



Сайинаев Фаррух Караматович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Юлдашов Парда Арзикулович, Шербек Улугбек Ахрарович, Абдусаматов Ақобир Уктамович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Сайинаев Фаррух Караматович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Юлдашов Парда Арзикулович, Шербек Улугбек Ахрарович, Абдусаматов Ақобир Уктамович
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

CLINICAL ADVANTAGE OF ENDOVIDEOSURGICAL HERNIOPLASTY FOR VENTRAL HERNIAS

Sayinaev Farrukh Karamatovich, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Yuldashov Parda Arzikulovich, Sherbekov Ulugbek Akhrarovich, Abdusamatov Akobir Uktamovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr.kurbaniyazov@inbox.ru

Резюме. Вентрал чурраси бўлган 45 беморда лапароскопик герниоаллопластика натижалари келтирилган: - киндик чурраси (15), параумбиликал чурра (4), қориннинг оқ чизиги чурраси (26). Кузатувларни барчасида R0. Чурралар дарвозасининг кенглиги бўйича W1-38, W2-7. Таққослаш гуруҳи 65 та беморни ташкил этди ва очиқ усул билан операция қилинган беморлар клиник жиҳатида кўра таққосланди. Асосий гуруҳда операция давомийлиги, операциядан кейинги асоратлар, касалхонада ётиш муддати ва реабилитация пасайганлиги қайд қилинди

Калит сўзлар: лапароскопия, герниопластика, чурра.

Abstract. The results of laparoscopic hernioplasty in 45 patients with ventral hernias are presented: - umbilical (15), paraumbilical (4), white line of the abdomen (26). In all observations R0. The width of the hernial orifice is W1-38, W2-7. The comparison group consisted of 65 patients, clinically comparable, operated on by the open method. In the main group, there was a decrease in the duration of surgery, postoperative complications, length of hospital stay and rehabilitation.

Key words: laparoscopy, hernia repair, hernia.

Қорин олд девори чурраларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳозирги кунга қадар айнан битта усули йук, турли аллопротезлардан фойдаланиш эса қайталанишни 15-30% дан 3-5% гача камайтирди [2, 3, 6, 10].

Шу билан бирга чуррани анъанавий усулда даволаш: операция ўтказилган соҳада сезиларли даражада юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши билан бирга келади, бу операциядан кейинги даврда кучли оғриқларга ва 1,5-2 ойгача меҳнат қобилятини йўқотишга олиб келади. [1, 8, 11]. Чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг истиқболлари: вентрал чурраси бўлган беморларни даволашда янги имкониятларни очадиган кам инвазив лапароскопик усул хисобланади. Протез-

ни қорин бўшлиғи орқали қорин олд деворига маҳкамлаш усуллари пайдо бўлди, бу эса жароҳат асоратларини деярли бутунлай йўқ қилиш ва даволаш вақтини қисқартириш имконини берди [4, 5, 7, 9, 12, 13].

Тадқиқот мақсади: эндовидеожарроҳлик герниопластикасининг техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали вентрал чурраси бўлган беморларни даволаш сифатини ошириш.

Материаллар ва усуллар. 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда СамМИ 1-клиникасининг жарроҳлик бўлимларида 45 нафар беморда (14 нафар эркак, 31 нафар аёл, ўртача ёши 51,4±6,2 ёш) лапароскопик усулда чурра аллопластикаси ўтказилди.

