

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАСИ БОР СЕМИЗ БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ

О.Р. ТЕШАЕВ, И.Б. ХАЙИТОВ, Ж.Ш. БОБОМУРАДОВ, К.А. ОГАНЕСЯН

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

О.Р. ТЕШАЕВ, И.Б. ХАЙИТОВ, Ж.Ш. БОБОМУРАДОВ, К.А. ОГАНЕСЯН

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH OBESITY

O.R. TESHAEV, I.B. HAYITOV, J.Sh. BOBOMURADOV, K.A. OGANESYAN

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Чурра кесиш ва абдоминопластикани оптимал танлаш критерийси асосан семизлик даражалари ва чурра дарвоза ўлчалари ҳисобланади. Бундан ташқари юрак қон томир ва нафас олиш системаси резерв ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, қорин ички босимининг нормаллашиши, операцияни танлаш критерийлари ҳисобланди. ОКЧ си бор семиз беморларга чурра кесиш ва абдоминопластикани танлаш критерийси орқали қўлланилиши, операциядан кейинги маҳаллий асоратларни 33,3 % дан 28,6% гача, кечки асоратларни 5,5% дан 2,4% гача камайишига эришилди.

Калит сўзлар: *чурра, чурра кесиш, протезли пластика, абдоминопластика.*

Obesity, on the one hand, it predisposes to the formation of a hernia, on the other - is progressing when it appears. Many authors agree that obesity is the dominant factor in the development of postoperative hernia, and only a small number of surgeons recognized the need to remove skin and fat apron for ventral hernia repair. In the literature there is no logical explanation, based on complete clinical trials is necessary and appropriate additions to the ventral herniotomy abdominoplasty.

Key words: *hernia, herniotomy, abdominoplasty, postoperative hernia.*

Долзарблиги. Қорин олд девори ташқи чурралари аҳоли орасида 4-7% ҳолларда учрайди(1,2). Хирургик стационарларда операцияларнинг 10-21% гача чурралар ҳисобига тўғри келади(3,4). Операциядан кейинги чурралар (ОКЧ) режали лапаротомиядан кейин 18% гача, шошилиш операциялардан кейин 58% гача пайдо бўлиши кузатишган (1,5). ОКЧ ўтказилган операциялар натижасига салбий таъсир кўрсатибгина қолмай, улар беморларга оғирроқ асоратлар ривожланишига шароит яратади (6,7).

Кўпгина олимлар тадқиқот натижаларига кўра, шу жумладан бизнинг ҳам кузатувларимиз шуни кўрсатдики ОКЧ 50-70% гача семизликнинг турли даражалари бўлган беморларда учрайди (7,8).

Семизлик бир томондан чурра ҳосил бўлишига тўғридан тўғри таъсир кўрсатса, иккинчи томондан ҳосил бўлган чурранинг ривожланишига олиб келади (9,10). Кўпгина олимлар чурра кесишда қорин олд деворидаги ортикча тери-еф каватини коррекция қилиш зарурлигини таъкидлашларига қарамасдан, ҳозирги кунда бу йўналишда клиник илмий изоҳлар адабиётларда кам учрайди.

Тадқиқот мақсади: Операциядан кейинги чурраси бор семиз беморларда чурра пластикаси ва абдоминопластиканинг оптимал вариантларини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар: 2008 йилдан 2014 йил 2-ярмигача Тошкент шаҳридаги 1-Шаҳар Клиник Касалхонасида 237 бемор ОКЧ билан операция қилинган. Улардан 174 нафар беморда семизликнинг турли даражалари (тана вазни индекси 28дан 60,9гача) кузатишган. Беморлар ёши 19 дан 82 ёшгача бўлиб (ўртача ёш 50,4±2,4 йил). Рецидив чов ва сон чурралари бу гуруҳларга кiritилмаган. Илмий-клиник тадқиқотимизда беморлар икки гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ (назорат гуруҳ 2006 йилдан 2009 йилгача) беморларида чурра протезлаш пластикаси абдоминопластикасиз бажарилган. 2-гуруҳ(асосий гуруҳ 2007 йилдан 2011 йил 1-ярмигача) беморларда чурра протезлаш пластикаси билан бирга абдоминопластиканинг турли усуллари қўлланилган. Чурра дарвозаси пластикаси учун «Ethicon», «USSC», «Джонсон & Джонсон» и «Линтекс» фирмаларининг полипропилен имлантатларидан фойдаланилди.

Биз илмий тадқиқотимизда ОКЧ бор беморларда J.P. Chevrel, A.M. Rath (SWR-classification – 1999 й Мадрид) классификациясидан фойдаландик. Бу классификацияда S- чурра локализациясини, W – чурра дарвозаси ўлчамини, R – рецидив борлигини кўрсатади (жадвал 1). Бу кўрсаткичлар чурра дарвозаси пластикаси ва абдоминопластикасида муҳим ўрин тутди.

