларда даволаш ишлари олиб борилди. Мақсадимиз: Кичик чанок жинсий аъзо усмалари билан вентрал чурраларни даволаш курсаткичини яхшилаш. Бизнинг текширишимизда 40 та бемор булиб, уларни операциядан кейинги чурралар билан бачадон миомаси ва тухумдон кистаси ташкил қилди. Чурраларни аниқлашда В.Н.Яннов (1978) таснифи фойдаландик. 31та аёлга линтекс сеткасидан фойдаланилди, қолган 9 аёлда аллопластика қилинди. Даво усули эффективлигини танлашда клиник курсаткичларга асосландик. Бу аёлларга психологик жихатдан ҳам иқтисодий томондан қулай булиб ҳисобланди. Аёлларда битта кесма утказилиб шу кесма билан 2 та операция утказилди.

Операция жараёнида наркоз микдори ҳам кам берилиб, наркоздан чиқиш кийинчилиги тугдирмади.

ХУЛОСА.

1.Операциядан кейинги чурралар билан бачадон миомаси ва тухумдон кистаси 0.8% учрайди. Гинекологик касалликлар ичида мухим ахамиятга эга булиб бачадон миомаси, тухумдон кистаси билан корин олдинги вентрал чурралар биргаликда бартараф килинганда иктисодий томондан жуда кулай хисобланди. Аллопластика усули уртача вентрал операциядан кейин чурралар катталиги, лекин корин деворининг тукима ва ташки нафас тезлиги ва кучланиши нормал параметрларини яхшилаш ҳолатини тутилган булса фойдаланиш мумкин.

2.Операциядан кейинги вентрал чурра билан бачадон миомаси ва тухумдон кистаси аллопластика кулланганда килинган операция асоратларсиз кечди.

3.Операциядан кейинги даврда аёлларда огрикнинг йуклиги ва реабилитация вақтининг камайиши, полипропилен сетка ишлатганда ҳеч қандай организмнинг итаришиш кучини йуклиги кузатилди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.

1.Симультан операциялар кулланганда аёлларни реабилитация муддатини кискариши ва иктисодий самародорлик максатида тавсия этилади. Кушма патологиялар бўлганда корин бушлигининг турли каватларида бир вақтнинг узида жарохлик аралашувига имкон беради.

3.Корин бушлиги ва кичик чанок аъзоларининг кушма патологияси билан аёлларни текшириш ва даволаш гинекологлар ва абдоминал хирургикларни жалб қилиш тавсия этилди.

Бачадон миомаси, тухумдон кистаси билан операциядан кейинги вентрал чурраларни даволашда аёлда психологик таъсирнинг камайиши, иктисодий жихатдан, вақтнинг камайиши ҳамда наркознинг кам беришга эришилди ва прополипропилен сетка ишлатилганда ҳеч қандай асоратлар кузатилмади шунга бир вақтнинг узида 2 ва ундан ортиқ патологияни бартараф қилиш тавсия этилади.

