

Ўзбекистон Республикаси олий ва урта махсус таълим вазирлиги
Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
Самарканд давлат тиббиёт институти

УДК.617:55-007.43.08-06.089.168.1.0365.65

Мухамадкулов Фаррух Хуршедович

Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни
замоновий хирургик даволаш усуллари

Магистр

Академик даражасини олиш учун ёзилган диссертация

Илмий рахбар: т.ф.д.проф: С.А.Абдуллаев

Самарканд-2013

Кискартма сузлар

ОКЧ - операциядан кейинги чурралар

ОКВЧ - операциядан кейинги вентрал чурралар

КТ- компьютер томография

УТТ- ультра товуш текшириш

ЭКГ- электрокардиография

ИАГС- интраабадоминал гипертензия синдроми

КИГ- корин ичи гипертензияси

АКС-абадоминал компартмент синдроми

Мундаража

Кириш	5-8 бетлар
I БОБ. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни даволаш муаммолари	
1.1 Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни даволаш тактикалари.....	9-15 бетлар
1.2. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни хирургик даволашда замонавий аллопластиканинг ахамияти	15-24 бетлар
II БОБ. Клиник материаллар ва текшириш усуллари умумий характеристикаси.	
2.1. Клиник материалнинг характеристикаси	25-30 бетлар
2.2.Текшириш ва диагностик усули.....	31-34 бетлар
Интраабдоминал гипертензия синдроми	34-35 бетлар
Корин ички босимини аниклаш	35-36 бетлар
Абдоминал компартмент синдроми.....	36-37 бетлар
2.3. Беморларни операциядан олдинги тайёргарлиги.....	37-38 бетлар
III БОБ. Корин чураларининг этиологияси ва патогенезига хос умумий хусусиятлар.	
3.1. Кориннинг олд девори чурраларнинг этиологияси	39-42 бетлар
3.2..Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларнинг этиологияси ва патогенези	42-45 бетлар
IV БОБ. Кориннинг олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни хирургик даволаш натижалари.	
4.1.Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни хирургик даволаш усуллари	46 бетлар
4.2. Аллопластика ва экплантацияга курсатмалар	47 бетлар
4.3. Операция техникаси	47 бетлар

4.4. Текшириш натижасининг муҳокамаси.....	47-54 бетлар
4.5.Операциядан кейинги корин чурраларнинг асоратлари	56-59 бетлар
4.6.Операциядан кейинги вентриал чурраларнинг келиб чиқишида қуйидаги асосий сабаблар рол уйнайди	60 бетлар
Хотима	60-65 бетлар
Хулосалар	66 бетлар
Амалий тавсиялар	67 бетлар
Адабиётлар руйхати	68-79 бетлар

Кириш

I. Муаммонинг долзарблиги.

Герниология узининг бир неча юз йиллик тарихига карамасдан, узининг куп киррали муаммолари буйича хирургларнинг кизикишини уйготишда давом этмокда [21,36,48,55].

Хар хил касалликлар сабабли корин бушлигида килинадиган операциялар сони хар йили ортиб бормокда. Герниопластика абдоминал хирургияда куп таркалган операциялардан бири булиб жаррохлик стационарлардаги оператив фаолликнинг 15-25% ини ташкил килсада ханузгача долзарб муаммолигича колмокда [19, 9,104].

Аникланишича сунги вақтларда чурралар билан касалланиш ишга лаёкатли ёшдаги шахсларни камраб олиши суръатининг усиши кузатилмокда. Корин олд девори операциядан кейинги чурралар айникса рецидивли вентрал чурралар билан беморларнинг сонининг ошиши клиник хирургия олдида катта муаммолар тугдирмокда, чунки бу муаммо буйича маълум бир аник бир йуналишлар таклиф килинмаган [4,60,79,100].

Корин чурраларининг этиологик факторлари чукур урганилиб, куп операция усуллари танкид остига олинди ва уларнинг орасидан энг ишончли ва патогенетик жихатдан тасдиқланганлари ажратилди. Шундай кулга киритган ютуқларга карамасдан муаммо тула хал килинмаган. Мамлакатимизда ва ривожланган мамлакатларда хар йили минглаб хар хил чурралар буйича операциялар килинмокда, аммо бугунги кунда уларнинг натижалари бизларни тула кониктирмайптилар. Хар 8-10 беморда оддий, кийин булмаган чов, киндик, сон чурралари билан операциядан кейин рецидивлар бермокда. Бундай рецидивлар айникса катта хажмли чурраларда, рецидивли, операциядан кейинги ва чурраларнинг илк учрайдиган шаклларида кейин жуда юкори суръатда колмокда. Охирги йилларда корин олд деворини пластика килишда янги протезлаш технологиялари киритилмокда. Анашундай юкори

технологияли синтетик протезлар ва тикув материалларининг кулланилиши натижасида операциядан кейинги ва уларнинг рецидив суръатини 5-10% гача пасайтиришга эришилди [45,82,94,105].

Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурралар кенг таркалган касаллик саналади. Бутун ер юзи ахолисининг 3-4% ида хар хил чурралар учрайди ва уларнинг 70% дан купрогини чов чурралари ташкил килади(2,27).

Айрим, махсус чурралар хирургияси муаммоси билан шугулланадиган клиникаларда рецидивлар суръати минимумга тушган. Бундай ҳолат оператив техникани такомиллаш, чурра кесиш усулини индивидуал ва дифференциал ёндашиш ва янги қушимча пластик материалларини ишлатилиши ёрдамида эришиш мумкин [2,32,66,97].

Келтирилган маълумотларга асосланиб биз операциядан кейинги корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни оператив даволашда аллопластиканинг қайси хилини куллаш ва уни такомиллаш йули билан келгусида рецидивлар сонини камайитириш устида ишлашни лозим деб топдик.

II. Илмий изланишнинг мақсади:

Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларини пластик материаллар билан бартараф қилиш усулларини такомиллаштириш.

III. Изланиш вазифалари:

1. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни диагностик алгоритмини ишлаб чиқиш.
2. Корин олд девори операциядан кейинги чурраларнинг турига қараб аллопластика усулини ишлатишга курсатмаларни аниқлаш.
3. Корин олд девори рецидив чурраларининг этиопатогенезини урганган ҳолда аллопластика усулини ишлаб чиқиш.
4. Операция қилинган беморларда узаро ва ретроспектив таҳлиллар утқазиш.

Илмий иш материаллари ва текшириш усуллари

1. Беморларнинг анамнезини урганиш, объектив текшириш усуллари куллаш.

2. Лаборатор таҳлиллар

А) Кон ва сийдикнинг умумий таҳлили

Б) Коннинг биохимик таҳлиллари

3. ЭКГ, кукрак ва корин бушлиги R-скопияси, курсатма буйича корин бушлигини КТ, МРТ куллаш.

IV. Илмий янгиликлар: Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни хирургик даволашда дифференциал ёндашиш. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни пластика қилишда муҳим замонавий рационал тактика куллашни (inlay) ишлаб чиқиши. Операциядан кейинги ва рецидив чурралар билан кориннинг олд деворини аллопластика материалларидан полипропилен турни ишлатиш курсатма ва оптимал усулини такомиллаш жорий қилинди.

V. Амалий аҳамияти. Такдим қилинган ишнинг катта амалий аҳамиятга эга эканлиги корин олд девори операциядан кейинги чурралар айниқса рецидивли чурраларида аниқ бир хирургик тактиканинг булмаганлиги. Чурранинг хажмига, беморнинг объектив ҳолатига қараб анатомо-физиологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда кориннинг олд деворини аттензион усулда пластика қилишда маълум усулнинг ишлатилиши амалий соғлиқни сақлаш тизими учун муҳим аҳамият бор.

Шундай қилиб, такдим қилинган ишни корин олд девори операциядан кейинги ва рецидивли чурраларни хирургик даволашда ута дифференциал ҳолда ёндашишни асослаб беради.

VI. Илмий иш натижаларининг амалиётга тадбиқ қилиниши: Кориннинг олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни хирургик даволаш усуллари Самарканд шаҳар Тиббиёт Бирлашмаси хирургия

булимларида амалиётга тадбик килинган. Олинган илмий ва амалий маълумотлар СамТИ талабалари ва хирургия йуналиши буйича магистрларнинг укув жараёнига киритилган.

VII. Ишнинг тузилмаси ва хажми: Кириш, илмий адабиётлар шархи, туртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар руйхатидан иборат. Илмий иш компьютерда терилган 79 бетли матндан иборат булиб, уларни 6 та жадвал, 15 та расм ва диаграммадан иборат.

I. БОБ

Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларни даволаш муаммолари

1.1 Корин олд девори ва операциядан кейинги рецидив чурраларнинг даволаш тактикалари.

Корин олд девори чурраларини хирургик даволаш ҳозирги вақтгача абдоминал хирургиянинг муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Операциядан кейинги чурраларнинг деярли купчилиги долзарб утказилган оперциялар айникса релапаротомиядан кейин ҳосил бўлади [13,28, 57,90].

Маълумки релапоротомиялар купчилик ҳолатларда таркалган перитонитлар ва уткир ичак тутилишларида эвентерациялар кузатилгандан кейин килинади. Бундан ташқари операциядан кейинги чурралар огир, куп режали патологик ҳисобланиб уларни даволаш ҳар қандай хирургик стационарлар олдида маълум кийинчиликлар тугдиради. Вентрал чурраларнинг ҳосил бўлиши кориннинг олд девори мушаклари, чурра ҳалтасида бир қисми жойлашган ички аъзолар ва нафас олиш аъзоларининг муътадил бир-бирига боғлиқлик ҳолати бўзилиши билан содир бўлади. Айрим муаллифларнинг (Воскресенский П.К., Емельянов С. И.) фикрича катта чурраларни алоҳида касаллик ҳисобланиб нафакат нафас олиш органларининг ваҳоланки тери копламаси мушаклар ва ички аъзоларнинг бир-бирига номуттаносибликлгини келтириб чиқарувчи сабаблар орқали ҳосил килиши билан характерланади [9,22,53,77 ,103]

Ҳозирги вақтда купгина хирурглар чурраларни алоҳида тоифали муррақаб турларига ажратишга келишган. Уларга 23-24 % ни ташкил қилувчи катта, сирпанувчи, комбинациялашган, тугриланмайдиган ва рецидив чурралар, катта ёшдаги беморларда учрайдиган чов чурраларниг 42% идан купроги қиради [5, 37,72,107, 110].

Вентрал чурраларни хирургик даволаш муаммосининг долзарблиги касалликнинг кенг таркалганлиги, унинг қисилиб қолиши қуринишдаги

асоратларнинг куп учраши ва операциядан кейинги улим суръатининг баландлиги (8%гача) билан характерланади. Абдоминал хирургиянинг бутун ривожланиш тарихида ОКЧ ларни оператив даволаш мухим рол уйнаган. Замонавий статистика шуни курсатадики лапаротомия утказган 5-14% беморларда бу асорат юзага келиши кузатилмокда [17,44,70,89].

Бу касалликларнинг кенг таркалиши корин бушлигида операциялар микдори ошиши ва хажмининг кенгайганлиги, кайта операциялар сонининг узиши, шунингдек операция килинаётган беморларнинг орасида урта ва кари ёшли шахслар сонининг тухтовсиз ошиб бориши билан боғлиқ. Корин олд девори чурра дефектларини махаллий тукумалар билан анъанавий усулда пластика килиш натижалари хамиша ҳам коникарли булавермайди. Корин девори катта дефектларини пластика килишда одатда тукумалар тортилади (таранглаштирилади), бу эса 30-60% беморларда чурранинг рецидивланишига олиб келади. Сунги йилларда хирургик амалиётдаа чурра дефектини бартараф этиш учун пластик материалларини киритиш оркали рецидивларнинг учрашини 3-6% гача пасайтиришга эришилди [29,52, 83,111].

Герниология фанида утган ун беш-йигирма йил давомида вентрал чурраларни даволашга булган ёндашишлар сезиларли даражада узгарди. Бу узгаришлар корин девори дефектларини ёпишда тензион усулдан атензион усулга утишга олиб келди. Хозирги вақтда вентрал чурраларни даволашда пластиканинг атензион методларини куллаш концепцияси кабул килинганлиги. АКШдаги шошилишч ва режали хирургияда замонавий шароитларда 87%, Европа давлатларида 85% беморларда атензион герниопластика бажарилади. Россияда режали хирургияда вентрал чуррани аттензион метод буйича операция килиш улуши 43-52% ни ташкил килади, Кисилган чурраларда герниопластикада атензион методларининг кулланиши хакидаги маълумотлар адабиётларда камдан-кам учрайди [42,65,99].

Вентрал чуррали беморларни даволашда имплантатни onlay, sublay, inlay жойлаштириш мумкин. Бундай усуллардан кейин натижалар ва асоратлар мутлоко бир-биридан фарк килади. Хозирги вақтда олинган натижаларни объектив баҳолаш керак. Шунинг учун вентрал чурраси бор беморларни даволашни бутунлигича асоратлари ва оқибати ривожланишига таъсир килувчи омилларни алоҳида ва бир канча қўшма омилларнинг урни таҳлил қилиниб шунга уларни даволаш диққат марказида бўлиши талаб қилинади [8,54,80,96].

Кориннинг олд девори айникса катта ва гигант чурраларини бартараф қилишда чурра дарвозасини маҳаллий туқималар билан пластика қилиниши ҳамиша ҳам яхши натижа бермаслиги мумкин. Бу эса герниопластиканинг ишончлироқ усулларини излаш ва янги моделларини замонавийлаштириш долзарблигини таъкид қилади [1,35,98,106].

Хозирги вақтда кориннинг урта ва катта чурраларда синтетик материалларни қўллаб бажарилган операцияларнинг анъанавий усуллар олдидаги афзаллиги, мақсадга мувофиқлиги ва ишончлилиги исботланган.

Операциядан кейинги вентрал чурраларнинг корин олд девори барча чурраларни 20-26% гача ташкил қилади, учраши бўйича ҳов чурралардан кейин иккинчи уринда туради. Корин бўшлиғида операция қилинган беморларнинг уртача 10% ида операциядан кейинги чурралар ривожланади [6,27,46, 91].

ОКЧ деб корин девори чуррасидан бошқа ҳар қандай хирургик касалликлар бўйича ўтказилган лапаротомиядан кейин юзага келувчи чурраларга айтилади. Аввал ўтказилган пластикадан кейин пайдо бўлувчи чурралар рецидив вентрал чурралар дейилади. Бугунги кунда чурраларни хирургик даволашда чурранинг шакли, унинг патогенетик ривожланиш шароити, корин девори туқималарининг ҳолати, чурра дефектининг катталиги ва беморнинг аҳолини инобатга олиб индивидуал дифференциаллашган ҳолда ёндашилмоқда [15,50,86, 96].

ОКВЧ учун улчамларининг тез катталашуви ва турли асоратларининг пайдо булиши билан характерланади. Касалларнинг купчилиги ишлаш кобилиятидаги ёшдаги кишилара булиб, уларни даволаш муаммоси долзарб ва ижтимоий–иктисодий режага киради [11,25,58,100].

Операциядан кейинги ва рецидив вентрал чурраларини даволаш муаммоси корин бушлиги хирургияси ривожланиши билан бир вақтда юзага келди ва абдоминал хирургияда купрок долзарб муаммолардан бири булиб колмокда. Турли муаллифларнинг маълумотларига (48) кура фан ва техниканинг ривожланишлари янги имкониятлар яратди, хирургларнинг янги куникмаларни кашф килишига ва хирургик усулларнинг амалиётга тадбик килинишига эришилди. Шунга карамасдан барча лапаротомияларнинг 2-15% дан кейин ОКЧ кузатилмокда[10,43,51,95].

АКШда хар йили корин олд девори ОКЧ буйича юз минггача операциялар утказилади. Бундан ташкари ОКВЧ ва рецидив вентрал чурралар мураккаб, куп режали холат хисобланади, уни даволаш хар кандай стационарлар учун узининг жиддий муаммоларини такдим этади. Катта чурраларни нафакат нафас тизими, балки тери коплами, мушаклар, ички аъзолар функцияси бузилиши билан кечувчи копмлекс касаллик деб санаш керак [47,61,74, 109].