Жадвал 1. Ўрганилаётган беморларнинг киёсий хусусиятлари

Тадқиқот натижаларининг хусусиятлари	Лапароскопик герниопластика (n=45)	Очиқ герниопластика (n=65)
Эркаклар/Аёллар	14/31	21/44
Ўртача ёш (йиллар)	51,4±6,2	53,5±8,6
Киндик чурраси	15	20
Параумбиликал чурра	4	11
Қорин ўрта чизиги чурраси	26	34
ТМІ	32,5±3,8	29,4±4,5

Вентрал чурралардан: қорин ўрта чизигида чурраси 26, киндик чурраси 15 ва параумбиликал чурра 4 беморларда кузатилди. Таққослаш гуруҳини 65 бемор (21 эркак ва 44 аёл, ўртача ёши 53,5±8,6 йил) ташкил этди, улар очик усулда операция қилинди. Бу гуруҳлар бир биридан тана массаси индекси, ҳамроҳ патологиянинг мавжудлиги, беморларнинг ёши, чурра дефектининг жойлашиши ва ҳажми бўйича статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади (жадвал 1).

J. Chervel et A. Rath (1999) томонидан ишлаб чиқилган SWR таснифига кўра [9]: асосий гуруҳда барча ҳолларда R0, чурра дарвозасининг кенглиги бўйича W1-38, W2-7.

Тадқиқот усуллари ЖССТ ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тавсия этилган клиник стандартларга: - умумий ҳолатни баҳолаш, ҳамроҳ касалликларни аниқлаш ва уларни компенсация даражасини; - умумий клиник лаборатория текширувлари; - МСКТ кўрсаткичлари бўйича ултратовуш текшируви, эндоскопик текширувлар мос келади. Вентрал чурралар учун лапароскопик аллопластика биз томонидан кичик ва ўртача ўлчамли чурраси булган 45 нафар беморда, апоневроз дефектининг мос келадиган ўлчами - 5 см гача ва 5 дан 10 см гача бўлган беморларда ишлатилган.

Операция стандарт техникага мувофиқ амалга оширилди.

I босқич - биринчи троакарнинг киритилиши. Бирламчи ёки операциядан кейинги чуррага қараб, биринчи троакарни киритиш икки усулда амалга оширилди:

1. Бирламчи вентрал чурраси бўлган беморлар Вереш игнасини киритиш билан стандарт усулдан фойдаланганлар, пневмоперитонеум 12-14 мм сим ст босимга қўлланилган игнани олиб ташлаганингиздан сўнг, қорин бўшлиғига троакар киритилди.

Одатда, эркин қорин бўшлиғига кириш махсус оптик троакар "Visiport™" (Covidien) ёрдамида, сўнгра қорин бўшлиғини қайта кўриб чиқиш орқали амалга оширилди;

2. Битишмали жараён эҳтимоли бўлган операциядан кейинги вентрал чурраси бўлган беморлар Hassen техникасидан фойдаланилди, яъни.

қорин девори қаватма -қават қилиб 2-4 см узунликдаги кесма билан очилди, жароҳат атрофидаги битишмалар визуал назорат остида ажратилди ва кесма орқали обтураторли троакар киритилди ва троакар атрофидаги жароҳат бекитилди.

Операциянинг II босқичида - оптикеси ва қорин бўшлиғини қайта кўриб чиқиш билан биринчи троакар киритилгандан сўнг, 2 ёки 3 та ишчи троакар киритилди. Троакарларни киритиш жойлари стандартлаштирилган ва улар қулайроқ ва хавфсизроқ бўлган жойларда танланди. Шу билан бирга, биз иккита лапароскопик асбобнинг бир-бирига камида 45 ° бурчак остида ўзаро таъсир қилиш тамойилини куриб чиқишга ҳаракат қилдик.

III босқич - адгезиолизис. Чурра халтаси, қорин олд девори ва яқин атрофдаги органлар орасидаги битишмаларни ажратиш электрокоагуляция ёрдамида амалга оширилди.

IV босқич - апоневроз дефектини аниқлаш, чурра дарвозасининг ҳақиқий ҳажмини аниқлаш, мос ўлчамдаги аллотрансплантантни танлаш.

V босқич - периметри бўйлаб чурра дефекти ўлчамидан 5 см каттароқ бўлган имплантни кесиб ташлаш ва тўр имплантини моделлаштириш (агар керак бўлса), чурра дефектини ва лигатураларни маҳкамлаш жойларини белгилаш, қорин бўшлиғига кенгайиш ва охириги фиксация олдидан қорин олд деворига ўрнатиш учун лигатурлар билан тўр имплантининг. қирраларни тикиш.

