

**T.P. CAMALOVA, F.H. CAMALOV,
İ.T. AXUNDOV, E. ŞƏRİFOV**

**PİYLƏNMƏ VƏ ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI
VENTRAL YIRTIQLARDA HERNİOALLO- VƏ
ABDOMİNOPLASTİKANIN TƏTBİQİ**

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

=====

T.P. CAMALOVA, F.H. CAMALOV,

İ.T. AXUNDOV, E.ŞARİFOV

**PİYLƏNMƏ VƏ ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL
YIRTIQLARDA HERNİOALLO- VƏ
ABDOMİNOPLASTİKANIN TƏTBİQİ**

M O N O Q R A F İ Y A

Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyinin

03.04.2015 il tarixli 523 №-li əmri ilə

monoqrafiya kimi təsdiq **edilmişdir**

BAKİ – 2015

Rəyçilər: H.B. İsayev, ə.e.x., t.e.d., professor; akad. M.A. Topçubaşov ad. ECM direktor müavini

Ş.F.İbrahimli, t.e.d., ATU-nin cərrahi xəstəlikləri kafedrasının professoru.

T.P. CAMALOVA, F.H. CAMALOV,

İ.T. AXUNDOV, E. ŞARİFOV

**PİYLƏNMƏ VƏ ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIQLARDA HERNİOALLO--
VƏ ABDOMİNOPLASTIKANIN TƏTBİQİ: Monoqrafiya. – Bakı, 2015. – 190 s.**

В монографии проводится анализ современного состояния проблемы хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением с использованием как традиционных натяжных аутопластических методов, так и современных ненатяжных аллопластических с применением новых синтетических материалов (частично резорбирующейся монокрилпроленкомпозиционной сетки и абсорбируемого адгезионного барьера «İNTERCEED (TC7)») в сочетании с абдоминопластикой.

Показана эффективность применения в комплексном лечении больных с ПВГ и ожирением усовершенствованной герниоаллопластики с использованием новых синтетических материалов (МПК-сетки и адсорбируемого адгезионного барьера «İNTERCEED (TC7)») в сочетании с абдоминопластикой, способствующих достоверному улучшению ближайших (снижению частоты местных и общих осложнений с сокращением сроков пребывания в стационаре) и отдаленных (достоверному снижению рецидивов грыж и повышению качества жизни больных) результатов лечения этой тяжелой категории больных и отдаленных результатов

**Azərbaycan Tibb Universitetinin 4-6 kurs tələbələri, rezidentləri və cərrahları üçün ,
интересующихся вопросами повышения эффективности хирургических методов лечения больных с
большими и гигатскими вентральными грыжами и сопутствующим ожирением.**

«Təbib» nəşriyyatı**İXTİSARLARIN SİYAHISI**

QDT – qarındaxili təzyiq

MPK-tor – monokrilpolipropilen tor

KÜDÇ – kəskin ürək-damar çatışmazlığı

KTÇ – kəskin tənəffüs çatışmazlığı

QÖD – qarının ön divarı

ƏSVY – əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıq

POÇ – poliorqan çatışmazlığı

İAHS – intraabdominal hipertenziya sindromu

USM – ultrasəs müayinəsi

AXOX – ağciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəlikləri

Ön söz

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) - одно из наиболее частых осложнений абдоминальных операций - имеют важное социально-экономическое значение (Ноег J. et al., 2002; Boulliot J.L. et al., 2003). ПВГ развиваются у 2-20% больных после лапаротомии. Ежегодно в мире выполняется около 90000 операций по поводу ПВГ. Хирургическое лечение ПВГ до сегодняшнего дня остается одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии (Хрячков В.В. с соавт., 2004).

Одной из характерных особенностей больных с ПВГ является наличие ожирения. Ожирение, с одной стороны, предрасполагает к формированию грыжи, с другой - прогрессирует при ее появлении.

После применения традиционных методик отдаленные результаты, определяющиеся наличием или отсутствием рецидива грыжевого выпячивания, зачастую оказываются неудовлетворительными, что определяется сохраняющейся внутрибрюшной гипертензией на фоне морбидного ожирения,

В объединении герниоаллопластики и абдоминопластики создается истинно комплексный подход в лечении ПВГ (особенно больших и гигантских размеров) у больных с ожирением, который позволит добиться нового уровня эффективности лечения пациентов данной категории. Применение сочетания этих методов требует исследования с точки зрения определения показаний, возможностей, эффективности и радикализма.

Качество жизни больных - один из основных показателей для оценки эффективности различных способов герниопластики. Несмотря на столь очевидную важность оценки качества жизни после хирургического лечения тучных больных с ПВГ, имеются лишь единичные исследования, изучающие эту проблему, а работ, сравнивающих качество жизни больных после аллопластики различной технологией и алломатериалом в сочетании с абдоминопластикой, практически нет.

Исходя из всего вышеизложенного, монография авторов, посвященная улучшению ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с ПВГ, страдающих ожирением, путем применения усовершенствованной герниоаллопластики с использованием новых синтетических материалов (монокрилпроленкомпозитной - МПК-сетки и абсорбируемого адгезионного барьера «INTERCEED (TC7)») и сочетания ее с абдоминопластикой, является весьма своевременной и актуальной.

Авторами впервые в Азербайджане в комплексном лечении больных с ПВГ и ожирением применены модифицированные методы предоперационной подготовки, ненатяжные методы герниоаллопластики с использованием таких новых синтетических материалов как МПК-сетка фирмы «Джонсон-Джонсон» (США), пропитанная антибактериальными препаратами, а для профилактики возникновения пролежней, свищей, спаек и импрегнации МПК-сетки в органы брюшной полости при непосредственном контакте с ними у больных с большими и гигантскими ПВГ при аллопластике использован абсорбируемый адгезионный барьер «INTERCEED (ТС7)», а также усовершенствованная хирургическая техника расположения и фиксации имплантов, более физиологичная методика дренирования послеоперационной раны крест на крест расположенными дренажами, сочетанная алло- и абдоминопластика.

Научно доказано, что все это способствует достоверному улучшению ближайших (снижению частоты местных и общих осложнений с сокращением сроков пребывания больных в стационаре) и отдаленных (снижению частоты рецидивов грыж и повышению качества жизни больных) результатов хирургического лечения этой категории больных.

Исходя из всего вышеизложенного, монография автора представляет несомненный интерес для практических хирургов, занимающихся проблемами лечения больных, страдающих ПВГ и ожирением.

Акад. РАН, проф. А.Ф. Черноусов

GİRİŞ

Hazırkı dövrdə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların (ƏSVY) müalicə problemi müasir herniologiyada mərkəzi yerlərdən birini tutur. Abdominal cərrahiyyənin inkişafı, təcili və təxirəsalınmaz göstərişlər üzrə yerinə yetirilən laparotomiyaların sayının artması ƏSVY-la xəstələnmə hallarının əhəmiyyətli dərəcədə artmasına gətirib çıxarmışdır (73, 79, 150, 204). Son 25 ildə onların sayı kəskin artmış və hazırda cərrahi xəstəliklərin ümumi strukturunda payı 6,5%-ə, bütün yırtıqlar arasında isə 38%-ə çatır (79, 130, 213, 233, 257).

Əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmış gedişi, yüksək əməliyyatdan sonrakı ölüm, eləcə də 20-40%-ə çatan yırtıq residivləri bu gün də ciddi problemlərdən hesab olunur (3, 35, 46, 106, 213).

Çoxlu sayda hernioplastika üsulları təklif olunmuşdur, lakin həm autoplastika metodlarından, həm də sintetik protezlərdən istifadə olunduqda ƏSVY residivlərinin tezliyi yüksək – 13,5-44% olaraq qalmaqdadır (45, 46, 73, 174, 184, 204). Hazırda əhali arasında piylənmə geniş yayılmış və ona meyillilik artmaqda davam edir (20, 65, 101, 102). Piylənmə yalnız hipertoniya xəstəliyi, ÜİX, damarların erkən ateroskleroza, II tip şəkərli diabet, hormonal pozğunluqlar kimi ciddi terapevtik xəstəliklərin (20, 65, 181, 209), eləcə də həm birincili, həm də qarın boşluğunda müxtəlif əməliyyatlardan sonra yaranan ventral yırtıqların ilkin səbəblərindəndir (117, 132).

ƏSVY olan xəstələrin 2/3 hissəsi piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdir (79, 81), bunların arasında da qadınlar kişilərdən 2-4 dəfə çoxluq təşkil edir (23, 123, 124).

Bir qayda olaraq, belə kontingent xəstələr mövcud yanaşı xəstəliklər, əməliyyat zamanı mümkün texniki çətinliklər, eləcə də əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların inkişaf riskinin yüksək olması baxımından cərrahlar üçün müəyyən çətinlik törədir (43, 117, 118, 151, 154, 229, 275). Hazırda böyük və gıqant ölçülü ƏSVY olan və piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdə qarının ön divarının plastika metodunun seçilməsi, eləcə də bu kateqoriya

xəstələrin əməliyyatını hazırlanma proqramı diskussiya mövzudur (46, 130, 210, 212, 313). Bundan əlavə, əldə etdiyimiz ədəbiyyatlarda xəstələr üzərində simultan (hernioallo- və abdominoplastika) əməliyyatın istifadəsi haqqında sistemli tədqiqatlara tək-tək dərc olunmuş işlər (25, 77, 118) istisna olunmaqla demək olar ki, rast gəlmədik. Bununla əlaqədar olaraq, bu kateqoriyadan olan xəstələrdə ƏSVY-ın cərrahi müalicəsinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, residivsiz optimal cərrahi metodların işlənilib hazırlanması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə mümkün ağırlaşmaların aşkar edilməsi və onların qarşısının alınması üzrə tədbirlərin işlənilib hazırlanması aktual məsələlərdəndir.

FƏSİL I. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların müalicə problemi

Qarın boşluğu əməliyyatlarının ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından biri olan əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar vacib sosial-iqtisadi əhəmiyyət kəsb edir. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlara laparotomiyalardan sonra 2-20% hallarda rast gəlinir. Hər il dünyada əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlara görə təxminən 90 000 əməliyyat icra olunur. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların cərrahi müalicəsi hazırkı dövrdə də abdominal cərrahiyyənin ən kəskin problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır. (7, 205)

Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar üçün əsas səbəblər sırasına əməliyyat və onu müşayiət edən iltihabi xarakterli ağırlaşmalar, tikilmiş yarada regenerasiya proseslərin pozulması daxildir (22, 360). Qarının ön divarının funksiyasının pozulması əzələlərin atrofiyası və atoniyası, aponevroz və fassiyanın degenerasiyası sayəsində tədricən inkişaf edir (9, 29, 121, 188, 229, 234). Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların əmələgəlmə səbəbləri xəstənin sistemli xəstəlikləri və mübadilə proseslərinin pozulması (hipoproteinemiya, anemiya, avitaminoz, piylənmə, şəkərli diabet, xərçəng kaxeksiyası, qoca və ahıl yaş) ilə əlaqədar olan ümumi və yaranın vəziyyətini, onun regenerasiyasının xoşxassəliliyini dəyişən amillərlə əlaqədar olan yerli səbəblərə bölünür (17, 234).

1. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə əməliyyatönü hazırlıq

Ventral yırtıqları olan xəstələrin cərrahi müalicəsi planlaşdırılarkən hər bir konkret halda xəstənin lokal statusuna və ümumi vəziyyətinə diqqətli baxış həyata keçirmək vacibdir. Buna görə də herniologiyanın problemlərindən iki əsasını ayırd etmək olar:

1. Xəstələrin optimal əməliyyatönü hazırlığı;

1. Yırtığın residivinin profilaktikasını təmin etməyə imkan verən qarının ön divarının defektinin effektiv plastika variantının seçilməsi.

Əməliyyatdan sonrakı dövrün ən təhlükəli ağırlaşmalarından biri kəskin tənəffüs çatışmazlığıdır. Bu problemə çox vaxt böyük həcmli yırtıqları olan xəstələrdə rast gəlinir. Onun inkişafının əsas səbəbi yırtıq defekti duplikatura metodu ilə bağlanarkən yırtıq kisəsi möhtəviyyətinin qarın boşluğuna salınması hesabına qarındaxili təzyiqin kəskin yüksəlməsidir (42, 51, 58, 89, 91, 107).

Bu problemin həllində ən vacib aspektlərdən biri intraabdominal hipertenziya sindromunun inkişafının profilaktikasıdır. Qarındaxili təzyiq xəstənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsində, diaqnostikasında və ağırlaşmaların təyin edilməsində proqnostik əhəmiyyətə malikdir. Əməliyyatdan sonrakı gıqant yırtıqları olan xəstələrdə tənəffüs sisteminin kompensator imkanlarının qiymətləndirilməsi çox vacibdir (69, 74, 77, 120). Təzyiq artımı döş boşluğu orqanlarına ötürülərək ürək və tənəffüs fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur (11, 57, 90, 144, 277). A.V.Rasteqaeva apardığı tədqiqatlara görə, qarındaxili təzyiqin 10 mm.c.süt-dan çox yüksəlməsi erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və yırtığın residivi üçün çox vacib risk faktorudur (113, 116, 125, 186).

İntraabdominal hipertenziya sindromu ağır və həyat üçün təhlükəli ağırlaşmadır və hələ 1949-cu ildə Batzner (260) tərəfindən təsvir olunmuşdur. Qarın boşluğu və peritonarxası sahənin əzələlər, onurğa sütunu, diafraqma və çanaq sümükləri ilə əhatə olunması qarındaxili təzyiq sindromunun anatomik xüsusiyyətini təşkil edir. Qarındaxili təzyiq yüksəldikcə, qarının ön divarının gərilməsi azalır. Aydın nəzərə çarpan ağrı sindromu və qarının ön divarı əzələlərinin spazmı da qarın divarının elastikliyinə azaldır (127, 273). İntraabdominal hipertenziya sindromunun inkişafı zamanı ilk növbədə qarın boşluğunun venoz sistemində, əsas etibarilə müsariqə damarlarında qanın depolaşması ilə müşayiət olunan pozğunluq meydana çıxır. Dövr edən qanın həcmnin paylanması belə pozğunluq hipovolemiyaya və kəskin damar çatışmazlığına gətirib çıxarır. Bağırsağ divarında mikrosirkulyasiyanın pozulması bağırsaqların parezinə səbəb olur ki, bu da qarındaxili təzyiqin

daha da artması ilə nəticələnir. Qarındaxili təzyiqin artması diafraqmanın yuxarıya doğru yerdəyişməsinə, plevra boşluqlarında təzyiqin artmasına (128, 290), tənəffüs funksiyasında və qazlar mübadiləsində bir sıra dəyişikliklərə, venoz qanın ürəyə qayıtmasının azalmasına gətirib çıxarır. Miokardda təzyiq qradienti azalır, mədəciklərin diastolik dolması isə məhdudlaşır (125, 339). Kompensator taxikardiyaya baxmayaraq ürəkdən qovulan qanın həcmi azalır. Ümumi periferik müqavimət və mərkəzi venoz təzyiq yüksəlir (125, 286). Tənəffüs asidozuna metabolik asidoz da qoşulur (313).

Qarındaxili təzyiqin 25-30 mm.c.süt-a qədər artması nəfəsalma zamanı maksimal təzyiqin təxminən 2 dəfə yüksəlməsinə gətirib çıxarır (18-dən 34-40 sm su süt-na qədər). Tədricən respirator disstres-sindrom inkişaf edir. Tənəffüs çatışmazlığının dekompensasiyası tez meydana çıxır və xəstə ağciyərlərin süni ventilyasiyasına keçirilir (129, 286).

Qarındaxili təzyiq 11 mm.c.süt. olduqda qaraciyər arteriyası ilə, 20 mm.c.süt-dan artıq olduqda isə qarın venası ilə qan cərəyanı ləngiyir. Qarındaxili təzyiqin yüksəlməsi makro- və mikrosirkulyasiyanı, sidiyin sekresiyasını və böyrəklərin yumaqcıq filtrasiyasını pozur. Qarındaxili təzyiq 15 mm.c.süt-na qədər artdıqda saatlıq diurezin sürəti 2 dəfəyə qədər azalır və 24 saat ərzində saxlanır. İntraabdominal təzyiqin yüksəlməsi laparotomik yaranın sağalma şəraitini pisləşdirir, qarın divarının nekroz və işemiyasını törədə bilər (133, 295).

Normada qarındaxili təzyiq 0 yaxın olur. Güman olunur ki, qarındaxili təzyiqin normal göstəriciləri bədən çəkisi indeksindən asılıdır və 0 ətrafında tərəddüd edir (107, 124, 137, 139, 185, 244).

M.Williams və H.Sitmns (316) qarındaxili təzyiqin 25 mm.c.süt-dan çox olmasını yüksəlmiş hesab edir, A.Kirkpatrick et al. (301) isə qarındaxili təzyiqin 3 dərəcəsini ayırd edir: normal (10 mm.c.süt və aşağı), yüksəlmiş (10-15 mm.c.süt) və yüksək (15 mm.c.süt-dan çox).

D.Meldrum et al. (317) qarındaxili təzyiğin 4 dərəcəsinə ayırd edir: I dərəcə– 10-15 mm.c.süt., II dərəcə– 16-25 mm.c.süt., III dərəcə– 26-35 mm.c.süt., və IV dərəcə– 35 mm.c.süt-dan artıq.

Texniki çətinliyi və mümkün ağırlaşmalar üzündən qarındaxili təzyiğin birbaşa ölçülmə metodları geniş tətbiq sahəsi tapmamışdır. N.Sanches et al. (336), S.Johna (296) insanlarda apardıqları müayinələr zamanı aşkar etmişlər ki, sidik kisəsində təzyiq 0,2-dən 16,2 mm.c.süt-a kimi dəyişir və orta hesabla 6,5 mm.c.süt təşkil edərək qarındaxili təzyiği bir qədər üstələyir. C.Tons et al. (296) verdiyi məlumata görə, qarındaxili təzyiq 0-7 sm.su süt. təşkil edir və istənilən laparotomoyadan sonra 5-12 sm.su süt-na qədər yüksəlir.

M.İ.Çerenğko qeyd edir ki, piylənmə zamanı piy toxumasının həddən artıq toplanması qarın və plevra boşluqlarının həcmi azaldır. Buna görə də izafi bədən çəkisinə malik xəstələrdə qarındaxili təzyiğin yüksəlməsi və bunun nəticəsi kimi, tənəffüs funksiyası və qan dövranının pozulması riski daha yüksəkdir. Piylənmə, tənəffüs orqanlarının xroniki zədələnmələri, ürək-damar sisteminin xəstəlikləri, yırtığa görə icra olunmuş əməliyyatlardan sonra inkişaf edən bağırsaqların parezi tənəffüs çatışmazlığının dərinləşməsinə səbəb olan əsas amillərdəndir (4, 224). Bütün bu mərhələlərin düzgün qiymətləndirilməməsi təhlükəli ağırlaşmaların inkişafına və hətta ölüm hallarına gətirib çıxara bilər (107, 228). Sidik kisəsində təzyiği ölçmək yolu ilə qarındaxili təzyiğin dolaylı qiymətləndirilməsi metodundan geniş istifadə olunur. Sidik kisəsində təzyiğin ölçülməsini qarındaxili təzyiğin qiymətləndirilməsinin “qızıl standartı” hesab edirlər. Sakitlik halında kisədaxili təzyiq 5-15 mm.su süt., (uzanıq halda) 15-40 sm. su süt., (oturaq halda) səviyyəsində və 30-50 sm.su süt. səviyyəsi (ayaqüstü vəziyyətdə) həddində olur. Bu təzyiğin əhəmiyyəti daxili orqanların həcmindən birbaşa asılıdır (290) və piylənmiş xəstələrdə bu göstəricilər daha yüksəkdir (43, 61, 75, 131, 138). Qarın divarı defektinin tikilməsi zamanı qarındaxili təzyiğin yüksəlməsini nəzərə alaraq, cərrahlar yırtığın J.Rives-in 1985-ci ildə təklif etdiyi “gərilməsiz” plastika üsulunu yerinə yetirirlər. Defektin kənarlarının yaxınlaşdırılması ilə

aparılan hernioplastikanın yerinə yetirilməsi o halda mümkün olur ki, yırtıq qapısı defektinin kənarlarının yaxınlaşdırılması zamanı sidik kisəsində təzyiq 25 mm su süt.-dan yüksək olmasın. Qarındaxili təzyiq qeyd edilən göstəricidən yuxarı olan hallarda “gərilməsiz” hernioplastika yerinə yetirmək lazımdır (296). D.M.Krasilǵnikov i soavt. (2005) 20 mm.su süt. səviyyəsini əsas götürürlər (123). A.D.Lelənov i soavt (2008) verdiyi məlumatlara görə, torlu eksplantatın yerləşdirilmə üsulunu təyin edən kisədaxili təzyiqin kritik səviyyəsi 12 mm.c.süt-dur (132). Əksər müəlliflər xəstələrin əməliyyata hazırlanmasının və əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılmasının əsas prinsiplərində eyni fikrə malik olsalar da bəzi məsələlərdə fikir ayrılığı mövcuddur.

Əməliyyatın hazırlıq piylənmə olan hallarda bədən çəkisinin azaldılmasına, orqan və sistemlərin diqqətli müayinə olunmasına, ürək-damar və tənəffüs sistemi orqanlarının funksiyasının tənzimlənməsinə, şəkərli diabetin və digər yanaşı xəstəliklərin kompensasiyasına, eləcə də antiaqreqant terapiyanın, dozalanmış pnevmokompressiyanın, təlimatçının iştirakı ilə müalicəvi bədən tərbiyəsinin, tənəffüs gimnastikasının aparılmasına yönəldilməlidir (61, 143).

Ə.P.Feleştinskiy s soavt (2004) əməliyyatın hazırlığı yırtıq qapısının ölçülərindən asılı olaraq həyata keçirmişlər. Onların fikrincə, kiçik və orta ölçülü yırtıqlar zamanı ümumi qəbul olunmuş əməliyyatın tədbirlərinin aparılması kifayətdir. Böyük ölçülü və gıqant yırtıqlar zamanı isə əməliyyatın hazırlıq bağırsağların maksimal təmizlənməsini, ürək-ağciyər sisteminin artmış qarındaxili təzyiqə adaptasiyasını tənəffüs əzələlərinin elektrostimulyasiyasını, ürək-damar və tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin yaxşılaşmasına yönəlmiş dərman terapiyasını özündə cəmləşdirməlidir. (224, 225)

Əməliyyatdan sonrakı gıqant yırtığı olan xəstələrdə aparılan əməliyyatlardan sonra abdominal-kompartiment sindromun meydana çıxması cərrahları daim narahat etdiyinə görə qarındaxili hipertenziyanın diaqnostikası

məqsədlə Kurbanov K.M. (2004) sidik kisəsinin kateterizasiyası yolu ilə təzyiqli təyin etmək üsulundan istifadə etməyi təklif etmişdir. (6)

Mədə-bağırsağ traktını əməliyyata hazırlamaq üçün “izotonik lavaj” təklif olunur: əməliyyata 2-3 gün qalmış xəstə ət məhsulları və bitki lifləri ilə zəngin qidaların qəbulunu məhdudlaşdırır. Əməliyyata 1 gün qalmış səhər 9:00-dan etibarən xəstə 1500 ml qaynadılmış sudan və 250 ml 25%-li maqnezium-sulfat məhlulundan hazırlanan 20-30 ml izotonik məhlulu 8-10 saat ərzində kiçik porsiyalarla qəbul edir. Bütün gün ərzində tez-tez duru nəcis ifrazı müşahidə olunur və qarın əhəmiyyətli dərəcədə kiçilir (45, 71-73).

2. Ağırlaşmaların intraoperasion və əməliyyatdan sonrakı profilaktikası

Hernioplastikadan sonrakı ağırlaşmaların perioperasion profilaktikası da az vacib məsələlərdən deyildir. Darvin V.V. s soavt. (2004) antibiotikoprofilaktika və tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikasını perioperasion aparmağı, qarındaxili təzyiqli azaltmaq üçün isə böyük piyliyi və dəri-piy örtüyünü (dermatolipektomiya) xaric edir, qarın ön divarının mobilliyini və elastikliyi artırmaq məqsədilə qarının xarici çəp əzələ aponevrozunda əlavə boşaldıcı kəsiklər (hər tərəfdə 5-10 sm olmaqla) aparırlar. (61, 62) A.İ.Mariev s soavt (2005) qarının düz əzələ yatağının ön divarında 3-4 sırada şaxmat sırası şəklində çoxsaylı boşaldıcı kəsiklər aparmağı təklif etmişdir. (139)

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə antibiotikoprofilaktika, antikoagulyant terapiya aparılır, xəstələrin erkən aktivləşdirilməsinə, müalicəvi bədən tərbiyəsinə, hemodilusiyaya, tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikasına və ürək-damar, tənəffüs sistemləri tərəfindən ağırlaşmalara, yara ağırlaşmalarına, əməliyyatdan sonrakı 2-ci gündən etibarən enteral qidalanmaya və bağırsaqların erkən stimulyasiyasına xüsusi diqqət ayrılır (64, 225).

3. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların plastika üsulları

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlarda hernioplastika metodunun seçilməsi fərdi olaraq aparılır və yırtığın lokalizasiyası və ölçüsü, qarın divarının morfostruktur dəyişikliklərinin təzahür dərəcəsi, qarındaxili təzyiqin artma dərəcəsi, böyük piyliyin vəziyyəti, residivlərin sayı, xəstənin yaşı, yanaşı xəstəliklərin olub-olmaması kimi amillərdən asılı olur (87, 96, 123, 124). Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların 200-dən artıq hernioplastika metodları təsvir olunmuşdur. Lakin çoxlu sayda hernioplastika üsulların mövcudluğu əslində onların hər birinin tam təkmilləşmiş olmadığını sübut edir.

Upirev A.V. s soavt. (2006) 753 xəstədə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların autodermoplastikasının nəticələri barədə məlumat verirlər. Autodəri yırtıq şişkinliyi sahəsindən götürülmüş, V.N.Ənova metodu ilə epidermis və dərialtı piy toxuması azad edilmişdir. Klinikada işlənib hazırlanmış 2 metod tətbiq edilmişdir; yırtıq qapısının tam adaptasiyası və qarın divarının əzələ-aponevrotik kənarlarının diastazasının saxlanması. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə əsas etibarilə gığant yırtıqlı xəstələrdə inkişaf edən ürək-damar və tənəffüs sisteminin kəskin çatışmazlığı kimi ümumi ağırlaşmalar daha təhlükəli olmuş və 6 (0,7%) belə xəstədə letal nəticə qeydə alınmışdır. Yara ağırlaşmaları minimal olmuş və ümumcərrahi xarakter daşımışdır. Lakin uzaq dövrdə yırtıqların residivi zaman keçdikcə xüsusən gığant yırtıqlı xəstələrdə əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır (84).

Kosoviç M.A., Slesarenko S.S. (2004) yırtıq kisəsi toxumasından istifadə etməyi məsləhət görür. Müəlliflərin fikrincə, qeyd edilən üsulun müsbət təsiri qarının ön divarı qatlarının anatomo-topoqrafik qarşılıqlı münasibətlərini bərpa etməkdən ibarətdir ki, bunun nəticəsində də onun bütün qatlarının, o cümlədən yırtıq kisəsi və parietal peritonun qan təchizatı saxlanır. Yırtıq kisəsinə P-şəkilli tikişlətin qoyulması onun dartılmış vəziyyətdə fiksasiyasını həyata keçirməyə imkan verir ki, bu da aponevroza qoyulmuş tikişlərin yükünü azaldır,

toxumaların trofikasına əlverişli təsir göstərir və tam dəyərli çapığın formalaşmasına gətirib çıxarır. Bu üsul 19 xəstədə tətbiq olunmuş və yaxşı nəticələr əldə edilmişdir (122).

Nikitin N.A., Sadıkova M.N (2004) böyük və gıqant əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan 38 xəstədə budun enli fassiyasının autoplastikasından istifadə etmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 3 yara ağırlaşması müşahidə olunmuşdur: 1 liqatura fistulası və 2 seroma. Bir ildən 5 ilə qədər aparılan müşahidə müddətində letal nəticə və residivlər qeydə alınmamışdır. (152)

Solovğev N.A. s soavt. (2004) hesab edir ki, əməliyyatdan sonrakı gıqant yırtıqlarda orqanizmin xüsusi degenerativ dəyişikliyə uğramış aponevroz səhifələrini nəyin bahasına olursa-olsun yaxınlaşdıraraq bunun hesabına qarın boşluğunun həcmi kiçildən duplikatura yaratmağa cəhd etmək tamamilə özünü doğrultmur. Müəlliflərin fikrincə, qarın divarını gərilmədən azad edən plastika üsullarından istifadə edilməyən hallarda heç bir əməliyyatın hazırlıq, o cümlədən kompression bandajlarla bir neçə aylıq "məşqlər", əməliyyatdan əvvəl və sonra bağırsaqların sürəkli təmizlənməsi əməliyyatdan sonrakı yırtıq residivlərinin qarşısını ala bilmir. (197)

Yerli toxumalarla hernioplastikanın təklif olunan texnikasının rəngarəngliyinə baxmayaraq, əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların, xüsusən böyük və gıqant ölçülü yırtıqların müalicəsinin nəticələrini qeyri-qənaətbəxş hesab etmək lazımdır. Ənənəvi metodlardan istifadə edərkən residiv tezliyi 35-50% təşkil edir (80).

Alloplastika. Herniologiyada allogen, ksenogen, autogen və sintetik implantatların tətbiqi yeni mərhələnin başlanmasına səbəb oldu. Torlu autotransplantatların tətbiqi inqilabi dəyişikliklərə gətirib çıxardı, belə ki, böyük ölçülü və residiv ventral yırtıqların müalicəsinin radikallığının yüksəldilmə perspektivləri artdı ki, bu da yırtıqlar zamanı qarın divarı toxumalarında əmələ gələn xarakterik morfoloji dəyişikliklərlə təsdiqlənir. Autoplastik metodların istifadəsi yalnız kiçik ölçülü yırtıq defektlərində məqsədəuyğun hesab olunur (1, 9, 12, 14, 16, 26).

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar zamanı alloplastikaya göstərişlər aşağıdakılardır: yırtıq qapısı ölçülərinin böyük olması və bunun nəticəsində əzələ və aponevrozun kənarlarının yaxınlaşdırılmasının, eləcə də duplikaturanın yaradılmasının qeyri-mümkün olması; ağır yanaşı ürək-ağciyər xəstəliklərinin olması (149). Eqiev V.N. s soavt. (2004) fikrincə, əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqları olan xəstələrdə gərilməsiz hernioplastikanın istifadəsi əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların bütün formalarının müalicəsi zamanı məsləhət görülməlidir (79). Gərilməsiz hernioplastika yırtıq residivinin tezliyini, ürək-damar ağırlaşmalarını, xəstələrin müalicə və əməliyyatdan sonrakı reabilitasiya müddətini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır (38).

Alloplastika üçün material. Müasir polimerlər böyük möhkəmliyə, elastikliyə, bioloji və kimyəvi inertliyə, qeyri-toksikliyə, asan sterilizasiya qabiliyyətinə malikdirlər (115, 129, 143, 169). Onların tətbiqi effektivdir, az sayda ağırlaşmalar verir və əməliyyatdan sonrakı infeksiya ağırlaşmalarının inkişaf riski yüksək olan xəstələrdə özünü doğrultmuşdur (10, 187, 191, 219).

Hazırkı dövrdə 3 qrup material məlumdur: polipropilenlər, poliefirlər və politetraftoretlen (PTFE).

Protezlər məsaməliliyinə və məsamələrinin ölçüsünə görə 4 tipə bölünürlər:

I tip: Məsamələrinin diametri böyük olan implantatlar. Bunlara Atrium, Marlex, Prolene və Trelex aid edilir. Bu implantatların məsamələrinin diametri 75 mikrondan böyükdür ki, bu da makrofaqların, fibroblastların, qan damarlarının (angiogenez) və kollagen liflərin məsamələrə daxil olmasına imkan verir.

II tip: Mikroməsamələrə malik protezlər. Bunlara PTFE (Gortex), Surgical Membrane və Dual Mesh aiddir. Bu implantatların məsamələrinin ölçüləri 10 mikrondan kiçikdir.

III tip: Multifilament və ya mikroməsaməli komponentlərə malik olan makroməsaməli protezlər. Bu implantatlara PTFE (Teflon), toxunmuş Dacron

(Mersilene) toru, toxunmuş propilen (Surgipro) toru və perforasiya olunmuş PTFE (MycroMesh).

IV tip: Submikron ölçülü məsamələrə malik biomateriallar. Bunlara Silastic, Cellguard, Preclude prekardial membranı və Preclude Durasubstitute aiddir. Bu materiallar yırtıqların cərrahi müalicəsində istifadə oluna bilməz, lakin I tip biomateriallarla kombinasiya halında intraperitoneal implantasiya zamanı bitişmələrin inkişafının qarşısını alan komponent şəklində istifadə oluna bilər.

Brenner müəyyən etmişdir ki, "Prolene" toru istifadə olunan torlu implantatlar arasında ən yaxşıdır.

1. Prolene gərilməyə qarşı ən böyük davamlılığa, eləcə də Prolene və Mersilene maksimal məsamə ölçülərinə malikdir və digər torlu implantatlarla müqayisədə toxumalara daha yaxşı sirayət edir.

2. Prolene-nin məsamələri maksimal ölçülərə malikdir, Marlix-in məsamələrinin ölçüləri isə nisbətən minimaldır.

3. Polipropilen tor gərilməyə və cırılmaya qarşı maksimal davamlıdır. Prolene Marlex-lə müqayisədə daha möhkəmdir.

Hazırkı dövrdə tətbiq olunan torlar mexaniki yükü böyük sahə boyunca paylayır ki, bu da qarın divarına düşən təzyiğin və bununla da residivlərin sayının azalmasına səbəb olur.

Qeyd edilən üstünlüklərə baxmayaraq, ənənəvi cərrahi torlar izafi sərtliyə malik olur, onların biomexaniki xüsusiyyətləri isə bir qayda olaraq, qarın divarının fiziologiyasına uyğun gəlmir. Öskürmə zamanı maksimal qarındaxili təzyiq 150 mm.c.süt. təşkil etdiyi halda, əksər cərrahi torlar 3-5 dəfə artıq təzyiqə davam gətirmək qabiliyyətinə malikdir. Beləliklə, bu cür implantatların möhkəmliyi kifayət qədər yüksəkdir. Bundan əlavə, birləşdirici toxuma kiçik ölçülü məsamələrə malik torlu implantatın ayrı-ayrı liflərini əhatə edir ki, bu da möhkəm və qeyri-elastiki "çapıq səhfənin" əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Bu isə öz növbəsində qarın divarının elastikliyinə azalmasına səbəb olur. Bu,

xüsusilə əməliyyatdan sonrakı yırtıqların müalicəsində böyük ölçülü torların implantasiyası zamanı vacibdir.

Torun sorulan konstruksiyası, liflərin qalınlığının azlığı və məsamələrin ölçülərinin böyüklüyü – bütün bunlar ona gətirib çıxarır ki, ənənəvi polipropilen torlarla müqayisədə orqanizmdə 70% az yad material qalır (204).

Təklif olunan allomaterialların çoxsaylı olmasına baxmayaraq, yırtıq qapılarının plastikası üçün optimal material məsələsi hələ də həll olunmamış qalmaqdadır. Hazırkı dövrdə alloplastika məqsədilə əsasən aşağıdakı allomateriallardan istifadə olunur (203).

Polipropilen tor - daha çox əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların açıq alloplastikası zamanı populyarlıq qazanmışdır (100, 153, 339). O, toxumalarla yaxşı uyğunluq təşkil edir, möhkəm və nisbətən ucuzdur. Rıbaçkov V.V. s soavt. (2006) polipropilen toru residiv, böyük və gıqant ölçülü əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 60 xəstədə tətbiq etmişlər; əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə, eləcə də 6 ay ərzində residivlər olmamışdır (167). Şebuşev N.Q. s soavt. (2004) polipropilen toru böyük ölçülü və residiv yırtıqları olan 82 xəstədə tətbiq etmişlər. Erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə 16 xəstədə limforeya qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı 3 aydan 16 aya qədər dövrdə 24 xəstəyə baxış keçirilmiş və bu zaman residivlər müəyyən edilməmişdir. Əməliyyatdan 2 il sonra 2 xəstədə torun qopması meydana çıxmışdır. Müəlliflər hesab edirlər ki, böyük ölçülü və residiv ventral yırtıqların plastikası üçün ən optimal transplantat polipropilen tordur (183, 200).

Langer C. et al (2003) Marlex, Gore-Tex və polipropilen torin implantasiyası ilə 180 xəstədə icra edilən alloplastika təcrübəsinə əsasən sonuncunu seçim material hesab edirlər. Polipropilen hazırlanmış müasir torların tətbiqi residivlərin sayını əhəmiyyətli dərəcədə azaltmağa və alloplastikaya göstərişləri genişləndirməyə imkan vermişdir, lakin bu problemi tam həll etməmişdir (309).

PTFE yüksək elastikliyi və möhkəmliyi, infeksiyaya davamlılığı, daxili orqanlara münasibətdə inertliyi ilə fərqlənir. Bir sıra eksperimental və klinik

müayinələrə əsasən PTFE digər sintetik materiallarla müqayisədə daha yaxşı nəticələr göstərir (351). Kochler R.H. et al (2003) PTFE-nin intraperitoneal implantasiyası ilə aparılan laparoskopik hernioplastika keçirmiş 65 xəstədə təkrar əməliyyat zamanı əməliyyat olunanların 91%-də implantat ətrafında bitişmələrin olmamasını və ya minimal bitişmənin olmasını müşahidə etmişlər. Bu zaman ağır adheziya halları aşkar edilməmişdir (354). A.Verbo et al (2004) 44 xəstədə hernioplastika zamanı modifikasiya olunmuş iki səthli PTFE tətbiq edərkən birləşdirici toxumanın torun məsamələrinə erkən sirayət etməsini, adheziyanın zəifləməsini və residivlərin tezliyinin azalmasını müşahidə etmişlər (351).

Vypro – xüsusi olaraq ventral yırtıqların plastikası üçün nəzərdə tutulmuş kompozision tor olub 50% vikrildən və 50% prolendən hazırlanmışdır. Tor yumşaqdır və vikril sorulduqdan sonra polipropilen tordan 70% yüngül olur. İri məsamələri (5 mm) olan torlar arasında bu ən yüngüldür. Bu torun üstün cəhətləri aşağıdakılardır: 1) vikril fermentativ hidroliz nəticəsində 56-70 gündən sonra tamamilə sorulur; 2) prolen bütün implantasiya dövrü ərzində stabilliyin saxlanmasını təmin edir; 3) Vypro tətbiq olunarkən orqanizmdə saxlanan “yad cisimlərin” miqdarı prolen torun istifadəsi ilə müqayisədə 50% az olur; 4) makroməsəmli quruluş möhkəm birləşdirici toxumanın sürətlə sirayət etməsinə gətirib çıxarır; 5) məsamələrin ölçüsü və forması tordan altda yerləşən strukturların vizual nəzarətini təmin edir; 6) asan kəsilir və bu zaman torun kənarları didilmir. (207, 266).

