

ЛАПАРОТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ҚОРИН ОҚ ЧИЗИҒИ ЧУРРАЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА АСОСЛИ ЁНДАШИШ



Сапаев Дусчан Шухратович, Курязов Бахтиёр Нунызович, Якубов Фарход Раджабович
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.

ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ГРЫЖ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ

Сапаев Дусчан Шухратович, Курязов Бахтиёр Нунызович, Якубов Фарход Раджабович
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

A REASONABLE APPROACH TO THE PREVENTION OF HERNIAS OF THE LINEA ALBA OF THE ABDOMEN AFTER LAPAROTOMY

Sapayev Duschan Shukhratovich, Kuryazov Bakhtiyor Nunyazovich, Yakubov Farkhod Radjabovich
Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench

e-mail: duschanboy.sapayev@mail.ru

Резюме. Тадқиқот мақсади. Хирургияда энг кўп қўлланиладиган ўрта лапаротом кесмаларда операциядан кейинги чурралар ҳосил бўлишининг частотасини камайтириш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази Абдоминал хирургия бўлимида 2013 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда шошилиш равишида қорин оқ чизиги бўйлаб лапаротомия операциясини ўтказиб, бир йил давомида чурра ҳосил бўлган 461 беморда проспектив ўрганишлар олиб борилди. Натижалар. Алоҳидаланган юқори - ўрта лапаротомия 48 нафар беморда, ўрта-ўрта лапаротомия 116 нафариди, пастки - ўрта лапаротомия 39 нафариди амалга оширилган. Жарроҳлик амалиётидан кейинги чурра ҳосил бўлиш асорати юқори - ўрта лапаротомия қилинган 19 (40%) нафар беморда, ўрта - ўрта лапаротомия бўлган 30 (26%) нафариди, пастки - ўрта лапаротомия бўлган беморларнинг 9 (23%) нафариди кузатилган. Хулоса. Қорин оқ чизигида жарроҳлик амалиёти ўтказилганда, ундан кейинги чурра ва эвентрацияни олдини олиш мақсадида шуни эътиборга олиш керакки, қорин оқ чизигининг эпимезогастрал соҳаси таширидан кейинги чурра ҳосил бўлишида энг заиф қисм ҳисобланади.

Калит сўзлар: қорин оқ чизиги; вентрал чурралар; лапаротомия; узлуксиз чок.

Abstract. Purpose. Reducing the frequency of postoperative hernia formation in median laparotomies, which is most often used in surgery. Material and methods. In the period from 2013 to 2023, prospective studies of 461 patients who underwent emergency laparotomy along the white line of the abdomen and developed a hernia were conducted in the department of abdominal surgery of the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center. Results. Isolated upper-middle laparotomy was performed in 48 patients, median-median laparotomy in 116 patients, lower-middle laparotomy in 39 patients. Complications of herniation after surgery were observed in 19 (40%) patients with upper-middle laparotomy, in 30 (26%) patients with middle-middle laparotomy and in 9 (23%) patients with lower-middle laparotomy. Conclusion. When performing surgery on the white line of the abdomen in order to prevent subsequent hernia and eventration, it should be borne in mind that the epimesogastric section of the white line of the abdomen is the weakest point in the formation of a hernia after surgery.

Keywords: the linea alba of the abdomen; abdominal wall hernias; laparotomy; continuous seam.

Қириш. Операциядан кейинги вентрал чурралар муаммоси ҳозирги кунда ўз долзарблигини йўқотмаган [1-3]. Асосан улар ўрта лапаротом кесмалар билан бажарилган операциялардан кейин 7-24% ҳолатларда учрайди [4, 5]. Аллогерноипластика пайтида узлуксиз чокни қўллаш таширидан кейинги қайта чурралар ҳосил бўлиш частотасини камайтиради [6]. Ўз навбатида чурра кесиш амалиётидан кейинги эрта маҳаллий асоратлар (гематома, серома, жароҳатнинг йиринглаши) ҳам тез – тез (45%)

учраб туради [7]. Операциядан кейинги биринчи йили чурра билан асоратланиш 17%гача учраши мумкин [8]. Бу асоратни олдини олишнинг ягона усули лапаротомиядан кейинги қорин олд деворини мукамал усулда бартараф қилдишидир.