ОКВЧ ни даволаш принципи сунги ун йиллик хисобидан сезиларли узгарди. Корин девори дефектларини бартараф килишда атензион методларини куллаш операциядан кейинги улимни 1,4% гача, рецидивлар учрашини эса 5,3% дан 1,1-1,7% гача пасайтирди, бу эса юкори хавфли (йулдош касалликлари хисобидан) бор беморларда оператив даволашни тугри ташкил кили шоркали эришилади. Бу соха буйича хирургиянинг хозирги даврдаги вазифаси симултан операцияларга курсатмаларни келажакдаги деталларини ишлаб чикиш ва чурра дарвозасини пластик ёпиш техникасини замонавийлаштиришдан иборат. Чуррани кесишда атензион пластика принциплари синтетик инплантатларни чурра дефектининг чегарасидан

куйишга эмас, балки маҳаллий туқималар билан биргаликда ёпишга асосланган. Амалиётдаги тажрибалар шуни курсатмоқдаки операциянинг охиригى натижасига имплантатнинг жойлашиши жойи (onlay, inlay, sublay) унинг атроф туқималарга фиксацияланиш усуллари, имплантатнинг химик, физик, механик хусусиятлари, унинг нимадан тайёрланганлиги ҳам таъсир қилади. Пластиканинг бу вариантларидан ҳар бирининг эффективлиги ҳақидаги саволга жавоб бериш учун операция қилинган беморларда олинган натижаларни таққослаш остида таҳлил утказиш зарур [12,50,69,101].

ОКВЧ си бор беморларнинг 70% ни чурра соҳасида туқималарнинг ёшига боғлиқ дегенратив узғаришларга олиб келувчи йулдош касалликлари (қупинча қандли диабет, семириш) бўлган катта ва кекса ёшли шахслар ташкил қиладилар. Бундай ҳолларда маҳаллий туқималарни тортмасдан (таранглаштирмасдан) туриб катта дефектларни ёпишнинг иложи бўлмайди. Корин ичида босим ошиши билан изма-из юрак, упка, ярада операциядан кейинги йиринглаш, чокларнинг бушаши ва рецидив чурралар шаклланиши каби асоратлар ривожланиши ҳавф хатарлар юзага келади. Хирургик даволаш натижаларини яхшилашга йуналтирилган аввал тақдим этилган қупгина герниопластика усуллари қутилган натижаларни бермади. Гап корин деворидаги чурра дефектини синтетик (капрон, нейлон, лавсан, тефлондан тайёрланган) эндопротезлар ва аутотери ёрдами билан ёпиш ҳақида бормоқда. Бундай материалларни ишлатишда операциядан кейинги даврда сезиларли микдорда асоратлар қузатилмоқда [30,73, 88,109].

Хирургик техниканинг замонавийлашиши билан боғлиқ оператив фаолликнинг ошиши ва анестезологик усулларнинг қупайиши операциядан кейинги вентрал чурралар билан беморлар сонининг ошишига олиб келмоқда. Лапаротомиянинг турли вариантларидан кейин уларнинг юзага келиши 3-17% гача ташкил қилади, семиз, корин аортасининг аневризмаси бор беморларда 30% гача ва ундан ортиқроқ ғоизларда қузатилади. ОКВЧлар микдори буйича

умумий чурралар сонининг 22-26% ини ташкил килиб чов чуррасидан кейин иккинчи уринга чикди. Операциядан кейинги вентрал чурраларда аутопластиканинг хар хил усуллари куллаганда 40-45% гача рецидивлар пайдо булганлиги учун хирургик даволаш натижалари коникарсизлигича колмокда. Шунинг учун купчилик муаллифлар хирургик даволашда зарур булса кушимча синтетик материалларни ишлатиш керак деган хулосага келишдилар [20,26, 40,64,92].

ОКВЧларни оператив даволашда синтетик материалларнинг кулланилиши операциядан кейинги рецидив фоизини сезиларли пасайтирди, лекин имплантацияга жавобан операциядан кейинги асоратлар микдорини оширди. Корин деворини эндопротезлаш технологиясининг мухим асосларидан бири атензион пластика принциpidир. Атензион пластика тукималарнинг регенратор кобилияти пасайиши ва кучсизланиши, семизлик, йулдош паталогиялари ривожланган корин деворининг (катта ва кенг таркалган) дефекти бор беморларда купрок эффект беради [23,38,71,101].

1.2. Корин олд девори чурраларни хирургик даволашда замонавий аллопластиканинг ахамияти.

Кориннинг олд девори чурраларида пластик хирургиянинг ривожланишида юкори молекуляр полимернинг синтези хал килувчи урин тутди. Бугунги кунда полипропилен тури билан герниопластика килиш учун хозирги замон талаби хисобланади. Хозирги вақта синтетик турлар имплантациясининг иккита асосий усули купрок таркалган: интра ва экстра корпарал имплантациясидир, аммо бу иккала усул хам камчиликлардан холи эмас. Биринчи холда битишма, ичак фистулалари, турнинг ичак бушлигига пенетрацияси, йирик томирлар аррозияси булиши мумкин. Бу асоратлар трансплантатнинг корин ичида жойлашганлиги учун специфик асорталар хисобланади [7,16, 56,85].

Корин олд деворидаги дефектни ёпишнинг энг мухим усулларида турли эндопротез ёрдамидаги атензион пластика хисобланади. Герниология буйича адабиётларда имплантациясининг турларидан куйидаги усуллари келтирилган: вентрал чурраларда Inlay, Sublay, Onlay, чов чурраларида Лихтенштейн методи. Бу чурралар рецидивлари микдорини сезиларли даражада камайтиришга ёрдам беради. Лекин имплантатларни ишлатганда махсус специфик муаммолар ва асоратлар кузатилади [34,61,68,81].

Куйилан эндопротезларнинг тукималарга реакцияси асептик яллигланиш курунишда намоён булади. Баъзан бу серома ёки йиринглаш билан тугайди. Йирингли пропротезлар битишмалли ичак тутилишларига ҳам олиб келиши мумкин. Эндопротез материал сифатида купинча полипропилен ишлатилади, унинг шакли доимий эмас ва пластика зонасида деформацияланиши мумкин, бу эса чурра рецидиви учун шароит яратади. Полипропилендан тайёрланган эндопротезлар йиллар давомида улчамлари 30% гача кискаради, бу ҳам рецидивларга олиб келиши мумкин. Бу ҳолат имплантациянинг қандай усулларида катъий назар турнинг узининг махсус хусусиятлари хисобланади. Корин девори пластикаси учун оптимал материални излаш давом этмокда. Турни чоклар билан стандарт фиксация қилиш ҳам камчиликлардан холи эмас. Лигатуралар (чоклар) тортилиши зонасини яратади, уларнинг тортиш қучини аниқлаш қийин, айниқса корин ичи босими ошганда. Ип, фиксацияси зонасида тукималарни ортикча шикастланишга олиб келади. Бу баъзан лигатура тукималарни қийишига, эндопротезнинг силжишига ва чурра рецидивига олиб келади. Шунинг учун корин деворида дефектни ёпишнинг оптимал усуллари излаш давом этмокда. Келтирилган муаммолар қисилган чурралар буйича операция зонасида тукималарнинг гипоксияси, яллигланиши, шиш ривожланиши натижасида аттензион пластика бажарилиши анча қийинлашади. Бундай вазиятларда турни имплантациялашни айрим муаллифлар тавсия

этмайдилар, айрим муаллифлар эса мумкин деб ҳисоблайдилар [14,33,45,75,112].

Кекса ва кари ёшли шахсларда турли эндопротезларни куллаш ҳам бахсли мавзу ҳисобланади. Чурралар билан беморларнинг орасида катта ва кари ёшли шахслар купчиликин ташкил киладилар. Айнан шу ёшдаги беморлар гуруҳида ҳам маҳаллий ҳам тизимли асоратларнинг сони максимал (42% гача) кузатилмокда, улим эса 45% гача етмокда. Бу ҳолат карияларда кориннинг олд девори туқималарининг ҳар хил дегенратив узгаришлари, декомпенсациялашган йулдош касалликлари борлиги билан тушунтирилади [18,24,41,84].

Корин олд деворининг айникса фасциал ва мускул структураларининг инвалюцион узгаришлари уларнинг механик мустаҳкамлиги ва биологик фаоллигини сусайтиради [31,59,64,102].

Микроциркулятор узгаришлар ва ҳар хил коллагенопатиялар корин олд девори мускул апоневроз структурасини ёғ ва сийрак бириктирувчи туқимага айлантиришга олиб келади. Бу уз-уздан бир томонлама пластиканинг оптимал усулини танлашда кийинлик тугдирса, бошқа томондан операциядан кейинги асоратлар (серома, инфилтратлар ва йиринглаш, узок вақт битмайдиган окмалар, имплантатларнинг секвестрацияси) ривожланишининг патенциал сабаби ҳисобланади [27,49,63,95].

Ҳозирги вақтда корин олд девори чурраларини даволашда аллопластика кенг ишлатилмокда. Герниопластикада бу усуlining афзаллиги чурра дарвозасининг улчами ката булмаса шубҳасиз катта аҳамиятга эга. Лекни чурра дарвозаси кичик улчамли унча ката булмаган чурраларда ҳам корин олд девори чурраларини протезлаш учун курсатма ҳисобланади. Энг аввало бу чурра рецидив ривожланиши хавфи ошган беморларга таълуқли ҳисобланади. Чурра дарвозаси атрофидаги туқималарнинг морфофункционал нотугрилиги ривожланиши, кекса ва кари ёшли беморларда, рецидив ёки куп камерали

чурраларнинг булиши семизлик, корин ичи босимини ошиши, узок вақт чурра билан касалланиб юришлари ҳам сабабчи буладилар [37,58,67,84,109].

Купинча муаллифлар бундай вазиятларда чурра дарвозасини тикади ва тикилган чурра дарвозаси устидан эксплантатни апоневрозга фиксацияланиб маҳаллий туқималар пластикасини мустаҳкамлаш учун протез сифатида ишлатилади. Бундай техник жihatдан оддий пластика килинганда имплантатнинг силжиши кузатилади ва яхши фиксация булмайди. Шунинг учун хирурглар протезни sublay позициясида килишни тавсия этилади. Лекин корин олд девори кичик улчамли дефектларида кичик чурра дарвозаси соҳасида протезни мушак апоневротик кават остига имплантациялаш техник жihatдан мураккаб ва жарохатли булади [9,52,64,87,93].

Самарасиз аутопластиканинг асосий сабаби чурра дарвозаси ва унга яқин турувчи мушаклар апоневротик каркас соҳасида яккол дистрофик ва чандикли узгаришлар ҳисобланади. Бу оператив аралашув соҳасида бириктирувчи туқима шаклланишига сезиларли таъсир қилади ва унинг бирикишини пасайтиради. Бундан ташқари чурра дефектини маҳаллий туқималар билан пластика қилиш натажасида корин бушлиги ҳажми кичраяди, бу эса корин ичи босимини ошишига олиб келади. Бу нафакат оператив аралашув зонасида юқламани оширади, балки гемодинамика ва ташқи нафас функциясига салбий таъсир қилади. Бунда операциядан олдин узок муддатли тайёргарлик керак ва операциядан кейинги асоратлар камаяди. Бу эса стационарда ётиш муддатини сезиларли оширади, бир канча ҳолларда айниқса қисилган чурраларда операциядан олдинги тайёргарликнинг утқазилишига илож булмайди [14,43, 62, 97,104].

Деярли ярим аср олдин П.В.Ситковский узининг патанатомия бўйича куп томли қулланмасида корин чурралари ҳақидаги бўлимида ёздики бу зайифланишлар, туқималар ҳаракати табиий ёриксимон ораликларнинг кенгайиши натажасида дефектлар ҳосил булади, улар орқали ички аъзолар

силжиб чиқади. Корин деворини ташкил килувчи туқималар структурасининг узгариши чурраларнинг юзага келишига сабаб буладилар. Бугунги кунда корин чурралари, айниқса кенг ва гигант чурралар фақат локал патологик жараён деб эмас, балки узи билан ички аъзолар ва тизимлар фаолиятида куп сонли бузилишларни бошлаб келувчи мураккаб полиэтиологик касаллик деб қаралмоқда [6, 36,62,76,103].

Гигант рецидив чуррала беморларда пластикадан кейин инфилтрат ва жароҳатни йиринглашини профилактикаси мақсадида тери ости ёғ қавати бутун чуқурлиги бўйича озонлаштирилган суюқлик билан ювиш (3-4 кун давомида ҳар куни 300-400 мл) ва кейинчалик икки бушликли найча билан дренажлайди.

Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларнинг пластикасидан кейинги қайта рецидивлар 14-69% ҳолатларда юзага келади. Қайта операция қилинган беморларда чурра рецидивлари икки марта, уч марта ва куп марталаб аниқланади [26,59, 78, 105].

Корин олд девори операциядан кейинги чурраларни кесиш операциялари энг тарқалган операциялардан бири бўлиб аппендэктомиядан кейин иккинчи уринни эгаллайди, ҳамда барча оператив фаолликнинг 15% ини ташкил қилади.

Чурра дарвозасини ёпиш учун синтетик материалларни ишлатишга биринчи уриниш XIX аср охирида амалга оширилган. Ҳозирги вақтда полипропиленли, политетрафторэтиленли, викрилли трансплантатлар ишлаб чиқилган ва самарали қулланилмоқда. Янги материаллар қуйидаги хусусиятларга эга: инертлик, инфекцияга резистентлик, молекуляр утказувчанлик, механик мустаҳкамлик ва биомослик хусусиятига эга[19,50,69,99].

Адабиётларда келтириш бўйича турли трансплантатларни ишлатишга қўрсатма бўлиб:

- рецидив вентрал чурралар:
- катта улчамли киндик чурралари:

- рецидив чов чурралари:

- катта ва кари ёшли беморлардаги чов чурралар ҳисобланади.

Муаллифлар (Абдуллаев 2003й) кориннинг олд девори чурралари бор беморларни даволашда турли эндопротезларни куллашнинг афзалликларини келтирганлар

- операциядан кейин огрик синдромининг камайиши.

- беморларнинг стационарда ётиш муддатини кискариши.

-беморларнинг ижтимоий ва иш реабилитацияси муддатининг кискариши.

Клиник амалиётга чурра дефектларини аллопластика усулларининг кириб келиши билан ОКВЧ нинг мураккаб шакллари радикал даволаш эҳтиёжи пайдо булади, бу эса рецидивлар суратининг сезиларли камайишига олиб келди.

Аллопластика хакида хирургларнинг фикри турли-туман. Операциядан кейинги асоратлар биринчи навбатда корин девори окмалари куринишдаги асоратларнинг куп микдордалигини курсатади, буни улар тери ости ёғ каватининг калинлиги яра юзаси майдонининг катталиги, шунингдек ярага ётжисм қуйилганлиги билан тушунтиради. Корин деворини бундай метод билан пластика қилганда трансплантатнинг урнидан қучиши ва йиринглаши казуистика ҳисобланади[5,30,74,86.111].

Хирургларнинг бу муаммога қизиқиши табиий унга хирургнинг замонавий технологияларни кулланиши операциядан кейинги даволашнинг рационал усулларини танлашда дифференциаллашган ёндашувларни талаб қилади.

Қупчилик муаллифларининг (Г.И. Луковский) таъкидлашича ОКВЧ бор беморлар хирургик даволашни мувофаккиятли бўлиши қуйидаги саволларни тугри хал қилинишига боғлиқ.

1) Операциядан кейин корин ичида босим ошишига адаптация ҳосил қилишига йуналтирилган операциядан олдин рационал тайёргарлик.

2) Корин девори дефектининг адекват пластика усулини танлаш.

3) Операциядан кейинги асоратлар профилактикаси.

Айрим муаллифлар [54] оптимал натижаларга эришиш учун бундай беморларни даволашда факат комплекс ёндашув зарур, чунки оператив аралашувнинг характери ва унинг хажми ҳаётий муҳим аъзолар ва тизимлар функциясида жиддий узгаришлар чакириши мумкин. Энг аввало катта ва гигант улчамдаги чурраларни бартараф этишда корин деворининг силжишидан кейин ҳосил буладиган корин ичи босимининг ошишини бартараф қилиш керак. Бу ушқанинг функционал ҳолатининг пасайишига олиб келади ва корин узани томирлари босишини чакиради ва уз ҳолатида қон босимини узгаришига таъсир қилади. Бу тоифадаги беморларнинг шу ҳолатларини инобатга олиб корин ичи босимининг ошишига қарши турли бандажлар тақиш орқали беморларда адаптация ҳосил қилиш керак. Семиз беморлар жиддий муаммо тугдиради. Семизликнинг ҳам чурра ҳосил бўлиши жараёнига таъсири қам эмас[28,54,78,94].