“Esfil” – Rusiya istehsalı (OOO “Linteks”, Sankt-Peterburq) olan polipropilen tordur. Sukovatıx B.S. s soavt. (2004) böyük və gıqant əməliyyatdan sonrakı yırtığı olan 51 xəstədə “Esfil” torundan onlay texnologiyası üzrə istifadə etmişlər. Müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə heç bir halda tor ətrafında seroz mayenin toplanması ilə müşayiət olunan hər hansı iltihabi dəyişiklik aşkar edilməmişdir (200). Surkov V.S. (2005) 72 xəstədə “Linteks” polipropilen torundan istifadə edərkən 21 xəstədə seroma,

1 xəstədə yaranın irinləməsini, 1 xəstədə hematoma, 3 xəstədə isə torun hissəvi ayrılmasını müşahidə etmişdir (205).

“**Ultrapro**” (Ethicon) – polipropilen və monokrildən hazırlanmış yeni növ kompozision torlu protezdir. Bunun tərkibində polipropilenin miqdarı azaldılmışdır. Monokril (poliqlikapron 25) monofilament sintetik sorulan tikiş materialı olub hidroliz prosesinə məruz qalır və implantasiya zonasında minimal kəskin iltihabi reaksiya və fibroz birləşdirici toxumanın artıb çoxalmasını törədir.

Surkov N.A. s soavt. (2004) eksperimental tədqiqatlar apararkən müəyyən etmişlər ki, “Ultrapro” protezinin ətrafında kapsulanın və nazik birləşdirici toxuma çapığının formalaşması əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə baş verir, implantatın ətraf toxumalarla aydın nəzərə çarpan infiltrasiya olunması isə heyvanların qarın divarının biomexanikasına mənfi təsir göstərmir (206).

Polipropilen və PTFE-dən hazırlanmış torlar hazırkı dövrdə geniş yayılmış olsa da (28) təkmilləşdirilmədən çox uzaqdır, belə ki, bir sıra tədqiqatçılar (81, 114, 115) seromaların əmələ gəlməsini, yaranın irinləməsini, fistulanın əmələ gəlməsini, transplantatın ayrılmasını, əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə protezin reduksiyasını, əməliyyat zonasında nevralgianın əmələgəlmə ehtimalını və xəstələrin immun statusunun dəyişməsini qeyd edirlər (97).

Eqiev V.N. s soavt. (2003) müəyyən etmişlər ki, propilen torun implantasiyası zamanı birləşdirici toxuma transplantatın hücrələrinə sirayət etdiyi halda, PTFE-dən istifadə zamanı o protez səfhənin məsamələrinə sirayət etmir, əksinə kapsula əmələ gətirir (82).

Qərb ölkələrində “Gore” (ABŞ) məhsulundan uzun müddət və geniş istifadə olunmasına baxmayaraq, bu protez bizim ölkədə yalnız damar cərrahiyyəsində tətbiq olunur. Ümumi cərrahiyyədə “Gore” endoprotezlərinin tətbiqi ilk növbədə onların qiymətinin Prolene və Surgimesh ilə müqayisədə 3-4 dəfə, rusiya istehsalı məhsullarla müqayisədə isə 7 dəfə baha olması ilə

əlaqədar olaraq məhduddur. Bu endoprotez daha çox plastikliyə malikdir və prolen torlarla müqayisədə yarada modelləşməyə daha asan tabe olur; prolen üçün xarakterik olan “büküş” əmələ gətirmə qabiliyyəti olmadığına görə onu toxumalarda yerləşdirmək və fiksə etmək daha asan və sadədir (103).

Qian Y.L. et al. (2003), 15 xəstədə qarın divarının plastikası məqsədilə **Gore-Tex**-dən istifadə edərək belə bir nəticəyə gəlmişdir ki, bu protez qarın divarının böyük defektlərinin rekonstruksiyası üçün etibarlı və effektiv biomaterialdir (329).

Alloplastika üsulları. Yırtıq defektlərinin bağlanması zamanı implantatın yerləşdirilməsinin üç əsas üsulu mövcuddur (213):

1) İmplantatın aponevrozüstü fiksasiyası – **onlay texnologiya**. Bu metodun çatışmayan cəhəti aponevrozun ön səthinin kifayət qədər geniş açılmasının vacib olmasıdır ki, bu da limfa yollarının zədələnməsinə səbəb olur və əməliyyatdan sonrakı dövrdə uzun müddət seroz və limfatik mayenin ifraz olmasına gətirib çıxarır (179).

2) Peritondan keçməklə fiksasiya variantında implantatın aponevrozaltı yerləşdirilməsi – **inlay texnologiya**. Bu zaman implantatı qarın boşluğu orqanlarından izolə etmək məqsədilə onun perimetri boyunca tikilən böyük piylikdən istifadə olunması məsləhət görülür (9, 37). Periton qarın divarı toxumalarından ayrılaraq bağlandıqdan sonra implantatın peritonönü sahədə fiksə olunması daha məqsədəuyğun hesab edilir (192).

3) Böyük həcmli yırtıqlar zamanı və “gərilməsiz” hernioplastikanın yerinə yetirilməsi tələb olunan hallarda implantatın fiksasiyası aponevrozun kənarları tikilmədən yerinə yetirilir – **sublay texnologiya**. Bu üsulun çatışmayan cəhəti qarının ön divarı əzələlərinin əməliyyata qədərki patoloji mövqeyinin saxlanmasıdır ki, bu da qarının ön divarının bir hissəsinin tənəffüs aktında iştirakının məhdudlaşmasına gətirib çıxarır (199, 211).

Müştərək onlay-inlay texnologiyası – yırtıq qapısının daha etibarlı bağlanması üçün istifadə olunur. Bu zaman 2 allomaterialdan istifadə olunur. Onlardan biri peritonönü sahədə, ikincisi isə dəraltı toxumada yerləşdirilir.

Alloplastikanın uzaq nəticələri. İlk iki metodun uzaq nəticələri praktiki olaraq eynidir (212, 214, 352, 358). Digər müəlliflərin fikrincə implantatı əzələ-aponevroz qatı altında yerləşdirməklə aparılan alloplastika daha yaxşı nəticələr verir (274). Qeyd edilən plastika daha etibarlıdır, belə ki, implantasiya olunan tor qarındaxili təzyiq hesabına qarının ön divarına sıxılır ki, bu da onun möhkəm fiksasiyasını təmin edir. Lakin bu metodla plastika bir qədər mürəkkəb və travmatikdir (348).

Yırtıq defektinin böyük ölçüləri nəticəsində polipropilen protezi tam olaraq aponevrozaltı sahədə yerləşdirmək mümkün olmayan hallarda A.V.Örasov s soavt. (2006) inlay tipli protezlərin kənarlarını retromuskulyar istiqamətdə yerləşdirməklə fiksasiya prinsipini əldə rəhbər tutmaq lazımdır. Yerinə yetirilən korreksiyanın funksional adekvatlığı üçün qarının düz əzələsinin Ramirez metodu üzrə əlavə mobilizasiyasının yerinə yetirilməsi məsləhət görülür ki, bu da intraabdominal hipertenziyanın qarşısını almağa və əmək qabiliyyətinə malik şəxslərin tam reabilitasiyasına nail olmağa imkan verir (248).

Dorox N.N. s soavt. (2004) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan 72 xəstədə polipropilen toru daxili orqanlardan böyük piylik vasitəsilə izolə etmək şərti ilə intraperitoneal yerləşdirmişlər. 11 (15,3%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı yarada ağırlaşmalar: hematoma (1), yaranın infiltratı (6), şəkərli diabetdən əziyyət çəkən 4 xəstədə - dəri tikişlərinin hissəvi çatışmazlığı ilə gedən dərinin kənarı nekrozu meydana çıxmışdır. Bir xəstədə Betsner sindromu inkişaf etmişdir. 2 (2,78%) xəstədə residiv meydana çıxmışdır (33, 153).

Medjidov R.T. s soavt (2004) əməliyyatdan sonrakı gıqant ventral yırtığı olan 43 xəstədə gərilməsiz hernioplastika metodundan istifadə etmişdir. 13 xəstədə ağırlaşma – yaranın irinləməsi – 3 xəstədə, hematoma – 4 xəstədə və infiltrat – 6 xəstədə müşahidə olunmuşdur (147).

Hamy L.E et al. (2003) əməliyyatdan sonrakı gıqant yırtığı ilan 350 xəstədə aponevrotik loskut və dakron toru intraperitoneal yerləşdirmişlər.

Əməliyyatdan sonrakı letallıq 6% təşkil etmiş, 3,1% xəstələrdə residiv meydana çıxmışdır (289).

Əksər müəlliflər hesab edirlər ki, implantatın aponevroz altında yerləşməsi ilə həyata keçirilən kombinə olunmuş üsul daha təhlükəsiz və effektivdir (2, 13, 21, 34). Bu hal T.N.Xafizov i soavt. (2005) tərəfindən aparılan morfoloji tədqiqatlarda öz təsdiqini tapmışdır. Onlar müəyyən etmişlər ki, bu sahədə daha çox nəzərə çarpan damar şəbəkəsi implantasiya olunmuş protezin hücrələrinə sirayət edən yeni birləşdirici toxumanın əmələ gəlməsini və implantasiyadan 4 həftə sonra protezin bütün sahəsi boyunca bərabər paylanmış çapığın formalaşmasını müəyyən edir (44).

Əməliyyatdan sonrakı gıqant yırtıqları olan xəstələrə yardım müalicənin bütün mərhələlərində müəyyən çətinliklərlə müşayiət olunur və buna görə də bir çox cərrahlar əməliyyatın hazırlığa kompleks patogenetik yanaşmanın nə qədər vacib olduğunu qeyd edirlər (47, 50, 52, 67, 209).

Son illər işlənib hazırlanmış hernioplastika üsulları da müəyyən maraq doğurur. Son vaxtlar əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların Ramirez üsulu ilə plastikası geniş istifadə olunmağa başlamışdır (269). Örasov L.V. s soavt. (2006) qarın boşluğu həcmnin reduksiyası ilə müşayiət olunan orta xəttin əməliyyatdan sonrakı gıqant yırtıqları olan xəstələrdə Ramirez üsulu ilə hernioplastikanı optimal hesab edir (248).

Solovğev N.A. s soavt. (2004) əməliyyatdan sonrakı böyük ölçülü və gıqant ventral yırtıqlar zamanı aşağıdakı taktikanı tətbiq etmişlər. Yırtıq kisəsi ətraf toxumalardan ayrıldıqdan sonra orta xətt boyunca açılır (xaric edilmir) və daxili orqanlardan azad edilir. Mümkün qədər qarın boşluğunda adheziolizis həyata keçirilir. Sonra kəsilmiş yırtıq kisəsinin kənarları əks tərəfin ayrılmış aponevrozunun kənarına tikilməklə qarın divarının çoxqatlı plastikası yerinə yetirilir. Onların arasına torlu protez yerləşdirilir və bütün perimetri boyu aponevroza tikilir. Ağırlaşma və residivlər (3 aydan 3 ilə qədər dövrdə) qeyd edilməmişdir. (196, 197).

Ermolov A.S. s soavt. (2004) əməliyyat növünü seçmək üçün kompüter hernioabdominometriyanı – əzələ-aponevrotik diastazanı ləğv etməyi və ya adekvat əzələ-aponevroz diastazasını saxlamağı, həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağı və qarın presini təmin edən qarın divarı funksiyasını hissəvi bərpa etməyi nəzərdə tutan korreksiyanı təklif edir. Qarın boşluğunun və yırtığın həcmi ölçülərək müqayisə olunur, yırtıq həcmnin qarın boşluğu həcminə nisbəti faizlə hesablanır. Onların verdiyi məlumatlara görə, yırtığın nisbi həcmi 18%-dən yuxarı olmayan hallarda, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ciddi tənəffüs pozğunluğu müşahidə olunmur, 18%-dən yuxarı olan hallarda isə qarın divarında rekonstruktiv əməliyyatlar mümkün olmur, belə ki, qarındaxili və döş qəfəsi daxili təzyik kritik həddə qədər yüksəlir (83, 85, 86).

Müxtəlif hernioplastika üsullarının effektivliyinə dair kifayət qədər ziddiyyətli məlumatlar vardır. Vafin A.Z. s soavt. (2004) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan 189 xəstədə yırtıq qapısının plastikasını apararkən 19 (10,1%) xəstədə - yerli toxumalarla plastikadan sonra 18 (17,5%), alloplastikadan sonra isə 1 (1,5%) xəstədə residivlər müşahidə etmişlər. Yerli toxumalarla plastikadan sonra letallıq 5,8% (6 xəstə) təşkil etdiyi halda, alloplastikadan sonra letal nəticə olmamışdır (38).

Xrəçkov V.V. s soavt. (2004) 54 xəstədə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların yerli toxumalarla plastikasını yerinə yetirərkən 2 xəstədə (3,7%) residivə rast gəlmişlər (231).

Cordache N., Lorgulescu A (2001) əməliyyatdan sonrakı yırtığı olan 604 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələrinə əsaslanaraq belə bir nəticəyə gəlmişlər ki, alloplastika zamanı əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə ağırlaşmaların çox olmasına baxmayaraq, xüsusən allomaterialın retromuskulyar yerləşməsi zamanı onun uzaq nəticələri autoplastikadan daha yaxşıdır (17, 18, 219, 331).

Vinnik Ö.S. s soavt. (2008) W1 (SWR təsnifatı üzrə) yırtıqları olan xəstələrdə onlay texnologiyadan, W2, W3 zamanı sublay texnologiyadan, W4 və W5 yırtıqlar zamanı isə inlay texnologiyadan istifadə etmişlər. Qarın

divarının anatomik komponentlərinin ayrılmasına əsaslanan Ramirez metodunu W5, S və R yırtıqlar zamanı, aponevroz defektinin ölçüləri eninə istiqamətdə 25 sm-dən yuxarı olduqda həyata keçirmişlər. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ağırlaşmalar və letal nəticələr müşahidə olunmamışdır. Bir ildən sonra yırtıq residivi aşkar edilməmişdir (40, 41).

Langer C. et al. (2003) ventral yırtığı olan 180 xəstədə yerinə yetirilmiş hernioplastikanın müxtəlif texnologiyalarını müqayisə edərək belə bir nəticəyə gəlmişlər ki, onlay texnologiya ilə müqayisədə sublay texnologiya ağırlaşmaların sayı az olduğuna görə daha effektivdir, autodermoplastika və inlay texnologiya isə artıq köhnəlmişdir (309).

Ədəbiyyatlardan əldə olunan məlumatları ümumiləşdirərək belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, böyük və gıqant ölçülü əməliyyatdan sonrakı yırtıqların müalicəsi zamanı seçim metod sintetik torlu implantatın tətbiqi ilə həyata keçirilən alloplastikadır (54, 66, 70, 95, 99). Alloplastika yaxşı yaxın (121, 140, 141, 237) və uzaq nəticələr (35, 112, 121, 212, 238, 279) əldə etməyə, həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa imkan verir ki, bu da gıqant yırtıqları olan xəstələr kateqoriyası üçün xüsusilə vacibdir (282).

Alloplastikanın əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalarının profilaktikası.

Ədəbiyyatların verdiyi məlumatlara görə, qarının ön divarının yırtıqlarının müalicəsi zamanı ağırlaşmalara 9,6-13,8%-dən (148) 30-40%-ə qədər rast gəlinir (163).

Gərilməsiz alloplastika zamanı allomateriallardan istifadə olunması residivlərin sayını əhəmiyyətli dərəcədə azaltsa da, alloplastikadan sonra yaranın və allomaterialın infeksiyalaşması, bağırsağ fistulası və seroma kimi ağırlaşmaların inkişafı haqqında məlumatlar vardır (310).

Eqiev V.N. s soavt. (2004) verdiyi məlumata görə, əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığa görə alloplastika keçirmiş 145 xəstədə ağırlaşmalar - əməliyyatdan sonrakı yaranın hematoması – 3 (2,06%), əməliyyatdan sonrakı infiltrat – 3 (2,06%), qarının ön divarının irinləməsi – 3 (2,06%), yırtığın residivi – 4 (2,75%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Onlay texnologiya ilə

alloplastikadan sonra 21 xəstədə və inlay texnologiyası üzrə polipropilen torun implantasiyası icra olunmuş 5 xəstədə dərialtı piy toxuması aktiv drenajlarla drenləşdirilmişdir ki, bunlar da 6-7 gündən tez olmayaraq, yaradan xaric olan ifrazatın debiti 30 ml/gün-ə qədər azaldıqdan sonra xaric edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalara 4 xəstədə rast gəlinmişdir: 2 xəstədə meydana çıxan seroma konservativ tədbirlərlə, 2 xəstədə isə hematoma təkrari cərrahi müdaxilə hesabına aradan qaldırılmışdır (78, 82).

Siveü N.F. s soavt. (2004) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan 34 xəstədə polipropilen tor implantasiya etməklə alloplastika icra etmişlər. 5 (14,7%) xəstədə ağırlaşmalar - yara infiltratı 3, yaranın irinləməsi isə 2 xəstədə müşahidə olunmuşdur. Torun ayrılması halı olmamış, yaralar konservativ tədbirlərdən sonra sağalmışdır (187).

Usov S.A və Nosov V.Q. (2004) əməliyyatdan sonrakı yırtıqların alloplastikasının infeksiyon ağırlaşmalarının profilaktikası üçün özlərinin hazırladıqları variantda sublay metoddan – izoləedici intraabdominal allohernioplastikadan istifadə etmişlər. Bu məqsədlə yırtıq qapısının əhatəsi boyunca, onun kənarından 5 sm məsafədə böyük piylik düyünlü tikişlərlə parietal peritona tikilmiş və qarın boşluğu orqanları protezin yatağından izolə olunmuşdur. “Esfil” (Linteks firması) torlu polipropilen protezindən istifadə edilmişdir. Bu metod tətbiq olunmuş 50 xəstənin heç birində ultrasəs müayinədə transplantatın yatağında maye toplantısı aşkar olunmamışdır ki, bu da böyük piyliyin yüksək rezorbtiv funksiyasının olması ilə izah edilir. Dərialtı irinləməyə yalnız bir xəstədə (2%) rast gəlinmişdir. Müəlliflərin fikrincə, bu üsul ən təhlükəli əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmanın – qarın boşluğunda absesin formalaşmasının qarşısını etibarlı almağa imkan verir (198, 201).

Krasilitkor D.M. s soavt. (2004) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlara görə əvvəllər alloplastika əməliyyatı keçirmiş 19 xəstədə residiv yırtıq münasibətilə inlay texnologiya üzrə alloplastika icra edərkən 9 xəstədə (47,4%) ağırlaşma müşahidə etmişlər: 7 xəstədə seroma, 1 xəstədə

hipostatik pnevmoniya və 1 xəstədə aşağı ətrafların dərin venalarının flebotrombozu (222).

Feleştinskiy Ə.P. s soavt. (2007) 23 xəstədə gıqant əməliyyatdan sonrakı yırtığa görə hernioplastikanı öz klinikalarında (Kiyev qarın yırtıqlarının cərrahiyyə mərkəzində) işlənilib hazırlanmış və yırtıq qapısı kənarlarını yaxınlaşdırmadan ikiqat polipropilen torun istifadəsinə əsaslanan üsulla yerinə yetirmişlər. Müəlliflərin fikrincə, bu qarın boşluğunun həcmi kiçiltməkdən çəkinməyə imkan verir, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ürək-ağciyər çatışmazlığının inkişafının qarşısını alır, yırtıq defektinin mexaniki olaraq möhkəm bağlanmasını təmin edir (224).

Krasilğnikov D.M. s soavt (2004) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların alloplastikasından sonra yara ağırlaşmalarının profilaktikası məqsədilə onun əsas prinsiplərinə əməl olunmasını vacib hesab edir. Bu prinsiplərə alloplastik materialın inlay və sublay texnologiya ilə yerləşdirilməsi, antibiotikoprofilaktika, dərialtı toxumanın adekvat drenləşdirilməsi, elastiki bandaj gəzdirmə, ultrasəs skannerin nəzarəti altında seromaların punksiyası aiddir (124).

Allohernioplastikanın ən çox rast gəlinən ağırlaşması seromadır. Ona implantatın aponevrozüstü yerləşdirilməsi zamanı daha tez-tez müşahidə olunur və 17,6% xəstələrdə rast gəlinir (97).

D.A.Abdullayev, R.V.Qurbanov (2004) seroma aşkar olunan hallarda ultrasəs skannerləşdirmənin nəzarəti altında onun punksiyasını həyata keçirmək, sonra isə drenləşdirməyi və ya seroma boşluğuna nazik rezin buraxıcı yeritməyi təklif edirlər (6).

Timoşin A.D. s soavt. (2006) ultrasəsin nəzarəti altında təkrari punksiyaların yüksək effektiv olduğunu qeyd edirlər (212).

Bir çox müəlliflər seromanın əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədilə alloplastika əməliyyatından sonra yaranın drenləşdirilməsini məqsədəuyğun hesab edirlər (177, 211).

Vinök Ö.S. s soavt. (2008) sublay və inlay texnologiyalar zamanı bütün hallarda aponevrozaltı sahə, onlay texnologiya zamanı isə dərialtı piy qatı drenləşdirilmiş, "Univac" sistemindən istifadə etməklə 5-6 günə qədər Redon metodu ilə aktiv aspirasiya olunmuşdur. Gün ərzində 50 ml-dən az ifrazatın xaric olması drenajın xaric edilməsi üçün göstəriş olmuşdur (40).

Darvin V.V. s soavt. (2004) onlay texnologiya zamanı aponevrozaltı sahəni drenləşdirərək Redon metodu ilə aktiv aspirasiya həyata keçirmişlər (61-64).

Xəstələrin həyatı üçün ən ciddi təhlükəni əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə inkişaf edən və planlı yırtıq əməliyyatlarından sonra 0,5-7% hallarda letallığın səbəb olan tromboembolik ağırlaşmalar təşkil edir (110, 135, 187, 191, 201). Verilmiş halda risk qrupuna ürək-damar sisteminin xəstəliklərindən, piylənmədən, şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələr aid edilir (188, 340, 342). Tromboembolik ağırlaşmalar riski xüsusilə böyük ölçülü və gıqant ventral yırtığı olan xəstələrdə daha yüksəkdir ki, bu da artmış qarındaxili təzyiq fonunda ümumi bud venasında venoz qan dövranının sürətinin zəifləməsinə gətirib çıxaran abdomino-kaval nasosun zədələnməsinin nəticəsi kimi izah edilir (43, 135). Bu, aşağı molekullu heparinlərin, aşağı ətrafların kompression elastiki bintlənməsini, əməliyyatdan sonra xəstələrin erkən aktivləşdirilməsini, bir sıra hallarda isə profilaktik olaraq kava-filtrlərin qoyulmasına qədər tədbirləri özündə cəmləşdirən kompleks antitrombotik profilaktikanın aparılmasının vacibliyini təyin edir (26, 27).

Antropova N.V (2004) bütün yuxarıda sadalanan amillərin təsirini tədqiq etməklə ümumiləşdirərək risk indeksinin riyazi göstəricisini çıxarmışlar (18), U.Z.Zaqirova (2007) isə operativ müdaxilənin planlaşdırılması zamanı nəzərə alınması vacib olan risk dərəcəsini qiymətləndirməyi təklif etmişdir (32).

Bir sıra tədqiqatçılar qeyd edir ki, qarın divarı defektinin plastikası zamanı əsas tikiş xəttinin cırılmasına səbəb olan əhəmiyyətli gərginlik yaranır (68, 108, 208). Pavlenko V.V. (2004) işlərində intraoperasion tenziometrik və fzuorometrik tədqiqatlarla sübut etmişlər ki, tikiş nahiyəsində dartılma

göstəricisi 3 kqs-dan çox olan hallarda mikrosirkulyator blok və işemik pozğunluqların meydana çıxması nəticəsində toxumalarda qan təchizatı kəskin pozulur (157, 158). Müəllif qeyd edilən göstəricini maksimal yol verilən hədd kimi qəbul etməyi məsləhət görürlər. Elə bu tədqiqatlarda göstərilir ki, orta ölçülü defektlərin yerli toxumalarla hernioplastikası zamanı dinamometrik göstəricilər 2,7-3,6 kqs, böyük ölçülü yırtıqlar zamanı 3,2-5,2 kqs, gıqant ölçülü yırtıqlar zamanı isə 3,7-82 kqs intervalında dəyişir. Qeyd edilən nəticələrdən belə bir çıxarış etmək olar ki, yerli toxumalardan istifadə etməklə qarının ön divarının defektlərinin plastikasına yalnız kiçik, bəzi hallarda isə orta ölçülü ventral yırtıqlarda yol verilə bilər.

Müasir sintetik materialların xüsusiyyətləri onları qarın divarının iltihabi dəyişikliklərinin, liqatur fistulalarının, bağırsağ fistulalarının, boğulmuş yırtıqların, ağırlaşmış kəskin bağırsağ keçməməzliyinin olması şəraitində istifadə etməyə imkan verir (15, 41, 106, 227). Sintetik implantatların tətbiqi istənilən ölçülü, o cümlədən kiçik və orta ölçülü ventral yırtıqların müalicəsində residivlərin olmamasına zəmanət vermir. Residivlərin rastgəlmə tezliyi hələ də yüksək olaraq qalmaqdadır və müxtəlif müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə, "gərilməsiz" variant hernioplastikadan istifadə olunmasına baxmayaraq 13,5%-dən 44%-ə qədər dəyişir (99, 103, 200). Autoplastika metodlarından istifadə edərkən əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların residivləri 4,6%-ə (213) çatır. Bu zaman yırtıq şişkinliyinin ölçüsü nə qədər böyükdürsə, residivlərin tezliyinin faizi də bir o qədər böyük olur (50, 87, 213, 232). Əməliyyatdan sonrakı gıqant ventral yırtıqlara görə icra edilən əməliyyatlardan sonrakı residivlərin tezliyi 40,5%-dən 92%-ə qədər dəyişir (62, 64, 67, 70, 91).

Yırtıqların residiv verməsinin əsas əhəmiyyət kəsb edən amillərinə yırtığın ölçüsü aiddir (residiv yırtığın tezliyi kiçik ölçülü yırtığı olan xəstələr qrupunda 31,3%-dən böyük və gıqant ölçülü yırtığı olan xəstələr qrupunda 64%-ə qədər). İstənilən əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarda toxumalarda həmişə zəif elastikliyə və möhkəmliyə malik çapıq toxuması ilə əvəzlənməyə gətirib

çıxaran bu və ya digər dərəcədə degenerativ dəyişikliklər baş verir (67, 91). Aponevrozun dartılması mikrosirkulyasiyanı əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirir, degenerativ prosesləri dərinləşdirir ki, bu da lokalizasiyasından asılı olmayaraq böyük və gıqant ölçülü ventral yırtıqlarda daha aydın dərəcədə nəzərə çarpır (263).

4. Hernioplastikadan sonra qarının ön divarının ultrasəs

skannerlənməsi

Alloplastikanın praktikaya geniş tətbiqi ilə əlaqədar olaraq yara ağırlaşmalarının sayı artmışdır ki, onların da erkən diaqnostikası və adekvat müalicəsi bir çox cəhətdən əməliyyatın effektivliyini müəyyənləşdirir. Son vaxtlar bu məqsədlə yara prosesinin gedişini müşahidə etmək üçün ultrasəs skannerlənməsindən geniş istifadə olunur. Hernioplastikadan sonra qarının ön divarının ultrasəs skannerlənməsi yara prosesinin gedişini qiymətləndirməyə və inkişaf edən ağırlaşmanı erkən aşkar etməyə imkan verir. Əməliyyat zonasının ultrasəs mənzərəsinin xüsusiyyəti müdaxilənin növü və həcmindən, eləcə də hernioplastika üsulundan çox asılıdır (79). Bir çox tədqiqatçılar hernioplastikadan sonrakı erkən yara ağırlaşmalarının vaxtında aşkar olunmasında, onun qarşısının alınması və müalicəsində dinamik ultrasəs skannerlənmənin yüksək effektivliyi barədə məlumat verirlər (104, 119, 358).

İzmaylov S.Q. s soavt. (2004) müəyyən etmişlər ki, hernioplastika nahiyəsində toxumaların exostrukturunun kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərinin təyin edilməsi yara prosesinin gedişinə obyektiv nəzarət etməyə, yaranın irinli ağırlaşmalarının inkişafının qarşısını almağa və proqnozlaşdırmağa imkan verir (104).

Əməliyyatdan sonra yara zonasında ultrasəs skannerlənmədə vizualizə olunan əlavə törəmələr 3 qrupa bölünür (81): 1) yad cisimlər – buraya allomaterial, drenaj borular, liqaturalar, qaz qovuqları aiddir; 2) yara prosesinin gediş variantını və mərhələliyini – seromanın, hematomanın,

absesin, fleqmonanın əlaməti olan məhdud və qeyri-məhdud maye toplantısını; infiltratı, eləcə də qarının ön divarının qranulomalarını xarakterizə edən törəmələr; 3) əməliyyatdan sonrakı dövrün qeyri-iltihabi ağırlaşmaları – bağırsaq ilgəyi, piy toxuması, eventrasiya və yırtıq residivi nəticəsində qarın divarı daxilində aşkar olunan digər orqanlarla əlaqədar olan başqa strukturlar.

Lakin alloplastikadan sonra yara ağırlaşmalarının diaqnostikası və müalicəsi üçün ultrasəs skannerlənmənin dəyəri haqqında məlumatlara tək-tək rast gəlinir və bu problemin növbəti işlənməsinə və təkmilləşdirilməsinə ehtiyac vardır (104).

FƏSİL 2. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar və piylənmə

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin xarakterik xüsusiyyətlərindən biri onlarda piylənmənin olmasıdır. Piylənmə normal bədən çəkisinin 20% və daha çox artması ilə müşayiət olunan orqanizmdə artıq miqdarda piy toxumasının toplanmasına deyilir. Piylənmə cərrahiyyəsinin beynəlxalq federasiyasının (İFSO, 1997) anlayışına görə, “piylənmə - orqanizmdə çoxlu miqdarda piyin toplanması nəticəsində meydana çıxan xroniki, ömürlük, çoxfaktorlu, genetik əlaqəli, həyat üçün təhlükəli olan xəstəlikdir ki, bu da ciddi tibbi və sosial-iqtisadi nəticələrlə müşayiət olunur”. (117, 119).

Rusiya TEA-nın qidalanma institutunun verdiyi məlumatlara görə, Rusiyada piylənmə və izafi bədən çəkisi uyğun olaraq əmək qabiliyyətinə malik şəhər əhalisinin orta hesabla 30%-də və 25%-də rast gəlinir (131). Bu patologiyanın uşaq və yeniyetmələr arasında yayılması ciddi narahatlıq törədir. ÜST ekspertləri güman edirlər ki, piylənmə epidemiyası yayılmaqda davam edəcəkdir, izafi bədən çəkisinə malik xəstələrin sayı isə 2025-ci ilə qədər iki dəfə artacaqdır (132).

Çoxsaylı epidemioloji tədqiqatlarda bədən çəkisi indeksi (BÇİ) ilə izafi bədən çəkisinə malik xəstələrin xəstələnmə və ölüm riski arasında dəqiq korrelyasiya aşkar olunmuşdur (154, 181, 182). İzafi bədən çəkisi II tip şəkərli diabetin inkişafı üçün ən güclü risk faktorudur; bu xəstəliyi olan xəstələrin 90%-i piylənmədən əziyyət çəkir (8, 20, 33, 251). Piylənməsi olan xəstələrdə koagulyasiya amillərinin artması, fibrinolitik sistemin tormozlanması, damar divarının antitrombotik potensialının azalması və qanın laxtalanma sisteminin koagulyasion aktivliyinin artması ilə əlaqədar olan pretrombotik vəziyyətə meyilliyin olması müəyyən edilmişdir (24, 135, 159). Qadınlarda piylənmə anovulyasiya tezliyinin artması, menstrual siklin pozulması (43), cinsiyyət hormonlarının sekresiyasının pozulması ilə əlaqədar olan sonsuzluq (61, 65), endometriyumun hiperplaziyası və polipozu ilə müşayiət olunur, eləcə də

endometriyumun, uşaqlıq boynunun, yumurtalıqların, süd vəzilərinin xərçənginin inkişaf riski 10 dəfə artır (65, 75, 101, 112, 126, 131, 180).

Piylənmə arterial hipertenziyanın, hiperlipidemiyanın, aterosklerozun, ürəyin işemik xəstəliklərinin, insulindən asılı olmayan şəkərli diabetin inkişafı üçün yüksək risk faktorudur. Piylənmə ilə əlaqədar olan kompleks ("klaster") pozğunluqlar metabolik sindroma aid edilir (112, 126, 131, 255).

Bu poligen simptomokompleks ayrıca məfhum kimi 1966-cı ildə Camus tərəfindən "metabolik trisindrom" adı altında təsvir edilmiş, sonradan Henfeld və Leonard tərəfindən "metabolik sindrom" adlandırılmışdır (180-182, 280, 331).

Piylənmə ilə birgə təsadüf olunan cərrahi patologiyalardan ən çox rast gəlinəni ventral yırtıqlar, öddaşı xəstəliyi, qastroezofageal reflüks xəstəliyi və diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığıdır (8, 20, 33, 43, 265, 270, 281,312).

Hazırkı dövrdə piylənməyə kosmetik deyil, sosial problem kimi baxılır və izafi çəkinin korreksiyası profilaktik təbabətin ən vacib məsələlərindən biridir (265, 322).

Piylənmənin tipini qiymətləndirmək, piy toxumasının kəmiyyətə paylanmasını təyin etmək üçün qurşaq dairəsinin (QD), eləcə də qurşaq və bud dairəsinin (BD) nisbətini (QD/BD) təyin edilməsindən istifadə olunur. Abdominal piylənmə meyarı qurşaq dairəsinin qiymətinin kişilərdə 94 sm-dən, qadınlarda isə 88 sm-dən çox olması ilə xarakterizə olunur (280). QD/BD nisbətini qadınlarda 0,85, kişilərdə isə 1,0-dan yuxarı olması zamanı piylənmə abdominal hesab edilir (8, 20).

Hazırkı dövrdə bütün dünyada piylənmənin 1997-ci ildə ÜST tərəfindən məsləhət görülən və bədən çəkisi indeksinə əsaslanan təsnifatından istifadə olunur (cədvəl 1). Bədən çəkisi indeksi (BÇİ) bədən çəkisinin (kq) boyun kvadratına (m^2) olan nisbəti kimi hesablanır (154).

Müxtəlif dərəcəli piylənməsi olan xəstələr əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan bütün xəstələrin 50-70%-ni təşkil edir. Bu kateqoriyadan olan qadınlar kişilərdən 2-4 dəfə çoxdur (180, 182, 209, 265).

Cədvəl 1.
Bədən çəkisi indeksi (BÇİ) üzrə bədən çəkisinin təsnifatı (ÜST, 1997)

Piylənmənin tipi	BÇİ (kq/m ²)	Yanaşı xəstəliklərin riski
Bədən çəkisinin defisiti	18,5-dən az	Digərlərinin riski var
Normal bədən çəkisi	18,5-24,5	Adi
İzafi bədən çəkisi	25,0-29,9	Artmış
I dərəcəli piylənmə	30,0-34,9	Yüksək
II dərəcəli piylənmə	35,0-39,9	Çox yüksək
III dərəcəli piylənmə	40-dan yuxarı	Həddən artıq yüksək

Piylənmə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların əmələ gəlməsinə və residivinə səbəb olan ən vacib faktorlardan biridir (270, 281, 285, 312). Piylənmə bir tərəfdən yırtığın əmələ gəlməsinə şərait yaradır, digər tərəfdən isə mövcud olarkən onu progressivləşdirir (33, 39).

Piylənmənin yırtığın və residivin əmələ gəlməsində vacib faktor olduğu bir çox müəlliflər (43, 61, 65, 101, 117) tərəfindən qeyd edilir. Statistik olaraq sübut olunmuşdur ki, I dərəcədən yüksək olan piylənmə yürtüq residivinin əhəmiyyət kəsb edən faktorudur (119). İ.V.Antonenko s soavt. (2005) verdiyi məlumata görə qadınlarda residiv yırtıqların səbəbləri arasında piylənmə 82% olmaqla birinci yeri tutur (17). Xroniki qəbizlik, ağciyərlərin öskürəklə müşayiət olunan xroniki obstruktiv xəstəlikləri kimi patoloji vəziyyətlər zamanı qarındaxili təzyiq dəyişir və qarındaxili təzyiqlə qarın divarının möhkəmliyi arasındakı dinamik tarazlıq pozulur. Qarın divarının anatomik zəif nöqtələrində yırtıq şişkinliyinin əmələ gəlməsinə səbəb olan patoloji dəyişikliklər inkişaf edir (18, 19, 312). Qarının ön divarının yarasında əməliyyatdan sonrakı yara ağırlaşmalarının inkişafı da yırtıq residivinin vacib faktorlarından hesab olunur (6, 10, 13, 49, 97).

Beləliklə, xəstədə piylənmə olan hallarda yüksək qarındaxili təzyiq, əzələ və aponevrozun nazılması və piy toxuması ilə əvəzlənməsi, onların yığılma və

karkas funksiyasının itməsi, piy toxumasının tikişlər arasına interpozisiyası, əməliyyatdan sonrakı yarada reperativ proseslərin pozulması, yara və hemokoaqulyasion ağırlaşmaların inkişafı kimi bir sıra mənfi meyltörədici faktorlar mövcud olur ki, bunlar da yırtığın və ya onun residivinin əmələ gəlməsinə şərait yaradır.

FƏSİL 3. Herniologiyada abdominoplastika məsələsinin müasir vəziyyəti

Ventral yırtıqların cərrahiyyəsi yuxarıda qeyd edilən problemlə yanaşı həm də estetik plana daxil olan məsələni həll etməyə çalışmalıdır. Hazırkı dövr üçün xarakterik olan əhalinin estetik sorğularının yüksəlməsi xəstələrin cəlbedici, şux bədən quruluşu və fiqurası, bədənin təbii forması və konturlarına malik olmaq istəyi ilə əlaqədardır (117, 267). Yırtığı olanlar adətən qarnın deformasiyasından əziyyət çəkir ki, bu da hətta əməliyyat olunanlarda əməliyyatdan sonrakı çapıq şəklində saxlanır. İzafi bədən çəkisi, qarın divarında “dəri-piy” örtüyü formalaşdıran piy toxumasının toplanması olan xəstələrdə cərrahlar bir sıra problemlər kompleksini həll etməklə üz-üzə qalırlar. Yırtığın ləğvi, qarnın konturlarının normallaşdırılması, onun ölçülərinin kiçildilməsi, izafi çəkinin itirilməsi xəstələrə keyfiyyətli həyat şəraitinə qayıtmağa kömək edir (164, 278). Buna görə də qarnın ön divarının plastikası hazırkı dövrdə təkcə cərrahi deyil, həm də böyük sosial əhəmiyyət kəsb edir (13, 198, 346).