Бунда жароҳат чеккаларини ортиқча тортмасдан, тўғри мушакларга ва атрофдаги тери ости ёғ клетчаткасига кам шикаст берган ҳолда чурра дарвозасини тикиб бартараф қилиш асосий талаблардан бири ҳисобланади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда интраабдоминал

гипертензия бўлиши, айниқса шошилич операциялардан кейин қорин олд девори мушакларининг таранглигини ошиши ва бу жараён амалиёт жароҳатида чандиқ ҳосил бўлгунча давом этиши, чокларни мустаҳкамлигига бўлган талабни яънада оширади. Шунинг учун ҳам даволашни муваффақиятли чиқиши учун пластика даврида қорин бўшлиғида гипертензия бўлмаслигини ва кўйилган чокларнинг ҳар бирига тенг босимдаги оғирлик тушишини таъминлашимиз керак бўлади. Бу қондаларга риюя қилмаслик чоклар тўқималарни кесиб юборишига, микроциркуляцияни ва тўқималар трофикасини бузилишига сабаб бўлиб, операциядан кейинги чурра ҳосил бўлишига олиб келади [9, 10]. Шунинг билан бирга герниологиянинг асосий йўналиши бўлиб, жарроҳлик амалиёти усулини танлашга табақиллаштирилган индивидуал ёндашиш ҳисобланади [11].

Тадқиқотнинг мақсади. Шошилич хирургияда энг кўп қўлланиладиган ўрта лапаротом кесмаларда операциядан кейинги чурраларнинг учрашини камайтириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот икки босқичда амалга оширилди. Биринчи босқичда 2013 йилдан 2023 йилгача бўлган давр оралиғидаги шошилич равишда қорин оқ чизиғида лапаротомия операциясини ўтказиб, бир йил давомида қайта чурра ҳосил бўлган 461 беморда проспектив ўрганишлар олиб борилди. Уларнинг 253 (55%) нафари эркак, 208 (45%) нафари аёл бўлиб, уларнинг ёши 23 дан 89 ёшгача бўлган. Бунда лапаротом жароҳатнинг қайси усулда ёпилганига, операция кесмасининг турига ва қорин оқ чизиғининг қайси қисмидан очилганига баҳо берилди. Жарроҳлик амалиётдан кейинги чандиқ соҳасидаги оғриққа алоҳида эътибор берилди, чунки бу чурра ҳосил бўлишидан хабар берувчи омил ҳисобланади. Ультратовуш текшируви ёки физикал усулда апоневрозда чурра дарвозаси борлиги аниқланди. Чурра шишини борлиги, унинг жойлашиши, катталиги ва жарроҳлик амалиётдан кейинги чандиққа алоқодорлигига аниқлик киритилди.

Кейинги босқичда қорин оқ чизиғининг ҳар хил қисмларини ва апоневрозга кўйилган ҳар хил турдаги чокларнинг мустаҳкамлигига аниқлик киритилди. Агар бемор ўлган бўлса, ундан кейин 24 соат ичида бу мезонлар ўрганилди. Жами 18 нафар мурда ўрганилди. Бунда уларнинг ёши 49 дан 88 ёшгача бўлган. 7 нафар мурдада апоневроз очилмаган бўлса, 11 нафарида апоневроз чоклари олинган ҳолда бўлган. Қорин оқ чизиғининг қайси қисмида кесма бўлганлигини аниқлаш учун ташқи анатомик мўлжалларига асосландик. Апоневрознинг тикилишига қараб 2 гуруҳга

ажратилди. Биринчи гуруҳни чоклар оралиғи 0,5 см ва жароҳат чеккасидан 1,0 см узоқликда бўлган алоҳида тугунли чоклар кўйилган беморлар ташкил этди. Иккинчи гуруҳда худди шу ўлчовдаги, лекин узлуксиз чок кўйилган беморлардан иборат бўлди. Кейинчалик ҳар бир тикилган фрагментда тензиометрик текширув ўтказилди.