Апоневрозга доимий босим юклама яратувчи (5-8 кг ва ундан ортиқ) бўлган тери-ёғ «фартуғи» нинг мавжудлиги чурра келтириб чиқаришда муҳим урин тутати. Бундай ҳолаталарда ортиқча терини тери ости ёғ қавати билан бирга қесиб олиш операциянинг муҳим ва зарурий компоненти ҳисобланади. Унинг мазмунини корин олд девори тери-ёғ лахтагининг кенг мобилизацияси ташкил қилади. Бундай беморларга операциядан кейинги дастлабки суткадан туқима лар деструкцияси маҳсулотларининг сурилиши ва интраоперацион қон йуқотишдан кейинги гомеостаз бузилишлари албатта қузатилади. Юқорида айтилган бузилишларни профилактикаси ва кейинчалик даволаш мақсадида барча беморларга операциягача бўлган бир ҳафта давомида усимлик ва ҳайвон аъзолари тарқибига қирувчи ферментлар туплами вобензим буюрилади. Вобензим яққол липо-амило ва протеолитик фаолликка эга, натижада микроциркулятор жараёнининг нормаллашишида қатнашади, ҳамда

яллигланиш реакцияси махсулотларини парчаланишининг тезлашиши хисобидан яллигланишга карши кучли таъсир курсатади[15,28,45,88,99].

А.Г Кирпичев ҳам муаллифлигида (2003й) маҳаллий туқимани ишлатиш ва апоневроз дубликатурасини ҳосил қилиш билан бажариладиган ананавий чокли аутопластикани корин деворида унча катта булмаган дефектларни ёпиш операциядан кейинги ҳосил буладиган бирламчи вентрал чурраларда ва мушаклар атрофияси, апоневрозининг заифлашиши белгилари мавжуд булмаган вазиятларда кам ҳолларда қўллашган. Бошқа барча ҳолларда пролен турли («Этикон» фирмаси) аллопластика қўлланилади, адабиётлар маълумотларига қўра бошқа синтетик материаллар олдида унинг афзаллиги яққол қўринадиган [18,35,49,72].

Инфекцияга сезгирликни оширувчи ва ёт жисмга нисбатан туқима реакциясини грануляция шаклида қўчайтирувчи хусусиятларга эга булган хирургик амалиётда кенг тарқалган полиэфир толалари (мерсилен, докрон ва бошқалар) дан фарқ қилувчи пролен узининг мустаҳкамлиги юқори ва патоген микроорганизмларнинг қўпайишига чидамли хусусиятга эга булган монофил элементли полипропилен тури тақдим этилди. Пролен турини тайёрлашда қўлланувчи қўшалок боғланиш технологиясининг унинг тугунлари орасида мустаҳкам алокани ва махсулотнинг икки йўналишида қўзилувчанлигини таъминлайди. Бу хусусият пролен матеиалига туқима бурмаларни тулдириш қўбилиятини беради, шу сабабли туқималар толалари тур юзаси бўйлаб тарқалади ва у бўйлаб усади, натижада реконструкцияланувчи чурра дефектининг тўбига қўшимча мустаҳкамлик беради. Айтилган барча хусусиятлар туфайли бугунги кунда проленни идеал материал дейиш мумкин, у чурралар бўйича пластик операцияларда ишлатилади.

Имплантатларни турлича жойлаштириш усуллари орасида унинг апоневроз устига (onlay) маҳкамлашиши кенг тарқалган. Бунинг учун мушак апоневротик қаватини корин пардадан ажратилади, шундан сўнг корин

пардадаги дефект тикилади. Проленли тур апоневроз устига куйилади, тугунли проленли чоклар ёки метал кискичлар билан апоневрозга тикилади. Апоневрозни имплататлар устидан тугунли ипак чоклар ёки синтетик ип билан узлуксиз чок куйилиб тикилади. Шундан сунг тери ости ёг клечаткасига ва терига чоклар куйилади. Тери ости тукумаси силикон найча билан дренажланади.

Пролен турли аллопластикани ишлатиш хозирги вақтда корин деворидаги дефектни рационал ёпиш усули ҳисобланади, герниолапаротомия осилган тери-ёг «фартуги» ни бартараф қилувчи абдоминопластика килинганда апоневрозга тушувчи юклamani камайтириши ва чурра рецидивининг профилактикаси сифатида қараш мумкин.

XX асрнинг 60-70 йилларида герниологияга керакли ва купрок мос келувчи синтетик материаллини излаш бўйича катта ишлар утқазилди, аммо ярада ёт материал мавжудлигидан келиб чиққан куп сонли асоратлар ҳисобидан бу саволга кизикиш аста-секин сунди.

Америкалик хирург И.Л.Лихтенштейн чурра дарвозаси атрофидаги тукумаларни тортмасдан чуррани пластика қилиш фикрини илгари сурди, бу мақсадда полипропилен тур ишлатилди. Сон ва чов чурралари герниолпастикасидаги янги усул аъло натижани берди, рецидивлар амалда аниқланмади. 90 йиллардан бошлаб купгина давлатларнинг хирургик клиникада синтетик аллотрансплантатлар ёрдамида чурра пластикаси методларини кенг ишлатилиш бошланди.

Ҳозирги вақтда бутун дунёда қучиши реакциясини чақирмайдиган аллотрансплантатларни куллаб бажарилувчи операцияларнинг янги типлари кенг тарқалмокда. Корин олд девори катта чурралари дефектларини ёпа оладиган турли аллотрансплантатлар ишлаб чиқилган.

Биз илмий ишларимизда бизга қулай булган адабиётлардаги маълумотлар билан танишганларимизда ва ҳар хил амалий таҳлилларимиз шунини курсатдики

охирги йилларда кориннинг олд девори палстикаси купрок onlay усулида килинмокда. Бизнинг фикрмизча купчилик беморларнинг корин девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларида корин олд девори пластика килишда индуйидал ёндашиш булмай енгил усулида (onlay) . Буни асосий тасдикловчи фактор булиб корин олд девори операциядан кейинги рецидив чурраларнинг купайишидир.

Адабиётларда onlay, inlay, sublay усулларининг кайси вақтда кандай холатда кайсисини ишлатиш тугрисида маълумот топаолмадик. Шунинг учун биз уз кузатувларимизда хар усулнинг узига хос ва салбий томонларини таккослаб куришни лозим деб билдик.

II. БОБ

**Клиник материаллар ва текшириш усуллариининг умумий характе-
ристикаси.**

2.1 Клиник материалнинг характеиститкаси.

Биз уз илмий ишларимизда Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургия булимида 2009-2012 йилда операциядан кейинги вентрал чурралар билан 131 даволанган беморлар устида олиб борилган кузатувларимизни тахлил килдик. Беморларни 23 таси эркак ва 108 тасини аёллар ташкил килди. 22 ёшдан 45 ёшгача булган беморларни 36 (27,5%), 46 ёшдан 65 ёшгача булган 86 (65,6 %) ни ташкил килди ва 66 ундан юкори ёшдагилар 9 (6,8 %) ни ташкил этди (жадвал 2.1).

жадвал №2.1

Беморларнинг ёши ва жинси буйича булиниши

Жинси ва ёши	22-45 ёш	46-65 ёш	66 ва ундан юкори	Хаммаси	
	Текширилди	Текширилди	Текширилди	Текширилди	%
Э	8	11	4	23	17,6
А	28	75	5	108	82,4
Хаммаси	36	86	9	131	100

Келтирилган жадвалдан куруниб турибдики кориннинг олд девори операциядан кейинги чурралари асосан купрок аёлларда кузатилади ва бу холатни аёлларда купрок учрайдиган бирламчи касалликлар (ут тош касаллиги, киндик чурралари ва хар хил гинекологик касалликлар) таркиби билан боглик

булиб, шу касалликлар билан операциядан кейинги кориннинг олд девори чурралари пайдо булган.

Биз уз амалий ишимизда 1999 йилда Мадрид шахрида герниологларнинг XXI халкароконгрессида қабул килинган (Chevrel J.P. и Rath A.M) SWR-таснифи ва 2006 йилда Москва шахрида «Герниологиянинг долзарб масалалари» V конференциясининг курсаткичларини кулладик. Таклиф килинган таснифда 3 ҳолат ҳисобга олинган: S-чурранинг локализацияси; урта чурра (M), ёнбош чурра (L) ва кушма (LM). W- чурра дарвозасининг кенглигига қараб : W₁ 5смгача, W₂ 5-10см, W₃ 10-15 см, W₄ 15 смдан юқори. R- рецидивларнинг борлиги ва қайталаниши (R₀, R₁, R₂), (жадвал 2.2).

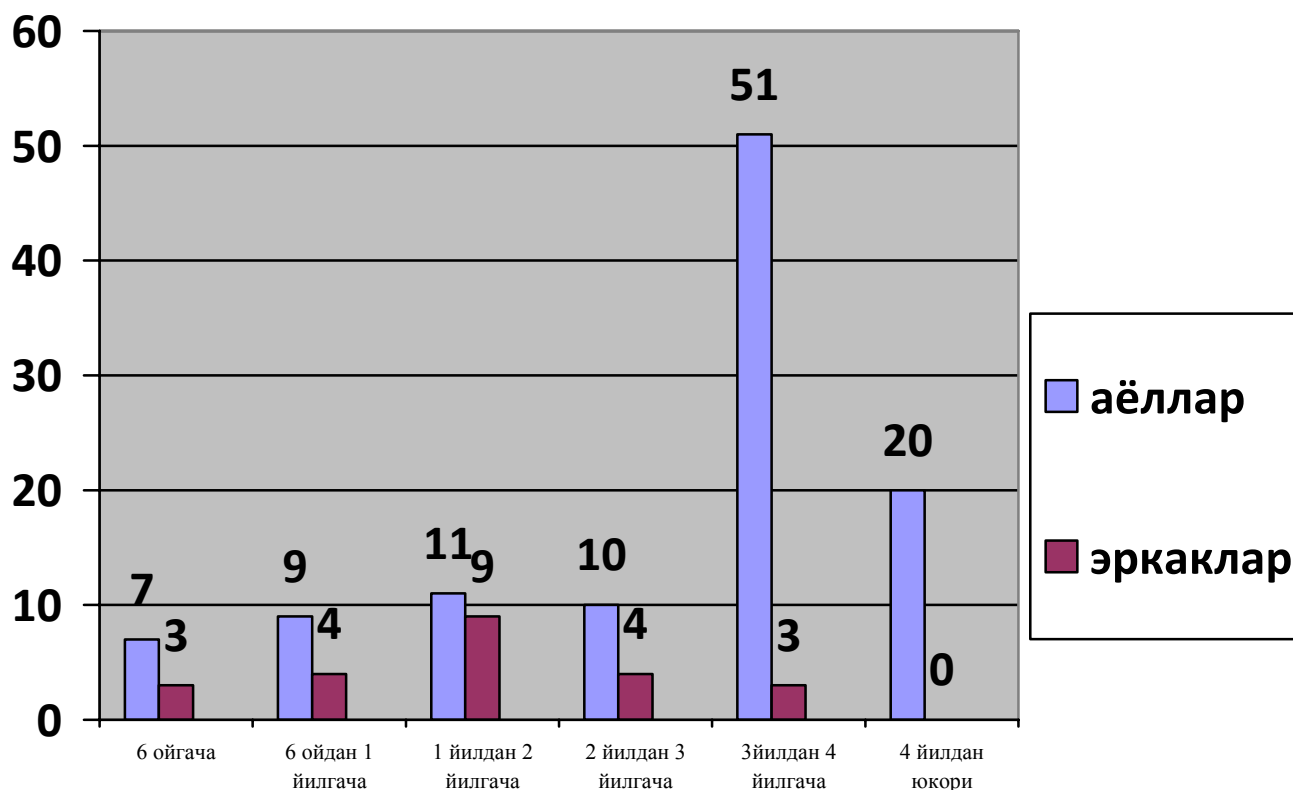
Операциядан кейинги вентрал чурралар билан беморлардаги чурра дарвозасининг кенглигига қараб бўлиниши.

Жадвал №2.2

**J.P. CHEVREL ва A.M. RATH таснифи
(SWR CLASSIFICATION) – 1999 йил. МАДРИД.**

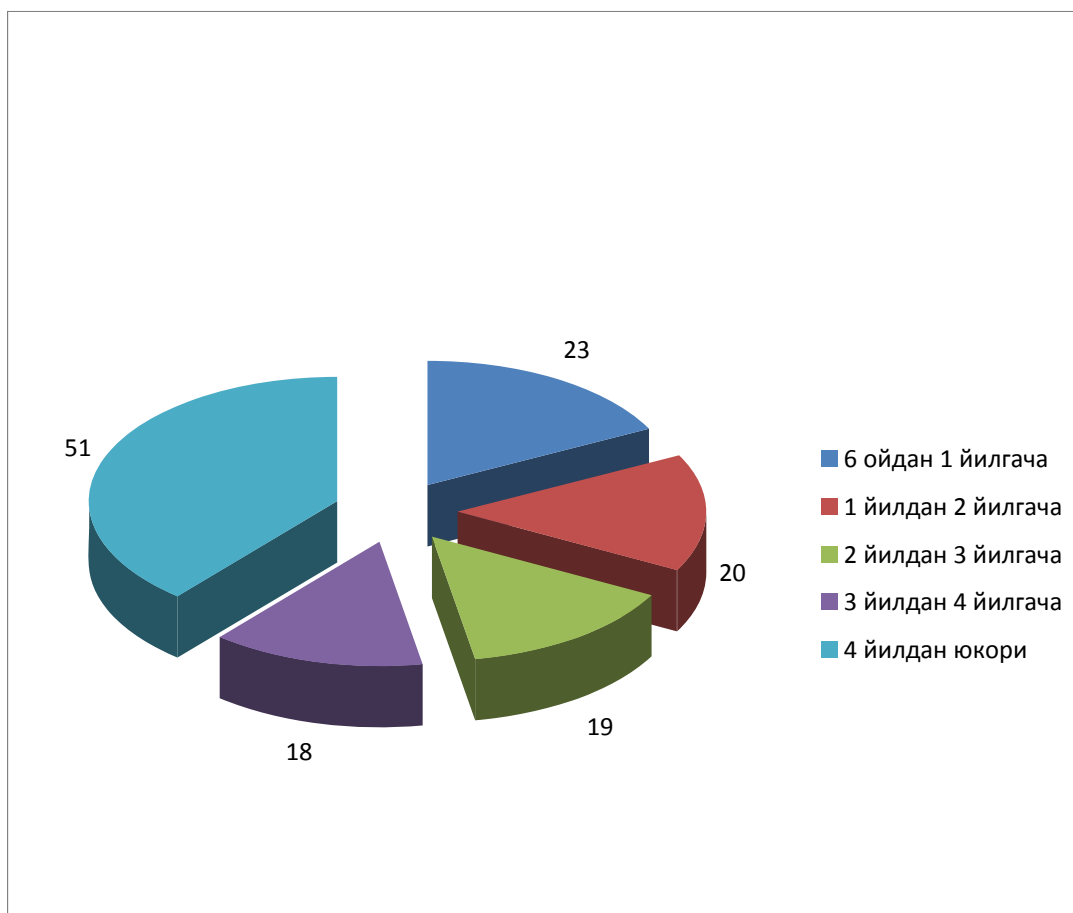
Чурра дарвозасининг кенглиги	Беморлар сони	
	текшириди	%
W1 (до 5 смгача)	5	3,8
W2 (5–10 см)	24	18,3
W3 (10–15 см)	83	63,4
W4 (15 см юқори)	19	14,5
Ҳаммаси	131	100

Купчилик беморлар 59 (61,5%) операциядан кейинг вентрал чурралар билан биринчи марта операция килинди, колган 37 (38,5%) беморлар чурраларнинг рецидивин билан мурожат килдилар.



Расм 2.1. Эркак ва аёллар операциядан кейинги вентрал чурраларнинг пайдо булиш муддатлари

Келтирилган диаграммадан куришиб турибдики, 7 (7,2%) эркакларда ва 16 (16,6%) аёлларда операциядан кейинги чурралар бир йил ичида пайдо булган. Операциядан кейинги вентрал чурралар купчилик беморларда жуда киска муддат ичида пайдо булганлар. 23 беморда бир йилгача, шулардан 10 та беморларда 6 ой муддатда пайдо булган. Купчилик беморлар 59 (61,5%) операциядан кейинг вентрал чурралар билан биринчи марта операция килинди, колган 37 (38,5%) беморлар чурраларнинг рецидивин билан мурожат килдилар.