Müasir anesteziologiyanın, reanimatologiyanın, cərrahiyyənin nailiyyətləri simultan əməliyyatlara marağın daim yüksəlməsinə səbəb olur

(39, 117, 164). Ventral yırtıqların cərrahi müalicəsi zamanı estetik abdominoplastikanın elementlərindən istifadə olunması böyük maraq kəsb edir. Estetik nəticələrə tələbatların artması, piylənməsi olan xəstələrin sayının artması, cərrahi və anestezioloji xidmətlərin yaxşılaşması bu istiqamətin inkişafının vacibliyini şərtləndirir (13, 188, 189, 267).

Ventral yırtıqların cərrahi müalicə probleminə külli miqdarda müxtəlif işlər həsr olunmuşdur. Estetik abdominoplastikanın tarixi kifayət qədər gəncdir, lakin bu məsələ də artıq 100 ildən artıqdır ki, vətən və əcnəbi ədəbiyyatlarında kifayət qədər geniş işıqlandırılmışdır. Bizim təhlil etdiyimiz ədəbiyyatlarda ventral yırtıqların ləğvi ilə birgə abdominoplastikanın istifadəsinə az-az rast gəlinir.

S.İ.Xudaərov (2006) yırtığın ləğvi zamanı aponevroz üzərinə düşən statik yükü azaltmaq məqsədilə bəzi xəstələrdə dəri-piy “örtüyünü” xaric etmiş və bu zaman qarının ön divarının dəri-piy loskutunun yuxarı kənarını dərin qatlardan ayırmamışdır (64). P.F.Əqopkin (2005) qarının ön divarının sallanması olan xəstələrdə cərrahi texnologiyaya fərdi yanaşmanın tətbiqinə və diqqətli əməliyyatın hazırlığının aparılmasının vacibliyinə xüsusi diqqət yetirirlər (250). Onlar qeyd edirlər ki, “örtük” şəklində izafi dəri-piy loskutunun kəsilərək xaric edilməsi xəstənin aktivləşməsinə və hemostazın bəzi göstəricilərinin stabilləşməsinə səbəb olur. Digər tədqiqatçılar (267, 278) xüsusilə ventral yırtıqlar zamanı transplantatlardan geniş istifadəsini, dəri-piy abdominal loskutunu maksimal mobilizasiyasını məsləhət görür və bu zaman əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə ağırlaşmaların minimal olduğunu qeyd edirlər. Bu problemlə məşğul olan müəlliflər (32, 58, 128) diqqəti heç də az vacib olmayan amilə - aponevroza, eləcə də ventral yırtığa görə əməliyyatdan sonrakı tikişlərə daim statik yük yaradan ağır dəri-piy örtüyünə ayırmağı və qeyd edilən əməliyyatı estetik abdominoplastika ilə tamamlamağı məsləhət görürlər. Bu zaman onlar yırtıq qapısının ölçüləri nəzərə alınmaqla plastika məqsədilə ya yerli toxumalardan, yaxud da aponevrozun autodernatoplastikasından istifadə etmişlər. Əksər hallarda qarın divarının

radikal rekonstruksiyası icra edilir. Qarındaxili təzyiqin dəyişilməsi aponevroz üzərində kəsiklərin aparılması ilə həyata keçirilir. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalara 24,6% xəstələrdə rast gəlinmişdir (148).

Simultan əməliyyatların tərəfdarları olan bir çox müəlliflər (267, 278, 346) qeyd edirlər ki, bu tip əməliyyat olunanlarda yaxın və uzaq ağırlaşmaların sayı ventral yırtığa görə icra olunan adi əməliyyatlardan çox olmur. Bu ağırlaşmalar arasında seromaya, hematomaya, kənarı işemik nekrozlara, irinləməyə nisbətən çox rast gəlinir.

Yanaşı cərrahi patologiyanın birmomentli ləğv edilməsi rekonstruktiv hernioplastikanın radikallığını yüksəltməklə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayının artmasına səbəb olmur ki, bu da müştərək əməliyyatlara göstərişləri genişləndirməyə imkan verir. Bu əməliyyatlar böyük sosial-iqtisadi əhəmiyyət kəsb edir, cərrahi çarpayının məşğulluğunu kəskin azaltmağa və bir xəstənin müalicəsinə sərf olunan xərcləri azaltmağa imkan verir (1, 14, 158). “Yüksək risk” qrupuna daxil olan xəstələr xüsusi yanaşma tələb edir. Bir qayda olaraq, onlara cərrahi müalicədən imtina edirlər. Adətən bu şəxslər yırtıqla yanaşı aydın nəzərə çarpan piylənmədən əziyyət çəkirlər və böyük dəri-piy örtüyünə malik olurlar; 76,5% hallarda ürək-damar sisteminin, 23,5% xəstələrdə tənəffüs sisteminin, 35,2% xəstələrdə endokrin sistemin, 100% xəstələrdə mədə-bağırsaq traktının, 17,6% xəstələrdə sidik-cinsiyyət sisteminin müxtəlif pozğunluqları aşkar edilmişdir. Dermolipektomiya və qarın divarı defektinin plastikası üçün polimer materiallardan istifadə etməklə aparılan yırtığın ləğvi əməliyyatlarının birgə həyata keçirilməsi zamanı müəlliflər yalnız 5,8% xəstələrdə yırtığın residivinə, 23,5% xəstələrdə isə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalara rast gəlmişlər ki, bu da qeyd edilən kateqoriyadan olan xəstələrdə sintetik protezlərin istifadə imkanları haqqında müəyyən təsəvvür yaratmağa imkan verir (32, 190).

Ventral yırtıqların ləğvi və abdominoplastika elementlərinin birgə tətbiqinə həsr olunmuş əksər işlər bir çox hallarda təsviri xarakter daşıyır, qeyd edilən kombinasiyanın üstünlüyü barədə az məlumat verir. Lakin bu cür

işlər hər bir xəstənin fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə almaya bilməz və verilmiş simultan əməliyyatın istifadəsinə göstərişləri formalaşdırmağa, eləcə də onun nəticələrini proqnozlaşdırmağa qadir deyildir. Abdominoplastikanın köməyi ilə hernioplastikanın nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verən mexanizmləri daha ətraflı öyrənmək vacibdir. Bununla əlaqədar olaraq, abdominoplastikanı və ventral yırtıqların cərrahi müalicəsini birgə tətbiq etmək üçün dəqiq göstəriş və əks göstərişlərin işlənilib hazırlanması həddən artıq vacibdir. Bu məsələlərin yerinə yetirilməsi şübhəsiz ki, xəstələrin müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmağa səbəb olacaqdır. (39, 117).

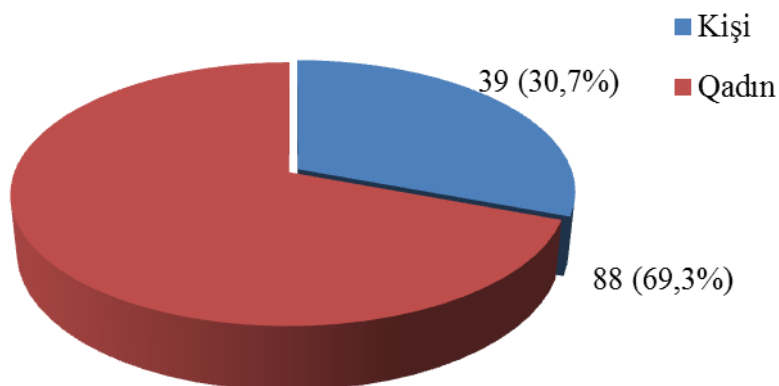
Əməliyyatdan sonrakı böyük və gıqant ventral yırtıqları və piylənməsi olan xəstələrin cərrahi müalicəsindən sonra həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsinin bu qədər vacib olduğuna baxmayaraq, bu problemin öyrənilməsinə həsr olunmuş işlərə tək-tək rast gəlinir. Müxtəlif allomaterialların implantasiyası ilə həyata keçirilən müxtəlif texnologiyalı alloplastikadan sonra bu xəstələrin həyat keyfiyyətini abdominoplastika və ya dermatolipektomiya ilə müştərək aparılan xəstələrin həyat keyfiyyəti ilə müqayisə edən işlərə rast gəlinmir. Nəzərdən keçirilən problemin məhz yuxarıda qeyd edilən aspektlərinin təhlili hazırkı tədqiqat işinin aparılmasına üçün əsas rolunu oynamışdır (164).

FƏSİL 4. Müayinə olunan xəstələrin ümumi xarakteristikası

Tədqiqatlar 2008-2012-ci illər ərzində ATU-nun Cərrahi xəstəliklər kafedrasının klinik bazası olan M.A.Mirqasımov adına RKX-in (Bakı şəh.) 1-ci və 2-ci cərrahiyyə şöbələrində, eləcə də reanimasiya və intensiv terapiya şöbələrində əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlara görə müalicə almış 127 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin təhlilinə əsaslanmışdır.

Xəstələr klinikaya daxil olarkən xüsusi hazırlanmış anket (xəstəlik tarixindən çıxarış) doldurulmuşdur. Bu anketdə xəstənin cinsi, yaşı,

Kişi	2	5,1	8	20,5	9	23,1	11	28,2	5	12,8	4	10,2	39	30,7
Qadın	3	3,4	11	12,5	21	23,9	30	34,1	18	20,5	5	5,7	88	69,3
Cəmi	5	3,9	19	15,0	30	23,6	41	32,3	23	18,1	9	7,1	127	100



Şəkil. 1. Cinsə görə xəstələrin paylanması (n=127)

Ventral yırtıqları biz aşağıdakı meyarlar üzrə təsnifatlaşdırmışıq:

1. Lokalizasiyasına görə – S (size)
 - M – medial yerləşmə
 - L – lateral (bayır) yerləşmə
 - ML – müştərək yerləşmə
2. Yırtıq qapısının ölçüsünə görə – W (windlass)
 - W1 – 5 sm-ə qədər
 - W2 – 5 sm-dən 10 sm-ə qədər
 - W3 – 10 sm-dən 15 sm-ə qədər
 - W4 – 15 sm-dən böyük
3. Residivinə görə - R (relapse)
 - R1 – birinci residiv
 - R2 – ikinci residiv və s.

Bu təsnifat üzrə xəstələrin paylanması cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 3.

**J.P.Chevrel and A.M.Rath təsnifatı üzrə xəstələrin paylanması
(SWR-classification)**

Lokalizasiya	Yırtıq qapısının ölçüsü				Residiv	
	<5 sm (W1)	5-10 sm (W2)	10-15 sm (W3)	>15 sm (W4)	R1	R2
M	14	22	45	32	12	9
L	-	4	7	3	5	3
ML	-	-	-	-	-	-

Cədvəl 3-də qeyd edilən məlumatlar sübut edir ki, müayinə olunanlarda əsasən orta lokalizasiyalı (113 (89,0%)) yırtıqlar olmuşdur, düzələ bilməyən yırtıqlar 18 (14,2%) xəstədə, əməliyyatdan sonrakı residiv yırtıqlara isə 29 (22,8%) xəstədə rast gəlinmişdir. Bu zaman müşahidə olunanlar arasında yırtıq qapısının ölçüləri 10 sm-dən artıq olan (W3-W4) xəstələr üstünlük təşkil etmişdir (87 xəstə; 68,5%). (cədvəl 4 və 5; şəkl. 2) Şəkil 2-də bizim klinik müşahidədə gıqant ventral yırtığı (W4) olan xəstə təqdim edilmişdir. Müalicənin nəticələri haqqında məlumatlar 4-cü fəsildə təsvir edilir. Cədvəl 4 və 5-dən göründüyü kimi, I (nəzarət) qrupunda ölçülərinə görə kiçik və orta yırtıqları (W1 və W2) olan xəstələrin xüsusi çəkisi daha çox olmuş və 62,6%, III (əsas) qrupda isə ən az – 18,8% təşkil etmişdir. Böyük və gıqant ölçülü (W3- W4) xəstələrin xüsusi çəkisi isə əksinə, I nəzarət qrupunda ən az – 31,3%, əsas qrupun IIIB yarımqrupunda isə ən çox – 83,9 % olmuşdur. III qrupda xəstələr yarımqruplar üzrə aşağıdakı kimi paylanmışdır: IIIA yarımqrupda böyük və gıqant yırtıqların (W3 və W4) xüsusi çəkisi 81,3% təşkil etmişdir ki, bu da II ilə müqayisə qrupundan (83,8%) və IIIB yarımqrupundan (83,9%) dürüstlüklə fərqlənməmişdir ($p < 0,05$). (cədvəl 4 və 5).

Cədvəl 4.

Qruplarda əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin yırtıq qapısının ölçüsünə görə paylanması

Yırtıq	Qruplarda xəstələrin sayı
--------	---------------------------

qapısının ölçüsü	I nəzarət	II müqayisə	III əsas	Cəmi
W1	7 (22,6%)	3 (9,7%)	4 (6,3%)	14 (11,0%)
W2	15 (46,9%)	3 (9,7%)	8 (12,5%)	26 (20,5%)
W3	10 (31,3%)	14 (48,3%)	28 (43,8%)	52 (40,9%)
W4	-	11 (35,5%)	24 (37,5%)	35 (27,6%)
Cəmi	32 (25,2%)	31 (22,8%)	64 (50,4%)	127 (100%)

Cədvəl 5.

Yarımqruplarda əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin yırtıq qapısının ölçüsünə görə paylanması

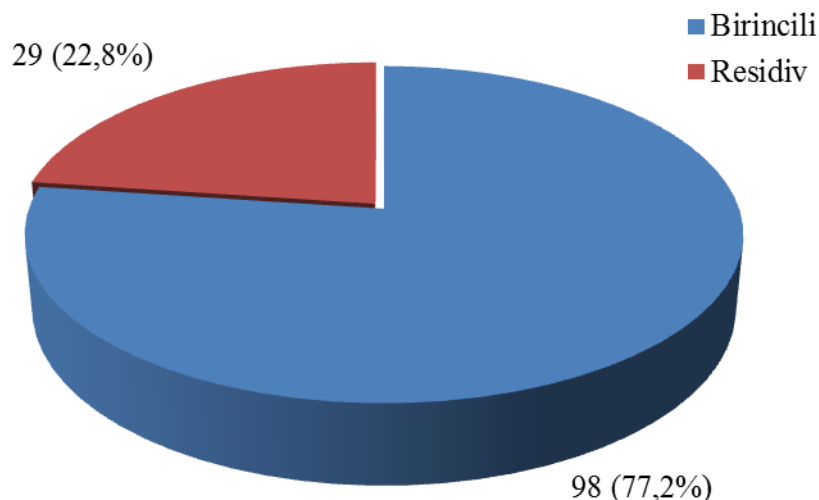
Yırtıq qapısının ölçüsü	Xəstələr qrupu və yarımqrupları			
	I (n=32)	II (n=31)	IIIA (n=33)	IIIV (n=31)
W1	7 (22,6%)	3 (9,7%)	2 (6,1%)	2 (6,5%)
W2	15 (46,9%)	3 (9,7%)	5 (15,2%)	3 (9,7%)
W3	10 (31,3%)	14 (48,3%)	13 (39,4%)	15 (48,4%)
W4	-	11 (35,5%)	13 (41,9%)	11 (35,5%)



Şəkil 2. Əməliyyatdan sonrakı qiğant ventral yırtığı olan xəstə (LW4)

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin əksəriyyəti (98 xəstə; 77,2%) ilk dəfə əməliyyat olunmuşdur, qalan 29 (22,8%) xəstə isə yırtıq

xəstəliyinin residivinə görə müraciət etmişdir. Birincili və residiv yırtığı olan xəstələr arasındakı nisbət 3,4:1 təşkil etmişdir (şək. 3).



Şəkil 3. Birincili və əməliyyatdan sonrakı residiv ventral yırtığı olan xəstələrin nisbəti

Əməliyyatdan sonrakı residiv ventral yırtığı olan 29 xəstədən 17-də (58,6%) bir residiv, 8-də (27,6%) iki residiv, 4-də (13,8%) isə üç və daha artıq residiv müşahidə olunmuşdur (cədvəl 6).

Cədvəl 6.

Qruplarda əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin yırtıq residivlərinin sayına görə paylanması

Residivlərin sayı	Qruplarda xəstələrin sayı			
	Nəzarət (n=32)	Müqayisə (n=31)	Əsas (n=64)	Cəmi
1	4 (12,5%)	4 (12,9%)	9 (14,1%)	17 (58,6%)
2	2 (6,3%)	2 (6,5%)	4 (6,3%)	8 (27,6%)
3 və daha çox	1 (3,1%)	1 (3,2%)	2 (3,2%)	4 (13,8%)
Cəmi	7 (21,9%)	7 (22,6%)	15 (23,4%)	29 (100%)

Düzələ bilən yırtıqlar 109 (85,8%), düzələ bilməyən yırtıqlar isə 18 (14,2%) xəstədə müşahidə olunmuşdur (cədvəl 7).

Cədvəl 7.

Yırtıqların klinik gedişinə görə xəstələrin paylanması

Klinik gedişi	Qruplarda xəstələrin sayı			
	I nəzarət	II müqayisə	III əsas	Cəmi
Düzələ bilən	27 (84,4%)	27 (87,1%)	55 (85,9%)	109 (85,8%)
Düzələ bilməyən	5 (15,6%)	4 (12,9%)	9 (14,1%)	18 (14,2%)
Cəmi	32	31	64	127 (100%)

Xəstəliyin anamnezi. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar aşağıdakı əməliyyatlardan sonra inkişaf etmişdir (cədvəl 8).

Cədvəl 8.

Yırtığın əmələ gəlməsi ilə nəticələnən cərrahi müdaxilələrin növünə görə xəstələrin qruplar üzrə paylanması

Əməliyyatların növü	Qruplarda xəstələrin sayı			
	I (nəzarət)	II (müqayisə)	III (əsas)	Cəmi
Xolesistektomiya	12 (37,5%)	11 (35,5%)	23 (35,9%)	46 (36,2%)
Qarnın ön divarının birincili və ya residiv yırtığının hernioplastikası	7 (21,8%)	7 (22,6%)	15 (23,4%)	29 (22,8%)
Ginekoloji əməliyyatlar	3 (9,4%)	3 (9,7)	5 (7,8%)	11 (8,7%)
Mədə üzərində əməliyyatlar	2 (6,3%)	3 (9,7)	5 (7,8%)	10 (7,9%)
Uroloji əməliyyatlar	2 (6,3%)	2 (6,5)	5 (7,8%)	9 (7,0%)
Qarnın yaralanmaları və travmalarına görə əməliyyatlar	2 (6,3%)	2 (6,5)	4 (6,3%)	8 (6,3%)
Appendektomiya	2 (6,3%)	1 (3,2)	2 (3,1%)	5 (3,9%)
Destruktiv pankreatitə görə əməliyyatlar	1 (3,1%)	1 (3,2)	2 (3,1%)	4 (3,1%)
Bağırsaqlar üzərində əməliyyatlar	-	1 (3,2)	2 (3,1%)	3 (2,0%)
Simultan əməliyyatlar	1 (3,1%)	-	1 (1,6%)	2 (1,6%)
Cəmi	32 (25,2%)	31 (24,4%)	64 (51,4)	127(100%)

Xəstələrdən 6-da (4,7%) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların əmələ gəlməsinin səbəbi naməlum qalmış, qalan xəstələrə isə səbəblər aşağıdakılar olmuşdur (cədvəl 9). Cədvəl 10-də göstərilən əməliyyatlardan sonra yaranın irinləməsi əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların əsas səbəbləri olmuşdur. Anamnezdə yaranın irinləməsi və liqatura fistulası olan hallarda mümkün infeksiya ocağının aşkarlanmasına və adekvat sanasiyasına xüsusi diqqət ayrılmışdır, belə ki, liqatura fistulaları həmişə yarada "latent" infeksiya ilə

əlaqədardır və əməliyyatdan sonrakı dövrdə yara infeksiyasının inkişafının və müvafiq olaraq yırtıq residivin əsas səbəbidir.

Cədvəl 9.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların səbəbləri

Səbəblər	Xəstələrin sayı	
	Mütləq	%-lə
Əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi	59	46,5
Liqatura fistulaları	17	13,4
Relaparotomiya	16	12,6
Qarındaxili təzyiqin kəskin və ya uzunmüddətli yüksəlməsi (bağırsaqların uzunmüddətli və aydın nəzərə çarpan parezi, ağciyər ağırlaşmaları, çoxsaylı qusmalar və s.)	10	7,9
Drenajlar və tamponlar	9	7,1
Eventrasiya	5	3,9
Həddən artıq fiziki gərginlik	5	3,9
Naməlum	6	4,7
Cəmi	127	100

Cədvəl 10.

Yırtığı öncə müşayiət edən və yarası irinlənmiş əməliyyatlar

Əməliyyatlar	Xəstələrin sayı	
	Mütləq	%-lə
Qarnın ön divarının birincili və ya residiv yırtığının hernioplastikası	22	37,5
Xolesistektomiya	13	22,0
Appendektomiya	5	8,5
Ginekoloji əməliyyatlar	5	8,5
Qarnın yaralanmaları və travmalarına görə laparotomiya	5	8,5
Uroloji əməliyyatlar	3	5,1
Bağırsaqlar üzərində əməliyyatlar	2	3,4
Mədə üzərində əməliyyatlar	2	3,4
Destruktiv pankreatitə görə əməliyyatlar	1	1,8
Simultan əməliyyatlar	1	1,8
Cəmi	59	100

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə cərrahi müdaxilənin gedişinə və nəticəsinə təsir edən və operativ müalicə taktikasının seçilməsini təyin edən amillərdən biri onlarda təsadüf olunan yanaşı xəstəliklərdir.

Klinik müayinə zamanı xəstələrin əksəriyyətində (102 xəstə; 80,3%) qeyri-cərrahi xarakterli, bəzi hallarda xəstələrin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsini təyin edən müxtəlif yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir (cədvəl 11). Cədvəl 2.10-dan göründüyü kimi, ən çox rast gəlinən yanaşı xəstəliklər ürək-damar

sisteminin (56,7%), tənəffüs yollarının (40,2%) xəstəlikləridir. Ürək-damar xəstəliklərinə əsasən 50 yaş və yuxarı olan xəstələrdə rast gəlinmişdir.

Cədvəl 11

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yanaşı xəstəliklər və onların tezliyi

Yanaşı xəstəliklər	Sayı	
	Mütləq	%-lə
Ürəyin xroniki işemik xəstəliyi, stenokardiya, aterosklerotik kardioskleroz, hipertoniya	72	56,7
Xroniki bronxit, ağciyərlərin emfizeması, pnevmoskleroz, bronxial astma	51	40,2
II-III dərəcəli piylənmə	49	38,6
Ginekoloji xəstəliklər	31	24,4
Sidik daşı xəstəliyi, xroniki pielonefrit	17	13,4
Aşağı ətraf venalarının varikoz xəstəliyi	16	13,1
Mədə və onikibarmaq bağırsağ xorası	15	11,8
Mədə-bağırsağ traktının digər xəstəlikləri	20	15,7
Şəkərli diabet	14	11,0
Xroniki pankreatit	10	12,7
Öddəşi xəstəliyi: xroniki kalkulyoz xolesistit	9	7,1
İki və daha çox xəstəliyin birgə rast gəlinməsi	35	27,6
Digər	8	6,3

Şəkərli diabet və II-III dərəcəli piylənmə (49,6%) də xəstəliyin proqnozunu təyin edən və müalicə tədbirlərinin həcminə əhəmiyyətli düzəlişlər etməyə səbəb olan ciddi amillər olmuşdur.

Piylənmə. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə ən tez-tez rast gəlinən xüsusiyyətlərdən biri onların izafi çəkiyə malik olmalarıdır. Tədqiqata cəlb olunan 127 xəstədən 49-u (38,6%) II-III dərəcəli piylənmədən əziyyət çəkmişlər ki, bunların da 23-ü (36,5%) nəzarət qrupuna, 26-sı isə (40,6%) əsas qrupda daxil olmuşdur (cədvəl 12 və 13). Piylənmənin dərəcəsi Q.V.Maxorta təsnifatı üzrə qiymətləndirilmişdir. Cədvəl 12-dən görüldüyü kimi, əksəriyyəti I və II dərəcəli piylənməsi olan xəstələr (61 xəstə; 58,7%) təşkil etmişdir. İzafi bədən çəkisinə malik olan yırtıqlı xəstələrin sayı 21 (20,2%), III dərəcəli piylənməsi olan xəstələrin sayı isə 22 (21,2%) olmuşdur.

Yuxarıda qeyd edilən əlamətlərə görə dürüst fərq aşkar etmədik, qruplar statistik bircins olmuşdur ($p>0,05$).

Cədvəl 12

Qruplar üzrə piylənmənin dərəcəsi asılı olaraq xəstələrin paylanması

Xəstələr qrupu	Xəstələrin piylənmə dərəcəsi				
	İzafi çəki	I dərəcə	II dərəcə	Ş dərəcə	Cəmi:
Nəzarət (n=32)	5 (15,6%)	8 (25%)	7 (21,9%)	5 (15,6%)	25 (78,1%)
Müqayisə (n=31)	5 (16,1%)	8 (25,8%)	6 (19,4%)	5 (16,1%)	24 (77,4%)
Əsas (n=64)	11 (17,2%)	18 (28,1%)	14 (21,8%)	12 (18,8%)	55 (85,9%)
Cəmi:	21 (20,2%)	34(32,7%)	27(26,0%)	22 (21,2%)	104 (100%)

Piylənmənin dərəcəsi kəmiyyətə qiymətləndirmək üçün bədən çəkisinin (kq) boyun kvadratına (m^2) olan nisbəti ilə hesablanan bədən çəkisi indeksindən (BÇİ, Kettle indeksi) istifadə etmişik.

ÜST-in piylənmənin öyrənilməsi üzrə Beynəlxalq qrupu (İnternational Obesity Task Force – İOTF, 1997) tərəfindən işlənilib hazırlanmış meyarlara uyğun şəkildə, BÇİ-nin qiymətindən, asılı olaraq ayırd edilir: normal bədən çəkisi – $18-24,9 \text{ kq}/m^2$, izafi bədən çəkisi – $25,0-29,9 \text{ kq}/m^2$, I dərəcəli piylənmə - $30,0-34,9 \text{ kq}/m^2$, II dərəcəli (aydın nəzərə çarpan) piylənmə - $35,0-39,9 \text{ kq}/m^2$, III dərəcəli (morbid) piylənmə - $40,0 \text{ kq}/m^2$ və daha artıq.

Yüksək ürək-damar riski baxımından təhlükəli olan və qarındaxili təzyiğin artmasını təyin edən abdominal piylənmənin diaqnostikası, eləcə də piy toxumasının paylanma xarakterinin qiymətləndirilməsi məqsədilə qurşağın dairəsindən (QD) və qurşaq dairəsinin budun dairəsinə nisbətindən – qurşaq-bud indeksindən (QBİ) istifadə edilmişdir. Qurşaq dairəsinin ölçülməsi orta körpücük xətti boyunca, qabırğaaltı ilə çanaq sümüyü arasındakı məsafənin ortasında həyata keçirilir. Budun dairəsi böyük bud qabarlarından aşağıda ölçülür. Kişilərdə qurşaq dairəsinin 94 sm-dən, qadınlarda isə 88 sm-dən çox

olması piy toxumasının abdominal paylanması diaqnostik meyarlarıdır. Bədən çəkisi indeksi kişilərdə 0,9-dan, qadınlarda isə 0,85-dən çoxdur.

I-III dərəcəli piylənməsi olan bütün 83 (65,4%) xəstədə bədən qurşaq dairəsinin göstəricisi qeyd edilən həddi keçmişdir. Qruplardakı xəstələrdə III dərəcəli (morbid) piylənmənin göstəricilərinin, eləcə də cinsdən asılı olaraq müqayisəli xarakteristikası cədvəl 12 və 13-də göstərilmişdir.

Cədvəl 13

Müalicə qruplarında əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə III dərəcəli piylənmənin göstəriciləri (M±m)

Abdominal piylənmənin göstəriciləri	Nəzarət (n=10)	Müqayisə (n=5)	Əsas (n=7)
BÇİ (kq/m ²)	48,08 ±0,43	47,29±0,49	49,47±0,55
Qurşaq-bud indeksi (QBI)	1,33±0,02	1,26±0,03	1,35±0,06

Cədvəl 12-dən görüldüyü kimi, piylənmənin göstəriciləri üzrə əsas, müqayisə və nəzarət qruplarının xəstələri arasında statistik dürüst fərq aşkar olunmamışdır ($p>0,05$). Hər üç qrupda III dərəcəli (morbid) piylənmənin göstəriciləri üzrə də qadın və kişi xəstələr arasında dürüst statistik fərq aşkar edilməmişdir ($p>0,05$).

Hər üç qrupdan olan xəstələrdə yırtıq şişkinliyi əsas etibarilə W3-W4 kateqoriyalara daxil olmuşlar. Beləliklə, yaş, cins, yırtıq şişkinliyinin ölçüsü, yanaşı xəstəliklər, piylənmənin göstəriciləri kimi əsas parametrlərə görə hər üç qrup müqayisə olunandır ($p>0,05$).

FƏSİL 5. Tədqiqat metodlarının xarakteristikası

1. Əməliyyata qədərki müayinələr

Klinik müayinə metodları. Klinik müayinələr xəstələrdə yırtıq anamnezini, xəstələrin şikayətlərini, yırtıq kisəsi möhtəviyyatının diqqətli müayinəsini və yırtıq qapısının xarakteristikasını əldə etməyə yönəlmişdir. Cərrahi müdaxilənin həcmi planlaşdırarkən bu obyektiv faktorlar az əhəmiyyət kəsb etmir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, palpasiya və auskultasiya kimi klinik metodlar bizə heç də həmişə yırtıq möhtəviyyatı haqqında dürüst məlumat verməmişdir.

Bütün xəstələr planlı şəkildə hospitalizə olunmuşdur. Xəstələrdə yırtıq daşıma anamnezi 6 aydan 15 ilə qədər müddəti əhatə etmişdir.

Obyektiv müayinə zamanı qarında asimmetriyanın olması, müəyyən anatomik zonada yırtığın lokallaşması qeyd edilmişdir. Həmçinin başın qaldırılması, qarın divarı əzələlərinin gərginləşdirilməsi, gücənmə kimi fəndlərdən istifadə olunmuşdur. Yırtıq şişkinliyinin ölçüləri ayaqüstü və uzanıq vəziyyətdə qiymətləndirilmişdir ki, bu da öz növbəsində onun düzələ bilmə imkanlarını təyin etməyə imkan vermişdir. Düzələ bilməyən yırtıqları olan xəstələrdə bu üsullarla yırtıq qapısını təyin etmək və xarakteristikasını vermək mümkün olmadı.

Bütün xəstələrdə qarın divarının palpator müayinəsi aparılmış və bu zaman yırtıq şişkinliyinin konsistensiyası, defektin kənarlarının vəziyyəti, düz əzələlərinin diastazı, əzələ gərginliyinin vəziyyəti, öskürək təkani simptomu təyin edilmişdir. Yırtıq kisəsinin və qapısının ölçüləri ayaqüstə və uzanıq vəziyyətlərdə ölçülmüşdür. **(D)** Bədənin vertikal vəziyyətindən horizontal

vəziyyətə keçərkən yırtığın düzələ bilmə qabiliyyəti qiymətləndirilmişdir. 109 (58,8%) xəstədə düzələ bilən, 18 (14,2%) xəstədə isə düzələ bilməyən yırtığa rast gəlinmişdir.

Laborator və funksional müayinə metodlar. Müşahidə olunan bütün xəstələrdə kompleks müayinələr aparılmışdır:

1) ümumi qəbul olunmuş klinik müayinə metodları (qanın ümumi analizi, acqarına qanda şəkərin, sidik cövhərinin, kreatininin, qalıq azotun, ümumi zülalın və zülal fraksiyasının, bilirubinin, AsAT, AlAT, sidik turşusu, qanın RW-yə, QİÇS-ə, B və C hepatitə təyini), eləcə də xüsusi müayinə metodları (qan plazmasının lipid spektri);

2) şikayət və anamnestik məlumatların, fiziki müayinələrin (antropometrik parametrlərin – QD, BD, QBİ, baxış, palpasiya, orqanizmin sistemləri üzrə perkussiya) təhlili;

3) bədən çəkisi indeksinin (BÇİ) təyini;

4) ürək-damar sisteminin funksional (AT, EKQ, ExoKQ) müayinələri;

5) tənəffüs orqanlarının müayinəsi (döş qəfəsinin R-qrafiyası);

6) qarın boşluğu orqanlarının, qalxanabənzər vəzin USM-i;

7) FEQDS

8) qarındaxili təzyiqin təyini;

9) göstəriş olan hallarda xəstələr endokrinoloqun (xəstəliyin endokrin mənşəli olmasını istisna etmək üçün), kardioloqun və ginekoloqun (qadın cinsindən olan xəstələrdə ginekoloji patologiyalar zamanı) konsultasiyasında olmuşlar.

Ultrasəs diaqnostika. Əməliyyata qədərki və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə yırtıq qapısının ölçüləri W2 və W4 olan 102 (80,3%) xəstədə, hernioplastikadan sonrakı gecikmiş dövrdə 65 (51,2%) xəstədə, eləcə də qarın divarı dəyişilməmiş digər patologiyalı 30 xəstədə Esaoute Technos MPX və Toshiba Nemio aparatları ilə qarın divarının ultrasəs müayinəsi aparılmışdır.

Xəstələrdə planlı ultrasəs müayinəsi son qida qəbulundan 6-10 saat sonra yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin anamnezində həzm orqanlarının xroniki xəstəlikləri olan hallarda əməliyyata hazırlıq təmizləyici imalədən və həzmin funksional pozğunluqlarının dərman korreksiyasından ibarət olmuşdur.

Müayinə polipozision - xəstənin uzanıq vəziyyətində, sağ və ya sol yanı üstə, ayaq üstə yerinə yetirilmişdir. Əksər hallarda müayinəni tənəffüs artefaktlarını minimuma endirmək məqsədilə dərindən nəfəs aldıqdan sonra tənəffüsü dayandırmaqla aparılmışdır.

B-rejimdə skannerləmə ilə aparılan ultrasəs müayinəsinin metodikası. Əməliyyatın dövründə skannerləmənin B-rejimində aparılan ultrasəs müayinəsinə qaraciyərin, öd kisəsi və öd yollarının, mədəaltı vəzin, dalağın, böyrəklərin və kiçik çanaq orqanlarının baxışı daxil edilmişdir.

Yırtıq kisəsinin vizualizasiyası zamanı onun möhtəviyyəti –daxilində bağırsağ ilgəyinin, böyük piylik hissəsinin və digər orqanların, yırtıq mayesinin olması qiymətləndirilmişdir. Bağırsağ ilgəyi vizualizə olunan hallarda onun diametri, divarının qalınlığı, selikli qişa büküşünün eni ölçülmüş, peristaltik hərəkətlərin xarakteri qiymətləndirilmişdir.

Ultrasəs müayinə planına həmçinin qarının ön divarı toxumalarının exoqrafik mənzərəsinin öyrənilməsi daxil edilmiş, anatomik-funksional quruluşu təsvir edilmişdir: qarının düz əzələsinin qalınlığı və eninin ölçülməsi aparılmış, onlarda diastazanın olmasına, aponevroz strukturlarının və müxtəlif qrup əzələlərin exostrukturuna, deformasiyaların olmasına, patoloji strukturlara (liqatura qranulomaları, abseslər, fistulalar) diqqət yetirilmişdir. Bundan əlavə peritonönu və dərialtı piy qatının qalınlığı təyin edilmişdir. Alınmış məlumatlar qarın divarının intraoperasion nəticələri ilə tutuşdurulmuşdur.

Əməliyyatdan sonra ultrasəs skannerləmə. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ultrasəs müayinəsi yara prosesini qiymətləndirmək məqsədilə skannerləmənin B-rejimində aparılmışdır. Müayinələri əməliyyatdan sonra 3-cü, 7-10-cu və 14-cü günlərdə, eləcə də yara prosesinin ağırlaşmaları olan

hallarda göstərişlər üzrə yerinə yetirmişik. Əməliyyatdan sonrakı yaranın infeksiyalaşmasının profilaktikası məqsədilə datçikin işçi səthi və dəri dezinfeksiyaedici vasitə (xlorheksidin bilukonat) ilə işlənmiş və steril "Ultragel" gelindən istifadə olunmuşdur. Əməliyyat yarasının skannerlənməsi zamanı qarnın ön divarının qalınlığına, onun exostruktura, cərrahi müdaxilə zonasında maye yığıntısının olmasına və eksplantın vizualizasiyasına xüsusi diqqət yetirilmişdir. Maye yığıntısı vizualizə olunan hallarda onun miqdarı, forması, məhdudluğu və exostrukturu nəzərə alınmışdır.

Eksplantatın vizualizasiyası zamanı onun exostrukturu, yerləşməsi, onun ətrafında maye təbəqəsinin olması və təzahür dərəcəsi qiymətləndirilmişdir.

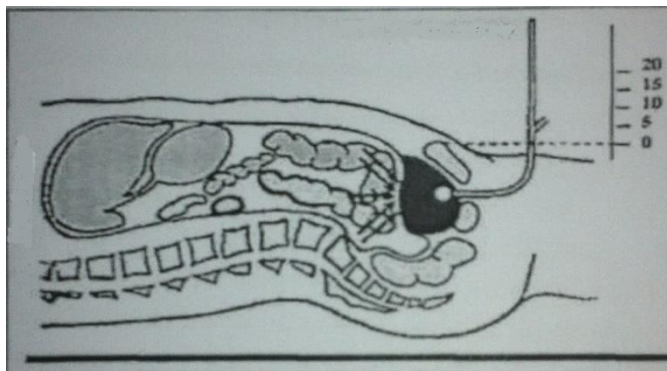
Uzaq dövrdə (əməliyyatdan 1 il sonra) ultrasəs müayinəsi 65 xəstədə yerinə yetirilmişdir. Əzələlərin, dərialtı toxumanın, aponevrozun exostrukturu və exogenliyi, torlu endoprotezin qalınlığı və fiksasiya xarakteri qiymətləndirilmişdir. Yırtıq residivi aşkar olunan hallarda yırtıq qapısının ölçüləri və yırtıq kisəsinin möhtəviyyəti də qeyd edilmişdir.

Qarındaxili təzyiqin qiymətləndirilməsi və onun səviyyəsinə nəzarət. Hazırkı dövrdə qarındaxili təzyiqin "qızıl standart" hesab olunan dolayı üsulla ölçülməsində sidik kisəsindən istifadə geniş yayılmışdır.

Biz öz işimizdə abdominal kompartment-sindromun profilaktikası, eləcə də əməliyyatdan əvvəl qarındaxili təzyiqin dəyişmə dinamikasını aşkar etmək məqsədilə əməliyyat zamanı yırtıq qapısı kənarlarının yaxınlaşdırılması, eləcə də əməliyyatdan sonrakı dövrdə W3 və W4 ventral yırtığı olan xəstələrdə sidik kisəsindən istifadə etməklə qarındaxili təzyiqin qiymətləndirilməsi aparılmışdır.