Натижа ва муҳокамалар. Алоҳидаланган юқори - ўрта лапаротомия 48 нафар беморда, ўрта-ўрта лапаротомия 116 нафарида, пастки - ўрта лапаротомия 39 нафарида амалга оширилган. Жарроҳлик амалиётдан кейинги чурра ҳосил бўлиш асорати юқори - ўрта лапаротомия қилинган 19 (40%) нафар беморда, ўрта - ўрта лапаротомия бўлган 30 (26%) нафарида, пастки - ўрта лапаротомия бўлган беморларнинг 9 (23%) нафарида кузатилган.

Шундай қилиб, операциядан кейинги чурра энг кўп (40%) юқори - ўрта лапаротомия қилинган беморларда содир бўлди.

Апоневрозни тикиш усули жарроҳлик амалиётдан кейинги чурра ҳосил бўлиш частотасига таъсир қилган. Анъанавий қаватма - қават тугунли чокларни кўйганда (капрон) 101 нафар беморда чурра ҳосил бўлган, бу 22%ни ташкил қилди. Қорин деворининг барча қаватларини бирга олиб тугунли чок кўйиш 32 (6,9%) нафар беморда амалга оширилган. Ўз навбатида ташрихдан кейинги чурра 12 нафар ҳолатда юз берган, бу 37,5%ни ташкил этган. Пролен №0 ипи билан узлуксиз чоклар кўйиш 38 (8,2%) нафар беморда бажарилди, бу ҳолатда 5 (13%) ҳолатда ташрихдан кейинги чурра ҳосил бўлган.

Шундай қилиб, аллогерниопластика операциясидан кейин энг кўп (37,5%) чурра ҳосил бўлиши қорин олд деворининг барча қаватларини бирга олиниб, тугунли чок кўйганда кузатилган. Иккинчи навбатда (22%) хирургияда энг кўп ишлатиладиган қаватма - қават тугунли чок кўйилган беморларда учради. Энг кам (13%) ҳолат ташрихдан кейинги чурра узлуксиз чок кўйилган беморларда қайд этилди.

Иккинчи босқичда қорин оқ чизиғининг ҳар бир анатомик қисмини узунлиги аниқланди. Эпигастрал қисмнинг баландлиги 11,8 см.дан 14,2 см.гача (ўртача $12 \pm 0,8$ см), мезогастрал соҳа 11,3 дан 13,6 см.гача (ўртача $11,9 \pm 1,1$ см), гипогастрал соҳа 7,2 дан 8,5 см.гача (ўртача $8 \pm 0,5$ см).

Ўртача ўлчамларини инобатга олиб, қорин оқ чизиғи 5 см.ли фрагментларга бўлиб чиқилди. Бунда эпигастрал соҳасида 3 та фрагмент, мезогастрал соҳасида 2 фрагмент ва гипогастрал соҳада 1 фрагмент тафовут қилинди.

Эпигастрал соҳасининг юқори фрагментини мустаҳкамлиги 275,5 Н дан 313 Н гача (ўртача $296,6 \pm 16,4$ Н), иккинчи фрагмент мустаҳкамлиги

251,4 Н дан 286,8 Н гача (ўртача 283,1±15 Н), учинчи фрагментда 287,6 Н дан 301,1 Н гача (ўртача 287,7±13,2 Н). Демак биринчи фрагментдан иккинчи фрагментнинг мустаҳкамлиги паст бўлган.

Мезогастрал соҳа юқори фрагментнинг мустаҳкамлиги 244,4 Н дан 272,6 Н гача (ўртача 258,6±12,4 Н), иккинчи фрагментда 275,5 Н дан 298,7 Н гача (ўртача 285,5±10 Н). Гипогастрал соҳада 323,5 Н дан 354,2 Н гача (ўртача 338,2±12,6 Н), яъни эпигастрал ва мезогастрал соҳаларидан мустаҳкамлик юқори бўлган.

Шундай қилиб, қорин оқ чизиги тузилишининг ўзига хослигига қараб, мустаҳкамлиги энг заиф бўлган қисми эпигастрал соҳанинг ўрта бўлаги (ханжарсимон ўсиқдан 5-10 см гача бўлган масофа) ва киндикдан 5 см юқори қисми ҳисобланиб, шу соҳалардан чурра чиқиш частотаси баланд бўлган.