ҒОЙДАЛАНИЛҒАН АДАБИЁТЛАР

1. Абдыкалыков К.О. Эффективность использования проленовой сетки в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Бишкек, 2008 - 21 с.
2. Адамян, Л.В. Гистероскопия в диагностике и лечении патологии полости матки Текст.: монография / Л.В. Адамян, Г.Е. Белоглазова. М: Медицина.-1997. - с. 63-70.
3. Адамян А.Г. Профилактика и лечение послеоперационных рецидивирующих вентральных грыж с применением ультразвука и иммуномодуляторов: Автореф. дис. канд. мед. наук-Ереван, 1990-20с.
3. Айламазян Э.Е. Основные проблемы акушерско-гинекологической анестезии по опыту Санкт - Петербурга [Текст]/ Гордеев В.И., Куличкин Ю.В. // Всерос. VII съезд анестезиологов и реаниматологов: Тез. докл. - Санкт - Петербург, 2000.-С.5-6.
4. Адамян, Л.В. Гистероскопическая' и эхографическая диагностика аденомиоза Текст.:/ Л.В. Адамян, В.Н. Демидов; А.К. Хачатрян// материалы межд. конгресса "Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки".- М., 1999 Т. I. - С.54.
5. Аксенов А.К. Способ лечения послеоперационных грыж белой линии живота [Текст] /А.К. Аксенов, В.К. Татьянченко, В.А. Емельянов, А.И. Москалев и др. //Патент RU №2134551, Кл. абі в 17/00.- 1999.
6. Адамян, Л.В. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки Текст.:/ Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселёв, А.Х. Гайдарова // Практическая гинекология, — М., МЕДпресс-информ, 2001, С.89 115.
7. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии Текст.: библи. практ. врача/ Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. — М.: Медиц. Книга, 2003, 184с. - Библиогр.: с.97-99j

8. Алексеев А.К.. Компьютерная герниоабдоменометрия в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст] /А.К. Алексеев, В.К. Горчаков, А.В. Левшакова, В.А. Ильичев //Актуальные вопросы клинической транспортной медицины. - 2003- №10. - С. 412-418.
9. Алиев М.А. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст]/ М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, Б.А. Наржанов // Хирургия Кыргызстана. - 2006. - №3. - с. 106-108.
10. Байзакова Г.Т. Влияние озонированных растворов на культуру патогенного стафилококка [Текст] /Г.Т. Байзакова, А.Л. Котова, К.К. Асанова //Проблемы стоматологии. - 1999. - № 4. - С. 433-45.
11. Брусенко, В.Г. Опыт применения гистероскопии в практике гинекологического стационара Текст.:/ В.Г. Брусенко, Л.М. Каппушева, О.И. Мишиева, Н.В. Иванова. Вестник Рос. Ассоц. Акуш.- гинекол. 1995. — № 3. — С.54-58.\
12. Бебезов Х.С. Анализ респираторных осложнений послеоперационного периода у хирургических больных [Текст] /Х.С. Бебезов, А.А. Шерова, А.Ж Баялиева //Хирургия рубежа XX и XXI века. - Бишкек, 2000. - С. 57-61.
13. Белоконев В.И. Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж [Текст] /В.И. Белоконев, СЮ. Пушкин, Т.А. Федорина, СВ. Нокапетян //Вестник хирургии. - 2000. - №5.-С. 23-27.
14. Белоконев В.И. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом
- 15./В.И. Белоконев, З.В. Ковалева, СЮ. Пушкин, А.А. Супильников //Хирургия. - 2002. - № 6. - С. 38-40.

16. Белоконов В.И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом [Текст] /В.И. Белоконов, СЮ. Пушкин, З.В. Ковалева //Хирургия. - 2000. - № 8. - С 24-26.
17. Белоконов В.И. Способ герниопластики при срединных грыжах живота [Текст] /В.И. Белоконов, Д.В. Белоусов, И.К. Александров //А.С. RU №95108583, Кл. А61В17/00- 1995.
- 18.Бизяев М.А. Объективные и субъективные аспекты регионарной анестезии// I съезд анестезиологов и реаниматологов юга России: Тез. докл. съезда. Ростов - на - Дону , 24-25 мая 2001 - С14-15.
- 19.Богородский Ю.П. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж больших размеров [Текст] /Ю.П. Богородский //Вестник хирургии. - 1983. - № 8. - С 116-118.
20. Волобуев Н.Н. Капроногеринопластика гигантской грыжи у больных сахарным диабетом [Текст] /Н.Н. Волобуев, М.М. Маднизур Рахман, В.Я. Зима /ЛЮшницеская хирургия. - 1999. - № 10. - С. 56-58. Волобуев Н.Н. Применение многослойной мышечно-апоневротической герниопластики при лечении пациентов с обширной стеридной грыжей живота [Текст] /Н.Н. Волобуев, Е.Я. Керимов, А.В. Косенко и др. //Клин, хирургия. - 1993. - № 6. - С. 31-32.
21. Вихляева, Е.М. Консервативное: лечение: миомы, матки Текст.:/ Е.М. Вихляева// акуш. шгиш 1987- №111-с. 63-67.:
- 22.Вихляева, Е.М: О стратегии и тактике ведения больных; с миомой,матки; Текст.: Е.М. Вихляева // Вестник РАМН: -Мі: 1997.,№2 с. 16-20?
23. Вихляева, Е. М. Патогенез, клиника, и лечение больных; лейомиомой матки Текст.: Е. М. Вихляева;Ж.А: Палладис- Кишинёв: Штинаца^.19821 — 186 С. \
- 24.Вихляева, Е.М. Ру ководство по? гинекологической эндокринологии Текст.: монография/ Е.М. Вихляева - М., МИА. —1998;- 765с.