Qarındaxili təzyiqə nəzarət dolayı metodla - sidik kisəsində təzyiqi ölçmək yolu ilə həyata keçirilmişdir. Sidik kisəsindəki təzyiq Kron T.L, Nolan S.P. (1984) (M.Harrahill (1998) metodu ilə ölçülmüşdür (307). Bu məqsədlə, aseptik şəraitə əməl etməklə sidik kisəsinə Foley kateteri yeridilmiş, ballon şişirdilmiş və sidik kisəsi boşaldılmışdır. Kateterin sidik kisəsinin mənfəzi ilə əlaqəsi olan əsas aspirasion kanalına venadaxili infuziya üçün nəzərdə

tutulmuş sistem qoşulur. Kateterin üçlükdən distal tərəfdəki hissəsinə sıxac qoyularaq sidik kisəsinə 50 ml isti fizioloji məhlul yeridilir. Qarın boşluğundakı təzyiq venadaxili infuziya üçün nəzərdə tutulan şəffaf sistemdəki mayenin səviyyəsinə əsasən qiymətləndirilmişdir. Bu zaman qasıq bitişməsinin yuxarı kənarı sıfır kimi qəbul edilmişdir (şəkil 4). Ölçmə həyata keçirildikdən sonra Foley kateteri əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə diurezə nəzarət üçün saxlanmışdır.



Şəkil 4. Sidik kisəsinin M.Harrahill (1998) üsulu ilə kateterizasiya etməklə qarındaxili təzyiqin ölçülməsi.

Xəstələrdə qarındaxili təzyiqin 4-dəfəlik nəzarəti aparılmışdır: 1 - əməliyyatdan əvvəl (ayaqüstü vəziyyətdə); 2 - əməliyyatdan əvvəl (xəstə narkozda olarkən uzanıqlı vəziyyətdə); 3 – intraoperasion - hernioplastikanın yerinə yetirilmə mərhələsində (yırtıq möhtəviyyatının qarın boşluğuna qaytarılması və defektin transplantatla bağlanması), hernioplastika metodunun seçilməsi, tənəffüs çatışmazlığının və qarındaxili hipertenziya sindromunun mümkün inkişafının proqnozlaşdırılması məqsədilə; 4 - əməliyyatdan 2-3 gün sonra (oturaq vəziyyətdə). Nəticələr ssm su süt. və mm.c.süt. ilə ölçülmüşdür.

Qarındaxili təzyiqin səviyyəsi 15 sm su süt.-dan aşağı olan hallarda normal hesab olunmuşdur ki, bu da S.Surgie et al. (1998) (218) verdiyi məlumatlara uyğun gəlir. Əldə edilmiş məlumatları aşağıdakı formuldan istifadə etməklə mm.c.süt.-na çevrilmişdir:

$$P (\text{mm.c.süt}) = P (\text{sm su süt}) / 13,6$$

Qarındaxili təzyiqin dərəcəsini təyin etmək üçün D.Mcldrum et al (1997) (288) təsnifatından istifadə olunmuşdur: I dərəcəli qarındaxili hipertenziya – 10-15 mm.c.süt.; II dərəcəli qarındaxili hipertenziya – 16-25 mm.c.süt.; III dərəcəli qarındaxili hipertenziya – 26-35 mm.c.süt.; IV dərəcəli qarındaxili hipertenziya –35 mm.c.süt.-dan artıq.

2. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin əməliyyatönü hazırlığının xüsusiyyətləri

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin əməliyyatönü hazırlığı onların cərrahi müalicəsinin ayrılmaz hissəsidir. Əməliyyatönü hazırlıq tədbirlərinə yırtıq möhtəviyyatının qarın boşluğuna qayıtmasına adaptasiya məqsədilə qarının ön divarının uzunmüddətli kompression bandajlanması (2-3 həftədən az olmayaraq) daxil edilmişdir. Bu məqsədlə xəstələrdə sakitlik halında, uzanıq vəziyyətdə, yırtıq möhtəviyyatı əllə qarın boşluğuna qaytarılmış və bandajlama yolu ilə həmin vəziyyətdə fiksə edilmişdir. Adaptasiya məqsədilə bandajlama mərhələlərlə və dozalanmış şəkildə, xəstənin özünü necə hiss etməsini əsas götürməklə yerinə yetirilmişdir, yəni yırtığın geriye qaytarılmasına bir neçə mərhələdə nail olunmuş və bu zaman qeyd edilən prosedurlar 1-2 həftə ərzində davam etdirilmişdir.

Ağciyər arteriyalarının tromboemboliyasının profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan bir gün əvvəl xəstəyə bədən çəkisinə uyğun hesablanmaqla aşağımolekullu heparin təyin edilmişdir. Bağırsaqların hazırlanması bədən çəkisinə uyğun hesablanmaqla “Fortrans” preparatı vasitəsilə həyata keçirilmiş və ya təmizləyici imalə aparılmışdır. Həmçinin səhər əməliyyata qədər xəstənin aşağı ətraflarının elastiki bintlənməsi yerinə yetirilmişdir. Əks göstəriş olmayan hallarda hospitalizasiyanın 2-ci günü operativ müdaxilə yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatönü çarpayı günü bir qayda olaraq 1 gün (91%), orta hesabla – $1,3 \pm 0,44$ şün olmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı böyük və gıqant (W3 və W4) ventral yırtığı və piylənməsi olan xəstələrin əməliyyatönü hazırlanması. Əməliyyatdan sonrakı böyük və gıqant ölçülü ventral yırtığı olan xəstələr şübhəsiz ki, xüsusi risk qrupu təşkil edir, belə ki, hernioplastikadan sonra qarındaxili təzyiqin kəskin artması ürək-damar və tənəffüs sisteminin funksiyasının dekompensasiyasına gətirib çıxara, poliorqan çatışmazlıq törədə və letal nəticəyə səbəb ola bilər. Bu simptomokompleks ədəbiyyatlarda abdominal kompartment-sindrom (ACS – abdominal compartment syndrome) və ya intraabdominal hipertenziya sindromu adlanır.

Klinikada böyük və gıqant ölçülü (W3 və W4) yırtıqları olan xəstələrdə ürək-ağciyər fəaliyyətinə nəzarət etməklə kompleks əməliyyatönü hazırlıq aparılmışdır. Əməliyyatönü hazırlıq dövründə biz aşağıdakı məsələləri həll etmişik:

1. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə qarındaxili təzyiqin kəskin artmasının profilaktikası (izafi bədən çəkisi olan xəstələr əməliyyatdan əvvəl arıqlamaladırlar):

2. Ürək-damar və tənəffüs sisteminin artmış qarındaxili təzyiqə adaptasiya olunması;

3. Yanaşı xəstəliklərin tənzimləyici müalicəsi (ürək patologiyaları, hipertenziyalar, şəkərli diabet və s.);

4. İrinli yaraları, ekskorsiyaları, trofiki xoraları və dərinin digər zədələnmələrini müalicə etmək yolu ilə (dezinfeksiyaedici, spirt məhlulları ilə işlənməklə) əməliyyatdan sonrakı yarada inkişaf edən ağırlaşmaların profilaktikası.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə qarındaxili təzyiqin kəskin artmasının profilaktikası məqsədilə bağırsağın mümkün qədər maksimal təmizlənməsinə və bununla əlaqədar olaraq onun həcmnin kiçilməsinə xüsusi diqqət ayrılmışdır. Belə ki, şlaksız pəhriz, işlədicilər, eləcə də səhər və axşam təmizləyici imalələr təyin edilmişdir. Təcrübə göstərir ki, bu yolla maksimal təmizlənməyə və bağırsağın həcmnin kiçilməsinə, onun qarın boşluğuna

qaytarılmasının yüngülləşməsinə, xəstənin bədən çəkisinin, qarnın həcmnin və yırtıq şişkinliyinin əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına nail olmaq mümkündür.

Tənəffüs və ürək-damar sistemini artan qarındaxili təzyiqə adaptasiyası xüsusi müalicəvi və tənəffüs gimnastikasının köməyi ilə həyata keçirilmişdir. Bandajın sıxılması və dozalanmış fiziki yüklənmə zamanı tənəffüs məşqləri aparılmışdır.

Məşqin metodikası: sakitlik və qarnın ön divarı əzələlərinin tam boşaldılması şəraitində xəstənin horizontal vəziyyətində yırtıq möhtəviyyəti qarın boşluğuna salınır. Bundan sonra daxili orqanları qarın boşluğunda saxlayan elastiki bandajla qarın möhkəm dartılaraq bağlanır. Sonrakı rejim iradidir, lakin xəstənin hərəkəti aktivliyini nəzərdə tutur.

Birinci gün xəstə saxlayıcı bandajı iki saat ərzində gəzdirir. Bu zaman xəstənin nəbz, tənəffüs tezliyi və arterial təzyiqin səviyyəsi ölçülür. Əgər hemodinamik parametr və xarici tənəffüs əhəmiyyətli dərəcədə dəyişməsə, onda hər növbəti gün xəstənin bandaj gözdirmə vaxtı tədricən bir saat artırılır. Xəstə aktiv fiziki gərginliyi yaxşı keçirməyə başladıqdan sonra əməliyyata hazırlıq başa çatmış hesab olunmuşdur. Məşq adətən 2-3 həftə davam edir və ev şəraitində aparılır.

Əməliyyatın dövrə aparılan tədbirlər kompleksində müxtəlif mütəxəssislərin nəzarəti və müşahidəsi altında aparılan yanaşı xəstəliklərin tənzimləyici müalicəsi çox vacib əhəmiyyət kəsb edir.

Ümumi əks göstərişlər olmayan hallarda istənilən böyük və gıqant ölçülü yırtıq planlı cərrahi müalicəyə göstəriş hesab edilmişdir. Böyük və gıqant ölçülü əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtıq qapısının plastikası yalnız ürək-damar (ürək qüsuru, hipertoniya xəstəliyi, ürəyin xroniki işemik xəstəliyi) və tənəffüs sisteminin (bronxial astma, ağciyərin enfizeması) dekompensasiyası və ya ağır xroniki xəstəlikləri, şəkərli diabet zamanı təxirə salınmışdır. Əməliyyatın vacibliyi haqqında qərarın qəbul olunmasında

xəstələrin yaşı həlledici əhəmiyyət kəsb etməmişdir, lakin qoca yaşlı xəstələrdə əməliyyatın vacibliyi haqqında qərar ehtiyatla qəbul olunmuşdur.

Ümumi əks göstərişlərə qeyri-stabil stenokardiya və son vaxtlar (3 aya qədər müddətdə) keçirilmiş miokard infarktı; II-III dərəcəli ağciyər-ürək çatışmazlığı; III dərəcə hipertoniya xəstəliyi; tənzimlənmə bilməyən şəkərli diabeti və dekompenzasiya qaraciyər sirrozu aid edilmişdir.

Bundan əlavə, planlı əməliyyata əks göstərişlərə çapıq toxumada və yırtıq şişkinliyi nahiyəsində liqatura fistulası, iltihabi infiltratlar, trofiki xoralar, masserasiya, ocaqlı dermatitlər şəklində aktiv infeksiya prosesinin olması aid edilmişdir.

3. Hernioplastika metodları

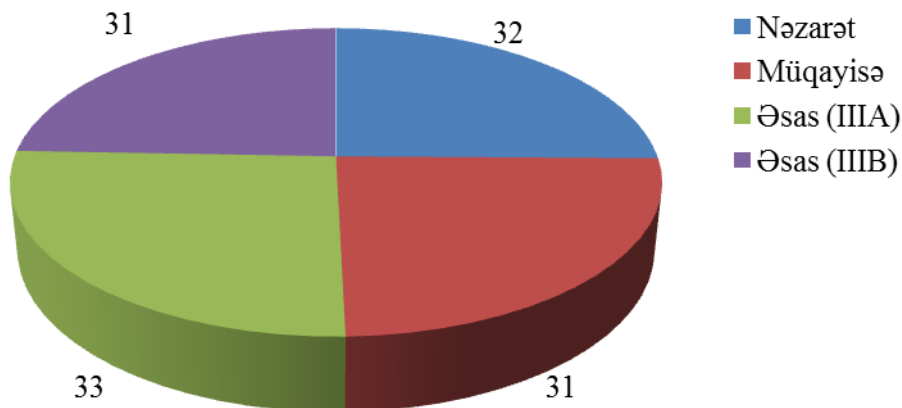
İstifadə olunan müalicə metodlarından asılı olaraq bütün xəstələr 2 qrup və yarımqruplara bölünmüşdür:

I (nəzarət) qrupuna 32 xəstə cəlb olunmuşdur. Bunlardan ümumi qəbul olunmuş aponevrozun duplikaturası icra edilən 32 xəstə IA yarımqrupa, adi prolen torla hernioalloplastika icra edilmiş 32 xəstə isə IB yarımqrupa daxil edilmişdir.

II (müqayisə) qrupuna 31 xəstə cəlb olunmuşdur. Bu xəstələrdə adi prolen torla hernioalloplastika icra edilmişdir.

III (əsas) qrupa 64 xəstə daxil edilmişdir. Bu qrup xəstələr iki yarımqrupa bölünmüşdür: IIIA yarımqrupa yeni MPK-toru və ayrıca "süni peritonla" təkmilləşdirilmiş atenzion hernioalloplastika aparılmış 33 xəstə, IIIB yarımqrupa isə qeyd edilən əməliyyatla yanaşı abdominoplastika da icra edilmiş 31 xəstə daxil edilmişdir.

Hernioplastikanın metodları üzrə xəstələrin paylanması şəkil 5-də göstərilmişdir.



Şəkil 5. Hernioplastikanın metodları üzrə xəstələrin paylanması

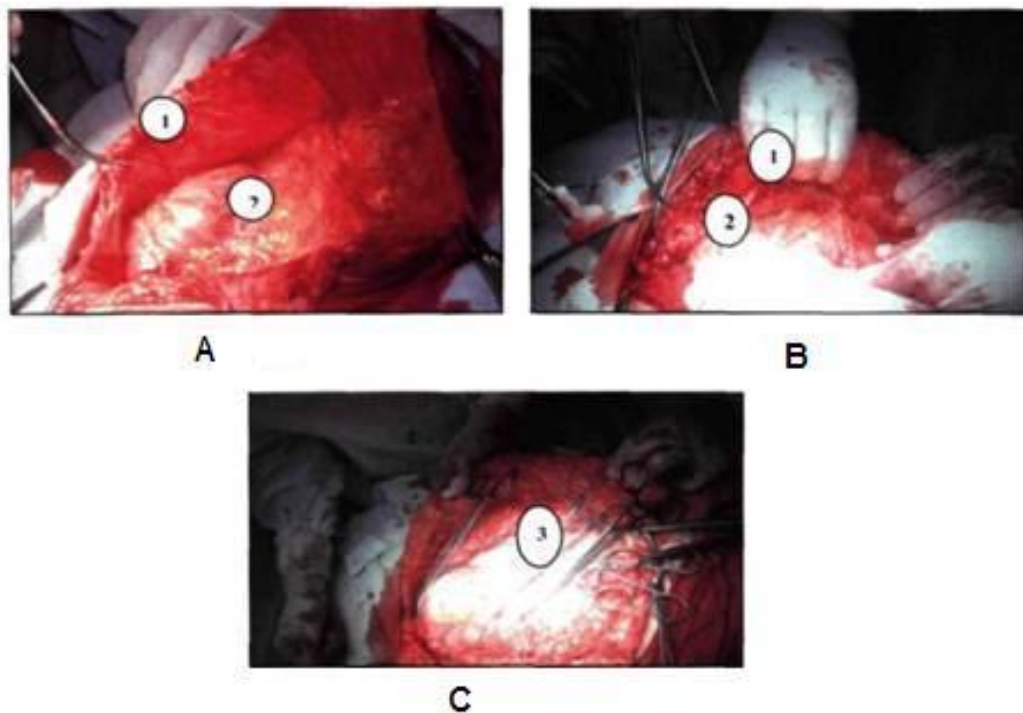
Hernioplastikanın mərhələləri. Yırtığa müdaxilə əməliyyatdan sonrakı çapıq toxumanın, dərinin və dərialtı piy qatının kəsilib xaric edilməsi ilə həyata keçirilir. Yırtıq epiqastral və mezoqastral nahiyədə lokalizasiya olunduqda boylama kəsikdən, hipoqastral nahiyədə olduqda isə boylama və ya T-şəkilli kəsiklə dəri-piy örtüyünün xaric edilməsindən istifadə olunmuşdur. Yan lokalizasiyalı yırtıqlar zamanı çəp-köndələn kəsik yerinə yetirilmişdir.

Yırtıq kisəsi ayrıldıqdan sonra o dibi nahiyəsindən kəsilərək iki loskut formalaşdırılmışdır. Qarın boşluğu möhtəviyyatının təftişi mütləq qaydada yerinə yetirilmişdir. Tədqiqata cəlb olunan xəstələrin 69-da (54,3%) visseroparietal bitişmələr hissəvi olaraq küt və iti üsullarla ayrılmışdır. Bitişmələrdən ayrılmış orqanlar qarın boşluğuna salınaraq nəm sakfetlərlə məhdudlaşdırılmışdır. Yırtıq kisəsi və yırtıq qapısının divarlarına fiksə olunmuş piylik sahələri 9 (7,1%) xəstədə rezeksiya olunmuşdur.

Qarın boşluğunda aydın nəzərə çarpan bitişmə prosesinin olması əməliyyatın vaxtını artırmış və intraoperasion ağırlaşmaların inkişafına səbəb olmuşdur. Ağırlaşmalar 4 (3,1%) xəstədə qeyd edilmişdir. Bitişmələrin ayrılması zamanı 2 halda nazik bağırsağın mənəzinin açılması baş vermişdir ki, bunlardan da 1-də açılan sahənin geniş olması ilə əlaqədar olaraq bağırsağın rezeksiyası tələb olunmuşdur. İki halda nazik bağırsağın seroz örtüyü pozulmuşdur ki, bu da sero-seroz tikişlərin qoyulmasını tələb etmişdir.

Yırtıq qapısı kiçik və orta ölçülü olan (W1-W2) yırtıqlar zamanı yırtıq kisəsi bütün perimetri boyunca tam kəsilmişdir. Böyük və gıqant yırtıqlar zamanı (W3-W4) kisə kəsilməmiş və sonradan yırtıq qapısının plastikası məqsədlə istifadə olunmuşdur.

Aponevrozun mobilizasiyası defektin kənarından 5-6 sm məsafədə aparılmışdır. Çoxsaylı yırtıq qapıları olan hallarda bütün arakəsmələr açılmış, çapıq toxumalar qənaətlə kəsilərək xaric edilmiş və defektə oval forma verilmişdir (şəkil 6). Köhnə liqaturalar, liqatura qranulomaları mütləq xaric edilmişdir. Bütün manipulyasiyalar ehtiyatla həyata keçirilmiş, həddən artıq travmadan qaçılmış və bipolyar elektrokoagulyasiyadan istifadə olunmuşdur.



Şəkil 6. Yırtığın ləğv edilməsinin əsas mərhələləri

A) Yırtıq kisəsinin açılması; B) bitişmələrin kəsilərək ayılması və yırtıq qapısının mobilizasiyası; C) yırtığın ləğvinin sona çatdırılması 1- yırtıq kisəsi; 2 – yırtıq kisəsi möhtəviyyatı; 3 – yırtıq qapısı.

4. Qarın divarının intraoperasion təftişi

Vissero-parietal bitişmələr tam ayrıldıqdan sonra qarının ön divarının intraoperasion təftişinə aponevrozun və qarın divarının daxili səthinin inspeksiya və palpator müayinəsi daxil edilmişdir. Əlavə, çoxkameralı

yırtıqların, çoxsaylı defektlərin olması nəzərə alınmışdır. Əlavə yırtıq kisələri 38 (29,9%) xəstədə aşkar olunmuşdur. Çoxkamaralı yırtıq kisələri isə 26 (20,5%) xəstədə qeyd edilmişdir.

Qapısının ölçüsü 5 sm-ə qədər (13 xəstədə - W1) olan yırtıqlarda intraoperasion təftiş zamanı yırtıq qapısının elastikliyinə azalması və aponevrozun əlavə defektinin olmaması aşkar edilmişdir. Yırtıq qapısının eni 5-sm-dən 10 sm-ə qədər (27 xəstədə - W2) olan hallarda 15 (55,6%) xəstədə aponevrozun əlavə defektləri aşkar olunmuşdur. Yırtıq qapısının eni 10-15 sm olan (52 xəstədə - W3) olan hallarda 40 (76,9%) xəstədə aponevrozun əlavə defektləri aşkar olunmuşdur. Bütün hallarda yırtıq kisələri çoxkamaralı olmuşdur. W1 və W2 yırtıqlardan fərqli olaraq, çapıq toxumaların kəsilməsi daha qənaətli aparılmış və bir neçə yırtıq qapısının birləşdirilməsi məqsədi daşımışdır. Qarın divarında ən çox təzahür edən dəyişiklik yırtıq qapısının ölçüsü 15 sm-dən çox olan (35 xəstədə - W4) hallarda qeyd edilmişdir. Əzələ-aponevrotik strukturun atrofiyası, qarının ön divarının çapıqlaşması, yan əzələlərin kontrakturası çoxkamaralı, düzələ bilməyən yırtıq kisəsinə malik böyük və gıqant ölçülü yırtıqlarla müşayiət olunmuşdur. Yırtıq kisəsi ləğv edildikdən sonra hernioplastikanın seçilməsi məsələsi həll edilmişdir.

Ənənəvi metodlar (autoplastika)

Nəzarət (IA) yarımqrupuna daxil olan 32 xəstədə qarının ön divarının xüsusi toxumaları ilə Sapejko və ya Meyo metodu üzrə boylama və ya köndələn istiqamətdə əzələ-aponevrotik duplikaturanın formalaşdırmaqla həyata keçirilmişdir.

Sapejko üsulu 12 (37,5%) xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Meyo üsulundan əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıq mezoqastral nahiyədə lokalizə olunduqda istifadə edilmişdir. Bu əməliyyat 20 (62,5%) xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Alloplastika metodları

Nəzarət qrupunun IB yarımqrupunda və II (əsas) qrupda yırtıq defektinin alloplastikası icra edilmişdir. Bütün hallarda plastika məqsədilə polipropilen torlu implantantdan istifadə olunmuşdur.

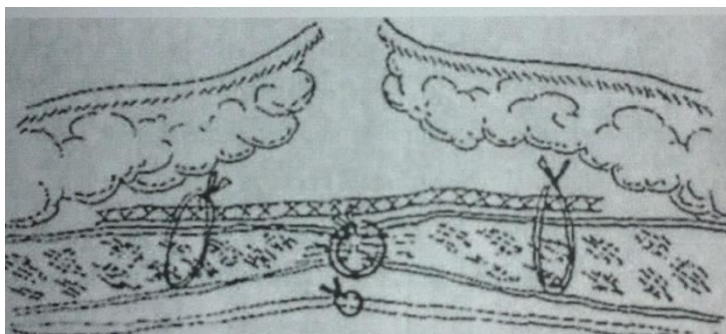
Yırtıq qapılarının açıq alloplastikasını 4 metodla həyata keçirmişik:

1)“onlay” texnologiya – texniki cəhətdən ən sadə alloplastika üsuludur və bu zaman allomaterial dərialtı piy qatı və aponevroz arasında yerləşdirilmişdir;

2)“inlay” texnologiya – allomaterial peritonönü sahədə və ya aponevrozun altında yerləşdirilmişdir;

3)“sublay” texnologiya – qarnın orta xətti üzrə yerləşmiş yırtıqlar zamanı həyata keçirilmişdir; bu zaman aponevrozun kənarlarını tikmədən və xüsusi toxumaları yaxınlaşdırmadan allomaterial yırtıq qapısında yerləşdirilmişdir;

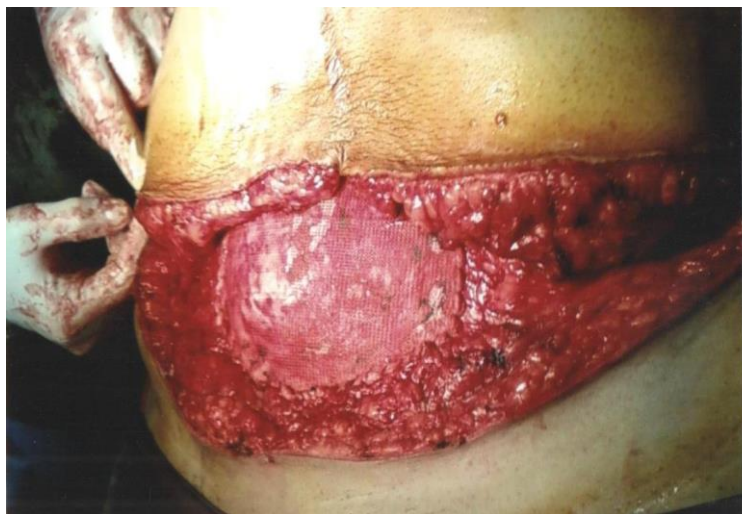
Onlay üsulu ilə əməliyyat 26 (27,4%) xəstədə yerinə yetirilmişdir. Aponevrozun ayrılması yırtıq defektindən 5-6 sm geniş sahədə icra edilmişdir. Yırtıq kisəsi hissəvi olaraq elə kəsilib xaric edilmişdir ki, saxlanılan loskutları tikdikdə onlar dartılmasınlar. Yırtıq kisəsi fasiləsiz sorula bilən sapla (PQA 2/0-3/0 və ya Vicril 2-0) tikilmişdir. Lazımi ölçüdə protez elə hesabla hazırlanmışdır ki, onun ölçüsü yırtıq qapısının ölçüsündən 8-10 sm böyük olsun. Sonra tikiş xətti üzərində tor yerləşdirilmiş və polipropilen sapdan istifadə etməklə fasiləli tikişlərlə aponevroza fikse edilmişdir (şək. 7 və 8).



Şəkil. 7. Əməliyyatdan sonrakı yırtıq zamanı “onlay” metodu ilə alloplastika

Yaranın aşağı bucaqları nahiyəsində ayrıca dəliklərdən keçirməklə yan dəlikləri olan silikon drenaj boruları yerləşdirilmişdir. Qeyd edilən operativ

müdaxiləni o halda tətbiq etmişik ki, yırtıq qapısının ölçüsü 5-10 sm-dən böyük olmasın. Qarın boşluğunda bitişmə xəstəliyi əlamətləri olmayan və asanlıqla qarın boşluğuna qayıda bilən bir kameralı yırtıq kisəsi olduqda da qarının ön divarının plastikasını qarın boşluğunu açmadan bu üsulla yerinə yetirmişik. Qarının ön divarının defektinin qeyd edilən üsulla plastikasının üstün cəhəti müdaxilənin az travmatik olması, az nəzərə çarpan ağrı sindromu və əməliyyatdan sonrakı dövrdə bağırsaqda parezin olmamasıdır ki, bunlar da kəskin tənəffüs çatışmazlığı riskinin azalmasını təmin edir. “İnlay” metodu ilə plastika 15 (15,8%) xəstədə yerinə yetirilmişdir. “İnlay” metodikasından istifadə edərkən əməliyyatı dərinin kəsilməsi ilə başlamışıq. Bu zamanı defektin kənarı tikilir və dəri isə elə kəsilir ki, onun artıq hissəsi əmələ gəlməsin. Yırtıq kisəsi dərialtı toxumadan ayrılır. Yırtıq şişkinliyinin ölçüsü kiçik olan hallarda yırtıq kisəsi açılmır.

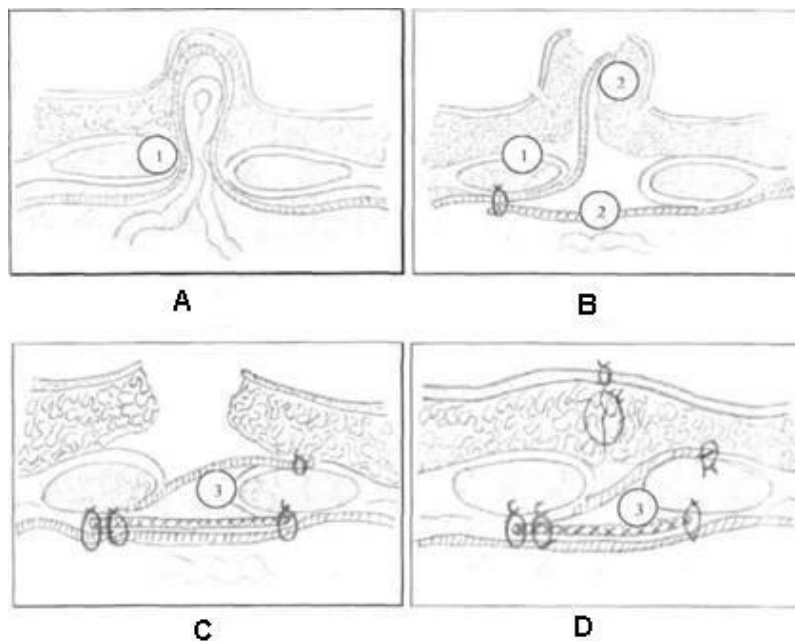


**Şəkil 8. “Onlay” texnologiya ilə alloplastika.
Yırtıq qapısı tikilmiş, polipropilen tor yerləşdirilmişdir**

Yırtığın ölçüləri böyük olan hallarda yırtığın ləğvi mərhələsində yırtıq kisəsi açılaraq iki loskut formalaşdırılır. Onlardan biri peritona elə tikilmişdir ki, qarın boşluğunu torlu endoprotezdən məhdudlaşdırmaq mümkün olsun. Yırtıq kisəsi dəri ilə bitişmiş gıqant ölçülü defektlərdə yırtıq kisəsinin ayrılması zamanı çətinlik meydana çıxan hallarda böyük piyliyin bir hissəsindən (3 xəstədə) və ya qaraciyərin girdə bağından (2 xəstədə) istifadə olunmuşdur.

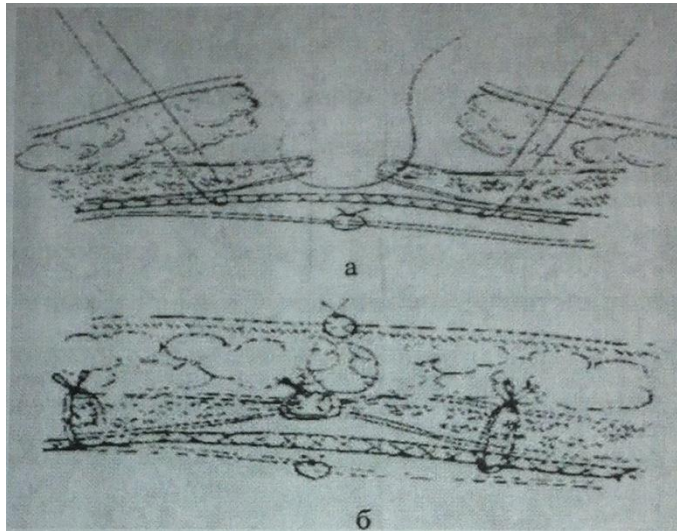
Bundan sonra peritonönu sahədə aponevrozun altında 2-3 sm ölçüdə və ya qarın boşluğuna salınan əlin nəzarəti altında qarının düz əzələ yatağının arxa səhfəsini ayırmaqla cib formalaşdırılır. Periton cibi formalaşdırıldıqdan sonra əgər o əvvəlcədən kəsilmişdirsə, polipropilen sapla fasiləsiz tikilir.

İmplantantın kənarlarını aponevrozaltı fiksə edərkən yırtıq kisəsinə keçən parietal peritonu bütün perimetr boyunca ayırarkən qarındaxili fassiya yırtıq qapısının aponevrotik kənarından 4-5 sm məsafədə mobilizə edilmişdir. Sonra peritonönu sahədə əmələ gəlmiş yatağa uyğunlaşdırmaq üçün protez elə ölçüdə kəsilmişdir ki, onu dartıb düzəldərkən kənarları 4-5 sm-ə qədər aponevrozun altına daxil ola bilsin (şəkil 9). Bundan sonra sorulmayan tikiş materialları (Prolene 2/0 və ya Polipropilen 2/0-3/0) ilə yaranın kənarından 5 sm məsafədə P-şəkilli tikişlərlə protezin kənarlarından və qarın divarından keçməklə protezin fiksasiyası həyata keçirilmişdir. Tikişlər arasındakı məsafə 2 sm təşkil etmişdir.



Şəkil 9. İnlay plastikanın mərhələləri, sxem: A) əməliyyata qədər yırtığın görünüşü; B) yırtıq kisəsinin ¹A loskutunun əks tərəfin peritonuna tikilməsi; C) endoprotezin yerləşdirilməsi və onun yırtıq kisəsinin saxlanmış ¹L loskutu ilə örtülməsi; D) dərialtı piy qatı və dərinin tikilməsi. 1 - əzələ-aponevrotik qat; 2 – yırtıq kisəsi loskutu; 3 - əzələ diastazası.

Bu zaman tikişlər qarnın düz əzələlərindən və fassiyanın ön səhfəsindən keçmişdir. Saplar saxlayıcıya alınmışdır (şək. 2.10a). Bütün tikilər qoyulduqdan sonra aponevrozun defekti duplikatura əmələ gətirmədən polipropilen sapla (Prolene 2/0 və ya Polipropilen 2/0-3/0) fasiləsiz tikilmişdir. Sonra əvvəlcədən qoyulmuş P-şəkilli tikişlər düyünlənmişdir (şək. 10b).



Şəkil 10. Əməliyyatdan sonrakı yırtıq zamanı “inlay” metodu ilə alloplastika

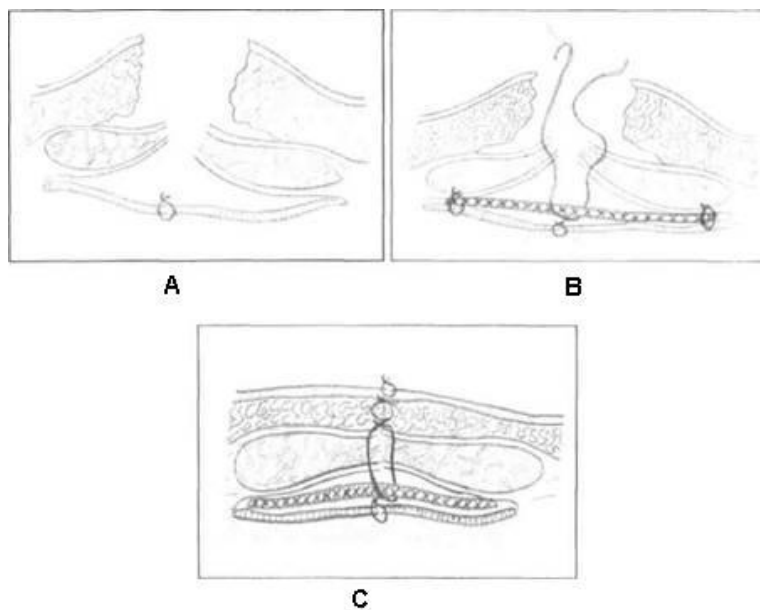
Yaraların aşağı kənarları zonasında ayrıca kontraperturadan daxil edilməklə yan dəlikləri olan silikon drenaj borular yerləşdirilmişdir. Bu növ operativ müdaxilədən biz yırtıq qapısının ölçüləri 5-10 sm-dən böyük olan və əsasən hipogastral lokalizasiyalı yırtıqlarda istifadə etmişik, belə ki, göbək həlqəsindən aşağıda qarnın düz əzələ yatağı aşağıdakı quruluş xüsusiyyətinə malikdir: 1) qarnın enli əzələlərinin aponevrozları arakəsmənin yalnız yuxarı hissəsində mövcuddur; 2) arxa divarın uzunluğunun 86-88%-i periton və köndələn fassiyadan təşkil olunmuşdur; 3) peritonönü piy qatı yaxşı inkişaf etmişdir ki, bu da eksplantatı asanlıqla yerləşdirməyə imkan verir.

Böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) yırtıqlarda periton səhfələrini tikmək mümkün olmayan hallarda plastika zonası piyliklə örtülmüş, implantat isə əzələnin altında peritonönü yerləşdirilmiş və P-şəkilli tikişlərlə fiksə edilmişdir.

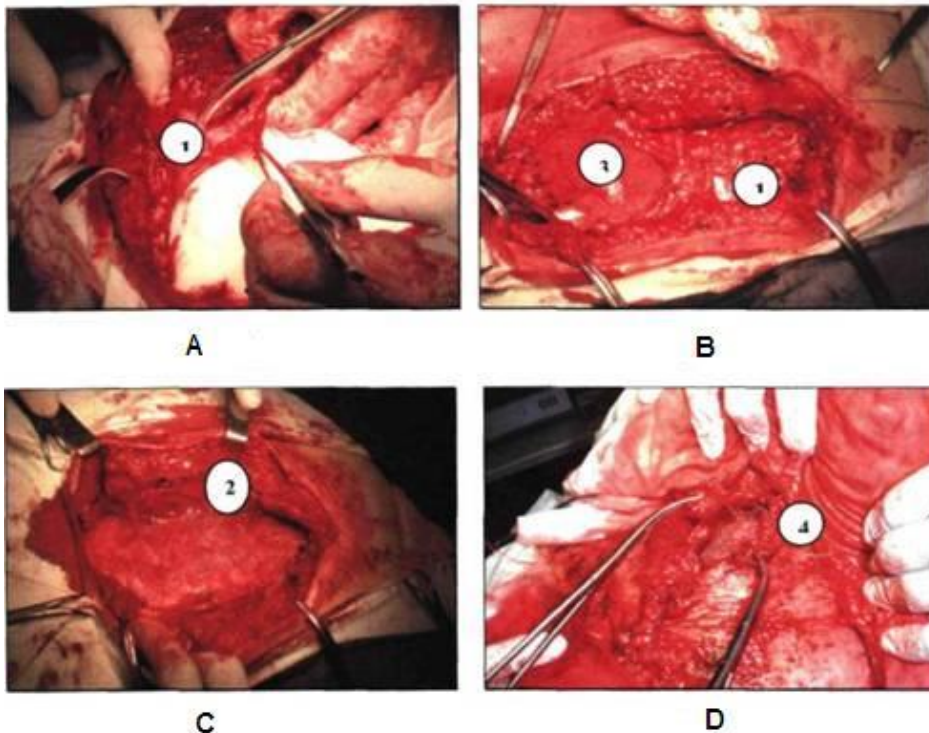
“Sublay” metodu ilə alloplastika 56 (56,8%) xəstədə həyata keçirilmişdir. Əməliyyatın metodikası yırtıq qapısının kənarları yaxınlığında qarnın düz əzələ yatağını kəsməyi və arxa səhfənin epiqastral nahiyədə onunla sıx

bitişmiş peritonla birlikdə ayrılmasını nəzərdə tutur. Sonra arxa səfhələr öz aralarında tikilmiş və formalaşan retromuskulyar sahədə torlu protez yerləşdirilmişdir. Sonuncu polipropilen 2/0 sapdan istifadə etməklə fasiləsiz və düyünlü tikişlərlə qarının düz əzələ yatağının arxa səfhəsinə fiksə edilmişdir. Torlu endoprotezin ölçüsü hazırlanmış yırtıq qapısı defektinin ölçüsündən 4-5 sm enli seçilmişdir. Aponevroz “kənar-kənara” tipində torlu endoprotezdən də keçməklə düyünlü tikişlərlə tikilmişdir (şək. 11).

