

**ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИНИНГ ҚИСИЛГАН ВЕНТРАЛЬ ЧУРРАЛАРИ  
МАВЖУД БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ  
НАТИЖАЛАРИ**

***Мельник И.В***

*Тошкент педиатрия тиббиёт институти*

***Хасанов С.М***

*Тошкент педиатрия тиббиёт институти*

***Нурматова М.Ш***

*Тошкент педиатрия тиббиёт институти*

***Суюнова М.А***

*Тошкент педиатрия тиббиёт институти*

**Хулоса:** мақолада қорин олд деворининг жаррохлик муолажасидан кейинги қисилган вентрал чурралари мавжуд 116та беморнинг даволаш натижалари кўрсатилган. Бу гуруҳга кирувчи беморларни даволаш алгоритмига, “Кичик қорин-синдроми”ни олдини олиш мақсадида, қорин ичи босимини назорат қилишни зарурлигини асослаш. Жаррохлик муолажасидан кейинги асоратлар - 21%, ўлим кўрсаткичи -9,5% ташкил қилади.

**Калит сўзлар:** операциядан кейинги чурра, вентрал чурра, қисилган чурра.

**Резюме:** в статье представлены непосредственные результаты лечения 116 пациентов с ущемленными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Показано, что в обязательный алгоритм лечения данной категории больных должен быть включен мониторинг внутрибрюшного давления с своевременной коррекцией проявлений «абдоминального компартмент-синдрома». Частота послеоперационных осложнений составила -21%, послеоперационная летальность -9,5%.

**Ключевые слова:** послеоперационная грыжа, вентральная грыжа, ущемленная грыжа.

**Abstract:** The article presents results of treatment of 116 patients with incarcerated incisional hernias of the anterior abdominal wall. It has been shown that the mandatory treatment algorithm for this category of patients should include monitoring of intra-abdominal pressure with timely correction of the manifestations of the "abdominal compartment syndrome". The incidence of postoperative complications was -21%, postoperative mortality -9.5%.

**Key words:** incisional hernia, ventral hernia, restrained hernia.

**Долзарблиги.** Қорин олд деворининг операциядан кейинги чурраларинг қисилиши, шошилич абдоминал жаррохликда энг кўп учрайдиган касалликлардан бири хисобланади. Барча қисилган чурраларнинг 2,2%дан 10%гача бўлган улушни ташкил қилади. Яқин ва узоқ хориждаги етакчи илмий-текшириш ва даволаш муассасаларининг статистик маълумотлари шундан далолат берадики, охирги вақтлардаги эришилган ютуқларга қарамасдан, қорин олд деворининг қисилган чурраларини жаррохлик усули билан даволаш натижалари хар доим хам қониқарли бўлавермаслиги хақида айтиб ўтилган. Шундай қилиб, жаррохлик муолажасидан кейинги асоратларнинг юқори кўрсаткичлари сақланиб турганлигидан далолат беради, ўз навбатида бу кўрсаткич 50%гача етади. Жаррохлик муолажасидан кейинги кўрсаткич 2,6-11,0% ташкил қилади. Ўлимга перитонит сабаб бўлмоқда [1,2,3,4,5].

**Тадқиқот мақсади:** қорин олд деворининг жаррохлик муолажасидан кейинги вентрал чурралари мавжуд беморларни даволаш натижаларини ўрганиш.

**Материал ва усуллар:** Қорин олд деворининг қисилган чурраси ташхиси билан 116 беморнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди. Ўрганилаётган беморларнинг анамнезидан барчасида қорин бўшлиғида ўрта-юқори/ўрта/пастки лапаратомия усулида турли жаррохлик муолажалари ўтказилган: жигар ва ташқи сафро йўлларида (31), меъдада (25), меъда ости безида (17), ингичка ичакда (15), йўғон ичакда (12), гинекологик жаррохлик муолажасида (10) ва бошқалар (6). Аёллар—42, эркаклар-74гани ташкил қилади. Беморларнинг ёши 23дан 79 гача ташкил қилади. К.Д. Тоскин ва В.В.