25. Вихляева; Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии Текст.; Е.М. Вихляева. М.: МИА, 2002. - 768с. -Библиогр.: с.432-437.
- 26.Воронин, А.А. Значение энтеросорбентов в профилактике гнойно-воспалительных осложнений! после хирургического лечения миомы матки Текст.: / А.А. Воронин. Дисс.канд. мед. наук. Москва, 2000:
- 27.Вихляева, Е.М. Консервативное: лечение: миомы, матки Текст.:/ Е.М. Вихляева// акуш. шгиш 1987- №111-с. 63-67.:
28. Вихляева, Е.М: О стратегии и тактике ведения больных; с миомой,матки; Текст.: Е.М. Вихляева // Вестник РАМН: -Мі: 1997.,№2 с. 16-20?
- 29.Вихляева, Е. М. Патогенез, клиника, и лечение больных; лейомиомой матки Текст.: Е. М. Вихляева;Ж.А: Палладис- Кишинёв: Штиница^.19821 — 186 С. \
30. Вихляева, Е.М. Ру ководство по? гинекологической эндокринологии Текст.: монография/ Е.М. Вихляева - М., МИА. —1998;- 765с.
31. Вихляева; Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии Текст.; Е.М. Вихляева. М.: МИА, 2002. - 768с. -Библиогр.: с.432-437.
- 32.Воронин, А.А. Значение энтеросорбентов в профилактике гнойно-воспалительных осложнений! после хирургического лечения миомы матки Текст.: / А.А. Воронин. Дисс.канд. мед. наук. Москва, 2000
- 33.Галимов О.В. Новые подходы к аутодермопластике вентральных грыж [Текст] /О.В. Галимов, С.А. Муслимов, В.О. Ханов, А.М. Шумкин //Хирургия. - 2000. - № 5. - С. 41-42.
- 34.Гудз И.М. Клинические и иммунологические последствия профилактического применения антибиотиков [Текст] /И.М. Гудз //Клиническая хирургия. - 1998. - № 1. - С.3-5.
- 35.Гузеев А.И. Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов [Текст] /А.И. Гузеев //Хирургия. — 2001. - № 12.-С.38-40.