Yırtıq əsasən göbəkdən aşağı yerləşən hallarda qarının düz əzələ yatağının arxa səfhəsinin olmaması ilə əlaqədar olaraq, qarının düz əzələsinin arxa səthi və periton arasında sonuncunu küt üsulla ayırmaq yolu ilə boş sahə formalaşdırılmışdır. Sonra endoprotezin yerləşdirilməsi və aponevrozun tikilməsi yuxarıda təsvir edilən anoloji metodla həyata keçirilmişdir (şək. 12).



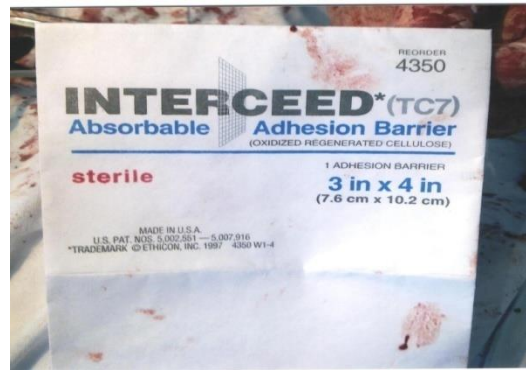
Şəkil 11. Yırtıq hipoqastral nahiyədə lokalizasiya olunan hallarda sublay plastikanın mərhələləri: A) peritonu əzələnin arxa səthindən ayırmaq üçün retromuskulyar sahənin formalaşdırılması; B) endoprotezin retromuskulyar sahəyə yerləşdirilməsi; C) endoprotezi tikişə götürməklə əzələ aponevrozunun qat-qat tikilməsi



**Şəkil 12. Sublay plastikasının əsas mərhələləri: (D)
A) Qarnın düz əzələ yatağının açılması; B) qarnın düz əzələ yatağının arxa səfhələrinin tikilməsi; C) retromuskulyar sahəyə torlu endoprotez yerləşdirilmişdir; D) qarnın düz əzələ yatağının ön səfhəsinin tikilməsi.**

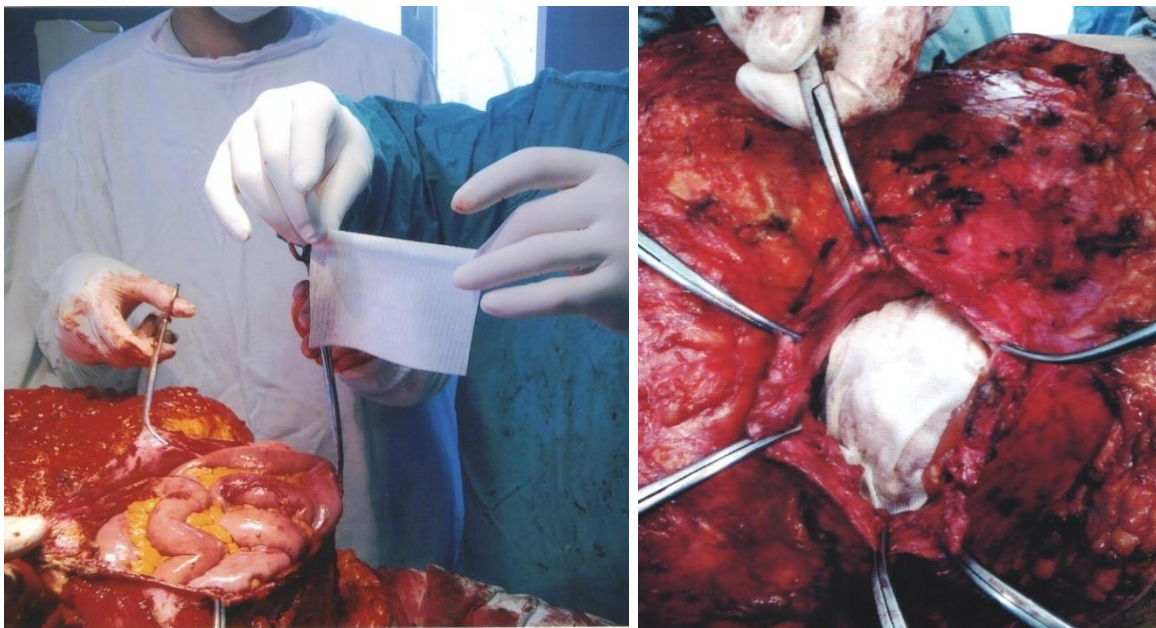
1 – qarnın düz əzələ yatağı; 2 – qarnın düz əzələsinin kənarı; 3 – böyük piyliyin bir hissəsi; 4 – qarnın düz əzələ yatağının ön səfhəsi.

“İnterceed (TC7)” absorbsiya olunan adheziv baryerdən birgə istifadə etməklə “sublay” metodu. Bitişmələrin qarşısının alınması, allotransplantatın yataq yarasının inkişafı ilə nəticələnən qarın boşluğuna transpozisiyasının və s. ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə “İnterceed (TC7)” absorbsiya olunan adheziv baryer qarın boşluğu orqanlarının səthinə yerləşdirilməzdən əvvəl III əsas qrupun bütün xəstələrində əməliyyatdan sonrakı W3 və W4 ölçülü ventral yırtıqların yırtıq qapılarının “sublay” metodu ilə gərilməsiz plastikasından istifadə edərkən diqqətli hemostaz yaradılmış, eləcə də toplanan maye qarın boşluğundan tam xaric edilmişdir (şək. 13).



Şəkil 13. “İnterceed (TC7)” absorbsiya olunan adheziv baryer

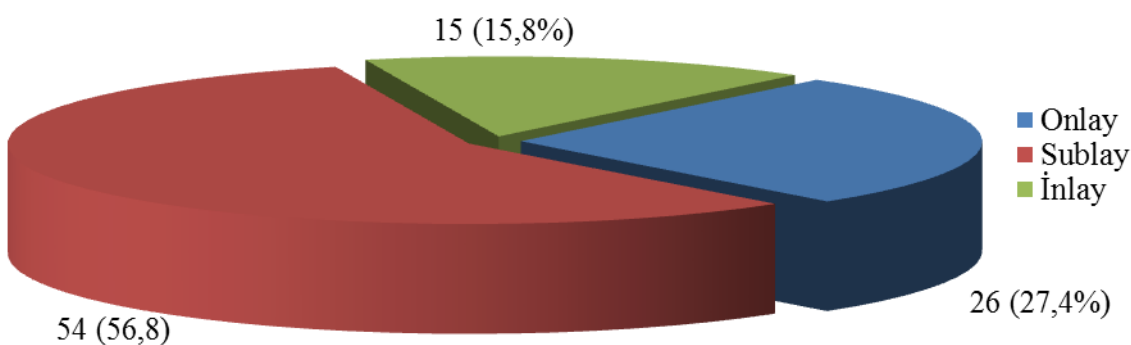
“İnterceed (TC7)” bütün yırtıq qapısı nahiyəsini tikilmədən tam əhatə edən ölçüdə və quru halda yerləşdirilmişdir. Lazım olan hallarda yırtıq qapısı proyeksiyasındakı (peritonun defektində) qarın boşluğu orqanına yapışmanı təmin etmək və onun formasını almaq məqsədilə “İnterceed (TC7)” 1-2 ml fizioloji məhlulla isladılmışdır. Bundan sonra “İnterceed (TC7)” allotransplantatının yapışmasını artırmaq üçün qoyulacağı yerdə 1-2 dəq saxlanmışdır (şək. 14). Sonra “İnterceed (TC7)” allotransplantatının yerini dəyişməməsi və üzərində qırıqların əmələ gəlməməsi üçün ehtiyatla yırtıq qapısının “sublay” metodu ilə alloplastikası icra edilmişdir. III əsas qrupun təxminən 35 xəstəsində bu metod tətbiq olunmuşdur. Ümumilikdə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığa görə müalicəsində allomaterial istifadə olunmuş 95 xəstədən 26-da (27,4%) “onlay” texnologiya ilə, 54-də (56,8%) “sublay” texnologiyası ilə, 15-də (15,8%) isə “inlay” texnologiya ilə alloplastika icra olunmuşdur (şək. 15).



Şəkil 14. Yırtıq qapısı nahiyəsində peritonun defektini tam bağlamaq üçün tikiş qoymadan “İTERCEED (TC7)” yerləşdirilməsi

Yırtıq qapılarının plastikası üçün allomaterialların növləri. Yırtıq qapılarının plastikası məqsədilə 3 növ protezdən istifadə olunmuşdur:

1) **Ethicon (İngiltərə) firmasının polipropiləndən hazırlanmış monofilament torlu protezi** – 2 müqayisə qrupunun 31 (32,6%) xəstəsində tətbiq olunmuşdur.

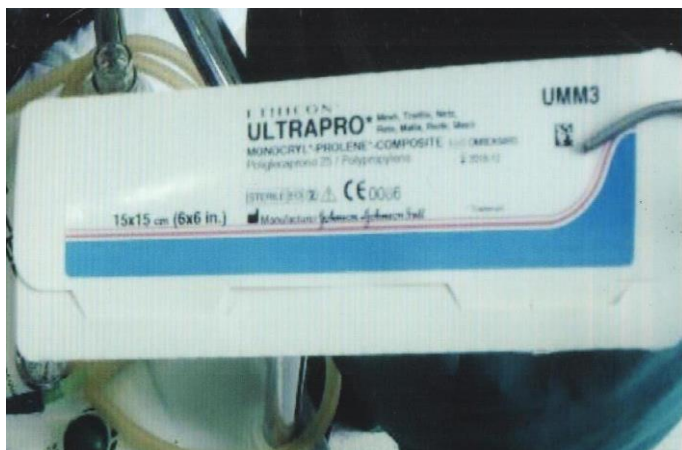


Şəkil 15. Alloplastikanın üsuluna görə xəstələrin paylanması

Polipropilenin miqdarı azaldılmış monokrilprolenkompozit (MPK) torlu protez – “**Ultrapro**” (Ethicon -İngiltərə) polipropiləndən və monokrildən ibarətdir (şək. 16). Monokril (poliqləkapon 25) hidrolizə məruz qala bilən və implantasiya zonasında minimal iltihabi reaksiya və fibroz

birdəşdirici toxumanın zəif artımını törədən monofilament sintetik sorulan tikiş materialıdır. Ondan III əsas qrupa daxil olan 64 (50,4%) xəstədə istifadə olunmuşdur.

2) Absorbsiya olunan adhezion baryer “Interceed (TC7)” - «Johnson and Johnson Medical Inc.» (Arlington, Texas) firmasının məhsulu olub (“süni periton”) bitişmələrin profilaktikası məqsədilə istifadə olunur.



a

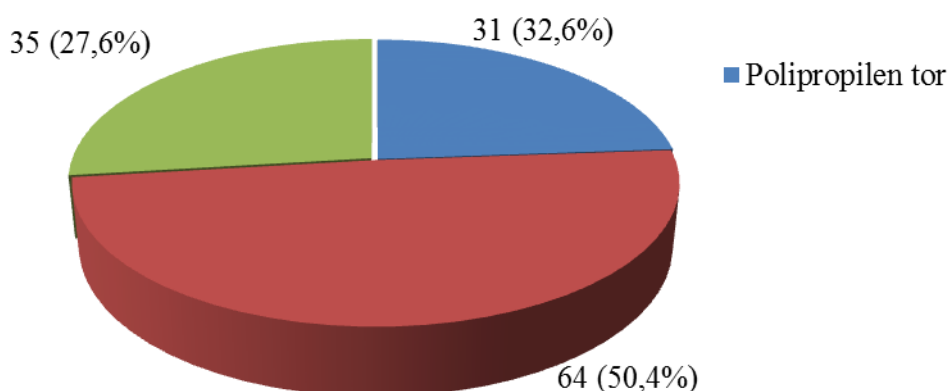


b

Şəkil 16. Polipropilenin miqdarı azaldılmış monokrilprolenkompozit (MPK) torlu protez “Ultrapro” (Ethicon -İngiltərə): a) ümumi görünüşü; b) «İnterceed (TC7)» absorbsiya olunan adheziv baryerin üzərinə qoyulması və aponevroza fiksasiyası.

Ondan III qrupun 35 (27,6%) xəstəsində - IIIA əsas yarımqrupun 18, IIIB yarımqrupunun isə 17 xəstəsində istifadə olunmuşdur (şəkil 17).

3) Torlu endoprotezin fiksasiyası məqsədilə 3-0, 2-0 və 0 atravmatik iynədə olan prolen sap işlədilmişdir.



Şəkil 17. İmplantasiya olunan allomaterialın növünə görə xəstələrin paylanması

Ümumilikdə müxtəlif alloplastika metodlarından istifadə edərkən aşağıdakı allomateriallar tətbiq olunmuşdur (cədvəl 14). Alloplastika və yerli toxumalarla plastika zamanı əməliyyatın davametmə müddəti uyğun olaraq 163 ± 53 dəq. və 128 ± 57 dəq. təşkil etmişdir. “Onlay”, “sublay” və “İnlay” üsulların ayrılıqda və abdominoplastika ilə birgə tətbiqi zamanı əməliyyatın davametmə müddəti uyğun olaraq 110 ± 29 dəq., 128 ± 32 dəq., 157 ± 36 dəq. və 183 ± 41 dəq. təşkil etmişdir.

Cədvəl 14

Allomaterialın növü və alloplastikanın texnologiyası üzrə xəstələrin paylanması

Metod	Allomaterial	Xəstələrin sayı	
		Mütləq	%-lə
“Onlay” (n=26)	Polipropilen tor	13	50
	MPK-tor	13	50
“İnlay” (n=15)	Polipropilen tor	8	53,3
	MPK-tor	7	46,7
“Sublay” (n=54)	Polipropilen tor	10	18,5
	MPK-tor	9	16,7
	MPK-tor + İnterceed (TC7)	35	64,8

Prolen toru, MPK-toru “Ultrapro”-nu ayrılıqda və MPK-toru “Ultrapro”-nu “İnterceed (TC7)” baryeri ilə birlikdə və eləcə də abdominoplastika ilə simultan istifadə edərkən əməliyyatın davametmə müddəti uyğun olaraq 152 ± 31 dəq., 160 ± 36 dəq. və 183 ± 41 dəq. təşkil etmişdir.

5. Hernioalloplastika ilə simultan istifadə olunan 6. abdominoplastikanın metodikası

Abdominoplastika ilə birgə aparılan hernioalloplastika aydın nəzərə çarpan “cərrahi aqressiya” ilə gedən çox ciddi və uzunmüddətli əməliyyatdır. Qeyd edilən cərrahi müalicə yalnız kifayət dərəcədə klinik təcrübəsi olan həkimlər tərəfindən cərrahi klinikada aparılmalıdır. Biz hesab edirik ki, bu əməliyyat zamanı optimal ağrısızlaşdırma metodu endotraxeal narkozdur. Cərrahi briqada iki və ya üç mütəxəssisdən təşkil olunmuşdur. Bütün

əməliyyatı aşağıdakı mərhələlərə bölmək olar ki, onların da hər birinin özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır.

1. Əməliyyat sahəsinin işarələnməsi. Kəsik xətləri, göbəyin yeni yerləşmə yeri və əməliyyatdan sonrakı yaranın simmetrik tikilməsi üçün oriyentirlər vertikal xətlərlə işarələnir (şəkil 18). İşarələnmə əvvəlcə xəstənin ayaqüstü, sonra isə uzanıqlı vəziyyətində aparılır. Cərrah əlləri ilə xaric edilməsi lazım gələn piy büküşünün qalınlığını təyin edir. Kəsiyin uzunluğu xəstənin dolğunluğundan və qarın divarının sallanma dərəcəsindən asılıdır.



Şəkil 18. Əməliyyat sahəsinin işarələnməsi

Aşağı horizontal və ya yüngül dalğalı kəsik kifayət qədər aşağıda, qasığın tüklü hissəsindən bir qədər yuxarıda, demək olar ki, fizioloji dəri büküşündə aparılır.

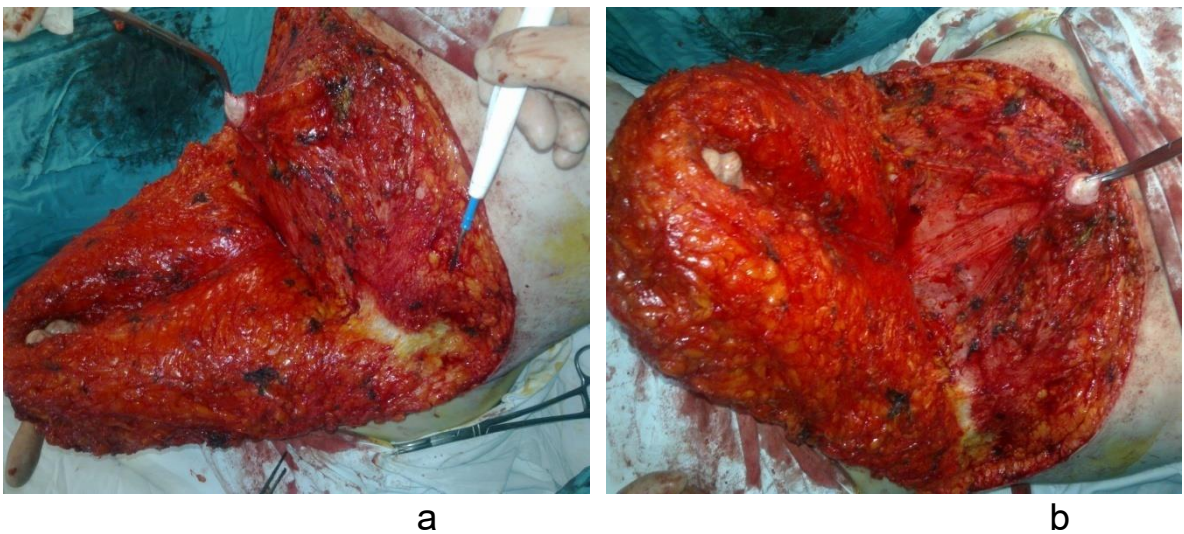
Yadda saxlamaq lazımdır ki, aşağı kəsik daha da aşağıdan aparılrsa, bu həmin zonadakı yaxşı inkişaf etmiş limfa şəbəkəsinin zədələnməsinə və əməliyyatdan sonrakı dövrdə güclü lomforeyaya səbəb ola bilər. Yuxarı kəsiyi bir qayda olaraq göbək həlqəsinin yuxarı kənarından bir qədər yuxarıda aparmağı planlaşdırırıq.

Hər iki kəsik qasıq sümüyünün ön-yuxarı tənindən bir qədər bayır tərəfdə birləşdirilir. Xaric ediləcək dəri-piy loskutunun eni adətən göbəyin yuxarı sərhəddi ilə qasığın tüklü hissəsi arasındakı dəri səthinin əhatə edir.

2. Göbəyin mobilizasiyası. Göbəyi əhatə edən kəsiklə göbək, ətraf toxumalardan aponevroza qədər ayrılır və birləşdirici toxuma damar ayaqcığında saxlanır.

Gələcək göbəyin ölçüsü bir qayda olaraq, əməliyyata qədərki dövrdə xəstə ilə razılaşdırılır və adətən onun diametri 2,5-3 sm-dən böyük olmamalıdır (şəkil 19).

3. Dəri-piy loskutunun kəsilməsini biz işarələnmiş aşağı xətt üzrə başlayaraq bayırdan içəriyə doğru, aponevroza qədər dərinliyi əhatə etməklə aparmışıq. Bu zaman diqqətli hemostaza xüsusi fikir verilməlidir. Eyni qayda ilə xaric olunacaq loskutun yuxarı kənarı boyunca kəsik aparılır. Əvvəlcə xaric olunacaq loskutun bayır bucaqlardan birinin, sonra isə digərinin traksiyası yolu ilə, perforant damarlar və sinirlər koagulyasiya olunmaqla bütün dəri-piy loskutu xaric edilir (şəkil 20).



Şəkil 19. Göbəyin (a) və dəri-piy loskutunun (b) mobilizasiyası

Təhlil olunan materialda dəri-piy örtüyünün çəkisi və ölçüsü kifayət qədər böyük diapazonda tərəddüd edir. Kütləsi 3 kq-a qədər olan dəri-piy örtüyü 2 xəstədə, 3 kq-dan 5 kq- qədər olan – 16 xəstədə, 5 kq-dan 8 kq-a qədər olan – 5 xəstədə və 8 kq-dan böyük olan isə 5 xəstədə qeyd edilmişdir (cədvəl 16). Xaric olunan dəri-piy örtüyünün maksimal çəkisi 16,2 kq olmuşdur.



Şəkil 20. Dəri-piy örtüyünün kəsilməsi (müəllif sağdan ikinci)

Cədvəl 16

Xaric olunan dəri-piy örtüyünün çəkisi

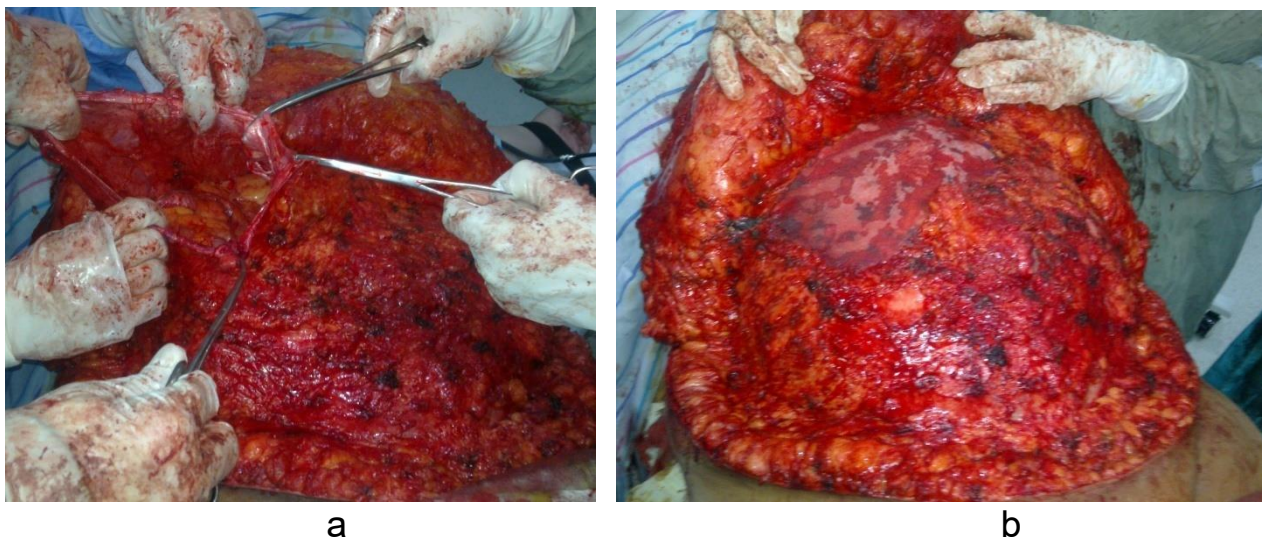
Çəkisi	3 kq-a qədər	3-5 kq	5-8 kq	8 kq-dan yuxarı
Sayı	2 (6,5%)	16 (51,6%)	8 (25,8%)	5 (16,1%)
Cəmi	31 (100%)			

4. Dəri-piy loskutunun yuxarı kənarının mobilizasiyası. Əməliyyatdan sonrakı yaranın gərilməsiz, sərbəst tikilməsi, göbəyin yerinin yeni, planlaşdırılmış yerə dəyişdirilməsi, eləcə də qarın divarına estetik cəhətdən daha düzgün görünüş vermək üçün yuxarı loskutun mobilizasiyasını aparmaq mütləq vacibdir. Yuxarı loskuta qoyulmuş “tutqac”ı traksiya etmək yolu ilə loskut qabırğa qövsü və xəncərəbənzər çıxıntıdan bir qədər yuxarıya qədər küt və iti üsullarla aponevrozdan ayrılır (şəkil 21). Bu zaman diqqətli hemostaza da xüsusi fikir verilir. Bütün hallarda verilmiş loskutun dərialtı piy qatının xaric edilməsi lazım gəlir.



Şəkil 21. Dəri-piy loskutunun yuxarı kənarının mobilizasiyası

5. Qarnın ön divarının təftişi və yırtıq qapısının plastikası. Qarnın ön divarının dəri-piy loskutunun mobilizasiyası və xaric edilməsi zamanı yırtıq kisəsinə ehtiyatla, zədələmədən ayırmaq lazımdır. Qeyd edilən əməliyyatın təsvir olunan 4 mərhələsi yerinə yetirildikdən sonra qarın divarının bütün aponevrozunun ətraflı təftişi, yırtıq qapısının və yırtıq kisəsinin ölçülərinin dəqiqləşdirilməsi üçün optimal şərait yaradılır (şəkil 22).



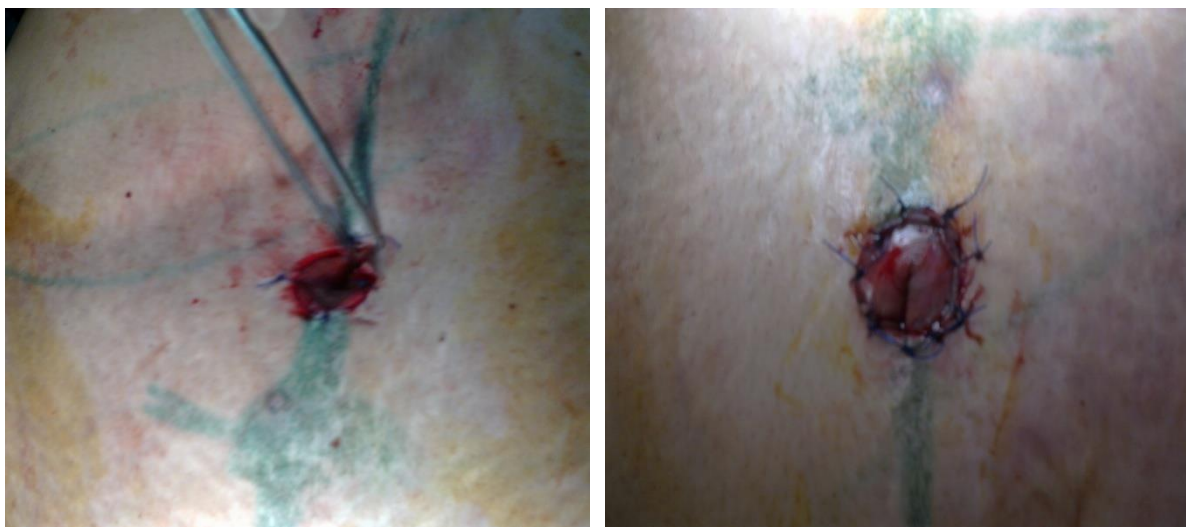
Şəkil 22. Qarnın ön divarının təftişi (a) və yırtıq qapısının plastikası (b)

Qeyd edilən geniş mobilizasiya, əməliyyata qədər təyin edilə bilməyən yırtıq defektinin, qarın divarında olan “zəif” sahələri aşkar etməyə imkan verir. Buna görə də əsas qrupa daxil olan bütün xəstələrdə plastika metodu

kimi bütün məlum autoplastika üsulları arasından qarındaxili təzyiqli ən az dərəcədə artıran “kənar-kənara” (sublay) metod seçilmişdir. Yırtıq qapısının plastikası müəllifin modifikasiyası ilə MPK-torla “sublay” metodla icra edilmişdir.

Düz əzələlərin diastazını bir qayda olaraq, xəncərəbənzər çıxıntıdan qasıq bitişməsinə qədər ləğv etmək lazımdır.

6. Göbəyin yerinin yeni yerə dəyişdirilməsi. Göbək – təbii faktordur, onun yerinin hazırlanmış yeni yerə dəyişdirilməsi mütləqdir (şəkil 23).



Şəkil 23. Göbəyin yerinin yeni yerə dəyişdirilməsi.

Əvvəl keçirilmiş əməliyyatlardan sonra onun götürülməsi və ya olmaması qarın divarının ümumi kosmetik mənzərəsinin dəyişməsinə və təhrif olunmasına gətirib çıxarır ki, bu da xüsusən gənc yaşlılarda göbəyi imitasiya edən dəri dartılmasının yaradılmasını məqsədəuyğun edir.

Əməliyyat yarasının tikilməsi. Bütün hallarda dəridəki yaranın tikilməsini həmişə icra etmişik. Onun drenləşdirilməsini kontraperturadan daxil edilən çarpaz drenajlarla həyata keçirərək aktiv aspirasiya aparmışıq (şəkil 24). Biz öz işlərimizdə “Abaktolat” tikiş materialından istifadə etmişik. Bu material hernioplastika zonasındakı mikrofloranı effektiv aradan qaldıran uzunmüddətli antibakterial təsirə malikdir. Biz müəyyən etmişik ki, dəri-piy loskutunun xaric edilməsi yırtıq defektinə qoyulan tikişlərə düşən yükün azalmasına səbəb olur.



Şəkil 24. Əməliyyat yarasının tikilməsi və Redon üsulu ilə yara nahiyəsinin çarpaz yerləşdirilmiş 2 silikon drenajla aktiv drenə edilməsi

Bundan əlavə, bizim fikrimizcə, ventral yırtıqların ləğv edilməsində istifadə olunan müdaxilənin üstün cəhətinə aşağıdakılar aiddir: 1) aponevrozun tam təftişinin mümkünlüyü; 2) tək cəhət defekt zonasında deyil, həm də yırtıq qapısı ətrafında relaksasiyanın aradan qaldırılması; 3) dəri tikişlərinin əzələ-aponevrotik defektə qoyulan yerdən uzaqda yerləşməsi yara sağlamlığının fiziologiyası baxımından daha sərfəlidir və əməliyyat sahəsinin ikincili infeksiyalaşma riskini azaldır; 4) estetik cərrahiyyənin elementi olan qarının ön divarının normal konfigurasiyasının bərpa olunması.

6. Anesteziya metodları

Anestezioloji vəsaitə iki anesteziya növü daxil edilmişdir: 1) kombinə olunmuş endotraxeal narkoz; 2) uzadılmış epidural anesteziya ilə aparılan kombinə olunmuş endotraxeal narkoz.

Premedikasiyaya sedativ preparatlar, narkotik analgetiklər, xolinolitiklər, antihistamin preparatlar daxil edilmişdir. Qan dövranının, tənəffüsün və diurezin qeyri-invaziv monitorinqi aparılmış və arterial təzyiqin göstəriciləri, ürək yığılmalarının tezliyi, ürəyin elektrokardiogramması, oksigenin saturasiyası və turşu-qələvi vəziyyəti öyrənilmişdir.

Antibiotikoprofilaktika. Əməliyyatdan sonrakı infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan 15 dəq əvvəl sefalosporin sırası antibiotikləri, (seftriakson 1 q), birinci inyeksiyadan 3 saat sonra isə təkrari olaraq vena daxilinə yeridilmişdir.

Xəstələrin əməliyyatdan sonrakı aparılması. Yırtıq qapısının yerli toxumalarla plastikasından sonra əməliyyatdan sonrakı dövrü ümumcərrahi qarın boşluğu əməliyyatı keçirmiş xəstələr kimi aparılmışdır.

Xüsusən abdominoplastika ilə birlikdə hernioalloplastika əməliyyatı keçirən xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə yara prosesinin gedişinin xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olan spesifik xüsusiyyətlər mövcuddur. Yarada maye yığıntısının qarşısını almaq məqsədilə dəri və ya dəri-piy loskutunun qarının düz əzələ yatağının ön səthindən və xarici çəp əzələ aponevrozundan mobilizasiyası ilə müşayiət olunan alloplastikadan sonra aşağıdakı tədbirlər yerinə yetirilmişdir.

Torun inlay texnologiya ilə implantasiyasından başqa, qalan hallarda dərialtı piy qatı yan dəlikləri olan 1-dən 4-ə qədər drenaj borularla drenləşdirilmiş və Redon üsulu ilə aktiv aspirasion sistemə qoşulmuşdur. Arterial təzyiqə, nəbzə, diurezə, bədən hərarətinə, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyinə nəzarət edilmişdir.

Xəstələrə hər gün aşağıdakı məqsədləri daşıyan gündəlik sarğılar qoyulmuşdur: baxış və lazım olan hallarda yaranın instrumental təftişi, tikiş xəttinin "Betadin" məhlulu ilə işlənməsi, ifrazatın xaric edilməsi və onun miqdarına nəzarət. Drenajlar bir qayda olaraq 3-5-ci günlər xaric edilmişdir. Onların xaric edilməsinin əsas meyarları xaric olunan ifrazatın həcmnin az (50 ml/gün – 5, 10 ml?), aydın nəzərə çarpan seroz xarakter daşması olmuşdur. Allomateriala hiperreaksiyası olan xəstələrdə yara ifrazatının miqdarı 100 ml/gün-dən çox olduqda drenajlar əməliyyatdan sonra 10-12 günə qədər saxlanmışdır. Aktiv drenləşdirmə ilə eyni vaxtda elastik hava bandajının köməyi ilə yaranın dozalanmış kompressiyası həyata keçirilmişdir.

Drenajlar xaric edildikdən sonra yaranın bandajla kompressiyası davam etdirilmişdir.

Xəstələr 2-3 gün ərzində planlı olaraq “Analgin”, “Baralgin”, “Tramal”, “Nopain” tipli dərmanlar qəbul etmişlər, yalnız onların effekti olmadıqda narkotik analgetiklər təyin edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrdə gün ərzində intensiv terapiya aparılmışdır. Müalicə planına gündə 3,0-4,5-5,0 litrə qədər infuzion terapiya (5%-li qlükoza, 0,9%-li natrium-xlorid, ringer-laktat, disol və s.) daxil edilmişdir. İrinli-iltihabi yara ağırlaşmalarının profilaktikası məqsədilə bütün xəstələr 4-5 günlük sefalosporin qrupuna daxil geniş təsir spektrli antibiotiklər və metrogillə antibiotikoprofilaktika kursu aparılmışdır.

Bağırsaqların əməliyyatdan sonrakı perezini tez aradan qaldırmaq, tənəffüs sistemini adaptasiya etdirmək və tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan sonra xəstələri mümkün qədər tez – traxeyanın ekstubasiyasından və əzələ tonusu bərpa olunduqdan 2-3 saat sonra aktivləşdirilmişdir. Bununla yanaşı, tromboembolik ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə əməliyyat anından xəstənin tam aktivləşməsinə qədər aşağı ətrafların elastiki bintlənməsi aparılmış, eləcə də gündə 2 dəfə 0,3 ml fraksiparin və ya əməliyyatdan 2 saat əvvəl 20 mq, əməliyyatdan sonra isə 5-7 gün ərzində, koaquloqramma göstəriciləri nəzərə alınmaqla gündə 1 dəfə 20 mq kleksan (enoksiparin) təyin edilmişdir. Aşağı ətrafların elastiki kompressiyası əməliyyatdan sonra 10 gündən tez olmayaraq dayandırılmışdır. Aktivləşmə kompleksinə xəstənin əvvəlcə “oturma”, sonra “ayaqüstü” vəziyyətə qaldırılması, kürək nahiyəsinin massajı, tənəffüs gimnastikası, hər iki ayağın baldır əzələsinin massajı, xəstəni reanimasiya palatasında 15-30 metr gəzdirilməsi daxil olmuşdur. Xəstələr növbəti günün səhərinə qədər reanimasiya şöbəsində qalmışdır. Sonra onlar cərrahiyyə şöbəsinin palatasına köçürülmüş və orada standart əməliyyatdan sonrakı müalicə (infuzion, antibakterial, ağrıkəsici) aparılmışdır. Əməliyyatdan sonrakı ilk 2-3 gün ərzində xəstələr baş tərəfi qaldırılmış və ayaq tərəfi endirilmiş

funksional çarpayıda diz oynaqı yüngülcə bükülü vəziyyətdə uzadılmışdır ki, bu da tənəffüs üçün yaxşı şərait yaratmış və əməliyyat olunmuş nahiyəyə sakitlik vermişdir. Əməliyyatdan sonra 2-ci gün qarındaxili təzyiq ölçülmüş və lazım olan hallarda sidik kateteri xaric edilmişdir. Əməliyyatdan sonra 3-cü, 7-ci və 14-cü günlərdə USM-in köməyi ilə qarının ön divarının monitorinqi aparılmışdır.

Qidalanmaya bağırsağ peristaltiksının bərpa olunmasından asılı olaraq 2-3-cü günlərdən başlanmışdır. Bağırsağın sərbəst boşalması əməliyyatdan sonrakı 4-6-cı günlərdə müşahidə olunmuşdur. Drenajlar eksudasiya azaldıqdan 3-7 gün sonra xaric edilmişdir. Xəstələr əməliyyatdan sonrakı dövrün 7-10-cu günlərində evə yazılmışdır. Tikişlər əməliyyatdan 30 gün sonra sökülmüşdür. Birləşdirici toxuma tora tam sirayət edənə qədər xəstələr müşahidə altında olmuşdur.

Əməliyyatın yaxın nəticələri. Əməliyyatın yaxın nəticələrinə ümumi və yerli ağırlaşmalar daxil edilmişdir. Ümumi ağırlaşmalara pnevmoniya, tənəffüs çatışmazlığı, ürək-damar disfunksiyası, miokard infarktı, mədə-bağırsağ qanaxması, venaların trombozu və tromboembolik ağırlaşmalar, yerli ağırlaşmalara isə seroma, hematoma və yaranın irinləməsi aid edilmişdir.

Həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi. Hernioplastikanın müxtəlif üsullarından sonra tibbi-sosial effektivliyin təhlilini biz 115 xəstənin həyat keyfiyyətini qiymətləndirməklə aparmışıq. Bu məqsədlə 13 sual daxil edilmiş anketdən istifadə etmişik. Həyat keyfiyyəti 4 şkala – fiziki, sosial, emosional və funksional qənaətbəxşlik əsasında qiymətləndirilmişdir (cədvəl 17). 19 bala qədər alınmış nəticələr qeyri-kafi, 19-34 bal arası – kafi və 34-dən 52 bala qədər isə - yaxşı qiymətləndirilmişdir.