Расм 2.2. Чурранинг шаклланиши муддати буйича беморларнинг булиниши

Операциядан кейинги кориннинг олд девори чурралари билан беморларни операциядан кейинги натижаларига ва оператив даволаш танлашда касалларда учрайдиган бир неча кушма касалликлар мухим ахамиятга эга. Операциядан кейинги вентрал чурралар билан беморлардаги йулдош касалликлар куйидаги жадвалга курсатилган (жадвал 2.3).

Жадвал 2.3.

Операциядан кейинги вентрал чурралар билан беморлардаги йулдош касалликларнинг суръати

Йулдош касалликлар	Умумий сони	
	текширилди	%
Ю.И.К. Стенокардия, атеросклеротик кардиосклероз, гипертонаия	20	15,3
Семизлик	53	40,5
Ут тош касаллиги, сурункали тошсиз холецистит, сурункали панкреатит.	6	4,6
Сурункали анемия	2	1,5
Сурункали обструктив бронхит	1	0,8
Кандли диабет	3	2,3
Гинекологик касаллиги (бачадон фибромиомаси, тухумдон кистаси)	11	8,4
Икки ва ундан ортик касалликлари	74	56,5

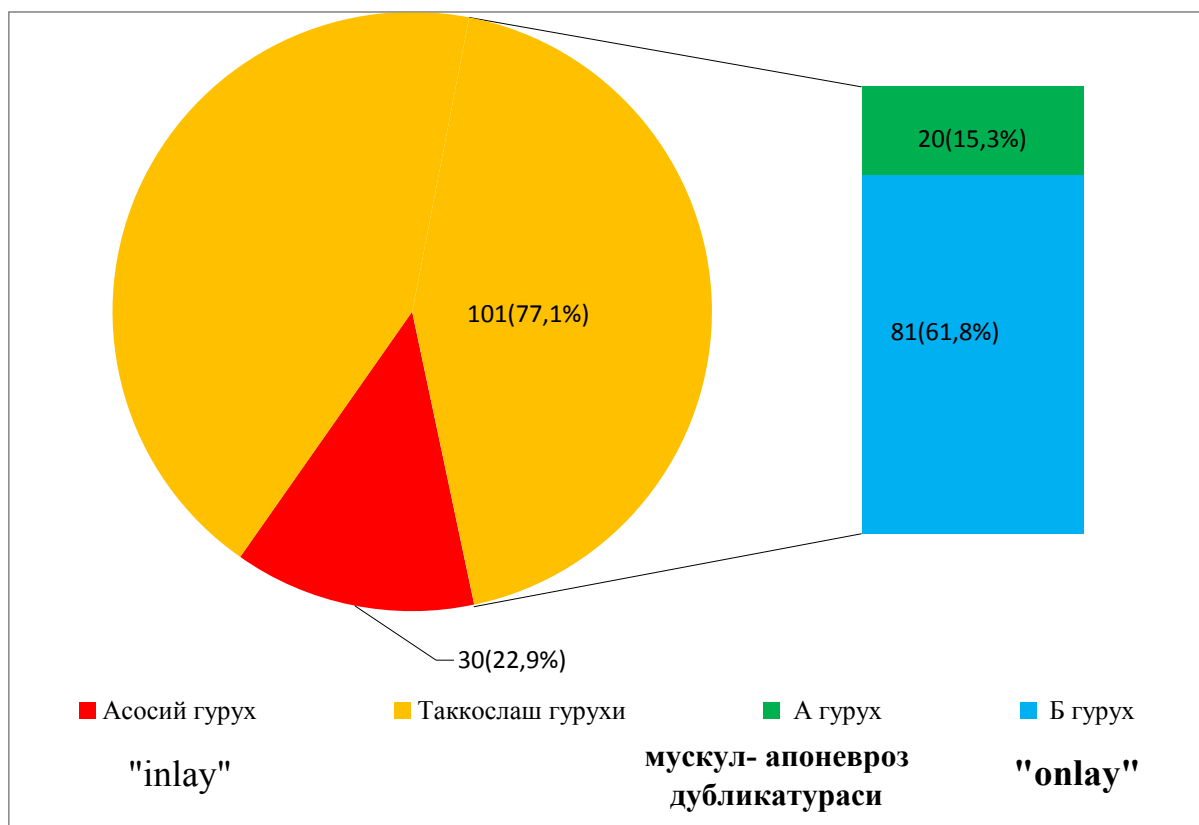
Келтирилган жадвалдан маълум булдики 131 беморлардан 74(56,5%)тасига хар хил кушма йулдош касалликлар аникланди ва уларни операциядан олдин текширдик ва ва операцияга тайёрлаш учун кушимча муолажалар утказишга сабабчи булди. Энг куп учрайдиган кушма касалликлардан бири семизлик

53(40,6%), юрак ишемик касаллиги 20(15,3%), гинекологик 11(8,3%) касалликлар учради. Шуларнинг ичида 74(56,5%) беморларда икки ва ундан ортик кушма касалликлар борлиги аникланди. Хамма беморларда йулдош касалликлари билан амбулатория ва стационар шароитда комплекс текширишлар утказилиб, операциядан олдинги даврда коррекция килинди ва йулдош касалликлар даволанди.

Клиникага тушишда 87(90,6%) беморлар кориннинг олд деворида ва операциядан кейинги чандик сохасида буртиб чиккан хосила борлигига, 15 (15,6%) беморлар операциядан кейин чандик сохасида огрик борлигига шикоят килдидар. Коринда даврий огрик борлигига корин дамлашига 75(78,1%) беморлар шикоят килдилар.

Текширилган беморларнинг 53(40,6%) да тана вазнининг нормадан зиёдлиги (I-II даража) ва шулардан 27(52,9%) да (III-IV даража) хаддан ташкари семизлик топилди.

Хамма беморлар икки гурухга булинди. Биринчи (асосий) гурухга 30(22,9%) уларга таранглашмаган герниопластика «INLAY» усулида операция килинди. Иккинчи гурух (таккослаш) икки гурухларга булинди. А-гурухига 20(15,3%) беморлар киритилиб уларга мускул апоневроз дубликатураси хосил килинган холда таранглашган герниопластика килинган. Б гурухига эса 81(61,8%) беморлар киритилди уларга апоневроз учлари бир-бирига тикилиб ва эндопротез «ONLAY» усули буйича апоневрозга тикиш билан герниопластика килинди.



Расм 2.3. Герниопластика буйича беморларни булиниши.

2.2 Текшириш ва диагностик усули.

Беморларни комплекс усулда клиник ва лабаратория текширишда ҳамма беморларнинг шикоятлари ва анамнези, умумий курик, лабаратория ва инструментлар (асбоблар) билан текшириш усуллари киритилди. Операциядан олдин мукамал равишда шикоятлари, анамнез маълумотлар, беморнинг умумий огирлиги аинкланди. Беморларни объектив курик пайтида ётган ва турган ҳолатда чурранинг локализацияси хажми, чурра дарвозаси катталиги, чурра ҳосиласининг тугриланиши, чурра соҳасидаги терининг ҳолати ва тери таги ёғ катламининг ривожланиш даражаси аинкланди.

Корин олд девори операциядан кейинги чурраларни диагностикаси алгоритми куйдагича:

Клиник лабаратор тахлиллар (умумий клиник, биохимик, иммунологик); функционал (мониторинг юрак кон-томир ва нафас олиш системаси мониторинги); махсус текширишлар (корин олд девори УТТ си, КТ);

Корин олд деворини УТТ килиш усули: мушак-апоневротик тизилманинг ҳолатига баҳо бериш; чурра дефектининг катталиги ва кенглилини аниклаш, кушимча чурра дефектлар бор йуклигини аниклаш; корин бушлигига симунтант хирургик патологик борлигини аниклаш; корин бушлигидаги битишма ҳалатининг характери баҳолаш қисман ичак тутилиши қуринишларини баҳолаш; сурункали йирингли учокларни аниклаш.

КТ килиш операциядан кейинги ҳаддан ташқари чурралар борлиги беморларга курсатма бўлиб ҳисобланади. Бу усулда чурра ҳосиласининг характери аниклаш, мушак апоневротик структуранинг бутлигини аниклаш. Корин бушлигида бошқа симултант патология борлигини ва чурра дефектининг топографик хусусиятларини аниклашдан иборат. Операциядан кейинги кориннинг катта чурраларининг диагностик алгоритмида операция вақтида туқималардан гистологик тахлилларга олиб сурункали яллигланиш процесси бор йуклигини аниклаш киради. Ана шундай яллигланиш процесслари кориннинг олд деворларидан катта операциядан кейинги чурраларда аникланади. Қупчилик ҳолатларда бир неча бор операция қилинганда кориннинг олд деворидаги чандиклар юпкалашади ва қупинча улар матерация бўлиб емирилади ва унинг ёрилиш ҳавфи юзага чиқади .

Ҳамма беморлар анъанавий равишда клиник–лабаротория ва асбоблар билан текшириш усулларида утди. Айрим беморлар курсатмасига биноан ЭГДФС, корин ва қуқрак бушликлари компьютер томографияси қилинди. Махсус ва клиник шарт бўлган текширишлардан корин бушлиги босими, спирометрия, эхокардиография қилинди.



Расм.2.4.Компьютер томография



Расм 2.5. Компьютер томография

Ташхисни шакллантиришда албатта унинг клиник белгиларига эътибор бериш керак: тугриланиши, кисилиши, яккалиги, куп сонлиги,

перфорация булганлиги, сурункали ёки уткир ичак тутилиши белгилари борлиги. Кориннинг операциядан кейинги чурраларида чурра дефектини замонавий куриш усулларига: УТТ ва КТ килиниб 3та кориннинг олд девори топографиясининг бузилиш вариантлари аникланди.

Вариант №1. Кориннинг урта чизиги буйлаб тугри мушакларнинг медиал кирраларида хосил булган дефект булиб мушакларнинг бутлиги бузилиши йук.

Вариант №2. Чурра дефекти топографияси нафакат ок чизикнинг емирилиши унинг анатомик бутлиги бузилиши ва тугри ва ёнбош мушакларнинг кетма-кетлиги ва апоневротик футларнинг бузилиши билан характерланади.

Вариант №3. Чурра дефектида 1чи ва 2чи вариант юзага чикиб дефект катта майдонга таркалган 15х15 см ва ундан катта шакли нотугри ва мушаклар ва апоневротик структураларнинг атрофияси ва юпкаланиши аломатлари кузатилади.

Чурранинг хажмига, локализациясига ва кориннинг олд девори топографиясининг чурра дефекти сохасидаги узгаришларга караб В.В. Жебровский ва Ф.Н. Илченко (2003й) операциядан кейинги чурраларнинг классификацияси 4 типга булган .

1тип. Майда, урта, катта ва гигант операциядан кейинги корин чурраларнинг урталик локализацияси ва уларга кориннинг олд девори топографиясининг 1чи тип варианты узгариши: кориннинг ок чизиги емирилган булиб анатомик апоневротик футлари яхши сакланган.

2тип. Катта ва гигант операциядан кейинги чурраларнинг урта локализацияси ва улардаги 2чи вариант холатида: кориннинг олд девори топографияси хамда чурра дефекти сохасидаги узгаришлар нафакат ок чизиги корин девори мушакларининг апоневротик фитлярларининг анатомик узгаришлар булади.

3тип. Майда, урта, катта, гигант операциядан кейинги чурралар кориннинг ёнбош локализация ва 2чи вариантдаги корин девори топографияси ва чурра дефекти соҳасидаги узгаришлар.

4тип. Катта ва гигант кориннинг операциядан кейинги чурралар булиб кориннинг ҳамма вилоятларида жойлашаган булиб бунда 3 чи вариант даги топографик анатомик узгаришлар булиб, улар 1-2 вариантларидан узининг кенглиги ва дефектлари билан фаркланади.

Интраабдоминал гипертензия синдроми

Интраабдоминал гипертензия синдроми (ИАГС) ни (Abdominal Compartment Syndrome) биринчи булиб 1984 йилда Kron ёзган эди. У биринчи булиб корин ичи босимини улчаган. Операциядан кейин зурайдиган корин ичи босимини улчаш учун ковукни катетрлаш ва унинг ички босимини аниклаш кулайроқ ва клиник эффективроқ диагностик метод булиб хизмат килади.

Ковук 50 мл дан 100 мл гача тулганда корин ички босимини акс эттирувчи пассив диафрагма хисобланади. Шунинг учун бу метод билан корин ички босимини улчаш куйидагиларни уз ичига олади.

1. Ковукни катетрлаш (Фoley катетери ёки вена ичи системаси).
2. Ковукни бушатиш.
3. Ковукка 70 мл физиологик эритма, антисептик юбориш.
4. Босим даражасини руйхатга олиш.

Хисоблаш нуктаси симфиз рупараси булиши керак. Бемор горизонтал холатда булиши керак. Улчаш нафас чиқариш вақтида утказилади. см.сув устунида олинган маълумотларни мм.симоб.устунига угириш керак(1см сув устуни =0,735 мм.симоб.устунига тенг).

$X=Y \cdot 0,735$ формула буйича. Бу ерда Y – см.сув. устунида улчанганда олинган маълумот. X- мм.сим. устунидаги якуний натижа.

Корин ички босимини аниклаш (КИБ):

1. Корин ички босими, интраабдоминал босим (КИБ, ИАБ) корин бушлигидаги доимий босим.
2. Абдоминал перфузион босим (АПБ) бу уртача артериал босим (УАБ) минус КИБ.
3. Фильтрацион градиент (ФГ) = коптокча фильтирацияси босими минус проксимал каналчалар фильтирацияси = УАБ-2*КИБ.
4. КИБ мм.сим.устунида намоён этилиши керак(1ммсимоб.уст =1,36см.сув.уст). Беморни чалканча ёткизиб корин девори мушаклари кискариши булмаган ҳолатда, урта култик ости чизиги(Lin.axillaris media) рупарасида батчик нол ҳолатни қабул қилганда нафас чиқарган вазиятда улчанади.
5. КИБни ковуқ бушлигида ҳар-ҳар замон (даврий) улчаш учун ковуқка 25 мл гача стерил эритма юбориш олтин стандарт ҳисобланади.
6. Оғир касаллиги бор катта ёшлиларда КИБ 5-7мм симоб устунини ташкил этади.

Корин ичи гипертензияси (КИГ):

1. Корин ичи гипертензияси бу корин ичи босимини 12мм.симоб.уст. даражасига ва ундан ортиқ даражада тургун ёки қайта патологик ошиши (жадвал 2.4).

Жадвал 2.4.**Корин ичи гипертензияси (КИГ) таснифи**

Даража	Корин ички босими
I	12-15мм.симоб.устунига тенг
II	16-20мм.симоб.устунига тенг
III	21-25мм.симоб.устунига тенг
IV	>25мм.симоб.устунига тенг

Симптоматиканинг давомийлигига мос равишда КИГни ҳам 4 гуруҳга булиш мумкин.

1. Сурункали КИГ
2. Уткир КИГ
3. Уткир ости КИГ
4. Ута уткир КИГ

Абдоминал компартмент синдроми (АКС):

1. АКС-бу КИБ ни 20мм.симоб.устуни ва ундан ортик тургун ошиши (АПБ 60мм.симоб.устунидан камрок ёки купрок булганда), ушбу ҳолат аъзолар дисфункцияси ёки етишмовчилиги ривожланиши билан боғлиқ.
2. Бирламчи АКС деганда купинча эрта хирургик ёки рентгеноэндоваскуляр аралашув зарур булган кориннинг ёки чанокнинг травмаси ёки касалликлари чакирган ҳолат тушунилади. У «абдоминал», «хирургик» ёки «уткир» атамаси билан характерланади.

3. Кайта АКС бу бирламчи ёки иккиламчи АКС ни тугрилаш (бартараф этиш) га йуналтирилган хирургик аралашув ёки консерватив даволашдан кейин кайта ривожланадиган АКС «учламчи» атамаси билан характерланади.

1.3 Беморларни операциядан олдинги тайёргарлиги.

Операциядан кейинги вентрал чурралар билан беморларни операция килиш анча жарохатлантирувчи хирургик усулларга киради ва кориннинг олд девори ва ички аъзолар туқималарида патологик узгаришларга олиб келади. Шунинг учун ҳам КОВЧ билан хасталанган беморларда алохида операциядан олдинги тайёргарлик утказилишлари шарт.

Клиникамизда катта ва гигант чурралар билан беморларга операциядан олдинги тайёрлаш даврида юрак–упка фаолиятини комплекс текшириш усуллари мавжуд.