36. Даулбаева А.А. Изменение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам под воздействием озона [Текст] /А.А. Даулбаева //Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2002. - Т.8. — Приложение 2. - С. 305-307.
37. Даурова Т.Т. Аллопластика брюшной стенки при грыжах с использованием лавсанового или фторленового протеза [Текст] /Т.Т. Даурова, Н.Д. Графская-М. Мед.письмо — 1991.
38. Депутатов В.П. Применение озона в медицине. [Текст] /В .П. Депутатов-Наука-Иваново.-1992. -55 с.
39. Егиев В.Н. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст] /В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, М.В. Сватковский //Хирургия. - 2000. - № 6. - С. 18-22.
40. Егиев В.Н. Ненатяжные методы герниопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст] /В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, М.В. Сватковский, А.И. Валетов //Эндоскопическая хирургия. - 2000.-№2.-С.25-26.
41. Железнов, Б.И. Характеристика и трактовка изменений эндометрия и яичников при миоме матки Текст.: / Б.И. Железнов //Акуш. и гинекол. - 1980, —№1, С.37-40.
42. Жебровский В.В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст] /В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин, Ф.Н. Ильченко, Т.С. Воробцова, И.В. Каминский, В.В. Кисляков, А.Г. Фролов, В.В. Казанова //Вестник хирургии. - 1996. - № 2. - С. 105-108.
43. Жуковский В. А. Разработка производство и перспективы совершенствования сетчатых эндопротезов для пластической хирургии [Текст] /В.А. Жуковский //Матер. 1-й Между нар.конф. «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов».- М- 2003- С. 17-19.
44. Зайцева М.И. Этапная пластика при тотальных и сложных послеоперационных вентральных грыжах [Текст] /М.И. Зайцева, Н.А.

- 45.Заривчацкий М.Ф. Большие и гигантские послеоперационные грыжи. [Текст] /М.Ф. Заривчацкий, В.Ф. Яговкин-Пермь- 1996- 142 с.
- 46.Зотов В.А. Хирургическое лечение грыж брюшной стенки: Автореф. дис... д-ра мед. наук. 140027-Новосибирск, 2000.-48 с.
- 47.Зуев В.М. Динамика иммунологических показателей у больных с генитальной вирусной инфекцией на фоне озонотерапии [Текст] /В.М. Зуев, Т.А. Джембадзе, А.В. Симонова //Тез. 2 научно-практ. конф. «Озон в биологии и медицине».- Н.Новгород, 1995. - С.62-63.
- 48.Ищенко, А.И. Гистерорезектоскопия и лазерная хирургия в коррекции внутриматочной патологии Текст.:/ А.И. Ищенко [и др.]// Акуш. и гин. -Москва.- 1997.-N1.- с. 14-16.
- 49.Идов З. Практика озонкислородной терапии [Текст] /З. Идов, Р. Фибан.-Изд. мед. литературы д-ра Эвальда Фишера, 1985- 152 с.
- 50.. Краснопольская, К.В. Использование экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона у больных миомой матки небольших размеров Текст.: // К.В. Краснопольская, Л.Г. Сичинава, А.С. Калугина/ Акуш. и гинекол. — 2000 — 1, С.56 — 58.
51. Кулаков, В.И. Диагностическая и хирургическая гистероскопия Текст.:/ В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.Е. Белоглазова // Акуш. и гин.-1993.-№4. с. 55-59.
52. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология Текст.: / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснопольский // Н.Новгород, НГМА - 1997.
- 53.Кулаков, В.И. Оперативная гинекология хирургические энергии Текст.: монография/ В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев.^- М.: Антидор, 2000. - 650с.
- 54.Каратаев С.Д. Озонотерапия хеликобактер-зависимых заболеваний: Автореф. дис... д-ра мед. наук. - М., 2000. - 32 с.
- 55.Кирпичев А.Г. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки [Текст] /А.Г. Кирпичев, Н.А. Сурков //М., 2001- 86 с.