Жадвал 1.

Беморларни чурра локализацияси ва дарвоза ўлчамларига қараб жойлаштириш

БЕЛГИЛАРИ			КОНТРОЛ		АСОСИЙ	
			n	%	n	%
S	M	Медиал	63	70,0	58	69,1
	L	Латерал	21	23,3	17	20,2
	ML	Қушма	6	6,7	9	10,7
W	W1	Чурра дарвозаси 5 см гача	25	27,7	11	13,1
	W2	Чурра дарвозаси 5-10 смгача	32	35,5	24	28,6
	W3	Чурра дарвозаси 10-15 смгача	19	21,1	33	39,2
	W4	Чурра дарвозаси 15 см дан катта	14	15,5	16	19,1
R	R1	бирламчи	69	76,7	62	73,8
	R2	Рецидив	19	21,1	17	20,2
	R3	2 МАРТА РЕЦИДИВ	2	2,2	5	6,0

Жадвал 2.

Беморларни тана вазни индекси ва қорин олд девори птозига қараб ажратилиши

Птоз даражаси	ИМТ					Жами
	27,0-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	40-44,9	45≤	
I	21; 53,8%	13; 20,3	7; 14,9%	4; 25,0%	1; 12,5%	46; 26,4%
II	13; 33,3%	28; 43,7%	20; 42,5%	3; 18,7%	1; 12,5%	65; 37,4%
III	4; 10,3%	17; 26,6%	16; 30,4%	7; 43,7%	2; 25,0%	46; 26,4%
IV	1; 2,6%	6; 9,4%	4; 8,5%	2; 12,5%	4; 50,0%	17; 9,8%
Жами	39	64	47	16	8	174

Бу таблицадан кўриниб турибдики асосан ОКЧ ўрта локализацияга эга бўлиб чурра дарвозаси асосан 10-15 смгача бўлган беморлар ташкил қилади. Беморларнинг асосий қисми булар бирламчи операциядан кейинги чурра билан оғриганлиги кўринади. Тадқиқот гуруҳларида тана индекс массаси қорин олд девори птозига тўғри пропорционал эканлиги аниқланди (жадвал 2).

Юқорида келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, қорин олд девори индекси тана вазнига мос равишда ошиб борган. Чурра кесиш ва абдоминопластикани танлаш критерийси асосан семизлик даражалари ва чурра дарвоза ўлча-лари ҳисобланади. Бундан ташқари юрак кон томир ва нафас олиш системаси резерв ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, қорин ички босимининг нормаллашиши, операцияни танлаш критерий-лари ҳисобланди.



«а»



«б»

Расм 1. Бемор «а»-операциядан олдин «б»-операциядан кейин.

Асосий гуруҳ беморларни чурра дарвоза протез пластикасини турлари ва абдоминопластикани усулларини чурра локализацияси ва дарвозаси ўлчамларига қараб танланиши

Чурра локализацияси	Дарвоза ўлчамлари	Абдоминопластика турлари	Протезнинг пластика усуллари	Беморлар сони
M, n=58	W1	Миниабдоминопластика 1-2 даража птозларда, классик –3-4 даража птозларда	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	8
	W2	Вертикал 1-2 даража птозларда, комбинирланган 3-4 ст даража птозларда	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	18
	W3	Классик –1-2 даража птозларда, комбинирланган –3-4 даража птозларда	Комбинирланган усул (апоневрозни қисман тикиш-сетка остида)	20
	W4	Комбинирланган – лозим бўлганда модифицирланган	Қорин олд девори реконструкцияси (способ Ramirez) сетка билан	12
L, n=17	W1	Комбинирланган	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	2
	W2	Комбинирланган	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	4
	W3	Комбинирланган	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	8
	W4	Комбинирланган	Комбинирланган куп қаватли пластика сетка билан	3
ML, n=9	W1	Комбинирланган	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	1
	W2	Комбинирланган	Комбинирланган усул (апоневрозни тўлиқ тикиш-сетка ости қолади)	2
ML, n=9	W3	Комбинирланган	Комбинирланган усул (апоневрозни қисман тикиш-сетка остида)	5
	W4	Комбинирланган	Комбинирланган куп қаватли пластика сетка билан	1

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики абдоминопластика турларини танлаш фақат чурра дарвозасига боғлиқ бўлибгина қолмай, унинг ўлчамлари ҳам аҳамиятга эга.