Операциядан олдинги тайёрлов даврида қуйидаги масалалар ҳал қилиниши зарур:

1. Операциядан кейинги эрта даврда корин бушлиги ички босимининг ошиб кетишини профилактика қилиш (ичакларни тозалаш, йутал, ҳожат ва пешоб пайтида қучанишни бартараф қилиш).
2. Корин ички босиминининг ошишига юрак–қон томирлар ва нафас тизимини адаптация қилдириш, яъни каттик бандаж ва эластик билан коринни боғлаш.
3. Ҳамма йулдош касалликларини коррекция қилиш (қандли диабет, гипертония касалликлари).
4. Операциядан кейинги яраларда бўлиши мумкин бўлган йирингли ҳолатлар профилактикаси (терини дезинфекцияловчи эритмалар билан ювиш, қварцлаш).

Асоратларни комплекс профилактика килиш даволашнинг ҳамма этапларида утказилади. Госпиталгача этапда – компрессион адаптация, хар хил йулдош касалликларни коррекция килиш тана вазнини муътадиллаш, операциядан олдинги тайёрлаш даврда пархез, яъни кам колдик моддалар хосил килувчи таомлар, ичакларн тайёрлаш, операция этапида тукимални яхши ажратиш, герниопластика килишда прецезион амални бажариш, операция даврида нафас етишмовчилигини ичаклар парезини, йирингли яллигланиш, тромбоэмболик асоратларни ва ошкозон ичак тизимидан кон окишларини профилактика килинади.

III. БОБ

Корин чураларининг этиологияси ва патогенезига хос умумий хусусиятлар.

3.1. Кориннинг олд девори чурраларнинг этиологияси.

Чурраларнинг хосил булишидаги мухим этиологик сабаб булиб, корин бушлиги ички босиминининг ва корин олд деворининг каршилиқ курсатиш мувозанатининг бузилиши хисобланади. Соғлом одамларда кориннинг олд деворида «кучсиз» булишига карамай кориннинг ички босимининг ошишига диафрагма мушаклари тонуси кориннинг олд девори ички аъзоларни маълум табиий бушликларда ушлаб туради. Масалан: огир юк кутарганда, йутал, дефекация, кийналиб сийишларда тугиш пайтида каби холатларда хама вақт хам чурра хосил булавермайди. Айрим холатларда шундай вазиятлар буладики хар хил сабабларга кура мушак-впоневрозининг имконияти корин олд девори босимига чидаш бермай колади, яъни кориннинг олд девори кориннинг ички босими орасида дискардинация юзага чикиб, чурра хосил булади. Чурраларнинг хосил булиши механизми кийин ва хар хилдир. Чурранинг каерга хосил булишидан катъий назар махаллий мойиллик факторлари яъни топографа-анатомик ва тукималарнинг физик-механик хусусиятларидан ташкари умумий факторлар борки улар чурра хосил булишига имконият яратади.

Махаллий факторларни урганиш чурраларни патогенетик асосланган хусусиятлари буйича операция килишга ёрдам беради.

Умумий факторлари 2 мухим гурухларга булинади.

1. Мойиллик факторлари.
2. Келтириб чикарадиган факторлари.

1. Мойиллик факторларига одамнинг конституцион тузилиши яъни унинг тугма ва хаёт даврида ортирилган хусусиятларига боглиқ. Булар тугма чурра хосил булишига мойилликлар-организмининг жинсий, ёшига караб тузилишдаги

факторлари. Конституцион факторларга корин деворининг хомиладорликда, меҳнатнинг оғир ва шароит яхши бўлмаган вазиятларда бажарилиши, организмнинг ҳар хил касалликларида. Масалан: семизлик ёки хаддан ташқари ариклаш киради.

2. Келтириб чиқарадиган факторларга-корин бушлиги ички босимининг ошишига ва унинг куп узғариб туришига сабаблар, оғри жисмоний меҳнат, чакалок болаларнинг куп йиглаши, оғир тугруklar, упкасида сурункали яллигланиш касалликларида йутал, ич котишлар, кийинчилик билан пешоб килишлар киради.

Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, чуррага мойиллик ва келтириб чиқарадиган сабабларга бўлиниди. Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик киладиган сабабларига чурра энг куп ҳосил бўладиган жойларда корин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёллар ва эркекларда турли хил чурраларнинг турлича тақсимланишига ҳам таъсир килади. Сон чурраларининг куп учраши аёлларда чанок энининг кенглиги билан боғлиқ. Эркекларда чов чурраларининг куп учраши уларда чов халқасининг бирмунча кенглиги билан изоҳланади. Эмбрионал даврда бу каналдан тухум ёргокка тушади ва уруғ тизимчаси утади. Шунинингдек ёриги тузилишининг ҳам узига хос хусусиятлари бор. Аёлларда чов оралиги ёриксимон шаклга эга.

1. Умумий мойилик киладиган омиллар: ирсият, ёш (бир ёшгача бўлган болаларда корин девори кучсиз, кекса ёшдаги кишиларда эса корин мушаклари атрофияга учраган бўлади), жинс (аёлларда чанок васон халқасининг тузилиши, эркекларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, тез–тез тугиш, корин деворининг шикастланиши, операциядан кейинги чандиклар, корин девори асаблари

фалажлигини киритиш мумкин. Бу умумий омиллар корин деворининг махаллий заифлашиб колишига олиб келади.

2. Келтириб чикарадиган омиллар. Бу корин бушлиги босимини оширадиган омиллардир, чунончи: огир жисмоний меҳнат, туғуриқнинг кийин утиши шулар жумласига киради.

Корин девори мушаклари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмаганда ва зуриқиш булмаганда ҳам ҳосил булиши мумкин (масалан, умуртка погонаси, орка мия ва нервлар шикастлангандан кейин туқималарнинг озикланиши бузилганда тез ориклаб кетади).

Чурраларнинг келиб чиқишида ахамиятли булган бошқа омиллардан мусика асбобларини чалганда зуриқиш, эмфизема ва упка сили, кукйутал, кабзият, уретра структурасидаги ва простата беzi аденомаси, такрорий ва кийин туғуриқлар, асцит ва бошқалар. Чурраларнинг келиб чиқишида наслий омиларнинг ҳам ахамияти катта. Қорин деворининг анатомик тузилиши хусусиятлари наслий йуллар билан ҳам берилиши мумкин. Адабиётларда келтирилган маълумотлар ва клиник кузатувларга асосан бир оиланинг бир неча аъзоси чурра билан хасталаниши мумкун.

Чурраларнинг ривожланиши маълум даражада одам танасининг тузилиш типига ҳам боғлиқ. В.А.Шевкуненко икки типга ажратган: брахиоморф – кукрак кафасининг пастки апертураси кенг ва чаноги киска, долихоморф – куракнинг пастки апертураси киска ва чаноги кенг.

Шунинг учун «*кориннинг кундаланг индекси*» тушунчаси киритилган:

$$\frac{dis\ tan\ tia\ cos\ tarum}{dis\ tan\ tias \cdot pinarum} * 100$$

Агар индекс 100 дан катта булса – брахиоморф ёки гиперстеник (кориннинг эркакларча шакли), 100 га тенг булса – корин шарсимон шаклга

эга булади. Индекс 100 дан кичик булса – долихоморф, яъни астеник типда (аёллар корни шаклида) булади.

Брахиоморф (гиперстеник) типдаги кишиларда диафрагмал, эпигастрал, тугри чов чурралари куп учрайди.

Долихоморф (астеник) типдаги кишиларда эса киндик, сон, ва кийшик чов чурралари куп учрайди.

Эркакларда корин чурралари пайдо булиш мойиллиги юкори. Статистик маълумотларга кура эркаларда чов чурралари куп учрайди. Аёлларда эса киндик, диафрагма, сон, операциядан кейинги, оралик ва спигел чизиги чурралари куп учрайди.

3.2. Корин олд девори операциядан кейинги чурраларнинг этиологияси ва патогенези.

Операциядан кейинги чурраларнинг этиологияси жуда хам хилма–хил булиб, улар маълум бир шароитларда юзага чикиш хусусиятларига эга. Айрим вақтларда мушак апоневротик каватлардаги дефектнинг келиб чиқиши операциядан кейинги эрта хосил буладиган асоратларга боғлиқ булади. (эвентерация, операциядан кейинги яраларнинг йиринглаши). Бошқа факторлардан кориннинг олд девори функциясининг бузилиши натижасида мушаклар атрофияга учраб, фасция ва апоневрозларда дегенратив узгаришлар хисобидан улар юпкалашади. Нихоят учинчи факторлардан операциядан кейинги яраларда регенератор функциясининг бузилиши натижасида жуда маҳкам булмаган чандик хосил булиб, корин ички босими ошишига қарши таъсир курсатаолмай қолади.

Операциядан кейинги яраларда эрта хосил буладиган (эвентерация, яраларнинг йиринглаши) асоратларидан кейин чурра хосил булиши шарт. Шунинг учун хам зудлик билан утказиладиган лапаротомиялардан кейин чурраларнинг хосил булиши бунинг исботи хисобланади.

Бизнинг кузатувимизда 131 беморлардан 38 беморда операциядан кейинги яраларда асоратлар (йиринглаш, инфилтрат хосил булиши, серома, ярали гематома) кузатилди. Бизнинг фикримизча тери таги, кисман ва тулик эвентерациялар операциядан кейинги чурраларнинг биринчи этиологик факторлари хисобланади. Аммо унга мойилликни оширадиган кушимча факторлар ҳам куп. Булар гипопротенимэмия, анемия, авитаминоз, семизлик, кандли диабет, кекса ва кари ёшдагилар хисобланади. Бундан ташкари махаллий сабаблар (ичаклар парези, бронхопневмония, бронхиал астма, куп кусиш, рухий хасталиклар) ҳам булади.

Махаллий сабаблар яраларнинг ҳолатини узгартирадиганлар (ичаклар парези, бронхопневмония, бронхиал астма, куп кусиш, рухий хасталиклар) ҳам булиши мумкин. Келтирилган фактларга асосланиб яраларнинг яллигланиши бизнинг фикримизча чурраларнинг хосил булиши учун оралик сабабчи булади.

Унинг этиологиясида шунга олиб келадиган организмнинг инфекцияга карши курашиш фаолиятининг пастлиги, хар хил нотугри оператив доступланинг кулланилиши яра оркали хар хил тикиндиларлар, дренажлар куйилиши, жуда техник жарохатли операция булиши, ярани яхши парвариш килмаслик каби сабаблари ҳам бор. Бу муаммо ута мухим хисобланиб, охирги йилларда яралардаги хар хил асоратлар сабабли операциядан кейинги чурралар сони ошмоқда.

Биз кузатган беморларнинг ичида 17 тасига анамнезидан холецистэктомия, ҳамда гинекологик операциялар булган, хусусан бу ҳам купрок кекса ва кари ёшли беморларда купрок учради.

Аёллар орасида кориннинг олд девори кучсизланишига энг мухим этиологик факторлардан хомиладорлик ва семизлик хисобланади. Бизда 53 та касалларда 2-3 даражали семизлик билан булганлар. Бундай ҳолатлар жигарга, ут пуфаги ва ут йулларига, буйрак, сийдик йулларига дастурлари билан килинган операциядан кейин учрайди.

Корин бушлигига куйилган дренажлар урнида купинча дистрофик узгаришлар ривожланиши мумкин, кейинчалик мушаклар реакцияси натижасида чурра ривожланади.

Айрим операциядан кейинги чурралар тусатдан хосил булиши мумкин. Операциядан кейинги яра яхши битган, бошка деярли сабаблар топаолмаймиз. Бунга кандай сабаблар булиши мумкин деган савол тугилади. Бу саволга асосан учта сабаби бор. Биринчидан буларнинг асосий сабабини организмдаги мода алмашинувининг бузилишидан, яъни авитаминоз лар сабабидан ривожланади. Иккинчидан хаддан ташкари жисмоний юкламанингнинг ошиши хисобланади. Масалан огир юк кутариш, хомиладорлик, узок давом этган ич котишлар. Бу ҳолатларнинг операциядан кейинги даврда, хали операциядан кейинги ярада яхши чандик хосил булмагандан кейин юкламанинг кучайиши чурра хосил булишига олиб келади. Учинчидан операция килиш техникасининг тула мукамал булмаганлигидир. Бунга операция пайтида фасция ва апоневрозларни тикишда кетгутнинг ишлатилиши, ёки сийрак чокларнинг купайиши, анатомик катламларнинг бир-бирига нотугри тикилиши окибати сабабчи булади. Яъна шуни таъкидлаш лозимки хирургнинг кориннинг олд девори топографа анатомик хусусиятини хисобга олмай катта кесмалар килиши, яъни катта масофада тукималарнинг, кучли мушак катламларининг, томирлар ва асаб толаларининг кесилиши операциядан кейинги хосил буладиган чандикнинг кучсиз булишига ва чурра ривожланишига олиб келади. Маълумки канча операция килинадиган кесмалар куп булса, шунга операциядан кейинги даврнинг огир утишига сабабчи булади. Шунинг учун охирги пайтлар кориннинг олд деворидаги кесмалар узунлигини киска ва тукималар билан жуда эҳтиёт булиб ишлашларини талаб килади. Операциялар киска яъни мини кесмалар билан бажарилмоқдалар. Операция пайтида янги инструментлар, махсус ярани кенгайтирадиган хар хил лапароскопик манипуляторлар ишлатилмоқда.

Операциядан кейин биринчи йилга чурра хосил булиши бу операциядан кейинги эрта юзага чикадиган асоратлар деб тушуниш керак. Операциядан кейин 2-3 йилдан кейин хосил булиши купинча бошка факторларга боглик булади.

Яралинг яллигланиши сабабли операциядан кейинги чурраларнинг хосил булишида кориннинг олд девори тукумаларидаги йирингли-некротик холатнинг чукурлигига ва унинг таркалиш масофасига боглик. Маълумки яра иккиламчи грануляция хосил булиши даври билан битганида регенрация яхши булмайди ва функционал етишмовчиликка олиб келади. Яра яллигланганида корин пардада хам шиш ва яллигланиш инфильтрацияси, худди шундай мушакларда хам апоневрозда хосил булади.

Шундай килиб апоневроздаги дистрофик узгаришлар улардаги коллаген толаларнинг юпкалашиши, хужайра элементларининг ва эластик толаларининг камайиши чандикнинг махкам булмаслигига, мушакларда атрофия булишига ва чурра хосил булишига шароит тугдиради.

IV БОБ

Кориннинг олд девори ва операциядан кейинги чурраларини хирургик даволаш натижалари.

4.1. Корин олд девори операциядан кейинги чурраларни хирургик даволаш усуллари.

Пластикада кулланувчи синтетик материаллар:

1. Полиэстер (дакрон)
2. Полипропилен (пролен, марлекс)
3. Политетрофторэтилен (е-PTFE)
4. Комбинациялашган турлари I.I. Vyro

Корин девори чурраларини даволаш учун йукотилган мушак ва фасциал тукимани одатдаги методлар билан уларнинг бирламчи ҳолатини тиклашини ва бирламчи пластика билан мустахкамлашни иложи бўлмаган ҳолларда биологик мос материаллар уринбосар сифатида кулланилади. Бу материаллар шунингдек тукималар кучсизлиги билан боглик чурра дефектларини мустахкамлаш учун ишлатиш мумкин.

Имплантатни жойлаштириш методи:

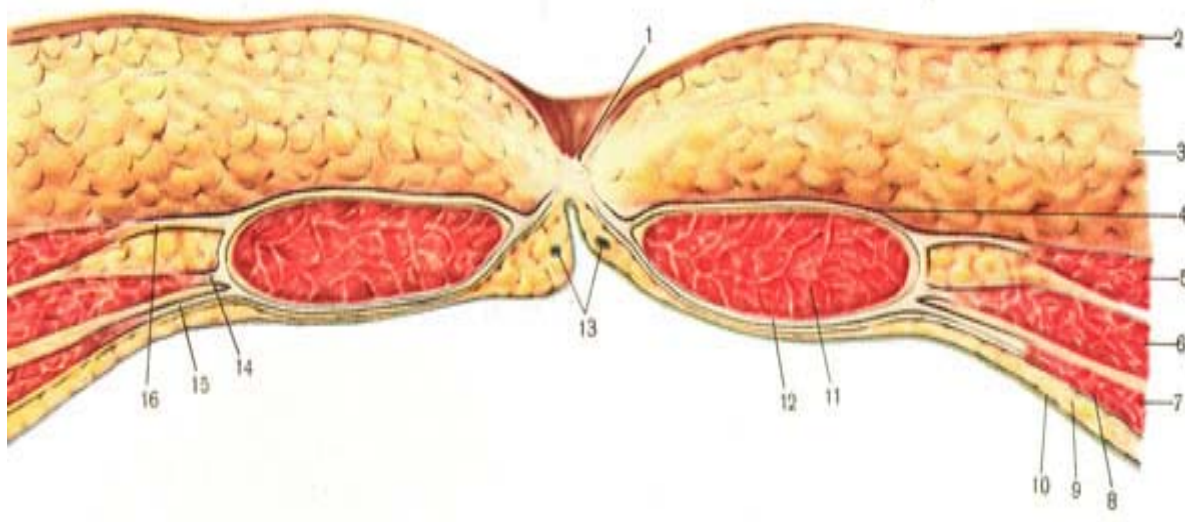
1. Апаневроз устига (onlay)
2. Корин парда олдига (устига) (sublay)
3. Интраабдоминал (inlay)

1999 йилда Мадридда утказилан 21 халқаро Гернологлар конгрессида J.P. Chevrel ва A.M.Rath чурра дарвозасининг жойлашиши, катталиги, рецидивнинг мавжудлигини инобатга олиб купрок асосланган ва туликрок таснифини таклиф қилишди. Операциядан кейинги чуррларни классификациясида бўлишда 3та парометр ҳисобга олинади: локализацияси, чурра дарвозаси кенглиги ва рецидивнинг борлиги. Локализация бўйича : урта-марказда(M) ; ёнбош(L); рецидивлар сони (R); дефект улчамлари(W)

4.2 Аллопластика ва эксплантацияга курсатмалар.