Жебровский (1990) коассификацияси бўйича: кичик чурралар 10 та беморда, ўрта – 26 та беморда, катта – 48та беморда ва гигант чурралар – 32та беморда кузатилган. 71% (82) беморларда турли хамрох касалликлар мавжуд бўлган: гипертония касаллига (33), ЮИК (14), қандли диабет (13), бронхиаль астма, ўпка эмфиземаси, пневмосклероз (10), тана пастик охирларининг варикоз кенгайган веналари (6), анамнездан БМҚАЎБ ўтказган беморлар (4), ва бошқалар (2). 47% (54) беморларда семизликнинг турли даражалари кузатилган. Анамнездан чурра билан хасталанганлиги: 1 йилгача (11); 1 йилдан 5 йилгача (29); 5 йилдан 10 йилгача (34); 10 йилдан 15 йилгача (38); 15 йилдан кўпроқ (4) вақтни ташкил қилади. Чурра қисилишидан стационарга муружаат қилиб келган вақт оралиғи: 2 соатгача (32); 2 соатдан 6 соатгача (26); 6 соатдан 12 соатгача (24); 12 соатдан 24 соатгача (20); 24 соатдан кўпроқ (14).

**Натижалар муҳокамаси:** барча беморларга шошилиш равишида ыуидаги тиббий текширувлар бажарилган: қон ва сийдикнинг умумий тахлили, қон гурухи ва резус омил аниқланган, қон ивич вақти ва коагулограмма, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғининг обзор рентгеноскопияси, ЭКГ, қорин бўшлиғининг МСКТси(гигант чурраларда). Қўшимча кўрсатмаларга асосланиб қоннинг биохимик текшируви (қанд миқдорини, мочевина ва креатинин, билирубин, умумий оқсил, АСТ, АЛТ) ўтказилди, чурра хосиласининг УТТси қилиниб, терапевт томондан тиббий текширувдан ўтказилган.

Барча холатларда жаррохлик муолажаси умумий оғриқсизлантириш остида бажарилган. Жаррохлик муолажаси давомида: катта чарви (22), ингичка ичак (49) ва йўғон ичак (14), чурра қопада бир нечта аъзоларнинг (31) қисилиши аниқланган.

Жаррохлик муолажаси давомида хаётий лаёқатини йўқотган 18 та холатда чарви, 16та холатда ингичка ичак, 4 та холатда йўғон ичак резекцияси бажарилган. 7та холатда қисилган чурра қопининг флегмонаси кузатилган. Қолган (78) холатларда қисилган аъзолар хаётга лаёқатли деб топилган.

Кичик ва ўрта ўлчамли чурраларида кўпроқ холатларда қорин олд деворини Сапежко (31) ва Шампионер (5) усулида пластика қилинган. Қорин

бўшлиғининг инфицирланиши кузатилмаган, “кичик қорин” синдромининг ривожланиш эхтимоллиги юқори бўлган, қорин олд деворининг дефектини маҳаллий тўқималар билан бартараф этиш имкони бўлмаган, бир неча марта қайталанган ва чурра дарвозаси катта бўлган, кўп камерали чурраларда полипропиленли сетка ёрдамида аллопластика жаррохлиги (34) бажарилган. Аллопластика қилиш имкони бўлмаганда, апоневрознинг икки чеккасини бир-бирига тикиш (38) жаррохлик муолажаси бажарилган. Қорин олд девори дефектининг жуда катта бўлиши, чуррани қисилишини бартараф этгандан сўнг қорин олд девори ёки қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг инфицирланиши кузатилганда, некрозга учраган тўқималар резекциясидан кейин, апаневрозни икки четини бир-бирига тикишнинг иложи бўлмаган холларда, апаневрознинг қирғоқларини бир-бирига тикмасдан, чурра қопа ва терининг чеккаларини бир-бирига (8) тикиш орқали қорин олд девори дефекти ёпилган.