Маҳаллий асорталар асосий гуруҳда 24(28,6%) беморда кузатилди, бу контрол гуруҳга нисбатан 1,16 нисбатга кам. Булар асосан узок муддатли экссудация чиқиши 5 (5,95%)та

беморда кузатилди, 10 (11,9%) ҳолатларда серома чиқиши, 3 (3,6%) ҳолатларда жароҳат инфильтрацияси кузатилди. Операциядан кейинги жароҳат йиринглаши 1 (1,2%) та беморда кузатилди, бизнингча бу ҳолат операциянинг техник қийинчиликда бўлганлиги ва жароҳат майдони кенглиги билан боғлиқ. Жароҳат чети некрози 4 (4,8%)та ҳолатда кузатил-

ди, бу абдоминопластикада тери-ёғ лахтагида қон айланиши бузилиши билан боғлиқ. 1(1,2%)та беморда тери ва сетка орасида окма яра ҳосил бўлди. Умумий асоратлар асосий гуруҳда 11 (13,1%) ҳолатларда кузатилди. Бу кўрсаткич контрол гуруҳга нисбатан 3,47 барабар кам демакдир. Асосий гуруҳда ўлим қайд этилмади. Контрол гуруҳда бу кўрсаткич 3(3,3%) ни ташкил этди.

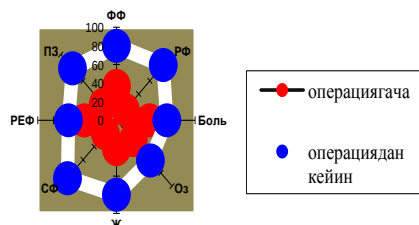


Диаграмма 1. Асосий гуруҳ беморларда операциядан олдин ва кейинги даврда ҳаёт сифати

Юқоридаги диаграммдан кўриниб турибдики, чурра кесиш абдоминопластика билан бирга қўлланилганда ҳаёт сифатини кўрсаткичлари ҳамма параметрлар буйича кўтарилганлигини кўриш мумкин.

Хулоса: 1. ОКЧси бор семиз беморларда абдоминопластикасиз чурра дарвоза протезли пластикаси 33,3% ҳолларда маҳаллий асоратлар, 45,5% ҳолларда умумий асоратлар ривожланишига олиб келади. ТЭЛА юрак-қон томир етишмовчилиги ва қорин ички босимининг ошиши ҳисобига 3,33% ҳолатда ўлимга олиб келиши аниқланди.

2. Чурра кесиш ва абдоминопластикани оптимал танлаш критерийси асосан семизлик даражалари ва чурра дарвоза ўлчалари ҳисобланади. Бундан ташқари юрак қон томир ва нафас олиш системаси резерв ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, қорин ички босимининг нормаллашиши, операцияни танлаш критерийлари ҳисобланди.

3. ОКЧ си бор семиз беморларга чурра кесиш ва абдоминопластикани танлаш критерийси орқали қўлланилиши, операциядан кейинги маҳаллий асоратларни 33,3 % дан 28,6% гача, кечки асоратларни 5,5% дан 2,4% гача камайишига эришилди.

Адабиётлар:

1. Актуальные проблемы современной герниологии. Саенко В.Ф., Белянский Л. С.; Клин. хирургия 2003; 11: 3-5.
2. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров. / Тимошин А. Д. и соавт.; Вестник герниологии 2004: 120-126.

3. Абдоминопластика при операциях по поводу вентральных грыж. Тимербулатов В.М., Попов О.С., Попова О.В. и соавт.; Хирургия 2006; 4: 24-27.

4. Кожемяцкий В.М., Чанцева В.И., Кожемяцкая Ж.В. Использование косметической абдоминопластики при оперативном лечении обширных вентральных грыж. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, №4, 2002. - 60.

5. Леонов А. Абдоминопластика в эстетической хирургии // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №4. 2002. - 72.

6. Сидоренков Д.А. Пластическая эстетическая хирургия в лечении ожирения. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №4, 2002. - 107.

7. Федоров Ю.Ю. Современная концепция абдоминопластики. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №4, 2002. - 114.

8. Олейничук А.С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением. Автореф канд.дисс. 2010 г. Москва.

9. Douglas RJ, de la Torrell, Gardner PM, Grant JH, Fix RJ, Vasconez LO. Abdominoplasty repair for abdominal wall hernias. Ann Plast Surg, 2003;1:85-86

10. Shiffman MA, Mirrafati S (Eds) Aesthetic surgery of abdominal wall, 2005.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

О.Р. ТЕШАЕВ, И.Б. ХАЙИТОВ,
Ж.Ш. БОБОМУРАДОВ, К.А. ОГАНЕСЯН

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье приведена больная с послеоперационными и вентральными грыжами с отвислым животом, который является доминирующим фактором в развитии послеоперационных грыж, и лишь небольшое количество хирургов отмечают необходимость удаления кожно-жирового фартука при вентральном грыжесечении. В литературе отсутствует логичное объяснение, основанное на полных клинических исследованиях о необходимости и целесообразности дополнения вентрального грыжесечения с абдоминопластикой.

Ключевые слова: грыжа, грыжесечение, протезная пластика, абдоминопластика.