Müxtəlif hernioplastika metodlarından sonra həyat keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün sorğu anketi

No	Suallar	Cavabların variantı	Ballar
1	Ümumilikdə öz sağlamlıq vəziyyətinizi qiymətləndirirsiniz:	Əla Çox yaxşı Yaxşı Kafi Pis	5 4 3 2 1
2	Siz əməliyyata qədərki vəziyyətlə müqayisədə indiki sağlamlıq vəziyyətinizi necə qiymətləndirirsiniz?	Əməliyyata qədərki ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə yaxşı Əməliyyata qədərki ilə müqayisədə bir qədər yaxşı Əməliyyata qədərki ilə təxminən eyni Əməliyyata qədərki ilə müqayisədə bir qədər pis Əməliyyata qədərki ilə müqayisədə çox pis	5 4 3 2 1
3	Sizin sağlamlığınızın indiki vəziyyəti fiziki fəaliyyətinizi məhdudlaşdırırmı?	Bəli, əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşdırır Bəli, bir qədər məhdudlaşdırır Xeyr heç məhdudlaşdırmır	1 2 3
4	İşə və ya digər fəaliyyətə sərf olunan vaxtı qısaltmaq lazım gəlibmi?	Bəli Xeyr	1 2
5	Müəyyən iş növünün və ya digər fəaliyyəti yerinə yetirməkdə məhdudluğunuz varmı?	Bəli Xeyr	1 2
6	Öz işinizi və ya digər işləri yerinə yetirərkən çətinliyiniz olubmu və bu çətinlik əlavə güc sərfini tələb etmişdirmi?	Bəli Xeyr	1 2
7	Əməliyyat nahiyəsində fiziki ağrı hiss edirsinizmi?	Heç hiss etmirəm Çox zəif Zəif Az güclü Güclü Çox güclü	6 5 4 3 2 1
8	Əməliyyatdan sonra ağrıkəsici vasitə qəbul etmək lazım gəlmişdirmi?	Heç vaxt lazım gəlməyib Az hallarda lazım gəlib Tez-tez lazım gəlib	3 2 1
9	Ağrı Sizin normal işinizlə məşğul olmağınıza nə dərəcədə mane olub?	Heç mane olmayıb Bir az Az Güclü Çox güclü	5 4 3 2 1
10	Əməliyyatdan sonra fiziki və emosional vəziyyətiniz vaxtınızı ailə, dostlar, qonşular və ya kollektivlə aparmağa nə dərəcədə mane olub?	Heç mane olmayıb Bir az Az Güclü	5 4 3 2

		Çox güclü	1
11	Özünüzə qulluq edərkən başqalarının köməyi olmadan keçinməyi bacarırsınız mı?	Çox yaxşı bacarıram Yaxşı bacarıram Bir az bacarıram Demək olar ki, bacarmıram Tamamilə bacarmıram	5 4 3 2 1
12	Fiziki və emosional vəziyyətiniz insanlarla aktiv münasibətinizə nə dərəcədə mane olur?	Mane olmur Az mane olur Bəzən mane olur Vaxtın çoxunu Həmişə	5 4 3 2 1
13	Siz özünüzdə tam güc və enerji hiss edirsiniz mi?	Həmişə Vaxtın çoxunu Tez-tez Bəzən Az hallarda Heç vaxt	6 5 4 3 2 1

7. Tədqiqatın nəticələrinin statistik işlənmə metodları

Tədqiqat zamanı alınmış bütün rəqəm göstəricilərinin müasir tövsiyyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlili aparılmışdır. Qruplardakı göstəricilər variason sıraya düzülmüş və hər bir variason sıra üçün orta hesabi göstərici (M), bu göstəricinin orta kvadratik meyli (σ), standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır.

İlkin mərhələdə parametrik üsullardan, sonrakı mərhələdə qruplardakı göstəricilərin sayı nəzərə alınaraq göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldən – Uilkokson (Manna-Uitni) meyarından istifadə olunmuşdur. Bütün hesablamalar EXCEL-2003 elektron cədvəlində aparılaraq, alınmış nəticələr cədvəllər və diaqramlarda verilmişdir.

FƏSİL 6. ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIĞI OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN YAXIN NƏTİCƏLƏRİNİN TƏHLİLİ

Tədqiqata 2008-2012-ci illər ərzində Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin akad. M.A.Mirqasımov adına RKX-in (Bakı şəh.) 1-ci və 2-ci cərrahiyyə şöbələrində, eləcə də reanimasiya və intensiv terapiya şöbələrində ventral yırtıqlara görə müalicə almış 127 xəstənin klinik-laborator, instrumental müayinələrin və əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə (1-3 il) anket sorğusu və aparılmış kontrol müayinələrin nəticələri daxil edilmişdir.

Yırtıqların ölçüsünün xarakteristikası məqsədilə biz J.P. Chevrel və A.M.Rath tərəfindən işlənilib hazırlanmış və “Herniologiyanın aktual problemləri”nin V yubiley konfransının (Moskva, oktyabr 2006) bəyannaməsində RF-da və digər MDB ölkələrində klinik tətbiqə tövsiyə edilmiş beynəlxalq təsnifatdan (SWR-classification) istifadə etmişik. Bu təsnifata görə yırtıq qapısının ölçüsü 5 sm-dən kiçik olan yırtıqlar – kiçik (W1), 5-10 sm olanlar – orta (W2), 10-15 sm olanlar– böyük (W3), 15 sm-dən böyük olanlar isə gıqant (W4) yırtıqlara aid edilir.

1. Yırtıq qapısının ölçülərindən asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili

Bizim tədqiqata daxil olan əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan 127 xəstədən 14-də (11,0%) kiçik (W1), 26-da (20,5%) orta (W2), 52-də (41%) böyük (W3), 35-də (27,6%) isə gıqant (W4) yırtıq olmuşdur.

I müalicə qrupundakı kiçik ölçülü ƏSVY olan (W1) 14 xəstədən 7-də (50%) xüsusi toxumalardan istifadə etməklə yırtıq qapısının Sapejko və Meyo metodu ilə ənənəvi plastikası, II və III müalicə qrupunun yerdə qalan 7 (50%) xəstəsində isə sintetik materialdan istifadə etməklə “onlay” metodu ilə hernioalloplastika icra edilmişdir: II müalicə qrupunun 3 (21,4%) xəstəsində prolen tordan istifadə etməklə, III müalicə qrupunun 4 (28,6%) xəstəsində isə yeni, hissəvi sorulan MPK-tordan ayrılıqda (IIIA qrupun 2 xəstəsində) və

abdominoplastika ilə birlikdə (IIIB qrupun 2 xəstəsində) hernioalloplastika həyata keçirilmişdir (cədvəl 18).

Cədvəl 18

Yırtıq qapısının ölçüsündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə istifadə olunan plastik materialın, hernioplastikanın müxtəlif üsul və metodlarının strukturu

Yırtıq qapılarının ölçüsü	Hernioplastika üsulu												
	Autoplastika	Alloplastika (n=64)						Alloplastika+Abdominoplastika (n=31)					
		Allomaterialın növü			Alloplastika metodu			Allomaterialın növü			Alloplastika metodu		
		Prolen tor	MPK-tor	MPK-tor +İTERCEED (TC7)	Onlay	İnlay	Sublay	Prolen tor	MPK-tor	MPK-tor +İTERCEED (TC7)	Onlay	İnlay	Sublay
W1 (n=14)	7	3	2	-	5	-	-	-	2	-	2	-	-
W2 (n=26)	15	3	5	-	6	2	-	-	3	-	2	1	-
W3 (n=52)	10	6	3	12	8	10	11	8	3	10	3	2	8
W4 (n=35)	-	6	7	6	-	-	24	5	4	7	-	-	11
Cəmi:	32	18	17	18	19	12	35	13	12	17	7	3	19

Orta ölçülü (W2) ƏSVY olan 26 xəstədən I müalicə qrupuna daxil olan 15-də (57,7%) yırtıq qapısının Sapejko və Meyo metodları ilə ənənəvi autoplastikası, II və III müalicə qruplarına daxil olan 11 (43,3%) xəstədə sintetik materiallardan istifadə etməklə “onlay” (8 xəstədə - 30,8%) və “inlay” (3 xəstədə - 11,5%) metodu ilə hernioalloplastika icra edilmişdir: II müalicə qrupunun 3 (11,5%) xəstəsində prolen tordan istifadə etməklə alloplastika, III müalicə qrupunun isə 8 (30,8%) xəstəsində yeni, hissəvi sorulan MPK-tordan ayrılıqda (IIIA yarımqrupun 5 xəstəsində) və abdominoplastika ilə birlikdə (IIIB yarımqrupun 3 xəstəsində) hernioalloplastika icra edilmişdir.

Böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan 52 xəstədən I müalicə qrupuna daxil olan 10-da (19,2%) yırtıq qapısının Sapejko və Meyo metodları ilə ənənəvi autoplastikası, II və III müalicə qruplarına daxil olan 42 (80,8%) xəstədə sintetik materiallardan istifadə etməklə “onlay” (4 xəstədə - 9,5%), “inlay” (4 xəstədə - 9,5%) və “sublay” (34 xəstədə - 81%) metodu ilə hernioalloplastika icra edilmişdir: II müalicə qrupunun 14 (11,5%) xəstəsində prolen tordan istifadə etməklə alloplastika, III müalicə qrupunun isə 28 (88,5%) xəstəsində yeni, hissəvi sorulan MPK-tordan ayrılıqda (IIIA yarımqrupun 13 xəstəsində) və abdominoplastika ilə birlikdə (IIIB yarımqrupun 15 xəstəsində) hernioalloplastika icra edilmişdir.

Yırtıq qapısının ölçüsü 15 sm-dən böyük gıqant (W4) ƏSVY olan 35 xəstədə yırtıq qapısının Sapejko və Meyo metodları ilə ənənəvi autoplastikası icra edilməmişdir (aponevroz kənarlarının yaxınlaşdırılması mümkün olmadığından), ona görə də bu xəstələr I müalicə qrupuna daxil edilməmişdir. Onlardan II müalicə qrupuna daxil olan 11 (35,5%) xəstədə prolen torla “onlay” (2 xəstədə - 9,5%), “inlay” (3 xəstədə - 9,5%) və “sublay” (6 xəstədə - 81,0%) metodu ilə hernioalloplastika həyata keçirilmişdir. III müalicə qrupunun 24 (88,5%) xəstəsində yeni, hissəvi sorulan MPK-tordan ayrılıqda (IIIA yarımqrupun 13 xəstəsində) və abdominoplastika ilə birlikdə (IIIB yarımqrupun 11 xəstəsində) hernioalloplastika icra edilmişdir. “Onlay” metodu ilə alloplastika 5 xəstədə (3 xəstə - IIIA və 2 xəstə - IIIB), “inlay” metodu 5

xəstədə (3 xəstə - IIIA və 2 xəstə - IIIB) və “sublay” metodu 14 xəstədə (7 xəstə - IIIA və 7 xəstə - IIIB) tətbiq olunmuşdur.

Qarın boşluğu orqanları ilə bitişmələrin qarşısını almaq üçün süni baryer İTERCEED (TC7) III müalicə qrupunda böyük (W3 – 22 xəstə) və gıqant (W4 – 13 xəstə) ölçülü ƏSVY olan 35 (54,7%) xəstədə (18 xəstə - IIIA, 17 xəstə - IIIB yarımqrup) “sublay” metodu ilə hernioalloplastika yerinə yetirilmişdir. Onlardan IIIA yarımqrupa daxil olan 12 xəstədə böyük (W3), 6 xəstədə isə gıqant (W4) ƏSVY, eləcə də IIIB yarımqrupda 10 xəstədə böyük (W3) və 7 xəstədə gıqant (W4) ƏSVY olmuşdur.

Beləliklə, W1-W4 ölçülü ƏSVY olan 127 xəstədə cərrahi müalicə zamanı W1-W3 ölçülü ƏSVY olan 32 xəstədə yırtıq qapısının Sapejko və Meyo metodları ilə ənənəvi autoplastikası, yerdə qalan W1-W4 ölçülü ƏSVY olan 95 xəstədə isə ayrılıqda (64 xəstədə) və abdominoplastika ilə birlikdə (31 xəstədə) hernioalloplastika icra edilmişdir (cədvəl 18).

ƏSVY olan xəstələr qruplarını daha məqsədyönlü müqayisə etmək və hernioplastikanın metod və üsullarını, istifadə olunan sintetik materialın əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyinə təsirini qiymətləndirmək məqsədilə sonuncuları aşağıdakı iki yerə bölmüşük: 1) cərrahi müdaxilə zonasının (yerli) ağırlaşmaları; 2) qonşu orqanlar tərəfindən (ümumi) ağırlaşmalar.

Cərrahi müdaxilə zonasındakı ağırlaşmalar infeksiyon və qeyri-infeksiyon olmaqla iki yerə bölünür.

İnfeksiyon ağırlaşmalara aiddir: qarının ön divarındakı tikişlər nahiyəsində iltihabi infiltrat, əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi, liqatura fistulası, dərialtı eventrasiya (yaranın irinləməsi nəticəsində), abses, peritonit.

Qeyri-infeksiyon ağırlaşmalara aid edilmişdir: hernioalloplastika sahəsinin seroma və hematoması, dərinin kənarı nekrozu, erkən əməliyyatdan sonrakı bitişmə keçməməzliyi.

Qonşu orqan və sistemlərin infeksiyaları – tənəffüs tollarının infeksiyası, sidik tollarının infeksiyaları (sistit, pielonefrit) (cədvəl 19). Qeyri-infeksiyon –

mənşəli keçməməzlik								
Qarın boşluğunun absesi	-	-	-	-	-	-	-	-
Peritonit	-	-	-	-	-	-	-	-
Cəmi:	-	-	6	23,1	18	34,6	13	37,1

Hernioplastikanın tətbiq olunan üsullarından (auto-, allo-) və metodlarından (autoplastika zamanı Sapejko, Meyo, alloplastika zamanı onlay, inlay) asılı olmayaraq W1 (kiçik) yırtığı olan 14 xəstədə yerli və ümumi ağırlaşmalar müşahidə olunmamışdır. Bu ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə aponevrozun kənarlarının yaxınlaşdırılaraq əzələ-aponevrotik duplikaturanın yaradılması çətinlik törətməmiş və təhlükəsiz olmuşdur.

W2 (orta) yırtığı olan 26 xəstədən 6-da (23,1%) yerli və 1-də (3,8%) ümumi ağırlaşmalar inkişaf etmişdir. Yerli ağırlaşmalar arasında yara nahiyəsində iltihabi infiltrat (3,8%), hematoma (3,8%) və liqatura fistulası (3,8%) 3 xəstədə (hər birində 1), seroma isə 3 (11,5%) xəstədə meydana çıxmışdır. Ümumi ağırlaşmalardan 2 (7,6%) xəstədə sidik yollarının infeksiyası (sistit) inkişaf etmişdir.

Beləliklə, W1- W2 ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə istifadə olunan üsul və metodlardan asılı olmayaraq mövcud (ağır) yerli və ümumi ağırlaşmalar müşahidə olunmamışdır.

Bizim ƏSVY olan xəstələrin ən geniş kontingentini böyük ölçülü yırtığı olanlar (W3) təşkil etmişdir – 52 (40,9%) xəstə. W3 yırtığı olan xəstələrdə aponevrozun kənarlarının yaxınlaşdırılması, eləcə də əzələ-aponevrotik duplikaturanın formalaşdırılması həm yerli, həm də ümumi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin daha çox artmasına gətirib çıxarır. Bu xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə 18 (34,6%) yerli və 10 (19,2%) ümumi ağırlaşma meydana çıxmışdır.

Yerli ağırlaşmaların strukturunda xüsusi çəkisi ən çox olan seromalardır, belə ki, ona 9 (17,3%) xəstədə rast gəlinmişdir. Yara nahiyəsində infiltrat (3,8%), liqatura fistulası (3,8%) və yaranın irinləməsi (3,8%) - 6 xəstədə (2-də

hər biri); hematoma (1,9%), dərinin kənarı nekrozu (1,9%) və dərialtı eventrasiya (1,9%) – 3 xəstədə (1 xəstədə - hər biri) meydana çıxmışdır.

Ümumi ağırlaşmaların strukturunda tezliyinə görə 1-ci yerdə kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə müşayiət olunan İAHS (intraabdominal hipertenziya sindromu) olmuşdur. Bu, 4 (7,7%) xəstədə müşahidə olunmuş və 1 (1,9%) halda ölümün bilavasitə səbəbi olmuşdur. Pnevmoniya 2 (3,8%), miokard infarktı (1,9%), kəskin beyin qan dövrəni çatışmazlığı, aşağı ətraf venalarının xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi (1,9%) 3 xəstədə (1-də hər biri) müşahidə olunmuşdur. Bütün bu ağırlaşmalar müvafiq profilli mütəxəssislərin iştirakı ilə konservativ yollarla aradan qaldırılmış və letal nəticədən qaçmaq mümkün olmuşdur.

Sayına görə 2-ci yeri ƏSVY olan W4 ölçülü – 35 (27,6%) xəstə tutmuşdur. Onlarda əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə 13 (37,1%) yerli və 5 (14,3%) ümumi ağırlaşmalar meydana çıxmışdır.

Yerli ağırlaşmalar arasında 7 (20%) xəstədə meydana çıxmış və alloplastika icra olunmuş seromalar da 1-ci yerdə olmuşdur. 2 (5,8%) xəstədə meydana çıxan hematoma tezliyinə görə 2-ci yerdə dayanmışdır. Yara nahiyəsində irinləməyə (2,9%) keçən iltihabi infiltrat (2,9%) və liqatura fistulasının formalaşması, eləcə də erkən əməliyyatdan sonrakı bitişmə keçməməzliyi (2,9%) 2 xəstədə meydana çıxmışdır.

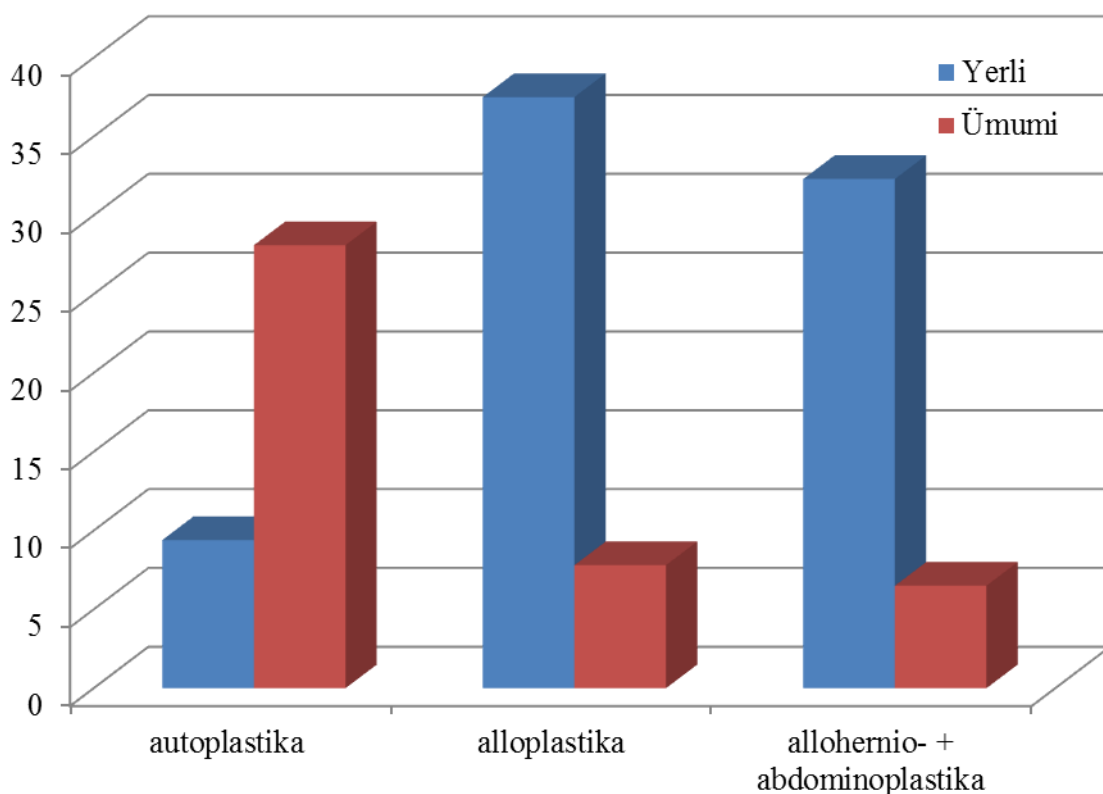
Liqatura fistulası sarğılar zamanı liqaturanın çıxarılması yolu ilə aradan qaldırılmışdır. Erkən əməliyyatdan sonrakı bitişmə keçməməzliyi olan xəstə ilk əməliyyatdan 5 gün sonra intubasion narkoz altında təkrar əməliyyat olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmasız keçmişdir.

W4 ölçülü yırtığa malik bu kateqoriya xəstələrdə ümumi ağırlaşmalar arasında eksudativ plevritlə müşayiət olunan pnevmoniya (1 xəstə - 2,9%), eləcə də kəskin beyin qan dövrəni pozğunluğu və mədə-bağırsaq qanaxması 3 xəstədə (hər birində 1-i) müşahidə olunmuşdur (cədvəl 19 – 20).

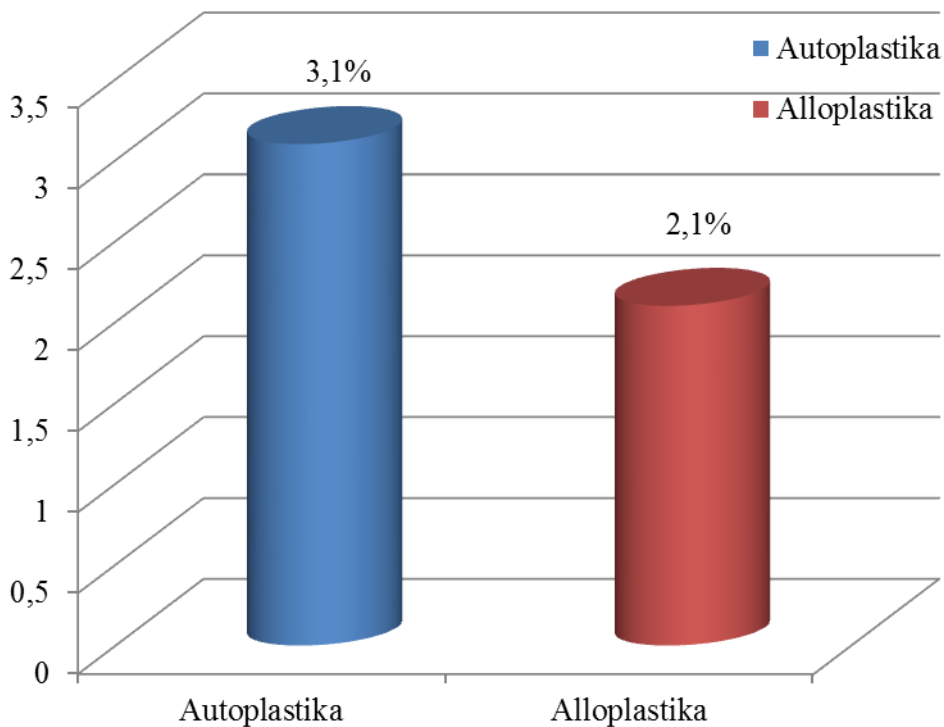
Bütün yuxarıda sadalananlardan aydın olur ki, W1-W2 yırtıqlarla müqayisədə yırtıq qapısının diametri 10 sm-dən böyük (W3-W4) olan yırtıqlar

zamanı autoplastikadan istifadə olunması ağır ümumi fəsadların rastgəlmə tezliyinin daha da artmasına səbəb olur ($r < 0,01$). Qarnın ön divarında aydın nəzərə çarpan patoloji dəyişikliklər şəraitində autoplastika zamanı möhkəmliyinə görə çatışmazlığı olan, qanla pis təchiz olunan və rigid, çapıq-dəyişilmiş toxumalardan istifadə olunur ki, bu da 3 (3,4%) xəstədə aparılan perioperasion antibiotikoprofilaktikaya baxmayaraq əməliyyatdan sonrakı dövrdə iltihabi infiltrasiyanın və ardınca irinliyin meydana çıxmasına səbəb olmuşdur. Bu isə böyük ölçülü yırtıqlar zamanı autoplastika metodlarının tətbiqinin düzgünlüyünə şübhə ilə yanaşmağa imkan verir.

Əldə olunmuş nəticələr böyük və gıqant ölçülü ƏSVY-in duplikatura autoplastikası ilə cərrahi müalicəsinin istifadəsindən imtina olunmasını dikte edir.



Şəkil. 25. Auto- və allohernioplastikadan sonra yerli və ümumi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi



Şəkil. 26. Müxtəlif hernioplastika üsullarından sonrakı irinləmənin rastgəlmə tezliyi (%-lə)

Cədvəl 20.

Yırtıq qapısının ölçüsündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ümumi ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşma (n=16)	Yırtıq qapılarının ölçüsü							
	W1 (n=14)		W2 (n=26)		W3 (n=52)		W4 (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Pnevmoniya	-	-	-	-	2	3,8	1	2,9
Eksudativ plevrit	-	-	-	-	1	1,9	1	2,9
İAHS (Kəskin tənəffüs və ÜDS çatışmazlığı)	-	-	-	-	4	7,7	-	-
Miokard infarktı	-	-	-	-	1	1,9	-	-
Kəskin beyin qan dövrəni pozğunluğu	-	-	-	-	1	1,9	1	2,9
Ağciyər arteriyasının tromboemboiyası	-	-	-	-	-	-	-	-
Aşağı ətrflərin xroniki tromboflebitinin	-	-	-	-	1	1,9	-	-

kəskinləşməsi									
Mədə-bağırsaq qanaxması	-	-	-	-	-	-	1	2,9	
Sidik yollarının infeksiyaları (sistit, pielonefrit)	-	-	2	7,6	-	-	-	-	
Letal nəticə	-	-	-	-	1	1,9	-	-	
Cəmi:	-	-	2	7,6	10	19,2	4	11,4	

Qeyd: İAHS – intraabdominal hipertenziya sindromu; ÜDS – ürək-damar sistemi

2. Hernioplastika üsullarından asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili

Tədqiqata cəlb olunmuş ƏSVY olan 127 xəstədən I müalicə qrupunu təşkil edən 32 (25,2%) xəstədə xüsusi toxumalarla Sapejko və Meyo metodları ilə yırtıq qapısının gərilən plastikası icra edilmişdir. II və III müalicə qruplarını təşkil edən 95 (74,8%) xəstədə yırtıq qapısının alloplastikası icra edilmişdir. Onlardan 64-də (50,4%) alloplastika ayrılıqda, 31-də (24,4%) isə abdominoplastika ilə birlikdə həyata keçirilmişdir.

Yerli toxumalarla plastikadan və alloplastikadan sonra ağırlaşmalar uyğun olaraq 7 (21,9%) və 29 (30,5%) xəstədə meydana çıxmışdır. Alloplastika icra olunmuş 7 xəstədə 12 (37,5%), alloplastika icra olunmuş 29 xəstədə isə 41 (43,3%) ağırlaşma inkişaf etmişdir. Autoplastika icra olunmuş 7 xəstədə meydana çıxan 12 ağırlaşmadan 3-ü (9,4%) əməliyyat zonasında, 9-u (28,1%) isə qonşu orqanlar tərəfindən müşahidə edilmişdir, yəni ümumi ağırlaşmalar olmuşdur.

Xəstələrdən 3-də 1 yerli ağırlaşma, 3 xəstədə 2 və 1 xəstədə isə 3 ümumi ağırlaşma meydana çıxmışdır. Yerli yara ağırlaşmaları liqatura fistulası (1 xəstə - 3,1%), əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi (1 xəstə - 3,1%), və dərialtı eventrasiya (1 xəstə - 3,1%) şəklində təzahür etmişdir.

Ümumi ağırlaşmalar arasında 1-ci yerdə kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə gedən İAHS olmuşdur ki, bu da duplakitura autoplastikası icra edilmiş W3 ölçülü ƏSVY olan 4 (12,5%) xəstədə meydana çıxmış və 24-48 saat ərzində uzadılmış süni tənəffüsü və intensiv terapiya tələb etmişdir. Bu zaman 1 xəstədə tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığının progressivləşməsini

aradan qaldırmaq mümkün olmamışdır ki, bu da letal nəticəyə gətirib çıxarmışdır.

Xəstələrdən 3-də İAHS ilə yanaşı pnevmoniya (1 – 3,1%), eksudativ plevrit (1 – 3,1%), işemik insultla gedən kəskin beyin qan dövranı pozğunluğu (1 – 3,1%) və sidik yollarının infeksiyası (kəskin pielosistit) (1 – 3,1%) kimi ağırlaşmalar meydana çıxmışdır. Bütün bu ağırlaşmaları müvafiq profilli mütəxəssisləri cəlb etməklə konservativ yolla aradan qaldırmaq mümkün olmuşdur.

Alloplastika icra olunmuş 29 xəstədə meydana çıxan 41 ağırlaşmadan 23 (23,2%) xəstədə 34 (35,8%) ağırlaşma yerli, 6 xəstədə isə 7 (7,5%) ağırlaşma ümumi xarakter daşmışdır. 18 xəstədə 1 ağırlaşma, 10 xəstədə 2, 1 xəstədə isə 3 ağırlaşma meydana çıxmışdır. Yırtıq qapısının bu və ya digər üsullarla alloplastikası icra edilmiş 64 xəstədən 20-də 29 ağırlaşma meydana çıxmışdır; onlardan 24-ü (37,5%) yerli, 5-i (7,8%) isə ümumi ağırlaşma olmuşdur. Onlardan 11 xəstədə 1, 8-də 2 və 1-də 3 ağırlaşma meydana çıxmışdır.

Inkişaf etmiş 24 yerli ağırlaşmadan rastgəlmə tezliyinə görə 1-ci yerdə seroma (13 xəstə - 20,3%), 2-ci və 3-cü yerləri yara nahiyəsinin infiltratı və hematoması (hər birindən 3 xəstədə - 4,7%), 4-cü və 5-ci yerləri yaranın irinləməsi və liqatur fistulası (hər birindən 2 xəstədə - 3,1%) tutmuşdur, 1 (1,6%) xəstədə isə erkən əməliyyatdan sonrakı bitişmə keçməməzliyi meydana çıxmışdır. Bu kateqoriya xəstələrdə ümumi ağırlaşmalar arasında sağtərəfli aşağı payın pnevmoniyası (1 xəstə – 1,6%), eksudativ plevrit (1 – 1,6%), kəskin beyin qan dövranı pozğunluğu (1 xəstə – 1,6%) aşağı ətraf venalarının xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi (1 xəstə – 1,6%), mədə-bağırsağ qanaxması (1 xəstə – 1,6%) və sidik yollarının infeksiyası (pielonefrit) (1 xəstə – 1,6%) müşahidə olunmuşdur.

Alloplastika ilə birlikdə abdominoplastika istifadə olunan 31 xəstədən 9-da (29,0%) 12 ağırlaşma meydana çıxmışdır; onlardan 10-u (32,3%) yerli, 2-

si (6,5%) isə ümumi olmuşdur. Bu xəstələrdən 6-da hər birində 1 ağırlaşma, 3-də isə 2 ağırlaşma qeydə alınmışdır.

Yerli ağırlaşmalar arasında rastgəlmə tezliyinə görə 1-ci yeri şübhəsiz ki, 6 (19,4%) xəstədə meydana çıxmış seroma tutmuşdur. Yara nahiyəsinin infiltratı (1 xəstədə - 3,2%), və hematoması (1 xəstədə - 3,2%), liqatur fistulası (1 xəstədə - 3,2%) və dərinin kənarı nekrozu (1 xəstədə - 3,2%) 3 xəstədə meydana çıxmış və 2 halda ümumi ağırlaşmalarla müştərək rast gəlinmişdir (cədvəl 21 və 22).

Cədvəl 21.

**Hernioplastika üsulundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə
əməliyyatdan
sonrakı yerli ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi**

Ağırlaşma (n=37)	Hernioplastika üsulu					
	Autoplastika (n=32)		Alloplastika (n=64)		Alloplastika+ Abdominoplastika (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Yara nahiyəsində infiltrat	-	-	3	4,7	1	3,2
Hematoma	-	-	3	4,7	1	3,2
Seroma	-	-	13	20,3	6	19,4
Yaranın irinləməsi	1	3,1	2	3,1	-	-
Dərinin kənarı nekrozu	-	-	-	-	1	3,2
Liqatura fistulu	1	3,1	2	3,1	1	3,2
Dərialtı eventrasiya	1	3,1	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik	-	-	1	1,6	-	-
Qarın boşluğunun absesi	-	-	-	-	-	-
Peritonit	-	-	-	-	-	-
Cəmi:	3	9,4	24	37,5	10	32,3

Cədvəl

22

**Hernioplastika üsulundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə
əməliyyatdan
sonrakı ümumi ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi**

Ağırlaşma	Hernioplastika üsulu	
		Alloplastika+

(n=16)	Autoplastika (n=32)		Alloplastika (n=64)		Abdominoplastika (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Pnevmoniya	1	3,1	1	1,6	1	3,2
Eksudativ plevrit	1	3,1	-	-	1	3,2
İAHS (Kəskin tənəffüs və ÜDS çatışmazlığı)	4	12,5	-	-	-	-
Miokard infarktı	1	3,1	-	-	-	-
Kəskin beyin qan dövrəni pozğunluğu	1	3,1	1	1,6	-	-
Ağciyər arteriyasının tromboemboiyası	-	-	-	-	-	-
Aşağı ətrflərin xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi	-	-	1	1,6	-	-
Mədə-bağırsaq qanaxması	-	-	1	1,6	-	-
Sidik yollarının infeksiyaları (sistit, pielonefrit)	1	3,1	1	1,6	-	-
Letal nəticə	1	3,1	-	-	-	-
Cəmi:	9	28,1	5	7,8	2	6,5

Qeyd: İAHS – intraabdominal hipertenziya sindromu; ÜDS – ürək-damar sistemi

Beləliklə, alloplastika icra edilmiş xəstələrdə yerli ağırlaşmaların sayı autoplastika icra edilmiş xəstələrlə müqayisədə 4 dəfə çox olmuşdur. Eyni zamanda ağır ümumi fəsadlara təxminən 3,8 dəfə az rast gəlinmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan və autoplastika həyata keçirilən 1 xəstədə ölümə səbəb olmuş kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə gedən İAHS kimi ağır ümumi fəsada bu kateqoriya xəstələrdə rast gəlinməmişdir. Bütün bunlar bir daha nəinki böyük (W3), eləcə də gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə gərilən hernioplastikanın (xüsusən aponevrozun duolikaturası ilə) istifadəsindən çəkinməyə və plastik materiallarla gərilməsiz hernioplastikanın yerinə yetirilməsinə üstünlük verməyə əsas verir.

3. Hernioplastika metodundan asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili

Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi, 127 xəstədən ƏSVY olan 95 xəstənin müalicəsində müxtəlif hernioalloplastika metodlarından, daha dəqiq desək, 26 xəstədə yırtıq qapısının “onlay” metodu ilə, 15 xəstədə “inlay” metodu ilə və 54 xəstədə “sublay” metodu ilə alloplastikasından istifadə olunmuşdur.

“Onlay”, “inlay” və “sublay” metodları ilə alloplastikadan sonra uyğun olaraq 13 (50%), 4 (26,7%) və 24 (44,5%) ağırlaşma inkişaf etmişdir ki, bunlardan da müvafiq olaraq 10 (38,5%), 3 (20%) və 21 (38,9%) xəstədə yerli, 3 (11,5%), 1 (6,7%) və 3 (5,6%) xəstədə isə ümumi ağırlaşma inkişaf etmişdir (cədvəl 23 və 24).

Beləliklə, “onlay” metodu ilə əməliyyat olunmuş xəstələrdə ağırlaşmaların ümumi sayı “inlay” metodu ilə əməliyyat olmuş ƏSVY olan xəstələrlə müqayisədə dürüstlüklə (təxminən 2 dəfə) çox ($p < 0,01$) olmuş, lakin “sublay” metodu ilə əməliyyat olunmuşlardan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir ($p > 0,05$).

Cədvəl 23.

Hernioalloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yerli ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşma (n=34)	Hernioalloplastika metodu					
	Onlay (n=26)		Inlay (n=15)		Sublay (n=54)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Yara nahiyəsində infiltrat	1	3,8	1	6,7	2	3,7
Hematoma	1	3,8	1	6,7	2	3,7
Seroma	6	23,1	1	6,7	12	22,2
Yaranın irinləməsi	1	3,8	-	-	1	1,9
Dərinin kənarı nekrozu	-	-	-	-	1	1,9
Liqatura fistulu	1	3,8	-	-	2	3,7
Dərialtı eventrasiya	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik	-	-	-	-	1	1,9
Qarın boşluğunun absesi	-	-	-	-	-	-
Peritonit	-	-	-	-	-	-
Cəmi:	10	38,5	3	20	21	38,9

“Onlay” metodu zamanı ümumi ağırlaşmaların sayı da “inlay” (1,7 dəfə - $p < 0,05$) və “sublay” metodu (2 dəfə - $p < 0,01$) ilə əməliyyat olunmuşlardan dürüstlüklə çox olmuşdur.

Yerli ağırlaşmalar arasında aparıcı yeri alloplastika zamanı yad cisim rolunu oynayan prolen və ya MPK-tora qarşı orqanizm toxumalarının yerli

cavab reaksiyası kimi meydana çıxan seromalar tutmuşdur. Bu ağırlaşma “onlay” ,“inlay” və “sublay” metodu ilə əməliyyat olunanlarda uyğun olaraq 6 (23,1%), 1 (6,7%) və 12 (22,2%) xəstədə meydana çıxmışdır. Bu ağırlaşma əsas etibarilə böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) yırtıqların “onlay” və “sublay” texnologiyası ilə alloplastikasından sonra 7-12-ci günlərdə meydana çıxır.

“Inlay” texnologiyasından istifadə edərkən bu ağırlaşmanın inkişaf ehtimalı minimal və digər alloplastika texnologiyaları ilə müqayisədə dürüstlüklə azdır (3,4 dəfə - $p < 0,01$). Bu, yad cisimlərlə təmas zamanı mexaniki qıcıqlanmaya cavab olaraq çoxlu toxuma mayesi ifraz edən dərialtı piy toxuması ilə plastik materialın (torun) praktiki olaraq təmasda olmaması ilə əlaqədardır.

Biz hesab edirik ki, bu ağırlaşmanın inkişafının əsas səbəbi həm də əməliyyat yarasının qeyri-adekvat drenləşdirilməsidir. Bir qayda olaraq, bütün hallarda seromalar təkrari əməliyyat edilmədən vakuüm-aspiratorun köməyi ilə aradan qaldırılmışdır. Yaranın hermetik tikilməsi və əməliyyatdan sonrakı dövrün düzgün aparılması zamanı seromanın irinləmə tezliyi demək olar ki, sıfıra yaxınlaşır. Sonradan ultrasəsle skannerləşdirilmə eksudatda tədricən birləşdirici toxuma təbəqələrinin əmələ gəlməsini və onun sorulmasını nümayiş etdirdi ki, bu da orta hesabla əməliyyatdan 1,5-3 ay sonraya təsadüf edir. Yalnız 1 halda əməliyyatdan sonrakı dövrün düzgün aparılmaması ilə əlaqədar olaraq seromanın irinləməsi baş vermişdir. Dəri-dərialtı piy toxuması loskutunun soyulmasından sonra böyük “ciblərin” əmələ gəlməsi nəticəsində seromaların inkişafının qarşısını almaq üçün yaranın adekvat drenləşdirilməsinə xüsusi diqqət ayrılır (şək. 27).



Şəkil 27. Dəri-dərialtı piy toxuması loskutunun soyulmasından sonra əmələ gələn böyük ölçülü yara səthi (yara 2 ədəd dəlikləri olan silikon drenaj borularla çarpaz drenləşdirilmişdir).

Bundan əlavə, əməliyyatdan sonra əməliyyat nahiyəsinə yüngül kompressiya etmək məqsədilə xəstələrə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə elastik bandajın daşınması da məsləhət görülmüşdür.