- 1) Рецедив ва айникса куп маротаба рецедив берган чурралар
- 2) Кориннинг олд девори жуда кучсиз булиб чурралар ката булса купинча кориннинг олд девори мушаклари, фасциялар апоневрозлари атрофия булган холатларда.
- 3) Куп сонли чурра дарвозалари хосил булиб улар кирраларини бир-бирига якинлаштириб тикилганда битиб кетиш хавфининг юксак булишида.
- 4) Кориннинг олд девори гигант чурралари булиб чурра дефекти 20 см дан куп булганда ва кориннинг олд девори пластикасини дубликатура килиб аутотукималар билан пластика килганда каттик таранглашиш хосил булиши ва корин бушлиги хажми кискариб бориши.

1 — umbilicus; 2 — тери; 3 — тери ости ёғ тукимаси; 4 — m. recti abdominis киннинг олд девори; 5 — т. obliquus externus abdominis; 6 — т. obliquus internus abdominis; 7 — m. transversus abdominis; 8 — fascia transversalis; 9 — tela subserosa; 10 — peritoneum; 11 — m. rectus abdominis; 12 — m. recti abdominis кин орка девори; 13 — vv. parumbilicales; 14 — апоневроз m. obliqui interni abdominis; 15 — апоневроз m. transversi abdominis; 16 — апоневроз m. obliqui externi abdominis.



Расм.4.1 Киндик сатхида кориннинг олд девори кундаланг кесмаси анатомияси

4.3 Операция техникаси.

Операциясининг асосий этапи.

- 1) Чурра дарвозасига мос холда опреацион кесма
- 2) Чурра халтасини очиш ва корин бушлиги аъзоларини чурра халтасидан ажратиш
- 3) Кисман ва батамом чурра халтасини кесиб олиш
- 4) Чурра халтасини мобилизация килиш ва унинг кирраларини кесиб олиш
- 5) Корин олд деворини пластика килиш
- 6) Яра чок куйиш ва уни обдовлаш.

1 Этап. Чурра дарвозасига нисбатан килинадиган кесмалар

Эски операциядан кейинги чандикнинг териси ва тери таги тукималарини кесиб олиш билан килинадиган кесма энг радикал ҳисобланади Сараланиб килинадиган кесманинг йуналиши ва унинг шакли чурра дарвозасига нисбатан энг қулай ҳисобланиб костетик жихатдан эффектив беради . Агар чурра эпигастрал сохада ҳосил бўлган бўлса асосан кесма узунасига ва айрим ҳолатларда уййшиқ кундаланг килиш мумкин.

Чурра мезогастрияда жойлашган бўлса Т-симон кесма килиниб тери ва тери таги тукималари батамом олиниб киндикни уз жойига куйиш билан килингани маъқул. Операциядан кейинги чурраларда кесма килишда кориннинг олд девори пластика килиш усулини ҳам ҳисобга олиш зарур.

2 Этап. Чурра копини очиш ва ички аъзоларни чурра копи деворларидан ажратиш.

Чурра копи ажратилиб у ё бир камерали ё куп камерали бўлишидан катъий назар очилгандан кейин ичидаги ҳосиласи тавшиш килинади. Купчилик ҳолатларда ичидаги аъзолар бўлсин ёки чарви тутами бўлсин цлар чурра копи девори билан битишма ҳосил қилган бўлади. Анашу битишмалар уткир ва утмас йуллар билан жуда секинлик билан ажратилади. Ажратиш пайтида чарвининг ёки ичак сиртмоқларининг ярага евинтирация бўлишидан сақлаш

керак. Уларни битишмалардан ажратиш пайтида албатта хулланган тампон билан ёпиб куйиш керак. Куп камерали чурраларда чурра халтасида ичак чиртмоклари чарви 1-1 билан ёпишиб катта конгломерант хосил килади. Анашу конгломеронатларни ажратиш жуда катта техник кийинчиликларга олиб келади ва купинча ичак сиртмокларини жарохатлаб тешиб куйиш ҳам мумкин. Анашундай ҳолатларда жуда кучли деформация учраган уларни практик жихатдан ажратиш кийин пайтида деформацияланган ичак сиртмоклари ва чарвини резекция килиш маъкул ҳисобланади.

3 Этан. Чурра халтасини қисман ва тула кесиб олиш.

Майда ва урта катталиқдаги чурраларда чурра дефекти унча катта бўлмайди. чурра копи девори апоневроз кирраси соҳасида кесилиб олинади ва дубликатура хосил килиш билан қорин олд девори пластика қилинади. Катта ва гигант чурраларда чурра копи деворлари батамом кесилиб олиш шарт эмас. Анашу чурралар копи девори қориннинг олд деворини пластика қилишда трансплант шаклида ишлатилиш мумкин.

4 Этан. Чурра дарвозаси қирраларини мобилизация қилиш ва кесиб олиш.

Чурра дефекти қирраларини мобилизация қилиш пластика қилиш ҳажмига қараб утқазилади. Уртача 5-6см ташкил килади. Агар Ramirez усулида операция қилинганда қориннинг олд девори тугри мушакларининг қинлари спигал линиясигача мобилизация қилинади. Чурра дарвозасини қупчилик ҳолатларда нотугри шаклда бўлиб қалин алоҳида тортмалари ва майда булақчаларидан иборат бўлишлари мумкин. Ана шу тортмалар ва майда булақчаларга ажратиб турган урталик тортмалар ҳаммаси кесиб олиниб чурра дарвозасини маълум шаклини бериши керак. Операциядан кейинги бўладиган уйкуда ётган инфекцияларнинг юзага чиқишида чурра дарвозаси ва унинг атрофдаги эски қуйилган лигатуратар ва айрим қандикли туқималар сабабли бўлади. Шунинг учун операциялар пайтида анашу ҳафли қандиклар узгарган туқималар кесиб

олиниш мумкин. Шундай килиб олдиндан корин деворининг мушак апоневроз кавати батамом тери таги ёг катламидан ажратилади, корин ичкаридан эса чарви ва аъзолар батамом кориннинг олд деворидан ажратилади. Анашу килинган техник манипуляциялар чурра дарвозаси кирраларининг ҳаракатли булишига ва уларнинг пластика килишда 1-1 га якинлаштириш имконини тугдиради .

5 Этап. Корин деворининг пластикаси.

Пластиканинг усулларини танлашда албатта унинг огирлик даражасини жароҳатли булиши ва унинг мустаҳкамлигини ҳисобга олиниб кориннинг олд девори дефектини ёпишда асосий мақсадга эришишни таъминлаш керак. Ҳозирги вақтда операциядан кейинги огир чурраларни оператив даволаш жуда огир муаммо ҳисобланиб оддий усулларни кулаш билан муваффақиятга эришиш жуда қийин. Шунинг учун клиник кузатув тажрибасидан утган хавфсиз ҳамда замонавий усуллар ишлатиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

- 1) **onlay-** техникаси: чура дарвозасини маҳкамлаш мақсадида аутопластик материалнинг устини трансплантанти тикиш . Чурра дефекти кирралари 1-1 га маҳкам келтириб ёки дубликатура ҳосил килиниб тугунли чоклар билан тикилади, ундан кейин олдинги юзасидан мушак апоневротик катлам тери кавати ёг клеткасида ажратилади ва трансплантат хама томондан корин пардага маҳкамланади.
- 2) **Inlay** – техникаси: бу усулда трансплант корин парда ва мушак апоневротик кават орасига жойлашади.

Чурра ҳалтаси олингандан кейин корин пардадаги чандиклар кесиб олинади ва мушак апоневротик кавати ҳам кенгликда ажратилади, кирралари тикилмайди кориннинг устидан трансплантат қуйилиб 1 киррали П –симон чоклар билан мушак апоневротик кавати ички томондан беркитилади, ёки корин пардага тугунли ёки узлуксиз чоклар билан тикилади. Шундан кейин 2чи кирраси тикилади уни шундай тикиш керакки трансплантат устидан чурра

дефекти кирралари тортилганда трансплантант тортилмай колиши керак. Эксплантант анашу холатда куйилиб кирралари сог мушак апоневротик тукумаларига тикилгандан кейин асосий функционал юкламани эксплантант узига олиб чурра дефекти кирраларига тикилган чоклар саклайди.



Расм. 4.2.



Расм. 4.3.



Расм.4.4.Бемор Кодиров Р.



Расм. 4.5. inlay усулида пластика асосий этап:



Расм.4.6.

А – битишмаларни кесиш. **Б** – эндопротез фиксацияси.



Расм.4.7.



Расм 4.8



Расм 4.9.



Расм 4.10.

Чурра дефектини пластика килгандан кейин яра тикилади ва тери таги ёғ катлам дренажланади. Чокларни шундай куйиш керакки улар орасида бушлик колмаслик шунинг учун ҳам айрим пайтларда жуда ривожланган тери таги ёғ катлами булганда 2-3 этажли чоклар куйилади. Терига одат буйича тортилмаган холда тугунли ва косметик чоклар куйилади. Бунда энг мухими ярани тугри дренажлаш техникасидир. Шу максадда тери ости ёғ катлами тукумасини резинали чикаргич билан дренажланади ва операциядан кейин 1-2 суткадан кейин олиб ташланади. Операциядан кейин ярани чоклар орасидан зонд оркали ривизия килиш мумкин. Герниопластика эксплантатлар ва аутопластика ишлатилганда ҳамда болаларда шу сохада сурункали яллигланиш учоклар пайдо булганда(абсцесс, ипли окма , чок атрофида гранулома) кузатилади. Ярани албатта найсимон дренажлар билан дренажлаш керак. Операциядан кейинги даврда шу трубклар оркали вакуум хосил килиб ярани антисептик

билан ювиб туриш мумкин. Ярадан ажралма тампон булгандан кейин дренаж найлар олиб ташланади.

4.4 Текшириш натижасининг муҳокамаси.

Операциядан кейинги вентрал ва рецидив чурралар билан беморларни килинган герниолпастика усулларига караб уларнинг натижалари куйдаги критериялар остида бахоланди: даволашнинг самарадорлиги, операциядан кейинги даврда асоратлар фоизи, операциядан кейинги улим, уртача касалхонадаги утказган урин куни.

Даволашнинг самарадорлигини баҳолашда асосан биз умумий беморлар сонидан кузатилган муддатда пайдо булган рецидивлар тушинилди. Операциядан кейинги узок муддатли рецидивлар 1 йилдан то 3 йилгача махсус анкеталар оркали урганилади (жадвал 4.1).

Жадвал 4.1.

Текширилган гуруҳ беморларда операциядан кейинги асоратларнинг кийёсий таккослаш тахлили

Асоратлар хили	Сон		
	Асосий гуруҳ «Inlay» n=30	Таккослаш	
		А гуруҳ n=20	Б гуруҳ n=81
Операциядан кейинги серома	2	2	5
Операциядан кейинги инфилтрат	1	1	8
Ярадан йиринглаши	1	1	3
Интраабдоминал гипертензия синдроми	-	4	3
Хаммаси	4(13,33%)	8(40%)	19(23,45%)

Барча гурухларда операциядан кейинги ярада сероз суюкликнинг йигилиши энг куп асорат булиб 9 беморларда учради. 4-жадвалдан куриниб турибтики сероманинг йигилиши INLAY усулида аллопластика килингандан кейин атига 2 беморда кузатилган. Анъанавий даволашдан кейин яъни мушак апоневроз дубликатураси билан таранглашган герниопластикадан кейин интраабдоминал гипертензия синдромининг ривожланиши куп кузатилди. Биринчи гурух беморларда яъни таранглашмаган герниопластика «INLAY» усулида килинганда интраабдоминал гипертензия хеч кайси беморда кузатилмади. Апоневроз киррлари учма-уч тикиб ONLAY усулида аллопластика килинган гурух беморларда интраабдоминал гипертензия синдроми 3 тани ташкил килган булса, аутопластика мушак–апоневроз дубликатураси хосил килишганда 4 тани ташкил килди.

4.5. Операциядан кейинги корин чурраларининг асоратлар.

Операциядан кейинги чурраларни даволаш бошка ташки чурраларни даволашда алохида фарк килади. Анашу фарклардан биттаси операциядан кейинги яраларда ривожланадиган операциядан кейинги асоратдир. Операциядан кейинги чурраларни асоратларини махаллий ва умумий асоратларини уларнинг ривожланиш вақтига караб куйидагича классификацияга булиш мумкин. Интраоперацион яъни операциядан кейинги тез вақт ривожланадиган ва операциядан кейинги узок муддатлар операциялар. Операциядан кейинги чурраларни интраоперацион асоратларни бартараф килиш куп факторларга боглик. Шулардан улар куйидагича: операция килинадиган хирургнинг классификацияси, чурранинг улчами, йулдош касалликларнинг характериға олдин утказилган операция туриға караб хосил булган чурра хосил булиши ва операция хавфи боскичларига боглик. Интраоперацион энг хавфли асоратларига ичи буш аъзоларнинг ятроген жарохати булиб хисобланади ва улар купинча ингичка ва йугон ичаклар жарохатланади. Айтиш керакки бу асоратлар асосан чурра копини чурра

дарвозасидан ажратишда содир булади. Бунинг асосида эса хирургнинг техник йул куйилган хатосидир. Яъни куп учрайдиган интраоперацион асоратлардан бири кориннинг олд деворидаги уйкудаги инфекцияни учогини очишдир. Бу холат эса операциядан кейинги яранинг йиринглашишига олиб келади ва операциядан кейин чурранинг хавфи кучаяди.

Жадвал 4.2.

Текширилган гурух беморларда даволаш – киёсий тахлили.

Курсаткич	Сон		
	Биринчи гурух	Таккослаш гурухи	
	«inlay» (n=30)	А гурух (n=20)	Б гурух (n=81)
Эффективлиги	28(93,5%)	14(70%)	67(82,7%)
Операциядан кейинги уртача урин-жой	7±1	9±2	10±2
Улим курсаткичи	-	1(5%)	2(2,5%)
Чурра рецидиви	2(6,65%)	5(25%)	12(14,8%)

Шундай килиб киёсий солиштириш натижаларига асосан, «INLAY» усулида таранглашмаган ауто-аллопластика килинганда 93 ,5% беморларда утказилагн аллопластика усули яхши натижа берди ва мухим усул эканлиги аникланди. Шундай операциялардан кейинги рецидив атига 6,65% ни ташкил килган булиб, дубликатура хосил килинган аутопалстикадан кейин эса 25% ни, ONLAY усулида килинган аллопластикадан кейин эса 14,8% учради (жадвал 4.2).

Israelson L.A. (1998й) Лапаротомия утказган 1013 беморни 12 ойгача кузатди. 15% холатдарда чурра юзага келади. Mangiante G. (1999й) лапаротомиядан

кейин 2% дан 11 % гача холатларда чурра юзага келади деб хисоблайди. Lowe.J (1999й) 10% гача.

ОКВЧ нинг улуши сунги 20 йилликда сезиларли узгарганлиги аникланади. Купрок ОКВЧ гинекологик операциялардан кейин (18,9% дан 41% гача), аппендэктомиядан кейин (12,8% дан 22,7% гача), анъанавий бажарилган холецистэктомиядан кейин (5,9% дан 29,4% гача) юзага келади (У.А. Арипов 1996й).