VI босқич. Операциянинг олтинчи босқичида тур имплантацияси турига қараб, асосий гуруҳ беморлари иккита кичик гуруҳга бўлинган.

1-кичик гуруҳга стандарт полипропилен тур имплантларини олган 45 беморнинг 33 (73,3%) қиради.

2-кичик гуруҳга "Physiomesh" yoki "Prosid" (Ethicon) композит имплантларини олган 12 (26,7%) бемор киритилган.

1-кичик гуруҳ беморларига чурра дефекти периметри бўйлаб 5-6 см.имплантатни қорин бўшлиғига киритишдан олдин чурра халтаси ажратилган ва қорин бўшлиғида "чўнтак" яратилган.

Кейин троакар орқали қорин бўшлиғига тубус ичига ўралган тўрли имплант киритилди,

очилди ва яратилган преперитонеал "чўнтагига" жойлаштирилди.

Имплантнинг четига боғланган лигатура ёрдамида қорин олд деворига ётқизилди. Имплант ўзгартирилган Endo Close игнаси ёрдамида қорин олд деворига тикилган.

Endo Close игнасининг бир марталик ишла- тилиши ва нархининг юқорилиги бизни қайта ишлатиладиган игна ишлаб чиқаришга ундади.

Прототибли игнадан фарқли ўлароқ, игна- нинг учи тўқимадан ўтаётганда ипни ушлаб тура- диган ва маҳкам ушлаб турадиган илгак билан қуролланган.

Игна кесмасидаги махсус тирқиш имплант қорин олд деворига тикилганда ипнинг сирпаниб кетишини олдини олади. Тутқичнинг махсус шак- ли ва юзасининг ғадир-будирлиги игнани янада ишончли ва қулай ушлаши учун мўлжалланган. Қорин девори игна билан ташқи томондан чурра тешигидан 5-6 см масофада тешилди ва игна қо- рин бўшлиғи томонидан лапароскоп ёрдамида визуал назорат остида тешилди.

2-кичик гуруҳдаги 12 (26,7%) беморларда "Physiomesb" yoki "Prosid" (Ethicon) композит тўр имплантларини қўллаш протезни қорин олд дево- рига маҳкамлашдан олдин преперитонеал "чўнтак" яратиш заруратини олдини олди.

Endo Close игнаси чурра дефектининг пе- риметри бўйлаб қорин деворининг бир нечта те- шилиши учун ишлатилди.

Endo Close игнаси чурра дефектининг пе- риметри бўйлаб қорин деворининг бир нечта те- шилиши учун ишлатилган.

Иплар кетма-кет ушланиб, қорин олд дево- рига игна билан тешилиб чиқарилди.

Иплар кейинчалик бутунлай олиб ташла- ниши учун экстракорпорал тарзда боғланди.

VII босқич ҳам ишлатилган имплант турига қараб ҳар хил эди.

1-кичик гуруҳдаги беморлар (n=33) стан- дарт полипропилен тўрлардан фойдаланилган қо- рин бўшлиғи аъзоларининг имплант билан ёпи- шишини олдини олиш учун имплантни перитони- зация қилишни талаб қилади.

Ўзгарилтирилган Endo Close игнасида фойдаланиш жарроҳ учун қулай ва бемор учун интракорпорал перитонеал тикувдан кўра хавф- сизрқ эди.

2-кичик гуруҳдаги (n=12) композит тўрли имплантлардан фойдаланган беморлар имплант- нинг перитонизациясини талаб қилмаган; ушбу кичик гуруҳда операциянинг ушбу босқичи йўқ эди.