56. Кочнев О.С. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж [Текст] /О.С. Кочнев, Г.Б. Курбанов, В.Н. Биряльцев //Хирургия. - 1991. -№9.-С.113-118.
57. Кошелев В.Н. Использование лазера для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии [Текст] /В.Н. Кошелев, М.Н. Серебряник, Ф.З. Лоцманов //Клиническая хирургия. - 1990. - № 11. - С.42-43.
58. Кузин А.А. Пластика аллосухожилием при вентральных грыжах [Текст] /А.А. Кузин, В.М. Тимербулатов //Вестник хирургии. - 1992- № 5. - С.213-215.
59. Кулик Я.П. Осложнения лапароскопической герниопластики и их профилактика [Текст] /Я.П. Кулик, А.В. Закржевский //Эндоскопическая хирургия. - 2000- № 2. - С.37-38.
60. Лайонс, Т. Эндоскопическая миомэктомия Текст.: / Т. Лайонс // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: тезисы междунар. конгресса. — 1997—т.1, -с. 176.
61. Ландеховский, Ю.Д. Клинико-патогенетическое обоснование' тактики ведения больных миомой матки Текст.: /Ю.Д. Ландеховский // дис. . докт. мед. наук: 14.00.01. -М.,1988.-300с.
62. Луцевич О.Э. Интраперитонеальная лапароскопическая герниопластика [Текст] /О.Э. Луцевич, С.А. Гордеев, Ю.А. Прохоров //Материалы науч. конф. «Лапароскопическая хирургия органов брюшной полости». — М., 1996.-С.48-49.
63. Мандельштам, В.А. Маточные кровотечения» в менопаузе Текст.: / В.А. Мандельштам //- Лен.: Медицина,- 1974 183 С.
64. Марфуник, Д.Л. О миоме матки Текст.: / Д.Л. Марфуник / Акуш. и гинекол.,- 1988.-№11. С.6-9.
65. Медведев, М.В. Эхогистеросальпингоскопия Текст.: / М.В. Медведев, В.Л. Хохолин, И.А. Озерская / Ультразвуковая, диагностика,—1996— №2 — с.6-13.

66. Миома матки Текст.: / современные проблемы! этиологии, патогенеза, диагностики и лечения //. Под ред. И.С. Сидоровой. М: Медицинское информационное агентство, 2002; -256с.
67. Майстренко Н.А. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогноза и пути профилактики [Текст] /Н.А. Майстренко, А.Н. Ткаченко //Вестник хирургии. - 1998. - № 4. - С. 130-136.
68. Майстренко Н.А., Возможности прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений при хирургическом лечении больных с нерезицидивной послеоперационной вентральной грыжей [Текст] /Н.А. Майстренко, М.Ю. Бахтин, А.Н. Ткаченко, Д.Ю. Федоров //Вестник хирургии. - 2000. - № 1. - С.68-72.
69. Мамакеев М.М., Национальная программа развития и совершенствования хирургической службы Кыргызской Республики на период 2004 - 2010 гг. (проект) [Текст]/ М.М. Мамакеев, Д.Т. Бектуров, А.А. Сопуев// Медицина Кыргызстана. - 2004. - №1. - с. 6-12.
70. Маматов Э.А. Перидуральная анестезия при операциях у больных с сопутствующими заболеваниями [Текст] /Э.А. Маматов, А.К. Шаршенов, М.А. Ракишев, С.Ж. Байтороев и др. //Центрально-Азиатский медицинский журнал-2003-№1-С. 41-46.
71. Модестов А.И. Экономическое исследование целесообразности применения спинальной анестезии со стрессиротекцией при анестезиологических и урологических операциях. [Текст] /Терехов Н.И., Андреева Т.Д. // Экономика здравоохранения. - 2002. - №7.- С. 16-19.
72. Нарциссов Т.В. Аутодермальная пластика при послеоперационных грыжах [Текст] /Т.В. Нарциссов, В.П. Брежнев //Вестник хир. - 1991. - № 5. - С.85-89.
73. Натрошвили Г.С. Рецидивы наружных мышц живота [Текст] /Г.С. Натрошвили//Хирургия-2002-№10.-С. 37-39.