Чурра хосил булиши сабабларининг орасида биринчи уринда ярага инфекциянинг тушиши туради. Адабиётларнинг давомий тахлили курсатадики катта клиник тажриба, хирургик техниканинг замонавийлашишига карамасдан гигант, айникса операциядан кейинги, рецидив купинча бир неча марта рецидивланган вентрал чурраларни операциягача ва операциядан кейинолиб боришнинг хирургик тактикаси саволлари якуни(охири)гача хал килинмаган.

Trupka A et all ва Carlson G.W. et all (2000й) аллопластик метод билан анъанавий методларни солиштириб одатдаги пластикада 30% дан 50% гача рецидив учрашини айтиб утилган. 7 йилгача муддатда 20% ида рецидив ривожланиши кузатилган.

Р.Б. Лысенко (1999й) ОКВЧ ва ортикча вазли 140 беморларда Мейо буйича пластика утказилгач 1 йилдан 5 йилгача муддатда 2,1% рецидив аникланган.

Интраабдоминал гипертензия синдромининг асосий сабабларидан бири (гигант вентрал чурраларни пластикаси) яъни корин пардани тортиб тикишдир.

К.В. Пучков ва муаллифлар полипропилен имплантатнинг корин олд деворини териси, фасцияси, мушакларига таъсирини урганган.

- яра жараёнининг кечиши ярада дастлабки 1- суткада ПЯЛ (полиморф ядроли лейкоцитлар) инфильтрация пайдо булиши билан характерланади.

- 3-суткада грануляцион тукима ривожланади, бунда лейкоцитлар, лимфоцитлар колади, фибробластлар, семиз хужайралар пайдо булади, томирлар ривожланади.

-яра жараёни кечишининг 7-кунида грануляцион тукима ривожланади, унда куп микдорда фибробластлар, семиз хужайралар плазматик хужайралар, макрофаглар топилади, лейкоцитлар сони кескин камаяди.

- 14-суткада пролиферация даври бошланади, куп микдорда капилярлар пайдо булади, коллаген толаларнинг зичлашиши, лейкоцитлар, макрофаглар, семизлар, фибробластлар микдорининг камайиши аникланади.

- 21- суткада томирлар ичи бушаб колган

- 30-суткада хужайра инфильтрацияси умуман аникланмайди, грануляцион тукима умуман булмайди, тур атрофидаги тукима яккол фиброзланади.

Хеч кайси бир гуруҳда протезга нисбатан пролифератив реакция аникланмаган.

4.6.Операциядан кейинги венстриал чурраларнинг келиб чиқишида куйидаги асосий сабаблар рол уйнайди.

- 1) Операция ярасидаги тукималарни тикишдаги хирургик техник хатолар.
- 2) Корин бушлигини яра оркали тампонлаш .
- 3) Операция пайтида киладиган кесмалар кориннинг олд деворидаги нерв толаларнинг кесилиши .
- 4) Операциядан кейинги яранинг яллигланиши ва йиринглашиши.
- 5) Семизлик ва корин олд девори тукималардаги ёғ тукимасининг хаддан ташкари ривожланиши.
- 6) Кориннинг олд деворидаги мушак тартибининг атрофияси, бандаж такишнинг тартибининг бузилиши.
- 7) Жисмоний юкламанинг юкори булиши.

Хотима

Охирги йилларда герниология фани аник анатомик маълумотларга асосланган ҳолда, муҳим амалий тажрибалар билан куролланган. Вентрал чурраларнинг этиологик факторлари ва ҳар хил оператив усулларининг натижалари чуқур урганилиб, патогенетик жихатдан энг муҳим оператив усуллари амалиётга тадбиқ қилинмоқда. Ваҳоланки бугунги кунда чурраларнинг диагностикаси ва уларни даволаш муаммоси актуал бўлиб қолмоқда. Бугунги кунда мамлакатимизда минглаб ҳар хил вентрал операция қилинмоқда, аммо уларнинг натижалари давр талабини қониктирмайди. Статистик маълумотларга кура ҳар 10-12 чуррани кесиш операциясидан кейин рецедив пайдо бўлмоқда. Маълумки ҳар бир эндигина хирургияни бошлаётган ёшлар қупчилик ҳолларда албатта чуррани кесиш операциясидан бошлайди. Шуни айтиш керакки чуррани кесиш бу оддий операциялардан эмас. Хатто энг қуп қилинадиган чов чурраларини кесишдан кейин ҳам ҳар хил асоратлар бўлиб, беморлар узок вақтлар иш қобилиятларини йўқотиб, айрим ҳолатларда қайта операция бўлишларига мажбур бўладилар. Шу борада жуда маҳоратли хирург, герниология фанининг асосчиларидан бири С. П. Федеровнинг айтган иборасини эсламок керак: «Чуррани кесиш бу оддий, енгил операциялардан бўлмай, уни туғри ва яхши бажариш керак».

Ҳозирги замон герниология жарроҳлигида ҳар бир беморга индивидуал ёндошиш зарурлиги талаб қилинмоқда. Оператив даволашда индивидуал ёндошиш принципининг асосини чурранинг этиологик ва патогенетик хусусиятлари ташкил қилиб, ҳар бир беморга алоҳида оператив усул қулланиши операциядан кейинги натижаларнинг яхши яқунланиши ташкил қилади.

Вентрал чурраларни хирургик даволаш муаммосининг долзарблиги касалликнинг кенг тарқалганлиги, қисилиши қуринишдаги асоратларнинг қуп ривожланиши ва операциядан кейинги улимнинг қуплиги (8% гача)

мавжудлиги. Хозирги вақтда вентрал чурраларни даволашда пластиканинг атензион методларини куллаш концепцияси қабул қилинганлиги. АКШдаги шопилинч ва режали хирургияда замонавий шароитларда 87%, Европа давлатларида 85% беморларда атензион герниопластика бажарилади. Россияда режали хирургияда вентрал чуррани атензион метод бўйича операция қилиш улуши 43-52% ни ташкил қилади, қисилган чурраларда герниопластикада атензион методларини куллаш ҳақидаги маълумотлар адабиётларда яқка-яқка учрайди.

Абдоминал хирургиянинг бутун ривожланиш тарихида ОКЧ ларни оператив даволаш муҳим рол уйнаган. Замонавий статистика шуни курсатадики лапаротомия утказган 5-14% беморларда бу асорат юзага келиши кузатилмоқда.

Герниология утган ун беш йил давомида вентрал чурраларни даволашга бўлган ёндашишлар сезиларли даражада ўзгарди. Бу ўзгаришлар қорин девори дефектларини ёпишда тензион усулдан атензион усулга ўтишга олиб келди. Бундай принципни кузатиш натижасида биологик туқималар орасида синтетик эндопротезларни ишлатиш имкони пайдо бўлди. Вентрал чуррали беморларни даволашда имплантатни onlay, sublay, inlay жойлаштириш мумкин. Бунда натижалар ва асоратлар мутлоқо фарқ қилади. Хозирги вақтда олинган натижаларни объектив баҳолаш керак. Шунинг учун вентрал чурраси бор беморларни даволашни бутунлигича асоратлари ва оқибати ривожланишига таъсир қилувчи ҳам алоҳида ҳам бир қанча қўшма омилларнинг ўрни таҳлил қилиниб шунга диққат маркази бўлиб хизмат қилади.

Анашу ҳолатни ҳисобга олган ҳолда биз қориннинг олд девори операциядан кейинги чурраларини пластик материаллар билан бартараф қилиш усуллариини такомиллаштиришни мақсад қилиб қўйдик.

Биз ўз амалий ишимизда 1999 йилда Мадрид шаҳрида герниологларнинг XXI халқароконгрессида қабул қилинган (Chevrel J.P. и Rath A.M) SWR-

таснифи ва 2006 йилда Москва шаҳрида «Герниологиянинг долзарб масалалари» V конференциясининг курсаткичларини кулладик. Таклиф килинган таснифда 3 ҳолат ҳисобга олинган: S-чурранинг локализацияси; урта чурра (M), ёнбош чурра (L) ва қушма (LM). W- чурра дарвозасининг кенглигига қараб : W_1 5смгача, W_2 5-10см, W_3 10-15 см, W_4 15 смдан юқори. R- рецидивларнинг борлиги ва қайталаниши (R_0 , R_1 , R_2).

Биз уз илмий ишларимизда Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургия бўлимида 2009-2012 йилда операциядан кейинги вентрал чурралар билан 131 даволанган беморлар устида олиб борилган кузатувларимизни таҳлил қилдик. Беморларни 23 таси эркак ва 108 тасини аёллар ташкил қилди. 22 ёшдан 45 ёшгача бўлган беморларни 36 (27,5%), 46 ёшдан 65 ёшгача бўлган 86 (65,6 %) ни ташкил қилди ва 66 ундан юқори ёшдагилар 9 (6,8 %) ни ташкил этди. Кориннинг олд девори операциядан кейинги чурралари асосан купрок аёлларда қузатилади ва бу ҳолатни аёлларда купрок учрайдиган бирламчи касалликлар (ут тош касаллиги, киндик чурралари ва ҳар хил гинекологик касалликлар) таркиби билан боғлиқ бўлиб, шу касалликлар билан операциядан кейинги кориннинг олд девори чурралари пайдо бўлган.

131 беморлардан 74(56,5%)тасига ҳар хил қушма йулдош касалликлар аниқланди ва уларни операциядан олдин текширдик ва ва операцияга тайёрлаш учун қушимча муолажалар утказишга сабабчи бўлди. Энг куп учрайдиган қушма касалликлардан бири семизлик 53(40,6%), Ю.И.К 20(15,3%), гинекологик 11(8,3%) касалликлар учради. Шуларнинг ичида 74(56,5%) беморларда икки ва ундан ортиқ қушма касалликлар борлиги аниқланди. Ҳамма беморларда йулдош касалликлари билан амбулатория ва стационар шароитда комплекс текширишлар утказиб, операциядан олдинги даврда коррекция қилинди ва йулдош касалликлар даволанди.

Беморларни комплекс усулда клиник ва лаборатория текширишда ҳамма беморларнинг шикоятлари ва анамнези, умумий курик, лаборатория ва

инструментлар (асбоблар) билан текшириш усуллари киритилди. Операциядан олдин мукаммал равишда шикоятлари, анамнез маълумотлар, беморнинг умумий огирлиги аникланди. Беморларни объектив курик пайтида ётган ва турган ҳолатда чурранинг локализацияси хажми, чурра дарвозаси катталиги, чурра хосиласининг тугриланиши, чурра соҳасидаги терининг ҳолати ва тери таги ёғ катламининг ривожланиш даражаси аинкланди.

Операциядан одинги тайёрлов даврида куйидаги масалалар ҳал килиниши зарур деб билдик.

1. Операциядан кейинги эрта даврда корин бушлиги ички босимининг ошиб кетишини профилактика килиш (ичакларн тозалаш, йутал, хожат ва пешоб пайтида кучанишни бартарф килиш).
2. Корин ички босиминининг ошишига юрак–кон томирлар ва нафас тизимини адаптация килдириш, яъни каттик бандаж ва эластик билан коринни боғлаш.
3. Хамма йулдош касалликларини коррекция килиш (кандли диабет, гипертония касалликлари).
4. Операциядан кейинги яраларда булиши мумкин булган йирингли ҳолатлар профилактикаси (терини дезинфекцияловчи эритмалар билан ювиш, кварцлаш).

Асоратларни комплекс профилактика килиш даволашнинг хамма этапларида утказилади. Госпиталгача этапда – компрессион адаптация, ҳар хил йулдош касалликларни коррекция килиш тана вазнини муътадиллаш, операциядан одинги тайёрлаш даврда пархез, яъни кам колдик моддалар ҳосил килувчи таомлар, ичакларн тайёрлаш, операция этапида туқимални яхши ажратиш, герниопластика килишда прецезион амални бажариш, операция даврида нафас етишмовчилигини ичаклар парезини, йирингли яллигланиш, тромбоземболик асоратларни ва ошқозон ичак тизимидан кон окишларини профилактика килинади.

Кузатувдаги ҳамма беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи (асосий) гуруҳга 30(22,9%) уларга таранглашмаган герниопластика «INLAY» усулида операция килинди. Иккинчи гуруҳ (таккослаш) икки гуруҳларга бўлиниди. А-гуруҳига 20(15,3%) беморлар киритилиб уларга мускул апоневроз дубликатураси ҳосил килинган ҳолда таранглашган герниопластика килинган. Б гуруҳига эса 81(61,8%) беморлар киритилди уларга апоневроз учлари бир-бирига тикилиб ва эндопротез «ONLAY» усули бўйича апоневрозга тикиш билан герниопластика килинди. Операциядан кейинги вентрал ва рецидив чурралар билан беморларни килинган герниопластика усулларига қараб уларнинг натижалари қуйдаги критериялар остида баҳоланди: даволашнинг самарадорлиги, операциядан кейинги даврда асоратлар фоизи, операциядан кейинги улим, уртача касалхонадаги утказган урин куни.

Операциядан кейинги асоратлари «INLAY» усулида операциядан кейин серома 2 та, интраабдоминал гипертензия синдроми умуман қузатилмади, яранинг йиринглаши 1та қузатилди. «ONLAY» усули бўйича эса серома 2 та, интраабдоминал гипертензия синдроми 8та, яранинг йиринглаши 3та қузатилди.

Қиёсий таҳлилини олсак агар чурраларнинг рецидиви «INLAY» усулида 30 бемордан 2тасига қузатилди. «ONLAY» усули бўйича эса 81 беморлардан 12 беморда рецидив қузатилди.

Даволашнинг самарадорлигини баҳолашда асосан биз умумий беморлар сонидан қузатилган муддатда пайдо бўлган рецидивлар фоизидан фойдаландик. Операциядан кейинги узок муддатли рецидивлар 1 йилдан то 3 йилгача махсус анкеталар орқали урганилади.

Хулосалар

1. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларида пластика килиш усули чурра дарвозасининг улчамига караб танланади.
2. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларда чурра дарвозаси улчами 10 см дан катта булганда «inlay» усулида аллопластика килиш ишночли хисобланади.
3. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурраларида пластика килишда унинг хажми 10 см гача булганда маҳаллий туқималар билан аттензион «onlay» усулида аллопластика килиш хавфсиз хисобланади.
4. Корин олд девори ва рецидивли катта чурраларида кориннинг ички босимини ошиб кетмаслиги учун ва эрта битишмали ичак тутилишининг олдинги олиш мақсадида назоэнтэрал ва трансректал ичаклар интубацияси килиш керак.

Амалий тавсиялар.

1. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурралари билан беморлар айникса кари ёшдаги ва йулдош касаллиги бор беморлар операциядан олдинги хар томонлама текширувлардан хамда операциядан олдинги тайёргарликдан утишлари керак.
2. Корин олд деворини пластика килишда рецидивлар сони, чурра дарвозасининг улчами ва хар бир беморнинг анатомо-физиологик хусусиятлари хисобга олган холда пластика усулини танлаш.
3. Операциядан кейинги асоратларни профилактика килиш мақсадида ичакларни назоинтестинал ва трансректал интубация килиш ва узок вақт операциядан кейин 5-6 ой давомида бандаж такиб юришлари керак.
4. Корин олд девори операциядан кейинги ва рецидив чурралари билан операцияга тайёрлаш даврида уларни маълум алгоритм билан текшириш зарур.

Адабиётлар руйхати

1. Абдуллаев С.А Корин чурралари. Тиббиёт олий укув юртлари талабалари, магистратура резидентлари ва амалиётда ишлаётган хирурглар учун укув-услугий кулланма. Самарканд 2009 йил.
2. Абрамов В.А., Мухин А.С., Буровкин Б.А. и др. Опыт применения дубликатурного шва для профилактики и лечения послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2008; 1: 17: 5.
3. Адамян А.А. Путь герниопластики в герниологии и современные ее возможности // Материалы I Межд. конф. «Совр. методы герниопластики с применением полимерных имплантатов».-М., 2003.-С. 15.
4. Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Мнацаканян Э.Г., Чемянов Г.С., Лайпанов Р.М., Погосян Г.А. Новые технологии в лечении больших и гигантских вентральных грыж. Хирургия Узбекистана 2012; 3:5.
5. Алексеев А.К., Горчаков В.К., Левшакова А.В., Ильичев В.А. и др. Компьютерная герниоабдоменометрия в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж. Актуальные вопросы клинической транспортной медицины. М2003; 10: 412—418.
6. Андреев В.Г., Сватковский М.В. Клинический случай из практики применения синтетических материалов для герниопластики. Герниология 2002; 1: 41-43.
7. Базанов К.В. Эффективность биомеханического моделирования абдоминопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Н. Новгород: изд. Нижненовгородск. гос. мед. акад., 2000.-23 с.