Натижалар ва унинг муҳокамаси. Лапаро- скопик герниопластиканинг давомийлиги ўртача $61,5 \pm 1,4$ дақиқани ташкил этди ва асосий гу- руҳнинг 1-кичик гуруҳида бу кўрсаткич $71,6 \pm 0,7$ минутни, 2-кичик гуруҳда эса $51,4 \pm 0,6$ минутни ташкил этди, бу очик герниопластикага қараганда $104,5$ дақиқага камроқ бўлди. $\pm 3,6$ мин. ($p < 0,05$). Операция вақтининг қисқаришини лапароскопик усул билан боғлаймиз, бу очик герниопластика учун стандарт бўлган қуйидаги босқичларнинг йўқлиги: - тери ва тери ости тўқималарининг ке- силиши; - чурра ҳалқанинг бутун периметри бўй- лаб апоневроздан тери ости тўқимасини тайёр- лаш; - чурра халтаси ва чурра дарвозасини ажра- тиш жараёнида эҳтиёткорлик билан гемостаз; - тугунли ёки узлуксиз чоклар билан инплантантни маҳкамлаш; - операцион жароҳатни қаватма-қават тикиш. Техник жиҳатларни такомиллаштириш ичи бўш орган деворининг тешилиши каби асо- ратларни бартараф қилиш имконини берди; - ишлайдиган троакарларни жорий этишни стан- дартлаштириш туфайли операция техникаси сод- далаштирилди; - имплантни чурра дефектидан 5-6 см масофада маҳкамлаш орқали операциядан кейинги кечки даврда чурранинг қайталаниши минималлаштирилди; - модификацияланган игнадан фойдаланиш композит протезни маҳкамлаш ва стандарт композит бўлмаган тўр имплантларини перитонизация қилишдаги техник қийинчиликларни бартараф этди, бу операция- нинг ушбу босқичини $27,4 \pm 0,5$ дан $12,6 \pm 0,7$ минутгача қисқартирди ($P < 0,001$). Операциядан кейинги эрта даврда асосий гуруҳдаги барча бе- морларда жароҳатнинг бирламчи битиши, бир беморда кузатувимиз даврида чурранинг қайтала- ниши қайд этилган, касалхонада ётқизилган кун- лар давомийлиги $3,9 \pm 1,8$ кунни ташкил этди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда касал- хонада бўлишнинг ўртача давомийлиги $11,6 \pm 3,2$ кун, чурранинг қайталаниши 2 беморда (3,1%), серомалар 5 беморда (8,7%) кузатилди (2-жадвал).

Жадвал 2. Тадқиқот гуруҳларида даволаниш натижалари

Тадқиқот натижаларининг ху- сусиятлари	Лапараскопик герниоаллопластика (n=45)	Очик герниоаллопластика (n=65)
Операциянинг ўртача давомийли- ги (мин.)	$61,5 \pm 1,4$ мин	$114,5 \pm 3,6$ мин
Касалхонада бўлиш (койка/кун)	$3,9 \pm 1,8$	$11,6 \pm 3,2$
Реабилитация вақти(кун)	15 кун (10 кундан 20 кунгача)	30 кун (20 кундан 35 кунгача)
Чуррани қайталаниши	1 (2,2%)	2 (3,1%)

Лапароскопик инплантантли герниопластикада қайталаниш сабаби инплантантга етарлича майдон қолдирилмаганлиги ва корин девори тўқималарида дегенератив ўзгаришларни батафсил ҳисобга олмасдан танланган протезнинг етарли эмаслиги эди. Семиз беморда протезнинг етарли бўлмаган майдониға қуйилиши, қўшимча равишда, тери ости ёғнинг "фартукдек" оғирлик қилиши имплантни пастга силжитиб чурранинг қайталанишиға ёрдам берадиган омил бўлиб ҳисобланади.

Хулоса:

1. Эндовидеохирургик герниопластика кичик ва ўрта ўлчамдаги вентрал чурраларини жарроҳлик йўли билан даволашда услубий жиҳатдан асосли ва самарали ҳисобланади.