- 74.Нерсисян, Р.А. Вспомогательные репродуктивные технологии у больных с гинекологической патологией Текст.:/ Р.А. Нерсисян // Проблемы репродукции, 1998 - 2, С.22-28.
- 75.51. Нуров, А.У. О саркомах матки Текст.:/ А.У. Нуров; Д.М: Магомедханова, Э.З.Умаханова / Акуш. и гинек., — 1989:—№3- С.63-641
- 76.Ненатяжная герниопластика под общ редакцией Егиева В.Н.- М.: Мед.практика, 2002- 148 с
- 77.Омельяновский В.В. Клиническая и экономическая эффективность режима антибиотикопрофилактики на основе цефалоспоринов второго поколения [Текст] /В.В. Омельяновский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина //Вестник Российской ассоциации акушер-гинекологов. - 2000. - № 4. - С.28-32.
- 78.Радкевич А.А. Способ пластики передней брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] /А.А. Радкевич, И.И. Кузьменко, В.Э. Гюнтер ИАЛ. RU. №2220667, Кл. А61В17/00-2004.
- 79.Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи, диастазы прямых мышц [Текст]/ В.П. Рехачев // Архангельск: ИЦ Архангельской гос. мед. академии, 1999. - 194 с.
- 80.Рогозин И.А. Использование иммуномодуляции и лимфотропной терапии с целью профилактики инфекционных послеоперационных осложнений [Текст] /И.А. Рогозин, А.Н. Баранов, А.А. Зенилин //Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии. - СПб. - 1992.-С.72-73.
- 81.Родоман Г.В. Озонотерапия в лечении больных с хирургической инфекцией [Текст] /Г.В. Родоман, Л.Л. Лаборно, В.Н. Оболенский //Российский медицинский журнал. - 1999. - № 4. - С.32-36.
- 82.Рудин Э.П. Лечение послеоперационных вентральных грыж [Текст] /Э.П.Рудин, А.В.Богданов, П.В. Шевченко //Вестник хир. - 1990. - № 12.-С.76-78.

83. Бреусенко, Л.М. Каппушева Москва: Гэотар - Медицина, 1999 - с.85-89.
84. Савельева, Г.М. Роль гистероскопии в оперативной гинекологии Текст.: II Российская научно-практическая конф. гинекологов - эндоскопистов: тез. докл./ Г.М. Савельева [и др.]- Москва, 1995. с. 113-114.
85. Савицкий, Г.А. Миома матки — проблемы патогенеза и патогенетической терапии Текст.: монография/ Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. Санкт — Петербург, 2000. - 235с.
86. Саркисов, С.Э. Применение гистероскопической деструкции эндометрия в лечении гиперпластических процессов Текст.: сб. науч. тр., РМАПО к 850 -лет. Москвы / С.Э. Саркисов, Р.Э. Кузнецов. М., 1997.
87. Саркисов, С.Э. Первый опыт применения внутриматочной эхографии Текст./ С.Э. Саркисов, Р.Э. Кузнецов // Ультразвуковая диагностика. - 1998.- № 3. — с.33-35.
88. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология Текст.: монография/ В.П. Сметник, Л.Т. Тумилович. М.: МИА, 2001.-с. 556- 574.
89. Савицкий, Г.А. Миома матки Текст.:/ Г.А.Савицкий // -Санкт-Петербург. Путь, 1994.
90. Савицкий, Г.А. Миома матки — проблемы патогенеза и патогенетической терапии Текст.:/ Г.А.Савицкий, А.Г.Савицкий // Санкт-Петербург: ЭЛБИ. - 2000.
91. Савицкий, Г.А. Изменение сосудистого русла матки человека при миомах Текст.:/ Г.А.Савицкий, В.Г. Савицкий //Арх.патол. 1992 - №4, С.27-30.
92. Сайд, Анис Бакри. Клиника и комплексное обследование больных с миомой матки при подслизистой локализации узла Текст.: автореф. дис. . докт. мед. наук: 14.00.01 / Сайд Анис Бакри. -М., 1986.-21с.
93. Самойлова, Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения

94. Текст.: / Т.Е. Самойлова, // Проблемы репродукции. -2003. -№4,, С.32-36.130
- 95.Саркисов, С.Э. Эндохирургия матки Текст.: дис. . докт. мед. наук: 14.00.01 / Саркисов Сергей Эдуардович. М., 1999.-215с.
96. Сметник, В.П; Неоперативная гинекология^ Текст.:/ В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович // М.: МИА-2000,
97. Солопова; А.Г. Оптимизация> диагностических исследований, тактики-ведения» и мониторинга больных с объемными образованиями^ женских внутренних половых органов Текст.: дис. . докт. мед. наук. 14*00.01. Солопова А.Г. Мl, 2004. - С. 135-182.
98. Стрижаков, А.Н. Гистерорезектоскопия Текст.: монография/ А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. Москва, 1997. - с. 150 -161.
99. Стрижаков, А.Нi Клиническая трансвагинальнаяi эхография- Текст.: / А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов // М.: Медицина, 1997. - 306с.
100. Стрижаков, А.Н. Клиническая трансвагинальная, эхография Текст.: / А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов // 4-е изд., -М.: Медицина, 1999, с. 193-224.
101. Стрижаков, А.Н. Гистероскопия в диагностике и лечении гиперпластических процессов в эндометрии. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний Текст.: монография/ А.Н. Стрижаков, А. И. Давыдов. М., 1998.- С. 105107.
102. Стрижаков, А.Н. Малоинвазивная хирургия в гинекологии Текст.: монография/ А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева.- М.: Медицина, 2001. с.221.
103. Саенко В.Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки [Текст] /В.Ф.Саенко, Л.С. Белянский, Н.В. Манойло //Клинич. хирургия. - 2001. - № 6. - С.59-64.

104. Салыбаев А.Д. Оптимизация оказания хирургической помощи в условиях частной многопрофильной клиники: Автореф. дисс. Канд. мед. наук, Бишкек, 2005.-24с.
105. Седов В.М. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст] /В.М. Седов, С.Д. Тарбаев, А.А. Гостевский, А.С. Горелов //Вестник хирургии- 2005— №3.- С. 85-87.
106. Семина Н.А. Внутрибольничные инфекции как проблема биобезопасности [Текст] /Н.А. Семина //Вестник Российской академии мед. наук. - 2002. - № 10. - С.48-50.
107. Синенченко Г.И. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема [Текст] /Г.И. Синенченко, М.В. Ромашкин-Тиманов, А.А. Курыгин //Вестник хирургии- 2006 - №1- С. 15-17.
108. Тимербулатов В.М. Абдоминопластика при операциях по поводу вентральных грыж [Текст] / В.М. Тимербулатов, О.С. Попов, О.В. Попова, В.О. Сорокина //Хирургия.- 2006- №4- С. 24-27.
109. Ткаченко А.Е. Использование аргонного коагулятора в хирургическом лечении вентральных грыж [Текст] /А.Е.Ткаченко, В.А. Виссарионов, З.Г. Исупова //Хирургия. - 1999. - № 7. - С.33-34.
110. Ткаченко А.Н. Прогноз и профилактики гнойных осложнений при лечении послеоперационных вентральных грыж: Автореф. дис... канд. мед. наук Л 40027 - СПб, 1999.
111. Тоскин К.Д. Грыжи живота. [Текст] / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский- М.: Медицина, 1983. - 217 с.
112. Тоскин К.Д. Грыжи брюшной стенки [Текст] /К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский//М.: Медицина, 1990-240 с.
113. Углов Ф.Г. Аутопластика брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах у лиц пожилого и старческого возраста