8. Белоконов В.И., Ковалева З.В., Вавилов А.В., Пушкин С.Ю., Пономарева Ю.В. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей. Хирургия 2008; 2: 42-47.
9. Белоконов В.И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом // Хирургия.-2002.-№ 6.-С, 38-40.
10. Белоконов В.И., Пономарёв О.А., Чухров К.Ю. . Выбор способа пластики и объём операции у больных с грыжами передней брюшной стенки и сопутствующими хирургическими заболеваниями // Вестн. герниологии.—М., 2004,— С. 19-22.
11. Белоконов В.И., Пушкин С.Ю., Федорина Т.А., Нагапетян С.В. Биомеханическая концепция патогенеза послеоперационных вентральных грыж. Вести хир 2004; 5: 23—27.
12. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Самара: ГП «Перспектива» 2005; 208.
13. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Самара: Перспектива серия "Трудные вопросы хирургии" 2005; 208.
14. Борисов А.Е., Малкова С.К., Тоидзе В.В. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки. Вести хир 2002; 6: 76—78.
15. Ботезату А.А., Грудко С.Г. Транспозиция прямых мышц живота и аутодермопластика в лечении больших и гигантских рецидивных послеоперационных срединных грыж. Хирургия 2006; 8: 54-58.
16. Винник Ю.С., Петрушенко С.И., Миллер С.В, и др. Абдоминопластика и герниопластика с применением сетчатых эндопротезов в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж.

17. Винник Ю.С., Петрушка С.И., Миллер С.В., Попов Д.В. Результаты герниопластики с применением сетчатых эндопротезов в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж. Вести герниол. М 2006; 2: 54—56.
18. Воскресенский П.К., Емельянов С.И. Ненатяжная герниопластика.-М.: Медицина, 2002.-275 с.
19. Гогия Б.Ш. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами аутопластическим способом и с использованием сетчатых имплантатов. V Международная конференция. Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов. М 2006; 230-231.
20. Гогия Б.Ш., Адамян А.А., Аляутдинов Р.Р. Местные осложнения после хирургического лечения у больных послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов // I Межд. конф. «Совр. технол. и возм. реконстр.-восст. и эстет, хир.» /Под ред. проф. В.Д.Федорова, проф. А.А.Адамяна.-М., 2008.-С. 111-112.
21. Гогия Б.Ш., Адамян А.А., Аляутдинов Р.Р. Местные осложнения после хирургического лечения у больных послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов // I Межд. конф. «Совр. технол. и возм. реконстр.-восст. и эстет, хир.» /Под ред. проф. В.Д.Федорова, проф. А.А.Адамяна.-М., 2008.-С. 111-112.
22. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж.—Киев: Здоровье, 2001.-280 с.
23. Гузеев А.И. Пластика синтетической сеткой при вентральных грыжах живота. Хирургия 2004; 9: 47—49.
24. Дарвин В.В., Ждановский В.В. Ненатяжная герниопластика при лечении паховых и пупочных грыж в амбулаторных условиях // Вестн. герниологии.— М., 2004—С. 36-41.

25. Дарвин В.В., Шпичка А.В., Онищенко С.В. Аллопластика в лечении обширных и гигантских послеоперационных грыж. Герниология 2008; 1: 17: 10.
26. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В. и др. Лечение послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2008; 11:44-6.
27. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В., Хуцишвили К.Р., Лабаури Л.З. Лечение послеоперационных вентральных грыж. Хирургия. 2008; 11: 44-46.
28. Демин С.А., Веронский Г.И., Тетерин Г.В. Пятилетний опыт пластики onlay при послеоперационных вентральных грыжах. V Международная конференция. Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов. М 2006; 209-211.
29. Дыньков СМ., Тарасова Н.К., Рехачев В.П., Петухов Е.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Вестн герниол. М 2006; 2: 67—72.
30. Дыньков СМ., Тарасова Н.К., Рехачев В.П., Петухов Е.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Вестн герниол. М 2006; 2: 67
31. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. М: Медпрактика 2002; 148.
32. Егиев В.Н., Воскресенский П.К., Емельянов С.И. и др. Ненатяжная герниопластика. Мед практика-М 2002; 148.
33. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж.-М.: Медпрактика-М, 2003.-228 с.
34. Егиев В.Н., Рудаков М.Н., Свитковский М.В. Герниопластика без натяжения в лечении послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2002; 6: 18-22.
35. Егиев В.Н., Титова Т.П., Шурыгин С.Н. и др. Изучение динамики тканевой реакции передней брюшной стенки животных на им плантацию

- полипропиленовой и политетрафторэтиленовой сеток. Герниология 2004; 1: 31—33.
36. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия "ненатяжной" герниопластики. Герниология 2004; 4: 3—7.
37. Егиев В.П., Рудакова М.Н., Свитковский М.В. Герниопластика без натяжения в лечении послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2000; 18—22.
38. Егиев В.Я., Чижов Д.В., Филаткина Н.В. Взаимодействие полипропиленовых эндопротезов с тканями передней брюшной стенки. Герниология 2005; 2: 41—49.
39. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. Медпрактика-М 2002; 107-111.
40. Ермолаев А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В. и др. Выбор способа эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2004; 3: 18.
41. Ермолов А. С., Алексеев А.К., Упырев А.В. и др. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми эндопротезами. Хирургия 2005; 8: 16—21.
42. Ермолов А. С., Варшавский Ю.В., Горчаков В.К. и др. Рентгенокомпьютерная герниоабдоминометрия — метод оценки состояния брюшной стенки и параметров послеоперационной грыжи живота. Герниология. М 2006; 3: 11: 17—18.
43. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В., Ильичев В.А., Горчаков В.К., Черняева Н.А. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовым эндопротезами. Хирургия 2005; 5:16-21.
44. Ермолов А.С., Упырев А.В., Ильичев В.А. О современной классификации послеоперационных грыж живота. Герниология. М2006; 3: 11: 16—17.

45. Ермолов А. С., Алексеев А. К., Упырев А. В. и др. Выбор способа эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2004; 3: 18.
46. Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Симферополь: Издательский центр КГМУ 2000; 688.
47. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота. - М.: МИА, 2005, - 400 с.
48. Жебровский В. В., Ильиченко Ф. Н., Солах Ахмед М. С. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов. Герниология 2004; 3: 19.
49. Жуковский В. А. Отечественные сетчатые эндопротезы для реконструктивно-восстановительной хирургии // Материалы V Межд. конф. «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов», — М., 2006. - С. 80-82.
50. Жуковский В. А. Отечественные сетчатые эндопротезы для реконструктивно-восстановительной хирургии // Материалы V Межд. Конф «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов», — М., 2006. - С. 80-82.
51. Жебровский В. В., Ильиченко Ф. Н., Салах Ахмед М. С. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов // Вестн. герниологии. — М., 2004, — С. 46-51.
52. Заривчацкий М. Ф., Яговкин В. Ф. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хир. — 2005. — № 6. - С. 33-37.

53. Зотов В.А., Штофин С.Г., Шестаков В.В., Овчинников В.В. Хирургия грыж брюшной стенки с пластикой "без натяжения". Вестн герниол. М 2006; 2: 81-86.
54. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан.Г.В., Шаюсупов А.Р., Халикулов Х.Г.Тенденции в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. Хирургия Узбекистана 2010;2:17-22.
55. Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р Опыт хирургического лечения боковых грыж живота. Хирургия Узбекистана № 2, 2011;53-56.
56. Кирпичев Ф.Г., Сурков Н.А. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки. М 2001; 86.
57. Клинге У., Конце И.,Ануров М., ЭттингерА. Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование). Материалы конференции "Актуальные вопросы герниологии". М 2002; 21.
58. Краснов О .А. Лечение гигантских и рецидивных послеоперационных грыж с использованием полипропиленового эксплантата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово 2000.
59. МахневА.В., Еремин А.А., Зуев В.Ю. и др. Использование синтетических сетчатых аллотрансплантатов в хирургии больших и гигантских грыж живота. Современные технологии в общей хирургии. Материалы конференции. М 2001; 99.
60. Машкова Т.А., Васильев С.В., Олейник В.В., Морозов А.Б. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж. Вестн хир 2007; 2: 78—81.
61. Машкова Т.А., Васильев С.В., Олейник В.В., Морозов А.Б. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж. Вестн хир 2007; 2: 78—81.

62. Мирзабекян Ю.Р., Иванов М.П., Попович В.К., Добровольский С.Р. Результаты лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей. Хирургия 2008; 5: 52—4.
63. Мошкова Т.А. Аллопластика вентральных и пупочных грыж с малыми размерами грыжевых ворот. Вестник хирургия 2008; 48-50.
64. Натяга А.А., Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Жуковский В.А. Результаты экспериментального исследования полипропиленового эндопротеза при пластике брюшной стенки в инфицированных условиях. V Международная конференция. Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов. М 2006; 83—85.
65. Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Хирургия 2008; 7: 69-73.
66. Новые технологии в хирургии. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Саратов 2006; 30—32.
67. Павленко В.В. Современные принципы лечения больших грыж передней брюшной стенки. Анналы хир 2004; 5: 26—28.
68. Пак В.Н., Ташкинов Н.В. Герниопластика с использованием отечественных синтетических материалов "Линтекс" и "Карбоникус-И" при рецидивных вентральных грыжах. Дальневост меджурн 2005; 1:21-24.
69. Паршиков В.В., Медведов А.П., Самсонов А.А., Романов Р.В., Самсонов А.В., Градусов В.П., Петров В.В., Ходак В.А., Бабурин А.Б. Ненатяжная пластика в хирургии грыж брюшной стенки. Вестник хирургия. 2010; 74-78.
70. Подергин А.В., Хальзов В.Л. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой. Вестн герниол. М 2006; 2: 149—152.

71. Подолужный В.И., Кармадонов А.В., Пермипов А.А. Хронические серомы при надапоневротическом расположении протеза у больных с грыжами живота. Вестн герниол. М 2006; 2: 155—157.
72. Пушкин С.Ю., Белоконев В.И. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов. Хирургия 2010;6: 43-45.
73. Рольшиков И.М., Кравцов Ю.А., Григорюк А.А. и др. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2001; 4: 43—45.
74. Саенко В. Ф., Бемянский Я. С. Актуальные проблемы современной герниологии. Клини хир 2003; 11: 3—5.
75. Саенко В.Ф., Бемянский В.С., Макойло Н.В., Лисун Ю.Б. Современные принципы реконструктивной восстановительной пластики вентральных грыж больших размеров // Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных материалов: Материалы I Межд. конф.-М., 2003.-С. 46-47.
76. Саенко В.Ф., Бемянский Л.С., Фурманов Ю.А., Манайло Н.В. Выбор методов пластики и пластических материалов при лечении послеоперационных вентральных грыж. IV Международная конференция " Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов". М 2001; 276—278.
77. Саенко В.Ф., Бемянский Л.С., Манойло Н.В. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки. Клини хир 2001; 6: 59—64.
78. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин И.В., Нуждихин А.В., Гарески Р. Натяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах. Хирургия. 2009;7: 4-6.
79. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж с использованием полипропиленового и

ПВДФ сетчатые имплантатов // Материалы 5-й Межд. конф. «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов».-М., 2006.-С. 208-209.

80. Седое В.М., Тарбаев С.Д., Гостеевой А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж. Вестн хир 2005; 3: 85—87.

81. Серебряков В.Н., Набанов Е.Н., Маслов Е.В. Сравнительная оценка герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах//Первый конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь»,—М., 2005.— С. 264.

82. Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В., Курыгин А.А. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная \ проблема. Вестн. хир 2006; 1: 15—17.

83. Славин Л.Е., Замалеев А.З., Коновалова О.А. и др. Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж. Вестн герниол. М 2006; 2: 171 — 176.

84. Суковатых Б.С., Бежин А.И., Нетяга А.А., Экспериментальное обоснование и клиническое применение отечественного эндопротеза «Эсфил» для пластики брюшной стенки. Вестник хирургия 2004; 6: 47-50.

85. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Головин /'././I. Результаты хирургического лечения послеоперационных центральных грыж. Вестн герниол. М 2006; 2: 178-182.

86. Тимошин А.Д., Шестаков А.Я., Колесников С.А. и др. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров. Герниология 2005; 1: 39—42. Тимошин А.Д., Шестаков А.Я., Юрасов А.В., Нелюбин П.С. Пластика послеоперационных грыж передней брюшной стенки синтетическим эндопротезом. V Международная конференция. Современные

подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов. М 2006; 199—200.

87. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М:ТриадаХ 2003; 144.

88. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М: Триада Х 2003; 144.

89. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Герниология 2004; 1: 5—10.

90. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестиков Л.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М: Триада-Х 2003; 144.

91. Тутов А. С., Кузнецов С. С., Букреева А.Е. Особенности раннего и отдаленного послеоперационного периода при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж. Вестн герниол. М 2006; 2: 189-192.

92. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2000; 1: 11-14.

93. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2000; 1: 11-14.

94. Федоров Д.А. Оптимизация выбора метода пластики при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах: Дис. ... канд. мед. наук. М 2002; 98.

95. Федоров И.В., Славин Л.Е., Кочнев А.В. и др. Серома, как осложнение хирургии грыж живота. Вестн герниол. М 2006; 2: 195— 198.

96. Фелештинский Я.П., Пиотрович С.Н., Чиньба О.В. и др. Выбор способа аллопластики при послеоперационных вентральных грыжах. Герниология 2004; 3: 51—52.

97. Черепанин А.И., Доброшицкая Ю.А., Гамямов Э.А., Бармин Е.В. Тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в зависимости от степени операционно-анестезиологического риска. Хирургия 2008; 5: 46-51.
98. Черняева Н. А., Алексеев А. К., Упырев А.В. Комбинированная спинальноэпидуральная анестезия в лечении послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2004; 3: 54.
99. Шулутко А.М., Зубцов В.Ю., Швачко С.А. Использование протезирующих методов пластика с ургентной хирургии паховых грыж. Герниология 2006; 3: 11: 50.
100. Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М 2002; 45.
101. Юрасов А.В., Алексеев А.К., Курашвили Д.Н., Черняева Н.А. Варианты пластики дефектов брюшной стенки и используемая терминология. V Международная конференция. Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов. М 2006; 201-202.
102. Ribeiro E.A., Cruz Junior R.J., Moreira S.M. Intestinal obstruction induced by a giant incarcerated Spigelian hernia: case report and review of the literature // S. Paulo Med. J.- 2005.- 123.- N 3.- P. 148-150.
103. Mirilas P., Colborn G.L., McClusky D., et al, The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space // Arch. Surg.- 2005.- Vol. 140.- N 1.- P. 90-94.
104. Muller V., Lehner M., Klein P., Hohenberger W., Ott R. Incisional hernia repair after orthotopic liver transplantation: a technique employing an inlay/onlay polypropylene mesh // Langenbecks Arch. Surg.- 2003.- Vol. 388.-N 3.-P. 167-173
105. Birolini C., Mazzucchi E., Utiyama E.M., Nahas W., Rodrigues A.J., Arap S., Birolini D. Prosthetic repair of incisional hernia in kidney transplant patients. A technique with onlay polypropylene mesh // Hernia.- 2001.- Vol. 5.- N 1.- P. 31-35

106. Mazzucchi E., Nahas W.C., Antonopoulos I., Ianhez L.E., Arap S. Incisional hernia and its repair with polypropylene mesh in renal transplant recipients // J. Urol.- 2001.- Vol. 166.- N 3.- P. 816-819.
107. Farooq O., Bashir-ur-Rehman. Recurrent inguinal hernia repair by open preperitoneal approach // J. Coll. Physicians Surg. Pak.- 2005.- Vol. 15.- N 5.- P. 261-265.
108. Ott V., Groebli Y., Schneider R. Late intestinal fistula formation after incisional hernia using intraperitoneal mesh // Hernia.- 2005.- Vol. 9.- N 1.- P. 103-104.
109. Langer C., Schaper A., Liersch T., Kulle B., Flosman M., Fuzesi L., Becker H. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience // Hernia.- 2005.-Vol. 9.-N 1.-P. 16-21.
110. Verbo A., Petito L., Pedretti G., Lurati M., D'Alba P., Coco C. Use of a new type of PTFE mesh in laparoscopic incisional hernia repair: the continuing evolution of technique and surgical expertise // Int. Surg.- 2004.- Vol. 89.- N 1.- P. 27-31