2. Лапароскопик герниопластиканинг техник жиҳатларини такомиллаштириш операциянинг ўртача давомийлигини 2 мартага, композит имплантлардан фойдаланиш протезни маҳкамлаш босқичини 27,4±0,5 дан 12,6±0,7 минутгача қисқартирди (P<007)

3. Лапароскопик герниопластика шифохонада даволаниш муддатини 11,6±3,2 дан 3,9±1,8 кунгача қисқартирди.

Адабиётлар:

1. Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротынцев А.К. Новый метод лапароскопической герниопластики послеоперационных вентральных грыж // ВІСНИК ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - 2012. - Том.12, №3(39). - С. 130-134
2. Каштальян М. А. Использование биоматериала политетрафторэтилен в ходе лапароскопической аллогерниопластики вентральных грыж / Каштальян М. А., Шаповалов В. Ю. // Хірургія України. - 2011. - №3(39)-С.59.
3. Криворучко И.А., Сивожелезов А.В., Тесленко С.Н., Чугай В.В. Лапароскопические пластики вентральных грыж//Сучасні медичні технології. - 2012. - №4. - С.30-32
4. Сейсембаев В.М., Мадьяров В.М., Медеубеко У.Ш., Сарсенбаев Е.Ж. Способ лапароскопической герниопластики вентральной грыжи//Медицина. — 2014. — №5.- С. 12-15
5. Ahonen-Siirtola M., Rautio T., Ward J. Complications in Laparoscopic Versus Open Incisional Ventral Hernia Repair. A Retrospective Comparative Study // World Journal of Surgery. – 2015 – V.39(12). – P. 2872-2877.;

6. Ballem N. Laparoscopic versus open ventral hernia repairs: 5 year recurrence rates / Ballem N., Parikh R., Berber E., Siperstein A. // Surg Endosc. – 2008. – V. 22. – P. 1935–1940

7. Beldi G. Laparoscopic ventral hernia repair is safe and cost effective. / Beldi G., Ipaktchi R., Wagner M. [et al.] // Surg Endosc. – 2006. – V.20. – P. 92–95

8. Chelala E., Baraké H., Estievenart J. Long-term outcomes of 1326 laparoscopic incisional and ventral hernia repair with the routine suturing concept: a single institution experience // Hernia. – 2016. – V.20. – P. 101-110.]

9. Chevrel J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia. – 2000. – V.4. – P. 7-11.

10. Millikan K.W. Incisional hernia repair// Surg. Clin. North.Am. — 2003. — №83(5). – P.1223-1234.

11. Pierce R.A. Pooled data analysis of laparoscopic vs. open ventral hernia repair: 14 years of patient data accrual / Pierce R.A., Spittler J.A., Frisella M.M., Matthews B.D. [et al.] // Surg Endosc. – 2007. – V. 21. – P. 378–386

12. Stetsko T., Bury K., Lubowiecka I. Safety and efficacy of a Ventralight ST echo ps implant for a laparoscopic ventral hernia repair - a prospective cohort study with a one-year follow-up // Polski przegląd chirurgiczny. – 2016. – V.88(1). – P. 7-14.

13. Курбаниязов З.Б., Шербекоев У. А., Сайинаев Ф.К. Лапароскопическая герниопластика при вентральных грыжах // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. – №. 1 С. 18-20.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Юлдашов П.А., Шербекоев У.А., Абдусаматов А.У.

Резюме. Приведены результаты лапароскопической герниопластики у 45 пациентов с вентральными грыжами: - умбиликальные (15), параумбиликальные (4), белой линии живота (26). Во всех наблюдениях R0. По ширине грыжевых ворот W1-38, W2-7. Группу сравнения составили 65 пациентов, сопоставимые по клинике, прооперированные открытым методом. В основной группе отмечено сокращение длительности операции, послеоперационных осложнений, сроков пребывания в стационаре и реабилитации.

Ключевые слова: лапароскопия, герниопластика, грыжи.