Тери ости ёғ қавати қалин ривожланган беморларда тери ости соҳаси Редон усулида дренажланди. Операциядан кейинги илк даврда беморлар реанимация бўлимида даво олишган. Операциядан кейинги энг асосий вазифалардан бири, беморнинг қорин ичи босимини назорат қилиш бўлган. Қорин ичи босимини, сийдик қопага Фолле катеторини ўрнатиб, гидроманометр- Вальдман аппаратига улаган холда, ўлчанди. Қорин ичи босимининг ошиш даражасини, САК (Австралия 2004й) бутун жаҳон конгрессида қабул қилинган баённома асосида баҳоланди: биринчи даража – қорин ичи босими 10-15 мм.сுவ.уст га тенг; иккинчи даража - 16-20 мм.сுவ.уст га тенг; учинчи даража - 21-25 мм.сுவ.уст га тенг; тўртинчи даража - 25 мм.сுவ.уст. дан юқори. Шунга мос равишда 34 (29%) беморларда турли даражада қорин ичи босимининг ошиши кузатилди: биринчи даража - 3 (2%); иккинчи даража - 10 (8%); учинчи даража - 15 (13%); тўртинчи даража - 6 (5%). Қорин ичи гипертензиясини бартараф қилиш учун ўтказилди: респиратор йўл билан, нафас чиқаришнинг охиридаги мусбат босимини кўпайтирган холда узайтирилган ўпка вентиляцияси ёрдамида ушлаб турилди, назогастроинтестинал зондли декомпрессия, энтерал этишмовчилик синдромини коррекцияси, эпидурал анальгезия.

Жаррохлик муолажасидан кейинги турли асоратлар 24 (21%) та беморда кузатилди: анастамоз етишмовчилиги 2 (8,3%), пневмония 7 (29,2%); операциядан кейинги жарохатларнинг асоратлари (инфильтрат, серома, гематома, йиринглаш) 15 (62,5%). 5 (4,3%) беморларда релапаротомия бажарилди: 2 та холатда анастамоз етишмовчилиги сабабли релапаротомия ўтказилди, 1 та холатда ингичка ичакнинг десероз бўлган тикилган сохасининг чоклар етишмовчилиги сабаб перитонит ривожланганда, 1 та холатда чандикли ичак тутилиши ва 1 холатда жарохатнинг йиринглаши оқибатида эвентрация кузатилганда. Операциядан кейинги ўлим холати 9,5% (11)ни ташкил қилди. Ўлим сабаби бўлиб: қорин бўшлиғидаги асоратларнинг перитонит фонидида оғир абдоминал сепсиснинг ривожланиши натижасида 4 (36,3%); пневмониянинг оғир шаклида 3 (27,3%); ўпка артерияларининг тромбоэмболиясида 2 (18,2%); миокард инфарктида 1 (9,1%); қайталанган бош мия қон айланишининг ўткир бузилишида 1(9,1%).

**Хулоса:** шундай қилиб, қорин олд деворидаги операциядан кейинги чурралар қисилиши мавжуд бўлган беморларни даволаш, абдоминал хирургиянинг энг долзарб масалаларидан биридир. Қорин бўшлиғидаги чандикли жараёнлар, ўткир ичак тутилиши ёки перитонит мавжуд беморларни даволашда қорин девори дефектини ёпишда, қорин ичи гипертензиясини максимал даражада профилактикасини амалга ошириш энг қийин вазифалардан хисобланади. “Ўзаро оғирликнинг кескинлашуви” синдромида, операциядан кейинги ичакларнинг оғир кечувчи парезларида ва хамрох патологик холатлар натижаларни сезиларли даражада ёмонлашишига олиб келади. Ўлим кўрсаткичининг (9,5%), операциядан кейинги (21%) асоратларнинг йиллар давомида пасаймаётгани, уш бу категориядаги беморларни даволаш усулларини такомиллаштириш ва юкори натижаларга эришиш учун замонавий янги даволаш усулларини ишлаб чиқишни талаб қилади.

## Адабиётлар

1. Антадзе, А.А. Хирургия послеоперационных вентральных грыж // Вестник герниологии. – 2006. – № 2. – С. 26-28
2. Зорькин А. А. Лечение ущемленных грыж брюшной стенки. //Хирург: ежемесячный научно-практический журнал. 2005. - № 8 .- С. 6–8.
3. Ларин В.В., С. Н. Стяжкина С.Н. Анализ послеоперационного периода у больных с мышечно-апоневротической и ненатяжной герниопластикой // Международный журнал экспериментального образования. 2011 - № 5 – С. 25
4. Калиш Ю.И.,Аметов Л.З., Шоюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х. Системный подход в протезной пластике при вентральных грыжах //Ж. Хирургия Узбекистана. 2014. - № 1.- С. 85–91.
5. Alexandre J. Recent advances in incisional hernia treatment // J. Alexandre, K. Aouad, J. Bethoux // Hernia.-2000.- Suppl. P. 1-2.