Yara nahiyəsində **iltihabi infiltrat və hematoma** “onlay” ,“inlay” və “sublay” metodu ilə alloplastikadan sonra uyğun olaraq 1 (3,8%), 1 (6,7%) və 2 (3,7%) xəstədə meydana çıxmışdır. Xəstələrdən 1-də hematoma yoğun iynə ilə punksiyadan sonra aradan qalxmış, 2-ci xəstədə yaranın təftişi, hematomanın ləğvi, lavaj və yaranın drenləşdirilməsi tələb olunmuşdur.

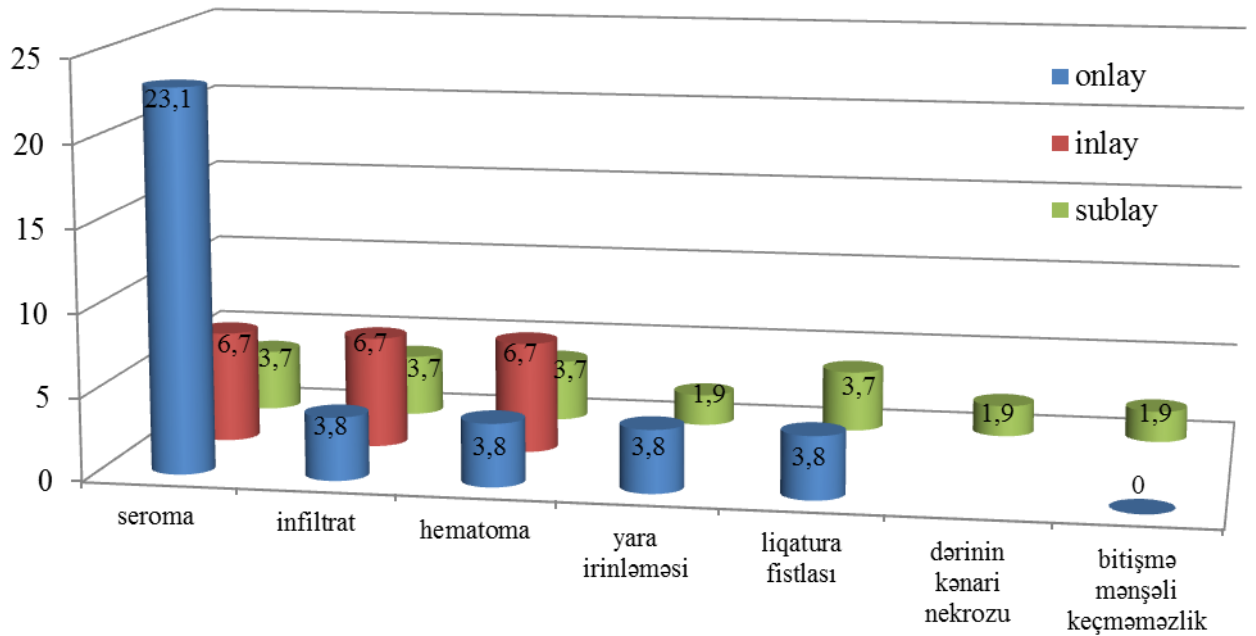
Yaranın irinləməsi alloplastika tətbiq olunduqdan sonra 2 xəstədə - “onlay” metodundan sonra 1 (3,8%) və “sublay” metodundan sonra 1 (1,9%) xəstədə meydana çıxmışdır. Yəni “sublay” metodu zamanı yaranın irinləməsi “onlay” metodu ilə müqayisədə dürüstlüklə az (2 dəfə - $p < 0,01$) olmuşdur.

Liqatura fistulası onlay” metodu istifadə olunduqdan sonra 1 (3,8%) və “sublay” metodundan sonra 2 (3,7%) xəstədə meydana çıxmışdır. Liqatura fistulalarını sarğılar zamanı xaric etdikdən sonra konservativ olaraq müalicə etmək mümkün olmuşdur.

Dərinin kənarı nekrozu “sublay” metodu ilə alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra olunmuş 1 xəstədə meydana çıxmışdır. O, “sublay” metodu üzrə yırtıq qapısının alloplastikasının xüsusiyyəti ilə əlaqədar olmamışdır. Onun əmələ gəlməsinin səbəbi qarnın ön divarında dəri-dərialtı piy loskutunun aponevrozdan ayrılması, onun dartılma təzyiqi altında yaranın

aşağı kənarına tikilməsi nəticəsində dərinin qan təchizatının pozulması olmuşdur. Kənarı nekroz kəsilmiş və erkən ikincili tikişlər (gərilməsiz) qoyulmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik “sublay” texnologiyası ilə alloplastika icra olunmuş 1 (1,9%) xəstədə meydana çıxmışdır. Keçməməzlik təkrari laparotomiya, bitişmələrin iti və küt üsullarla ayrılması yolu ilə aradan qaldırılmış və onun təkrar əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədilə nazik bağırsağın nazointestinal intubasiyası yerinə yetirilmişdir. Bu xəstədə erkən bitişmə keçməməzliyinin inkişafının səbəbi, bizim fikrimizcə, əməliyyatdan sonra bu yırtığın əmələ gəlməsinin uzunmüddətli anamnezinin olmasıdır ki, bunun da nəticəsində yırtıq qapısında və onun ətrafında çoxsaylı bitişmələr inkişaf edir. Bundan əlavə, mexaniki travmaya qarşı orqanizmin fərdi reaksiya vermə xüsusiyyəti də rol oynayır (şək. 28).



Şəkil 28. ƏSVY olan xəstələrdə müxtəlif alloplastika metodlarından sonra əməliyyatdan sonrakı yerli ağırlaşmaların strukturu və tezliyi

“Onlay”, “inlay” və “sublay” metodları üzrə alloplastikadan sonra əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ümumi ağırlaşmalar uyğun olaraq 3 (11,5%), 1 (6,7%) və 3 (5,6%) xəstədə inkişaf etmişdir (cədvəl 24).

Pnevmoniya (eksudativ sağtərəfli aşağı pay plevriti ilə birlikdə) onlay” metodu ilə alloplastikadan sonra ƏSVY olan 1 (3,8%) xəstədə və “sublay” metodu ilə alloplastikadan sonra 1 (1,9%) xəstədə meydana çıxmışdır. Yırtıq qapısının “inlay” metodu ilə alloplastikası icra olunmuş 15 xəstədə əməliyyatdan sonrakı dövrdə pnevmoniya və eksudativ plevrit meydana çıxmamışdır. W3 ölçülü ƏSVY olan, yaşla əlaqədar aydın nəzərə çarpan ateroskleroza və yanaşı hipertoniya xəstəliyi olan yalnız 1 (6,7%) yaşlı xəstədə işemik insult şəklində **beyin qan dövrünün kəskin pozulması** meydana çıxmışdır ki, bu da nevropatoloqla birlikdə vaxtında konservativ üsullarla aradan qaldırılmışdır. Sol aşağı ətrafın **dərin venalarının xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi** (1 xəstə - 1,9%) və mədə-bağırsaq qanaxması (1 xəstə - 1,9%) 54 xəstədən 2-də “sublay” texnologiyası üzrə alloplastikadan sonrakı erkən dövrdə antikoagulyantların (fraksiyalarının) təyininədən sonra meydana çıxmışdır.

Cədvəl 24.

Alloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ümumi ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşma (n=7)	Hernioalloplastika metodu					
	Onlay (n=26)		Inlay (n=15)		Sublay (n=54)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Pnevmoniya	1	3,8	-	-	1	1,9
Eksudativ plevrit	1	3,8	-	-	-	-
İAHS (Kəskin tənəffüs və ÜDS çatışmazlığı)	-	-	-	-	-	-
Miokard infarktı	-	-	-	-	-	-
Kəskin beyin qan dövrü pozğunluğu	-	-	1	6,7	-	-
Ağciyər arteriyasının tromboemboiyası	-	-	-	-	-	-
Aşağı ətrfların xroniki	-	-	-	-	1	1,9

tromboflebitinin kəskinləşməsi						
Mədə-bağırsaq qanaxması	-	-	-	-	1	1,9
Sidik yollarının infeksiyaları (sistit, pielonefrit)	1	3,8	-	-	-	-
Cəmi:	3	11,5	1	6,7	3	5,6

Qeyd: İAHS – intraabdominal hipertenziya sindromu; ÜDS – ürək-damar sistemi

Sağtərəfli pielosistit qoca yaşlı 1 (3,8%) xəstədə “onlay” metodu ilə alloplastikadan sonra atoniyaya görə sidik kisəsinin uzunmüddətli (4 gün) kateterizasiyasından sonra meydana çıxmışdır. O, sidik kisəsinin tonusu normallaşdıqdan, kateter xaric edildikdən və peroral antibiotiklər təyin olunduqdan sonra konservativ yolla aradan qaldırılmışdır.

Beləliklə, hər 3 metod (texnologiya) üzrə yırtıq qapısının alloplastikası zamanı ümumi ağırlaşmaların sayı və onların klinik ağırlıq dərəcəsi 2 metoddan (Sapejko və Meyo) biri ilə aponevrozun duplikaturası metodu ilə autoplastika yerinə yetirilmiş ƏSVY olan xəstələrlə müqayisədə dürüstlüklə az olmuşdur. Onlar arasında artan tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı əlamətləri ilə gedən İAHS kimi ciddi ağırlaşma inkişaf etməmiş və bu metodlarla əməliyyat olunmuş heç bir xəstədə letal nəticəyə səbəb olmamışdır.

Bu ağırlaşmalardan ən az rast gəlinənlər “sublay” texnologiyası üzrə gərilməmiş əməliyyat olunanlar olmuşdur – 5,6%; ikinci yerdə “inlay” metodu – 6,7%, 3-cü yerdə isə “onlay” metodu durur – 11,5%. “Onlay” metodu ilə əməliyyat zamanı rast gəlinən ağırlaşmalar “sublay” ($p < 0,01$) və “inlay” ($p < 0,05$) metodları ilə müqayisədə dürüstlüklə çoxdur (cədvəl 24).

4. Hernioalloplastika zamanı istifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili

Cərrahi müalicəsində plastik materialdan istifadə olunmuş əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan 95 xəstədən 31-də (32,6%) yırtıq qapısının plastikası zamanı prolen tor, 29-da (30,5%) – hissəvi sorulan monokrilprolen

kompozit (MPK) tor, 35-də (36,8%) isə böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) yırtıqlar zamanı yırtıq qapısının “sublay” metodu üzrə alloplastikası həyata keçirilərkən torun qarın boşluğu orqanlarına impregnasiyasının profilaktikası məqsədilə, MPK-tor absorbsiya olunan adhezion baryer “İTERCEED (TC7)” ilə birlikdə tətbiq olunmuşdur.

ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə meydana çıxan ağırlaşmaların sayı (tezliyi) yırtıq qapısının prolen, MPK-tor və MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryer “İTERCEED (TC7)” ilə alloplastikasından sonra uyğun olaraq 16 (51,6%), 11 (37,9%) və 14 (40%) təşkil etmişdir. Onlardan əməliyyat yarası tərəfindən yerli ağırlaşmalar uyğun olaraq (41,9%), 9 (31,0%) və 12 (34,3%), ümumi (qonşu yerləşən orqanlar tərəfindən) ağırlaşmalar isə 3 (9,7%), 2 (6,9%) və 2 (5,9%) olmuşdur.

Beləliklə, yırtıq qapısının alloplastikasında MPK-tor ayrılıqda və absorbsiya olunan adhezion baryer “İTERCEED (TC7)” ilə birlikdə istifadə olunan xəstələrdə yerli və ümumi ağırlaşmaların tezliyi dürüstlüklə 1,3-1,6 dəfə az olmuşdur ($p < 0,05$).

Yerli ağırlaşmalar arasında 1-ci yeri **seromalar** tutmuşdur: prolen, MPK-tor və MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryer “İTERCEED (TC7)” istifadə olunduqda bu ağırlaşmaya uyğun olaraq 7 (22,6%), 5 (17,2%) və 7 (20%) xəstədə rast gəlinmişdir. Yəni, seromanın meydana çıxma tezliyi istifadə olunan allomaterialın növündən asılı olmayaraq təxminən eyni olmuşdur.

Yara nahiyəsində **iltihabi infiltrat** prolen, MPK-tor və MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryer “İTERCEED (TC7)” istifadə olunduqda uyğun olaraq 2 (6,5%), 1 (3,4%) və 1 (2,9%) xəstədə meydana çıxmışdır. Göründüyü kimi, bu ağırlaşmaya MPK-tordan istifadə ilə müqayisədə prolen tordan istifadə zamanı 2 dəfə çox rast gəlinmişdir.

Hematomaya ƏSVY olan xəstələrdə prolen, MPK-tor və MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryer “İTERCEED (TC7)” istifadə olunmaqla alloplastika yerinə yetirdikdə uyğun olaraq 1 (3,2%), 1 (3,4%) və 2

(5,8%) xəstədə rast gəlinmişdir. Hematomalara sonuncu kateqoriyadan olan xəstələrdə çox rast gəlinməsinin səbəbi plastik materialın istifadə xüsusiyyəti ilə deyil, böyük və gıqant ölçülü ƏSVY olan bu kateqoriya xəstələrdə, xüsusən də abdominoplastika ilə birlikdə icra olunan əməliyyatın daha travmatik və böyük həcmli olması ilə əlaqədardır.

Yaranın irinləməsi prolentor (1 xəstə - 3,2%) və MPK-torla (1 xəstə - 1,6%) alloplastika icra olunan 2 xəstədə meydana çıxmışdır. Yəni, MPK-tordan istifadə zamanı yaranın irinləməsi prolentorun istifadəsi ilə müqayisədə dürüstlüklə az (2 dəfə) olmuşdur.

Dərinin kənarı nekrozu abdominoplastika icra olunmuş 1 xəstədə meydana çıxmış və alloplastika zamanı istifadə olunmuş plastik materialın fiziki-kimyəvi xüsusiyyəti ilə əlaqədar olmamışdır. Onun əmələ gəlməsinin səbəbi abdominoplastikanın mərhələlərindən birində qarının ön divarında dəri-dərialtı piy loskutunun aponevrozdan mobilizasiyası nəticəsində dərinin kifayət qədər qidalanmaması olmuşdur (bax yuxarı).

Liqatura fistulası prolentor istifadə olunduqdan sonra 1 (32%) və MPK_tordan istifadə olunduqdan sonra 2 (3,1%) xəstədə meydana çıxmışdır. Liqatura fistulalarını sarğılar zamanı xaric etdikdən sonra konservativ olaraq müalicə etmək mümkün olmuşdur. Yəni bu yerli ağırlaşmanın rastgəlmə tezliyi istifadə olunmuş plastik materialın (torun) fiziki-kimyəvi xüsusiyyəti ilə əlaqədar olmamışdır. Liqatura fistulaları konservativ yollarla müalicə olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik qarın boşluğu orqanlarını sintetik materialdan izolə edən və əməliyyat zonasında onların bitişmələrinin qarşısını alan sorulmayan adhezion baryer "İTERCEED (TC7)" istifadə edilməyən, prolentorla "sublay" metodu ilə alloplastika icra olunmuş 1 (3,2%) xəstədə meydana çıxmışdır. Keçməməzlik operativ yolla aradan qaldırılmışdır (yuxarı bax) (cədvəl 24).

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ümumi ağırlaşmalar prolentor, MPK-tor və MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryer "İTERCEED

(TC7)” istifadə olunduqda uyğun olaraq 3 (9,7%), 2 (6,9%) və 2 (5,9%) xəstədə meydana çıxmışdır (cədvəl 25).

Cədvəl 25

İstifadə olunan allomaterialın növündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yerli ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşma (n=34)	Allomaterialın növü					
	Prolen tor (n=31)		MPK-tor (n=29)		MPK-tor +İTER- CEED (TC7) (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Yara nahiyəsində infiltrat	2	6,5	1	3,4	1	2,9
Hematoma	1	3,2	1	3,4	2	5,8
Seroma	7	22,6	5	17,2	7	20
Yaranın irinləməsi	1	3,2	1	3,4	-	-
Dərinin kənarı nekrozu	-	-	-	-	1	2,9
Liqatura fistulu	1	3,2	1	3,4	1	2,9
Dərialtı eventrasiya	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik	1	3,2	-	-	-	-
Qarın boşluğunun absesi	-	-	-	-	-	-
Peritonit	-	-	-	-	-	-
Cəmi:	13	41,9	9	31,0	12	34,3

Pnevmoniya (eksudativ sağtərəfli aşağı pay plevriti ilə birlikdə) prolentorla alloplastikadan sonra ƏSVY olan 1 (3,2%) xəstədə və MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryerdən - “İTERCEED (TC7)” istifadə olunmaqla “sublay” metodu ilə alloplastikadan sonra 1 (1,6%) xəstədə meydana çıxmışdır. Yəni, MPK-tordan istifadə zamanı eksudativ plevritlə gedən pnevmoniyanın meydana çıxma ehtimalı prolentorun istifadəsi ilə müqayisədə dürüstlüklə az (2 dəfə) olmuşdur ($p < 0,01$).

W4 ölçülü ƏSVY olan, yaşla əlaqədar aydın nəzərə çarpan ateroskleroza və yanaşı hipertoniya xəstəliyi olan yalnız 1 (1,6%) yaşlı xəstədə işemik insult şəklində **beyin qan dövranının kəskin pozulması** meydana çıxmışdır. Bu ümumi ağırlaşmanın meydana çıxması istifadə olunan plastik materialın fiziki-

kimyəvi xüsusiyyətindən asılı olmamışdır və nevropatoloqla birlikdə vaxtında konservativ üsullarla aradan qaldırılmışdır.

Sol aşağı ətrafın **dərin venalarının xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi** (1 xəstə - 1,6%) və mədə-bağırsaq qanaxması (1 xəstə - 1,6%) 64 xəstədən 2-də alloplastika zamanı MPK-tordan istifadə olunduqdan sonra erkən postoperasion dövrdə antikoagulyantların (fraksiparinin) təyininədən sonra meydana çıxmışdır. Bu ağırlaşma da istifadə olunan plastik materialın fiziki-kimyəvi xüsusiyyətindən asılı olmamış və vaxtında konservativ üsullarla aradan qaldırılmışdır.

Sağtərəfli pielosistit qoca yaşlı 1 (3,2%) xəstədə prolen torla “onlay” metodu ilə alloplastikadan sonra atoniyaya görə sidik kisəsinin uzunmüddətli (4 gün) kateterizasiyasının ağırlaşması meydana çıxmışdır. O, konservativ yolla aradan qaldırılmışdır. Xüsusi olaraq qeyd etmək lazımdır ki, müxtəlif plastik materiallarla hernioalloplastikadan sonra ümumi ağırlaşmalar arasında artan tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı əlamətləri ilə gedən İAHS kimi ciddi ağırlaşma inkişaf etməmişdir.

Həmçinin qeyd etmək lazımdır ki, MPK-tordan istifadə etməklə böyük ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə “sublay” metodu ilə alloplastika, yırtıq qapısı prolen torla “onlay” metodu ilə alloplastika olunmuş xəstələrlə müqayisədə pnevmoniyanın (eksudativ sağtərəfli aşağı pay plevriti ilə birlikdə) inkişaf tezliyinin azalmasına gətirib çıxarır (cədvəl 26).

5. Müxtəlif qrup və yarımqruplarda əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin müalicəsinin yaxın nəticələrinin təhlili

İstifadə olunan hernioplastika metodları və alloplastika üsullarından asılı olaraq ƏSVY olan bütün 127 xəstə aşağıdakı 3 müalicə qrupuna bölünmüşdür:

Cədvəl 26.

İstifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ümumi ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşma (n=7)	Allomaterialın növü		
	Prolen tor (n=31)	MPK-tor (n=29)	MPK-tor+ İNTER-

					CEED (TC7) (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Pnevmoniya	1	3,2	-	-	1	2,9
Eksudativ plevrit	1	3,2	-	-	-	-
İAHS (Kəskin tənəffüs və ÜDS çatışmazlığı)	-	-	-	-	-	-
Miokard infarktı	-	-	-	-	-	-
Kəskin beyin qan dövrəni pozğunluğu	-	-	1	3,4	-	-
Ağciyər arteriyasının tromboemboiyası	-	-	-	-	-	-
Aşağı ətrflərin xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi	-	-	-	-	1	2,9
Mədə-bağırsaq qanaxması	-	-	1	3,4	-	-
Sidik yollarının infeksiyaları (sistit, pielonefrit)	1	3,2	-	-	-	-
Cəmi:	3	9,7	2	6,9	2	5,9

Qeyd: İAHS – intraabdominal hipertenziya sindromu; ÜDS – ürək-damar sistemi

I (nəzarət) qrupuna - Sapejko və Mayo metodları ilə aponevrozun duplikaturası şəklində ənənəvi gərilən autoplastika icra edilmiş W1-W3 ölçülü 32 xəstə, II (müqayisə) qrupuna - prolen tordan istifadə etməklə alloplastika, III (əsas) qrupa isə MPK-torla ayrılıqda (IIIA yarımqrup – 33 xəstə) və abdominoplastika ilə birlikdə (IIIB yarımqrup – 31 xəstə) alloplastika icra edilmiş 64 xəstə daxil edilmişdir.

I (nəzarət) müalicə qrupunun tərkibində W1 ölçülü - 7 (22,6%), W2 ölçülü - 15 (46,9%) və W3 ölçülü - 10 (31,3%) ƏSVY olan xəstə olmuşdur.

II (müqayisə) müalicə qrupuna W1 ölçülü - 3 (9,7%), W2 ölçülü - 3 (9,7%) və W3 ölçülü – 14 və W4 ölçülü 11 (35,5%) ƏSVY olan xəstə daxil olmuşdur. Xəstələrdən 10-da (32,3%) prolen tordan istifadə etməklə yırtıq qapısının “onlay” metodu ilə, 5-də (16,1%) “inlay” metodu ilə və 16-da (51,6%) “sublay” metodu ilə alloplastika icra edilmişdir.

Əsas müalicə qrupunun IIIA yarımqrupunda W1 ölçülü – 2 (6,1%), W2 ölçülü 5 (15,2%), W3 ölçülü - 13 (39,4%) və W4 ölçülü - 13 (39,4%) ƏSVY olan xəstə olmuşdur. Xəstələrdən 9-da (14,1%) yırtıq qapısının alloplastikası MPK-torla “onlay” metodu ilə, 6-da (9,4%) “inlay” metodu ilə və 18-də (28,1%) isə “sublay” metodu ilə həyata keçirilmişdir. 18 (54,5%) xəstədə isə MPK-torla yanaşı, onun qarın boşluğu orqanlarına impregnasiyasının və eləcə də onlar arasında bitişmələrin əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədilə absorbsiya olunan adhezion baryer «İTERCEED (TC7)»dən istifadə etməklə “sublay” metodla alloplastika icra edilmişdir.

Əsas qrupun IIIB yarımqrupunda W1 ölçülü – 2 (6,5%), W2 ölçülü 3 (9,7%), W3 ölçülü - 15 (48,4%) və W4 ölçülü - 11 (35,5%) ƏSVY olan xəstə olmuşdur. Xəstələrdən 7-də (22,6%) yırtıq qapısının alloplastikası MPK-torla “onlay” metodu ilə, 4-də (12,9%) “inlay” metodu ilə və 20-də “sublay” metodu ilə həyata keçirilmişdir. 17 (54,8%) xəstədə MPK-torla yanaşı, onun qarın boşluğu orqanlarına impregnasiyasının və eləcə də onlar arasında bitişmələrin əmələ gəlməsinin profilaktikası məqsədilə absorbsiya olunan adhezion baryer «İTERCEED (TC7)»dən istifadə etməklə “sublay” metodla alloplastika icra edilmişdir.

Beləliklə, I müalicə qrupunda W4 ölçülü gıqant ƏSVY olan xəstələr olmamışdır və onlarda yırtıq qapısının xüsusi toxumalarla gərilən hernioplastikası, müxtəlif plastik material və metodlarla yırtıq qapısının alloplastikası icra edilən II müalicə qrupunda, eləcə də əsas müalicə qrupunun IIIA və IIIB yarımqruplarında yırtıq qapılarının ölçüləri bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmişdir ($p < 0,05$).

I müalicə qrupunda ağırlaşmaların ümumi sayı 7 xəstədə 12 (37,5%), II müalicə qrupunda – 10 xəstədə 16 (51,6%), IIIA yarımqrupunda 10 xəstədə 13 (39,4%) və 8 xəstədə 12 (38,7%) ağırlaşma meydana çıxmışdır.

Yerli ağırlaşmaların sayı I qrupda 3 xəstədə 3 (9,4%), II müalicə qrupunda 8 xəstədə 13 (3-də 1, 5-də isə 2 ağırlaşma) (41,9%) , IIIA

yarımqrupda – 8 xəstədə 11 (33,3%) və IIIB yarımqrupda – 7 xəstədə 10 (32,3%) təşkil etmişdir.

Yerli ağırlaşmalar arasında 1-ci yeri **seromalar** tutmuşdur. Əsas müalicə qrupunun IIIA (4) və IIIB (3) yarımqruplarında W2 (3 xəstə) və W3 (9 xəstə) ölçülü ƏSVY olan 7 (22,6%), 6 (18,2%) və 6 (19,4%) xəstədə rast gəlinmişdir. Gətirilən misallardan aydın olur ki, əməliyyatdan sonrakı yaxın dövrdə daha yüngül, hissəvi sorulan kompozit MPK-tor implantasiya olunduqdan sonra sadə prolen torla müayisədə ətraf toxumalara daha zəif (1,2 dəfə), lakin qeyri-dürüst mexaniki qıcıqlandırıcı təsirə malik olur ($p>0,05$). Yırtıq qapısının autoplastikası icra olunmuş I (nəzarət) müalicə qrupunda seromalar (eləcə də yara nahiyəsində iltihabi infiltrat və hematoma) meydana çıxmamışdır.

II qrupda W2-W3 ölçülü ƏSVY olan 31 xəstədən 2-də (6,5%) hernioalloplastika məqsədilə prolen tordan istifadə olunduqda və eləcə də III (əsas) müalicə qrupunun 64 xəstəsindən W3-W4 ölçülü ƏSVY olan 2-də (3,1%) yara nahiyəsində **iltihabi infiltrat** inkişaf etmişdir. Beləliklə, II müalicə qrupunda prolen tordan istifadə olunduqda yara nahiyəsində inkişaf edən iltihabi infiltratın meydana çıxma tezliyi MPK-tordan istifadə olunan III əsas qrupla müqayisədə 2 dəfədən də çox olmuşdur ($p<0,01$).

Hematomaya II müalicə qrupunun W2 ölçülü ƏSVY olan 1 (3,2%) xəstədə və III əsas qrupun (W2-W4) 3 (4,7%) xəstəsində rast gəlinmişdir. Hematomalara nisbətən çox rast gəlinməsinin səbəbi xüsusən IIIB yarımqrup xəstələrdə hernioplastika abdominoplastika ilə birgə icra olunan xəstələrdə əməliyyatın daha travmatik və böyük həcmli olması ilə əlaqədardır.

Yaranın irinləməsi I (nəzarət) müalicə qrupunun W3 ölçülü ƏSVY olan 1 (3,1%) xəstəsində, II müalicə qrupunu W4 ölçülü 1 (3,2%) və III müalicə qrupunun IIIA yarımqrupunda W4 ölçülü 1 (1,6%) xəstədə meydana çıxmışdır.

Beləliklə, yırtıq qapısının alloplastikasında yeni, hissəvi rezorbsiya olunan və yüngül kompozit MPK-tor tətbiq olunan III əsas müalicə qrupunda

bu ağırlaşmanın meydana çıxma tezliyi I və II müalicə qrupları ilə müqayisədə 2 dəfə az olmuşdur.

Yaranın irinləməsinin profilaktikası məqsədilə drenajların yerləşdirilməsinə və qalıq boşluqların drenləşdirilməsi zamanı dəridəki dəliklərin hermetikliyinə xüsusi diqqət yetirilmiş, eləcə də antibiotikoprofilaktika aparılmışdır.

Dərinin kənarı nekrozu IIIB yarımqrupa daxil olan W3 ölçülü ƏSVY olan, hernioallo- və abdominoplastika icra olunmuş 1 xəstədə meydana çıxmışdır ki, bunun da səbəbi abdominoplastikanın mərhələlərindən birində qarının ön divarında dəri-dərialtı piy loskutunun aponevrozdan mobilizasiyası nəticəsində dərinin qan dövranının pozulması olmuşdur (bax yuxarı). Onun operativ müalicəsi zamanı sarğı otağında nekrozlaşmış toxumalar maksimal qənaətlə kəsilmiş və ikincili tikişlər qoyulmuşdur. Abdominoplastika alloplastika ilə eyni vaxtda yerinə yetirilməyən digər qruplarda və yarımqruplarda bu ağırlaşma müşahidə olunmamışdır. Dərinin kənarı nekrozunun meydana çıxmasının qarşısını almaq üçün abdominoplastika icra olunan digər xəstələrdə dəriyə “saxlayıcı” tikişlər qoyulmuşdur.

Liqatura fistulası I müalicə qrupundakı ƏSVY olan W2 ölçülü 1 (3,1%) xəstədə autoplastikadan sonra, II müalicə qrupunda prolen tordan istifadə olunmuş W3 ölçülü 1 (3,2%) xəstədə və III müalicə qrupunda alloplastika məqsədilə MPK-tordan istifadə olunmuş 2 (3,1%) (W3-W4 ölçülü) xəstədə meydana çıxmışdır. Yəni bu yerli ağırlaşmanın rastgəlmə tezliyi nə hernioplastika metodundan, nə də istifadə olunmuş plastik materialın (torun) fiziki-kimyəvi xüsusiyyətindən asılı olmamışdır. Liqatura fistulaları konservativ yollarla müalicə olunmuşdur.

Dərialtı eventrasiya I müalicə qrupunun böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan və Sapejko metodu ilə toxumaların güclü dartılması hesabına əzələ-aponevrotik loskutla duplikatura yaradılması yolu ilə yırtıq qapısının alloplastikasından sonra 1 (3,1%) xəstədə meydana çıxmışdır. Eventrasiyanın səbəbi toxumaların güclü dartılması nəticəsində əzələ-

aponevrotik duplikaturanın kənarlarının aralanması, eləcə də eksudativ plevritlə müşayiət olunan pnevmoniya kimi ağır ümumi fəsadın inkişaf etməsi olmuşdur. Qarındaxili təzyiqin təkanşəkilli artması ilə müşayiət olunan güclü və uzun müddət təkrarlanan öskürmələr zamanı aponevroza qoyulmuş iki sıra tikişlərin çatışmazlığı və eventrasiyanın inkişafı baş vermişdir. Eventrasiya operativ yolla aradan qaldırılmış (təkrar P-şəkilli tikişlər qoyulmaqla) və eyni zamanda kompleks şəkildə pnevmoniya və eksudativ plevritin konservativ müalicəsi aparılmış, plevra boşluğu punksiya edilərək antibakterial maddələr yeridilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik II müalicə qrupunda qarın boşluğu orqanlarını sintetik materialdan izolə edən sorulan adhezion baryer «İTERCEED (TC7)»dən istifadə etmədən yalnız prolen torla “sublay” metodu ilə alloplastika icra edilmiş W4 ölçülü ƏSVY olan 1 (3,2%) xəstədə meydana çıxmışdır. Keçməməzlik operativ yolla aradan qaldırılmışdır (yuxarıya və cədvəl 27-ə bax).

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ümumi ağırlaşmalar I müalicə qrupunda 4 xəstədə (3-də 2, 1-də isə 3 ağırlaşma) 9 (28,1%), II müalicə qrupunda – 2 xəstədə (1 xəstədə - 1 və 1 xəstədə 2 ağırlaşma) 3 (9,7%), IIIA yarımqrupda 2 xəstədə 2 (6,1%) və IIIB yarımqrupda 1 xəstədə 2 (6,5%) ağırlaşma inkişaf etmişdir.

Beləliklə, ümumi ağırlaşmalar əksər hallarda tət-tək yox, birlikdə rast gəlinmişlər. Aponevrozun gərilən duplikatura metodlarından biri ilə ilə autoplastikası icra edilmiş I nəzarət qrupunun xəstələrində ümumi ağırlaşmalar arasında 1-ci yeri kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı əlamətləri ilə gedən İAHS tutmuşdur ki, buna da böyük ölçülü (W3) ƏSVY-a görə duplikatura autoplastikası icra edilmiş 4 (12,5%) xəstədə rast gəlinmiş və 24-48 saat ərzində ağciyərlərin süni ventilyasiyası və intensiv terapiyanın aparılmasını tələb etmişdir. Xəstələrdən 1-də kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığının progressivləşməsinin qarşısını almaq mümkün olmamışdır ki, bu da letal nəticəyə gətirib çıxarmışdır. Sintetik materialdan istifadə

etməklə II və III qruplarda üç metoddan biri (“onlay”, “inlay” və ya “sublay”) ilə icra olunan yırtıq qapısının alloplastikası zamanı “sublay” texnologiyası üzrə böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) ƏSVY olan xəstələrdə aparılan gərilməsiz alloplastikada qarındaxili təzyiq artsa da, belə ağır fəsadlar meydana çıxmamışdır.

Eksudativ plevritlə gedən pnevmoniya I (nəzarət) qrupunda böyük (W3) ölçülü ƏSVY olan, Meyo üsulu ilə aponevrozun duplikaturası şəklində autoplastikası icra edilən və İAHS ilə müşayiət olunan 1 (3,1%) xəstədə, II müalicə qrupunda böyük (W3) ölçülü ƏSVY olan və prolen torla alloplastika icra olunan 1 (3,2%) xəstədə və III əsas qrupun IIIB yarımqrupunda MPK-torla birlikdə absorbsiya olunan adhezion baryerdən - “İTERCEED (TC7)” istifadə olunmaqla “sublay” metodu ilə alloplastikadan sonra 1 (1,6%) xəstədə meydana çıxmışdır.

Cədvəl 27

Yırtıq qapısının ölçüsündən, tətbiq olunan metoddan və hernioplastika üsulundan, istifadə olunan plastik materialdan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin qrup və yarımqruplar üzrə paylanması

Xəstələr qrupu və yarımqrupları	Yırtıq qapılarının ölçüsü				Hernioplastika üsulu												
					Autoplastika	Alloplastika(n=64)						Alloplastika+abdominoplastika (n=31)					
	Allomaterialın növü			Alloplastika metodu			Allomaterialın növü			Alloplastika metodu							
	W1	W2	W3	W4		Prolen	MPK-tor	MPK-tor+INTERCEED (TC7)	Onlay	İnlay	Sublay	Prolen	MPK-tor	MPK-tor+INTERCEED (TC7)	Onlay	İnlay	Sublay
I (n=32)	7 (22,6%)	15 (46,9%)	10 (31,3%)	-	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II (n=31)	3 (9,7%)	3 (9,7%)	14 (48,3%)	11 (35,5%)	-	31	-	-	10	5	16	-	-	-	-	-	-
IIIA (n=33)	2 (6,1%)	5 (15,2%)	13 (39,4%)	13 (41,9%)	-	-	15	18	9	6	18	-	-	-	-	-	-
IIIV (n=31)	2 (6,5%)	3 (9,7%)	15 (48,4%)	11 (35,5%)	-	-	-	-	-	-	-	-	14	17	7	4	20
Cəmi:	14	26	52	35	32	31	15	18	19	11	34	-	14	17	7	4	20

Beləliklə, MPK-tordan istifadə zamanı eksudativ plevritlə gedən pnevmoniyanın meydana çıxma ehtimalı gərilən autoplastika və ya prolen torla alloplastika ilə müqayisədə dürüstlüklə az (2 dəfə) olmuşdur ($p < 0,01$).

W3 və W4 ölçülü ƏSVY olan, yaşla əlaqədar aydın nəzərə çarpan ateroskleroza və yanaşı hipertoniya xəstəliyi olan yalnız 2 yaşlı xəstədə işemik insult şəklində **beyin qan dövranının kəskin pozulması** meydana çıxmışdır: I müalicə qrupunda İAHS ilə birlikdə - 1 (3,1%) xəstədə və III müalicə qrupunda 1 (1,6%) xəstədə. Bu ümumi ağırlaşmanın meydana çıxması bizim fikrimizcə, yanaşı xəstəliklər, baş beyin damarlarının aterosklerotik dəyişkənlikləri, qanın yaşla əlaqədar hiperkoagulyasiyası, əməliyyatın özsünün travmatikliyi, əməliyyatın dövründə aparılan profilaktik tədbirlərin qeyri-adekvatlığı ilə əlaqədar olub, heç bir halda istifadə olunan plastik materialın fiziki-kimyəvi xüsusiyyətindən asılı olmamışdır. Hər iki xəstədə bu ağırlaşma nevropatoloqla birlikdə vaxtında konservativ üsullarla aradan qaldırılmışdır.

Sol aşağı ətrafın **dərin venalarının xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi** (1 xəstə - 1,6%) və **mədə-bağırsaq qanaxması** (1 xəstə - 1,6%) IIIA yarımqrupun W3 və W4 ölçülü ƏSVY olan 2 xəstəsində “sublay” metodu ilə yırtıq qapısının MPK-tor ayrılıqda (MBQ) və rezorbsiya olunan baryer “İTERCEED (TC7)” ilə birlikdə (tromboflebit) alloplastikası yerinə yetirildikdən sonra erkən postoperasion dövrdə antikoagulyantların (fraksiyaların) təyininə sonra meydana çıxmışdır. Bu ağırlaşma da istifadə olunan plastik materialın fiziki-kimyəvi xüsusiyyətindən asılı olmamış və vaxtında konservativ üsullarla aradan qaldırılmışdır.

Sidik yollarının infeksiyası I müalicə qrupunda W2 ölçülü ƏSVY olan 1 (3,1%) xəstədə (kəskin pielosistit) Sapejko metodu ilə aponevrozun duplikaturası şəklində autoplastikasından sonra və W2 ölçülü ƏSVY olan 1 (3,2%) qoca yaşlı xəstədə (sağtərəfli pielosistit) prolen tordan istifadə etməklə “onlay” metodu ilə alloplastikadan sonra meydana çıxmışdır. Bu ağırlaşma alloplastikadan sonra atoniyaya görə sidik kisəsinin uzunmüddətli (4 gün)

kateterizasiyasının nəticəsi kimi meydana çıxmışdır. O, konservativ yolla aradan qaldırılmışdır. Xüsusi olaraq qeyd etmək lazımdır ki, müxtəlif plastik materiallarla hernioalloplastikadan sonra ümumi ağırlaşmalar arasında artan tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı əlamətləri ilə gedən və letal nəticəyə səbəb olan İAHS kimi ciddi ağırlaşma inkişaf etməmişdir. Həmçinin qeyd etmək lazımdır ki, III əsas qrupun böyük ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə MPK-tordan istifadə etməklə “sublay” metodu ilə alloplastikanın tətbiqi, prolen tordan istifadə etməklə “onlay” metodu ilə alloplastika icra olunmuş II müalicə qrupunun xəstələri ilə müqayisədə pnevmoniyanın (eksudativ plevritlə birlikdə) inkişaf tezliyinin azalmasına gətirib çıxarır (cədvəl 28).

Cədvəl 28.