Ҳар бир 5 см.ли соҳани тензиометрик текшируви шуни кўрсатдики, узлуксиз чоклар мустаҳкамлиги (187,5 Н дан 242,0 Н гача, ўртача 218,2 Н±25,1 Н) алоҳида тугунли чокларга қараганда (138,1 Н дан 206,9 Н гача, ўртача 179,1 Н±31,4 Н) баланд экан.

Хулоса. Қорин оқ чизигида жарроҳлик амалиёти ўтказилганда, ундан кейинги чурра ва эвентрациани олдини олиш мақсадида шуни эътиборга олиш керакки, қорин оқ чизигининг эпимезогастрал соҳаси ташрихдан кейинги чурра ҳосил бўлишида энг заиф қисм ҳисобланади.

Қорин олд деворининг дефектини бартараф қилганда узлуксиз чоклардан фойдаланиш жарроҳлик амалиётидан кейинги чурраларнинг учрашини камайтиради.

Адабиётлар:

1. Кузнецов Н.А., Счастливцев И.В., Цаплин С.Н. Роль операционного доступа в развитии послеоперационных вентральных грыж. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. 2011;7:62-67.
2. Зацаринный А. В., Бударев В. Н., Муравьев С. Ю., Авдеев С. С., Ворначев С. А. [и др.]. Результаты функционально ориентированных операций в герниологии. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2013;3: 34-43.
3. Dur A. H., den Hartog D., Tuinebreijer W. E. Low recurrence rate of a two layered closure repair for primary and recurrent midline incisional hernia without mesh. Hernia. 2009;13(4):421-426.
4. Султангазиев Р. А., Бебезов Х. С., Нурманбетов Д. Н., Абилов К. Э., Тогочуев А. А. Операционный доступ и способ ушивания передней брюшной стенки у больных портальной гипертензией. Вестник КРСУ. 2015;15(7):146-148.
5. Georgiev-Hristov T., Celdrán A. Comment to: A systematic review of the surgical treatment of large incisional hernia. Hernia. 2015;2:89-101.

6. Федосеев А.В., Рыбачков В.В., Инютин А.С., Лебедев С.Н., Муравьев С.Ю. профилактика послеоперационных грыж при срединных лапаротомиях. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019;14(1.1):16-18.

7. Бабаджанов Б.Р., Якубов Ф.Р., Бабаджанов М.Б. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж в условиях инфицирования. Герниология. 2005. № 2. С. 33-35.

8. Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Бударев В.Н., Инютин А.С., Зацаринный В.В. Некоторые особенности белой линии живота как предвестники послеоперационной грыжи. Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2016;1:109-115.

9. Rahbari N.N., Knebel P., Diener M. K. Current practice of abdominal wall closure in elective surgery. Is there any consensus? BMC Surg. 2009;15(9):8.

10. Юрасов А.В. Выбор метода пластики послеоперационных вентральных грыж. Анналы хирургии. 2010;6:23- 27.

11. Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов П.Ю., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А. Опыт хирургического лечения послеоперационных грыж живота с применением эндопротезов. Общероссийского хирургического форума-2018 с международным участием «Альманах института Хирургии имени А.В. Вишневого» №1, 3-6 апреля 2018 г. – Москва, Россия. – С. 280-281.

ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ГРЫЖ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ

Сапаев Д.Ш., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.

Резюме. Цель. Снижение частоты образования послеоперационных грыж при срединных лапаротомиях, который наиболее часто используется в хирургии. Материал и методы. В период с 2013 по 2023 год в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра проведены проспективные исследования 461 пациента, которым в течение одного года была выполнена экстренная лапаротомия по белой линии живота и развилась грыжа. Результаты. Изолированная верхне-средняя лапаротомия выполнена у 48 больных, срединно-срединная лапаротомия у 116 больных, нижне-средняя лапаротомия у 39 больных. Осложнения грыжеобразования после операции наблюдались у 19 (40%) больных при верхне-средней лапаротомии, у 30 (26%) больных при средне-средней лапаротомии и у 9 (23%) больных при нижне-средней лапаротомии. Заключение. При проведении оперативного вмешательства на белой линии живота с целью профилактики последующей грыжи и эвентрации следует учитывать, что эпимезогастральный участок белой линии живота является самым слабым местом в формировании грыжи после операции. экспертиза.

Ключевые слова: белая линия живота; вентральные грыжи; лапаротомия; непрерывный шов.