- модифицированным способом Н.И. Напалкова [Текст] /Ф.Г.Углов, В.В. Гриценко, С.М.Лазарев, А.С. Лапшин //Вестник хирургии. - 1998. - № 5. - С.146-147.
114. Углов Ф.Г. Хирургическое лечение послеоперационных грыж модифицированным способом Н.И. Напалкова [Текст] /Ф.Г.Углов, В.В. Гриценко, В.А. Соловьев //Вестник хирургии. - 1989. - № 1. - С.100-104.
- Усенов Ф.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж, осложненных гнойным процессом: Автореф. дис. канд. мед. наук. 140027-М., 1989.-15 с.
115. Утешев В.И. Метод оперативного лечения больших грыж с фиксацией аллотрансплантата за костные основания: Автореф. дисс.канд.мед.наук. - 777. Фрунзе, 1970. - 24 с.
116. Федоров В.Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж [Текст] /В.Д.Федоров, А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия //Хирургия. - 2000. - № 1. - С.11-14.
117. Фелештинский Я.П. Методы предоперационной подготовки и хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами: Автореф. дис... канд. мед. наук.140027 - Киев, 1989. - 21 с.
118. Фунлоэр И.С., Бошкочев Ж.Б., Вагимов И.Э. Применение эпидуральной
119. анестезии при эхинококкозе легких.//Сб. тр., посвященный
120. международному году гор. Бишкек, 2002. - С. 113-114. ПО. Хитарьян А.Г. Способ выбора оптимального варианта пластики при
121. Янов В.Н. Аутодермальная пластика брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах [Текст] / В.Н. Янов // Хирургия. - 1975. - №7.-С. 78-81.
122. Янов В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах [Текст] / В.Н. Янов // Хирургия. - 2000. - № 6. - С. 23-25.

123. Akcakaya A. Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias [Text] /Akcakaya A., Alimoglu O., Hevenk T., Bas G., Sahin M. et al //Ulus Travma Derg.- 2000.- Vol. 6, #4.- P. 260-265.
124. Arnaud J.P. Surgical treatment of postoperative incisional hernias by intraperitoneal insertion of Dacron mesh and an aponeurotic graft: a report on 250 cases [Text] /Arnaud J.P., Tuech J.J., Pessaux P. //Arch. Surg. - 1999. -Vol.134, #11.-P. 1260-1262.
125. Bauer J.J. Twelve-year experience with expanded polytetrafluoroethylene in the repair of abdominal wall defects [Text] /Bauer J.J., Harris M.T., Kreel I., Gelent I.M. //Mt Sinai J Med.- 1999.- Vol. 66, #1.- P. 20-25.
126. Bencini L. Laparoscopic treatment of ventral hernias: prospective evaluation [Text] /Bencini L., Sanchez L.J., Scatizzi M. et al. //Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. - 2003. - Vol.13, # 1. -P. 16-19.
127. Brancato G. Extraperitoneal prosthesis repair in the surgical treatment of inguinal hernias [Text] /Brancato G., Donati M., Gandolfo L. //Chir. Ital. - 2002. -Vol.54, # 2. -P. 219-225.
128. Burger J.W. Abdominal incisions: techniques and postoperative complications [Text] /Burger J.W., van 't Riet M., Jeekel J. //Scand. J. Surg. -2002.-Vol.91, #4.-P. 315-321.
129. Chowbey P.K. Laparoscopic ventral hernia repair with extraperitoneal mesh: surgical technique and early results [Text] /Chowbey P.K., Sharma A., Khullar R. //Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. - 2003. - Vol.13, #2.-P. 101-105
131. Chung S. Vascularized acellular dermal matrix island flaps for the repair abdominal muscle defects [Text] /Chung S., Hazen A., Levine J.P. //Plast. Reconstr. Surg. - 2002. - Vol.111, # 1. - P. 225-232.
132. Clemente Ramos L.M. Reconstructive surgery with polypropylene mesh associated with kidney transplant [Text] /Clemente Ramos L.M., Burgos

Revilla F.J., Gomez Dosantos V. //Actas Urol. Esp. - 1998. - Vol.22, #4.-P. 320-325.

133. Cohen M. Staged reconstruction after gunshot wound to the abdomen
[Text] /Cohen M., Morales R.J., Fildes J.//Plast Reconstr. Surg. -2001.-
Vol.1. -P. 83-92.