Müxtəlif qrup və yarımqruplarda ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yerli ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi

Ağırlaşma (n=37)	Xəstələr qrupu və yarımqrupu							
	1 (n=32)		2 (n=31)		3A (n=33)		3V (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Yara nahiyəsində infiltrat	-	-	2	6,5	1	3,0	1	3,2
Hematoma	-	-	1	3,2	2	6,1	1	3,2
Seroma	-	-	7	22,6	6	18,2	6	19,4
Yaranın irinləməsi	1	3,2	1	3,2	1	3,0	-	-
Dərinin kənarı nekrozu	-	-	-	-	-	-	1	3,2
Liqatura fistulu	1	3,2	1	3,2	1	3,0	1	3,2
Dərialtı eventrasiya	1	3,2	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı erkən bitişmə mənşəli keçməməzlik	-	-	1	3,2	-	-	-	-
Qarın boşluğunun absesi	-	-	-	-	-	-	-	-
Peritonit	-	-	-	-	-	-	-	-
Cəmi:	3	9,4	13	41,9	11	33,3	10	32,3

Xəstələrin əməliyyata ciddi göstəriş əsasında seçilməsi, böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan və prolen (II müalicə qrupu) və ya MPK-torla (III müalicə qrupu) gərilməyən “sublay” metodu ilə alloplastika, hernioplastikaya abdominoplastikanın (IIIB yarımqrup) əlavə olunması –

bütün bunlar tikişlər nahiyəsində gərilməni azaltmağa imkan verir, eləcə də II və III müalicə qruplarında kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı əlamətləri ilə təzahür edən İAHS kimi təhlükəli ağırlaşmanı meydana çıxma ehtimalını praktiki olaraq sifıra qədər endirməyə nail olunur (cədvəl 29).

Cədvəl 29.

**Müxtəlif qruplarda və yarımqruplarda ƏSVY olan xəstələrdə
əməliyyatdan
sonrakı ümumi ağırlaşmaların strukturu və rastgəlmə tezliyi**

Ağırlaşma (n=16)	Xəstələr qrupu və yarımqrupu							
	1 (n=32)		2 (n=31)		3A (n=33)		3V (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Pnevmoniya	1	3,1	1	3,2	-	-	1	3,2
Eksudativ plevrit	1	3,1	-	-	-	-	1	3,2
İAHS (Kəskin tənəffüs və ÜDS çatışmazlığı)	4	12,5	-	-	-	-	-	-
Miokard infarktı	1	3,1	-	-	-	-	-	-
Kəskin beyin qan dövrəni pozğunluğu	1	3,1	-	-	1	3,0	-	-
Ağciyər arteriyasının tromboemboiyası	-	-	-	-	-	-	-	-
Aşağı ətrfların xroniki tromboflebitinin kəskinləşməsi	-	-	1	3,2	-	-	-	-
Mədə-bağırsaq qanaxması	-	-	1	3,2	-	-	-	-
Sidik yollarının infeksiyaları (sistit, pielonefrit)	1	3,1	-	-	1	3,0	-	-
Letal nəticə	1	3,1	-	-	-	-	-	-
Cəmi:	9	28,1	3	9,7	2	6,1	2	6,5

Qeyd: İAHS – intraabdominal hipertenziya sindromu; ÜDS – ürək-damar sistemi

6. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtıq qapısının ölçüsündən, tətbiq olunan metodlardan və hernioplastika üsullarından, istifadə olunan allomaterialdan asılı olaraq cərrahi müdaxilənin müddəti

Bizim tərfimizdən ƏSVY olan xəstələrdə yırtıq qapısının ölçüsündən, tətbiq olunan metodlardan və hernioplastika üsullarından, istifadə olunan allomaterialdan asılı olaraq cərrahi müdaxilənin müddətinin təhlili həyata keçirilmişdir. Kiçik ölçülü (W1) ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyat sahəsində

dərinin antiseptiklərlə işlənməsindən başlamış yaraya aseptik sarğının qoyulması da daxil olmaqla yırtığın ləğvi və plastika müddəti yarım saardan 1 saata qədər çəkmiş və orta hesabla 43 ± 17 dəq. təşkil etmişdir (cədvəl 30).

Cədvəl 30.

Yırtıq qapısının ölçüsündən, istifadə olunan metodlardan və hernioplastika üsulundan və istifadə olunan plastik materialdan asılı olaraq cərrahi əməliyyatın müddəti

	Yırtıq qapısının ölçüsü				Hernioplastika üsulu			Alloplastikanın metodu			Allomaterialın növü		
	W1 (n=14)	W2 (n=26)	W3 (n=52)	W4 (n=35)	Autoplastika (n=32)	Alloplastika (n=64)	Alloplastika +Abdominoplastika (n=31)	Onlay (n=26)	İnlay (n=15)	Sublay (n=54)	Prolen tor (n=31)	MPK-tor (n=29)	MPK-tor+İN- TERCEED (TC7) (n=35)
Əməliyyatın müddəti (dəq.)	43±17	68±21	119±3 2	186±43	127±48	161±39	196±45	113±2 7	132±3 4	187±41	156±32	167±3 8	189±4 2

Orta ölçülü (W2) ƏSVY olan xəstələrdə cərrahi müdaxilənin müddəti 45 dəq. – 1,5 saat həddində olmuşdur ki, bu da tətbiq olunan hernioplastika metodundan (auto- və ya allo-), alloplastika üsulundan (onlay və ya inlay) asılı olmuş və orta hesabla 68 ± 21 dəq təşkil etmişdir.

Böyük ölçülü (W3) ƏSVY zamanı cərrahi müdaxilənin müddəti 1,5 – 2,5 saat həddində olmuşdur ki, bu da tətbiq olunan hernioplastika metodundan (auto- və ya allo-), alloplastika üsulundan (onlay, sublay və ya inlay), eləcə də ona əlavə edilən abdominoplastikadan asılı olmuş və orta hesabla 119 ± 32 dəq təşkil etmişdir.

Giqant ölçülü (W4) ƏSVY zamanı cərrahi müdaxilənin müddəti tətbiq olunan alloplastika üsulundan (onlay, sublay və ya inlay), eləcə də ona əlavə edilən abdominoplastikadan asılı olaraq geniş diapazonda - 2,5 saatdan – 4 saata qədər dəyişmiş və orta hesabla 186 ± 43 dəq təşkil etmişdir.

Yıxarıda qeyd olunanlardan göründüyü kimi, kiçik ölçülü (W1) ƏSVY olan xəstələrlə müqayisədə yırtıq əməliyyatının müddəti orta ölçülü (W2) ƏSVY olan xəstələrdə 1,6 dəfə ($p<0,01$), böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan xəstələrdə 2,8 dəfə ($p<0,01$), giqant ölçülü (W4) ƏSVY olan xəstələrdə isə 4,3 dəfə ($p<0,01$) artıq olmuşdur (cədvəl 30).

Beləliklə, digər amillərlə yanaşı, yırtıq qapısının ölçüsü də ƏSVY olan xəstələrdə cərrahi əməliyyatın davam etmə müddətinə birbaşa və dürüst təsir göstərmişdir.

ƏSVY olan xəstələrdə cərrahi müdaxilənin müddətinin tətbiq olunan hernioplastika metodlarından asılılığının öyrənilməsi zamanı aşağıdakıları müəyyən etmişik: yırtıq qapısının aponevrozun duplikaturasından istifadə etməklə Mayo və ya Sapejko metodu ilə gərilən plastikasının müddəti 1,2 saatdan – 3 saata qədər dəyişkən olmuşdur ki, bu da yırtıqların şlçülərinin müxtəlifliyi (W1-W3) ilə əlaqədar olmuş və orta hesabla 127 ± 48 dəq təşkil etmişdir. Müxtəlif plastik materiallardan və alloplastika metodlarından (onlay, inlay və ya sublay) istifadə etməklə müxtəlif ölçülü (W2-W4) yırtıq qapılarının alloplastikası zamanı onun müddəti 2-3,5 saat intervalında dəyişmiş və orta

hesabla 161 ± 39 dəq təşkil etmişdir. Simultan allo- və abdominoplastika zamanı cərrahi əməliyyatın müddəti çox olmuş, yəni 2,5-4 saat arasında dəyişmiş və orta hesabla 196 ± 45 dəq təşkil etmişdir (cədvəl 3.13). Əməliyyatın vaxtının belə dəyişkən olması ilk növbədə yırtığın ölçüsünün (W2-W4) və tətbiq olunan alloplastika metodunun müxtəlifliyi ilə əlaqədar olmuşdur. Bundan əlavə, əməliyyatın müddətinə dəri-piy loskutunun ölçüsü və qarın divarının dərialtı piy qatının qalınlığı təsir göstərmişdir.

Beləliklə, autoplastika ilə müqayisədə yalnız hernioalloplastikanın müddəti 1,3 dəfə ($p < 0,05$), birgə icra edilən alloplastika və abdominoplastikanın müddəti isə 1,5 dəfə ($p < 0,01$) dürüstlüklə çox olmuşdur.

Cərrahi müdaxilənin müddətinin tətbiq olunan hernioalloplastika üsullarından asılılığının öyrənilməsi zamanı biz aşağıdakıları müəyyən etmişik:

Yırtıq qapısının “onlay” metodu ilə alloplastikası zamanı yırtıq qapısının ölçülərindən (W1-W3) və abdominoplastika ilə birgə icra olunmasından asılı olaraq əməliyyatın müddəti 1,5 saatdan 2,5 saata qədər dəyişkən olmuşdur. Yırtıq qapısının “inlay” metodu ilə alloplastikası zamanı da yırtıq qapısının ölçülərindən (W2-W3) və abdominoplastika ilə birgə icra olunmasından asılı olaraq əməliyyatın müddəti 1,4 saatdan 2,5 saata qədər dəyişkən olmuşdur. Yırtıq qapısının “sublay” texnologiyası ilə alloplastikası zamanı da yırtıq qapısının ölçülərindən (W3-W4) və abdominoplastika ilə birgə icra olunmasından asılı olaraq əməliyyatın müddəti 2,5 saatdan 4 saata qədər dəyişkən olmuşdur.

Beləliklə, cərrahi əməliyyatın müddəti “onlay” texnologiyası üzrə alloplastika ilə müqayisədə, “inlay” metodu ilə alloplastikada dürüstlüklə 1,2 dəfə ($p < 0,05$), “sublay” metodu ilə alloplastikada isə dürüstlüklə 1,7 dəfə ($p < 0,01$) çox olmuşdur. Bu isə “inlay” texnologiyası üzrə hernioalloplastikanın həyata keçirilməsinin “sublay” metodu üzrə alloplastikadan texniki çətin olması ilə əlaqədardır. “Sublay” metodu ilə alloplastika isə böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) ƏSVY olan xəstələrdə icra edilmiş və əksər hallarda (35

xəstədə) əlavə olaraq süni hissəvi rezorbsiya olunan baryer – “İTERCEED (TC7)” tətbiq olunmuşdur (cədvəl 29).

Alloplastika zamanı prolen tordan istifadə edərkən əməliyyatın müddəti yırtıq qapısının ölçüsündən, abdominoplastika ilə birgə icra olunmasından asılı olaraq 2-3 saat intervalında dəyişmiş və orta hesabla 189 ± 42 dəq təşkil etmişdir.

Yırtıq qapısının MPK-torla alloplastikasi zamanı əməliyyatın müddəti yırtıq qapısının ölçüsündən (W3-W4), abdominoplastika ilə birgə icra olunmasından asılı olaraq 2-3,5 saat intervalında dəyişmiş və orta hesabla 167 ± 38 dəq təşkil etmişdir.

Yırtıq qapısının MPK-torla birgə rezorbsiya olunan süni baryer “İTERCEED (TC7)” ilə alloplastikasi zamanı əməliyyatın müddəti yırtıq qapısının ölçüsündən (W3-W4), abdominoplastika ilə birgə icra olunmasından asılı olaraq 2,5-4 saat intervalında dəyişmiş və orta hesabla 189 ± 42 dəq təşkil etmişdir.

Beləliklə, prolen və MPK-tordan istifadə olunarkən alloplastikanın müddəti əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmiş və yalnız rezorbsiya olunan süni baryer “İTERCEED (TC7)” istifadə olunması əməliyyatın vaxtını yarım saat uzatmışdır (cədvəl 30).

7. Yırtıq qapısının ölçüsündən, tətbiq olunan metodlardan və hernioplastika üsullarından, istifadə olunan allomaterialdan asılı olaraq xəstələrin stasionarda qalma müddəti

Tədqiqata cəlb olunmuş ƏSVY olan 126 xəstədə (ölən 1 xəstə istisna olmaqla) əsas klinik amillərin (yırtıq qapısının ölçüsü, hernioplastikanın istifadə olunan metod və üsullar, alloplastika zamanı istifadə olunan material, abdominoplastika və s.) xəstələrin stasionarda qalma müddətinə təsiri öyrənilmişdir. Bu məqsədlə biz ümumi müddəti, eləcə də əməliyyata qədərki və əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddətlərini öyrənmişik.

Yırtıq qapısının aponevrozun duplikaturasından istifadə etməklə Mayo və ya Sapejko metodu ilə gərilən plastikası icra edilmiş ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti geniş diapazonda – 9 çarpayı günündən 20 çarpayı gününə qədər dəyişkən olmuş və orta hesabla $14,7 \pm 5,1$ gün təşkil etmişdir. Belə geniş fərq aparılmış cərrahi müdaxilənin həcmnin fərqliliyi və müvafiq olaraq onun müxtəlif dərəcədə travmatikliyi, yanaşı somatik xəstəliklərin olub-olmaması, əməliyyatdan sonrakı erkən yerli və ümumi ağrılaşmaların inkişafı və ya olmaması ilə əlaqədardır.

Yırtıq qapısının alloplastikası zamanı ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti 10-18 çarpayı günü həddində dəyişmiş və orta hesabla $13,8 \pm 4,0$ gün təşkil etmişdir. Vaxtın belə dəyişkən olması da yuxarıda qeyd edilən amillərlə əlaqədardır və autoplastikalı xəstələrdən fərqlənməmişdir. Hernioalloplastika ilə yanaşı abdominoplastika da icra edilən ƏSVY və yanaşı alimantar piylənməsi olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti 9-21 çarpayı günü arasında dəyişmiş və orta hesabla $15,1 \pm 5,7$ gün olmuşdur.

Beləliklə, istifadə olunan hernioplastika üsullarından asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti geniş intervalda (9 gündən 21 günə qədər) dəyişmiş, bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmiş və simultan olaraq hernioallo- və abdominoplastika icra olunmuş xəstələrdə daha çox olmuşdur.

Auto-, ayrıca alloplastika və alloplastika ilə simultan olaraq abdominoplastika icra edilən ƏSVY olan xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti uyğun olaraq 1–3,3, 1– 3,6 və 1,7–4,7, orta hesabla isə $2,1 \pm 1,2$, $2,3 \pm 1,3$ və $3,2 \pm 1,5$ gün təşkil etmişdir (cədvəl 31).

Cədvəl 31.

Hernioplastika üsullarından asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin stasionarda qalma müddəti

Vaxt (günlər)	Hernioplastika üsulu		
	Autoplastika (n=32)	Alloplastika (n=64)	Alloplastika + abdominoplastika (n=31)
Xəstələrin sayı (n)			
Əməliyyata qədərki	$2,1 \pm 1,2$	$2,3 \pm 1,3$	$3,2 \pm 1,5$

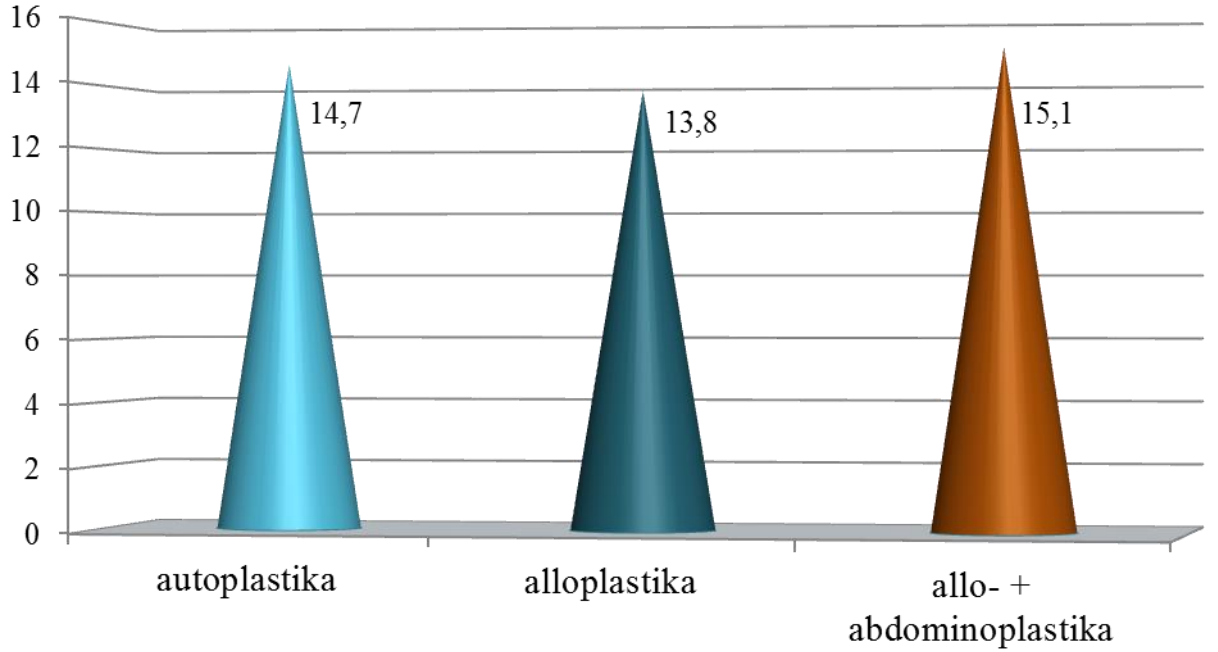
qalma müddəti			
Əməliyyatdan sonrakı qalma müddəti	12,7±3,1	11,5±4,3	11,9±3,8
Ümumi müddət	14,7±5,1	13,8±4,0	15,1±5,7

Beləliklə, xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti geniş intervalda - 1 gündən 5 günə qədər dəyişmişdir ki, bu da müvafiq əməliyyatın tənzimləmə və hazırlıq tələb edən tənəffüs, ürək-damar sistemi və digər sistemlərin yanaşı xəstəliklərinin olub-olmamasından asılı olmuşdur. Əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda ən çox (1,5 dəfə çox) qalanlar alimentar piylənməsi olan və hernioalloplastika ilə yanaşı abdominoplastika da həyata keçirilən xəstələr olmuşdur.

Auto-, alloplastika və alloplastika ilə simultan abdominoplastika icra edilən ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmiş və 10–16, 7–16 və 8–16 çarpayı günü həddində olmuş və orta hesabla uyğun olaraq 12,7±3,1, 11,5±4,3 və 11,9±3,8 gün təşkil etmişdi (cədvəl 31).

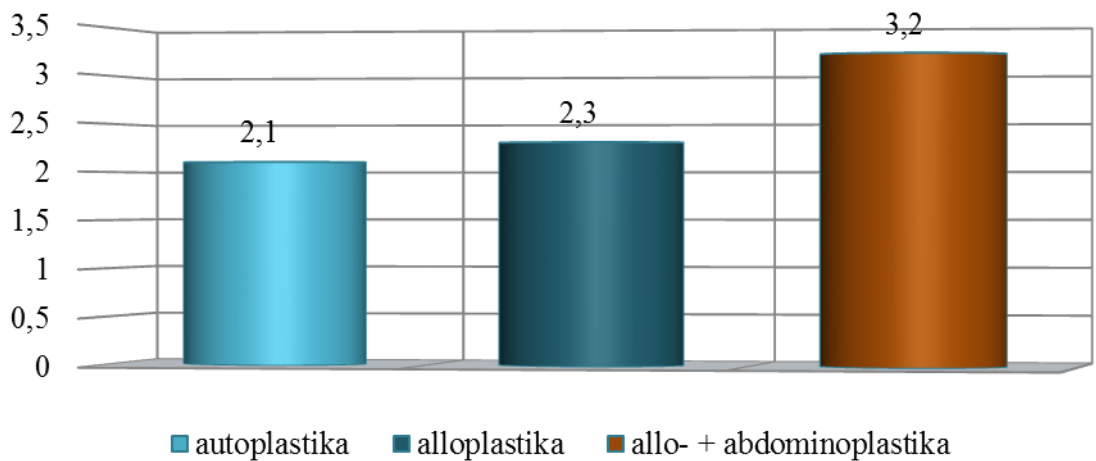
Beləliklə, tətbiq olunan hernioplastika üsullarından asılı olaraq, xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti də geniş diapazonda – 7 gündən 16 çarpayı gününə qədər dəyişmişdir ki, bu da aparılmış cərrahi əməliyyatların həcmindən fərqli olmasından, onun travmatiklik dərəcəsi, eləcə də əməliyyatdan sonrakı erkən yerli və ya ümumi ağırlaşmaların inkişaf edib-etməməsindən asılı olmuşdur. Lakin bütün hallarda əməliyyatdan sonrakı qalma müddətlərində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir.

Prolen, MPK-tor və MPK-tor süni baryer “İNERCEED (TC7)” ilə birgə alloplastika icra olunan ƏSVY olan xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti uyğun olaraq 10,5 – 20, 7,5 – 17,5 və 10,5 – 21,5 çarpayı günləri intervalında dəyişərək orta hesabla 2,1±1,1, 2,3±1,2 və 2,9±1,4 gün təşkil etmişdir.

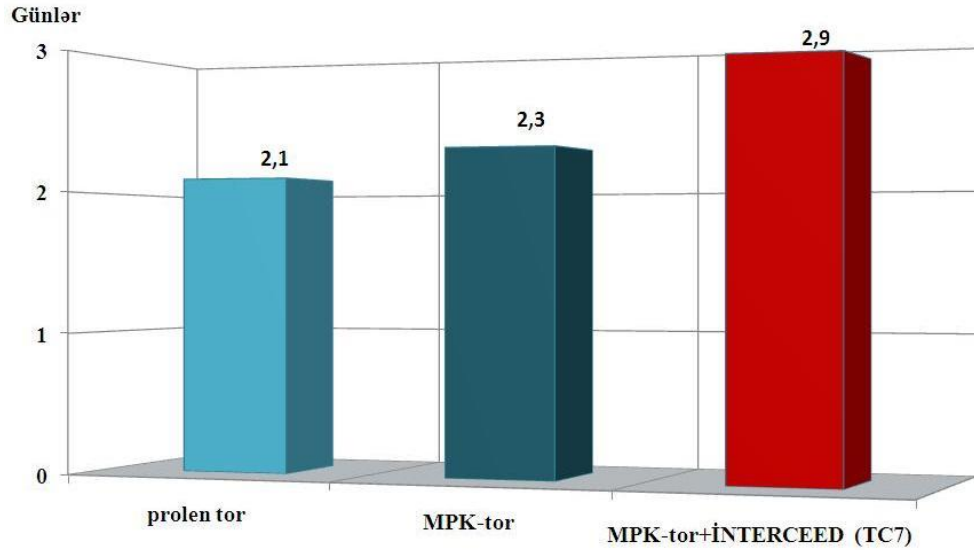


Şəkil. 29. Hernioplastika üsulundan asılı olaraq xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti

Beləliklə, MPK-tor süni baryer “İTERCEED (TC7)” ilə birgə alloplastika icra olunan ƏSVY olan xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti yalnız MPK-tor və ya prolen torla alloplastika icra edilmiş xəstələrlə müqayisədə dürüstlüklə 1,3 dəfə ($p < 0,05$) çox olmuşdur.

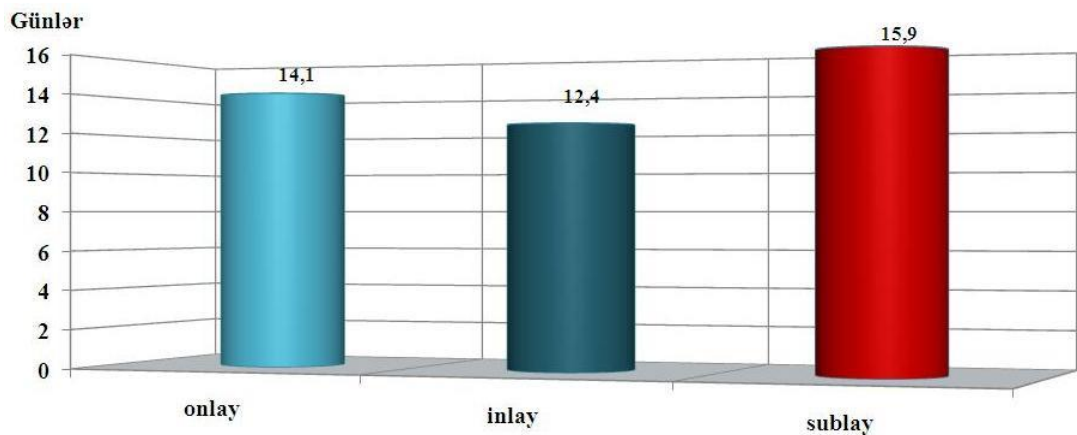


Şəkil 30. Hernioplastika üsulundan asılı olaraq xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti

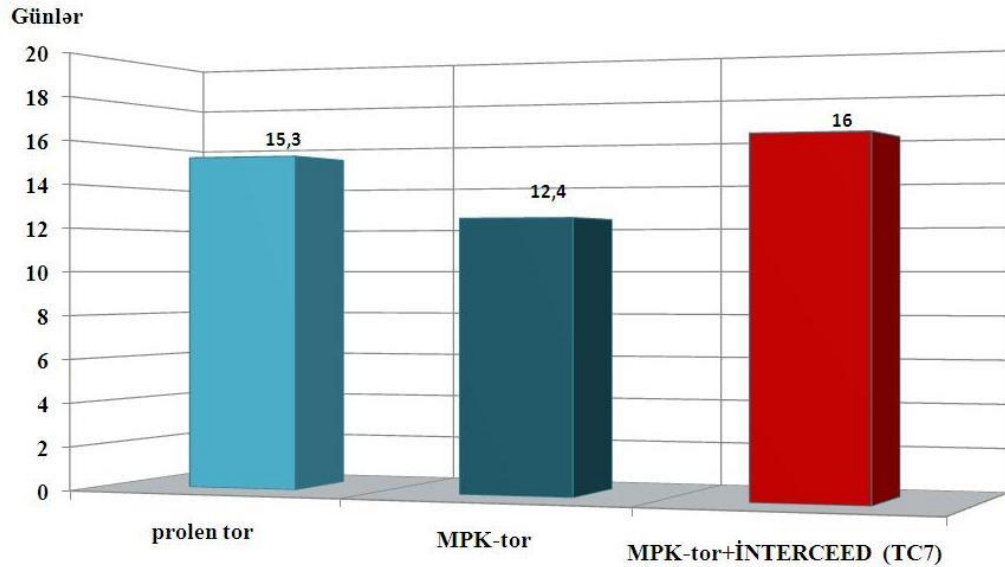


Şəkil 31. Müxtəlif allomateriallarla plastikadan sonra xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti

Bu, qeyd edilən xəstələrdə böyük və gıqant ölçülü yırtıqların (W3-W4), eləcə də ürək-damar, tənəffüs və orqanizmin digər sistemlərinin stasionar şəraitdə daha uzunmüddətli əməliyyatın hazırlıq tələb edən yanaşı xəstəliklərinin olması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə qarındaxili təzyiğin artmasına adaptasiyanın aparılması ilə əlaqədardır.



Şəkil 32. Müxtəlif metodlarla alloplastikadan sonra xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti



Şəkil 33. Müxtəlif allomateriallarla plastikadan sonra sonra xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti

Prolen, MPK-tor və MPK-tor süni baryer “İTERCEED (TC7)” ilə birgə alloplastika icra olunan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti uyğun olaraq 8,5 – 18, 6 – 14 və 8 – 18 çarpayılı günləri intervalında dəyişərək orta hesabla $13,2 \pm 4,6$, $10,1 \pm 4,1$ və $13,2 \pm 4,9$ gün təşkil etmişdir.

Beləliklə, xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti geniş diapazonda – 6 gündən 18 günə qədər dəyişkən olmuşdur ki, bu da əməliyyatdan sonrakı dövrdə ümumi və yerli ağırlaşmaların inkişafından və ya onların olmamasından, eləcə də yırtıq qapısının ölçüsündən, operativ müdaxilənin travmatikliyindən, xəstənin ümumi vəziyyətindən və əlavə abdominoplastikanın aparılmasını tələb edən ümumi vəziyyətdən asılı olmuşdur. Bu zaman qeyd etmək lazımdır ki, MPK-torla alloplastika zamanı xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti prolen torla alloplastika olunmuş xəstələrlə müqayisədə dürüstlüklə 3 gün (1,3 dəfə) qısa olmuşdur ($p < 0,05$). Prolen, MPK-tor və MPK-tor süni baryer “İTERCEED (TC7)” ilə birgə alloplastika icra olunan ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti uyğun olaraq 10,5 – 20, 7,5 – 17,5 və 10,5 – 21,5 çarpayılı günləri intervalında dəyişərək orta

hesabla $15,3 \pm 4,7$, $12,4 \pm 5,0$ və $16,0 \pm 5,6$ gün təşkil etmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmamış gedişata malik olan hallarda ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti 7,5-10,5 gün arasında dəyişmişdir, ağırlaşmalar inkişaf edən hallarda isə çarpayı günü 2 dəfə artaraq 17,5 – 21,5 çarpayı günü təşkil etmişdir. Belə geniş fərq, aparılan cərrahi müdaxilənin həcmindən və uyğun olaraq müxtəlif travmatiklik dərəcəsindən, yanaşı somatik xəstəliklərin olmasından və ya erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə ümumi və yerli ağırlaşmaların inkişafından və ya onların olmamasından asılıdır (cədvəl 32).

Cədvəl 32.

Alloplastika zamanı istifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin stasionarda qalma vaxtları

Vaxt (günlər)	Allomaterialın növü		
	Prolen tor (n=31)	MPK-tor (n=29)	MPK-tor + İNTER-CEED (TC7) (n=35)
Xəstələrin sayı (n)			
Əməliyyata qədərki qalma müddəti	2,1±1,1	2,3±1,2	2,9±1,4
Əməliyyatdan sonrakı qalma müddəti	13,2±4,6	10,1 ±4,1	13,2±4,9
Ümumi müddət	15,3±4,7	12,4±5,0	16,0±5,6

Beləliklə, yalnız MPK-tordan istifadə edərək əməliyyatdan sonrakı dövr həm ağırlaşmış, həm də ağırlaşmamış gedişə malik olduqda xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti prolen tor və ya MPK-torla süni baryer birgə istifadə olunan hallarla müqayisədə 1,2-1,3 dəfə qısa olmuşdur. Bu bir tərəfdən prolen torun biomexaniki xüsusiyyəti, digər tərəfdən isə böyük və gıqant ölçülü yırtıqlarda, xüsusən piylənməsi olan xəstələrdə abdominoplastika ilə birgə yerinə yetirilərkən əməliyyatın travmatikliyi və həcmnin böyüklüyü ilə əlaqədardır.

“Onlay”, “inlay” və “sublay” texnologiyası üzrə icra olunan hernioalloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti uyğun olaraq 1 - 3,5, 1 – 3,7 və 1

– 3,8 çarpayı günü arasında dəyişmiş və orta hesabla $2,2 \pm 1,2$, $2,3 \pm 1,4$ və $2,4 \pm 1,3$ gün təşkil etmişdir. Yəni ƏSVY olan xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti hernioalloplastikanın bütün metodlarında təxminən eyni olmuş və bir-birindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir ($p > 0,05$). “Onlay”, “inlay” və “sublay” texnologiyası üzrə icra olunan hernioalloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti uyğun olaraq 8 – 15,5, 6 – 14 və 9 – 18 çarpayı günü arasında dəyişmiş və orta hesabla $11,8 \pm 3,8$, $10,2 \pm 3,9$ və $13,6 \pm 4,4$ gün təşkil etmişdir.

Beləliklə, ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti “inlay” texnologiyasında ən az, “sublay” texnologiyasında isə ən çox (1,3 dəfə) olmuşdur. Bu, alloplastika icra olunan yırtığın ölçülərinin böyük və gıqant olması, əməliyyatın travmatikliyi və həcmnin böyüklüyü, müxtəlif ağırlaşmaların inkişaf riskinin böyük olması və uyğun olaraq stasionar şəraitdə əməliyyatdan sonrakı bərpa və müalicə dövrünün uzun olması ilə əlaqədardır. “Sublay” texnologiyası üzrə icra olunan hernioalloplastika metodundan istifadə olunduqda ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti orta hesabla $15,9 \pm 4,8$ çarpayı günü, “onlay” və “inlay” texnologiyası zamanı isə uyğun olaraq orta hesabla $14,1 \pm 3,9$ və $12,4 \pm 5,1$ gün təşkil etmişdir.

Beləliklə, ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti “sublay” texnologiyası ilə müqayisədə “inlay” texnologiyasında dürüstlüklə çox ($p < 0,05$) (1,3 dəfə) olmuş və “onlay” metodu ilə alloplastikadan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir (cədvəl 3.16). Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, yırtıq qapılarının plastika metodlarından asılı olaraq ƏSVY olan bütün xəstələr I – nəzarət (Meyo və Sapejko üsulu ilə gərilən hernioalloplastika icra edilmiş W1-W3 ölçülü ƏSVY olan 32 xəstə) qrupu, II – müqayisə (prolen torla “onlay”, “sublay” və “inlay” metodu ilə hernioalloplastika icra olunmuş ƏSVY olan 31 xəstə) qrupu və III - əsas (W1-W4 ölçülü ƏSVY olan və 64 xəstə; onlardan ayrılıqda MPK-torla alloplastika həyata keçirilmiş və IIIA yarımqrupa daxil

edilmiş – 33 xəstə və “onlay”, “inlay” və “sublay” metodla süni baryerdən istifadə etməklə alloplastika icra edilmiş – 31 xəstə) müalicə qrupu.

Cədvəl 33.

Hernioalloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin stasionarda qalma vaxtları

Vaxt (günlər)	Hernioalloplastika metodu		
	Onlay (n=26)	Inlay (n=15)	Sublay (n=54)
Xəstələrin sayı (n)			
Əməliyyata qədərki qalma müddəti	2,2±1,2	2,3±1,4 sut	2,4±1,3
Əməliyyatdan sonrakı qalma müddəti	11,8±3,8	10,2±3,9	13,6±4,4
Ümumi müddət	14,1±3,9	12,4±5,1	15,9±4,8

I və II qrupda əməliyyata qədərki dövrdə xəstələrin stasionarda qalma müddəti uyğun olaraq 1 – 3,3 və 1- 3,5 gün arasında dəyişmiş və orta hesabla 2,1±1,2 və 2,2±1,3 çarpayı günü təşkil etmişdir, IIIA və IIIB yarımqruplarda isə bu göstəricilər uyğun olaraq 1 – 3,8 və 1,7 – 4,7 arasında dəyişmiş və orta hesabla 2,4±1,4 i 3,2±1,5 gün təşkil etmişdir (cədvəl 3.17).

Beləliklə, I və II müalicə qruplarında ƏSVY olan xəstələrin əməliyyata qədərki dövrdə stasionarda qalma müddəti təxminən eyni olsa da, alloplastika ilə eyni vaxtda abdominoplastika da icra olunmuş əsas müalicə qrupunun IIIB yarımqrupunda bu müddət dürüstlüklə ($p<0,01$) (1,5 dəfə) çox olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda qalma müddəti I və II qrupda uyğun olaraq 9,5 – 15,8 və 7 – 15,7 gün arasında dəyişmiş və orta hesabla 12,7±3,1 və 11,4±4,3 çarpayı günü təşkil etmişdir, IIIA və IIIB yarımqruplarda isə bu göstəricilər uyğun olaraq 6,7 – 13 və 8 – 15,7 gün arasında dəyişmiş və orta hesabla 9,9±3,2 və 11,9±3,8 gün təşkil etmişdir (cədvəl 3.17).

Xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti I və II qrupda uyğun olaraq 9,5 – 20 və 9,5 – 17,5, gün arasında dəyişmiş və orta hesabla 14,7±5,1 və 13,5±4,1 çarpayı günü təşkil etmişdir, IIIA və IIIB yarımqruplarda isə bu göstəricilər uyğun olaraq 7,7 – 16,7 və 9,7 – 20,5 gün arasında dəyişmiş və orta hesabla 12,2±4,5 və 15,1±5,4 gün təşkil etmişdir (cədvəl 34).

Cədvəl 34.**Müxtəlif qrup və yarımqruplardakı ƏSVY olan xəstələrin stasionarda qalma vaxtları**

Vaxt (günlər)	Qruplar və yarımqruplar			
Xəstələrin sayı(n)	I (n=32)	II (n=31)	IIIA (n=33)	IIIV (n=31)
Əməliyyata qədərki qalma müddəti	2,1±1,2	2,2±1,3	2,4±1,4	3,2±1,5
Əməliyyatdan sonrakı qalma müddəti	12,7±3,1	11,4±4,3	9,9±3,2	11,9±3,8
Ümumi müddət	14,7±5,1	13,5±4,1	12,2±4,5	15,1±5,4

Beləliklə, ƏSVY olan xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddəti əsas müalicə qrupunun IIIB yarımqrupunda ən çox, həmin qrupun IIIA yarımqrupunda isə ən az olmuşdur. Xəstələrin stasionarda ümumi qalma müddətinə görə 2-ci yeri gərillən hernioplastika icra olunan I nəzarət qrupu tutmuşdur ki, bu da ən qısa əməliyyatönü hazırlıq və müayinə fonunda stasionarda ən uzun əməliyyatdan sonrakı qalma müddəti ilə əlaqədar olmuşdur (cədvəl 3.17).

8. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin müalicəsinin ayrı-ayrı mərhələlərində qarındaxili təzyiğin göstəriciləri və intraabdominal hipertenziya sindromu

Ənənəvi müalicə metodları icra edilən xəstələrdə ən çox rast gəlinən ağırlaşmalara intraabdominal hipertenziya sindromunun (İAHS) inkişafı aiddir. Daxili orqanların qarın boşluğuna qaytarılması və qarının ön divarının yırtıq defektlərinin aradan qaldırılması bir çox hallarda qarındaxili təzyiğin (QDT) yüksəlməsinə gətirib çıxarır. Belə hallarda əməliyyatdan sonra ilk saatlarda ağır hemodinamik pozğunluqlar inkişaf edir. Konservativ müalicəyə çətin tabe olan bu klinik sindrom artan kəskin tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə təzahür edir. Bu pozğunluqlar bir çox hallarda poliorqan çatışmazlığının (POÇ) inkişafına gətirib çıxarır. Bu isə ürək-damar və tənəffüs sisteminin

yanaşı xəstəlikləri olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yaxın günlərdə xəstənin ölümünə səbəb ola bilər.

Bizim tədqiqatda ümumi ağırlaşmaların strukturunda 1-ci yeri tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə gedən İAHS tutmuşdur. Ona böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan, yırtıq defekti Mayo və Sapejko üsulu ilə aponevrozun duplikaturası şəklində plastika olunan I nəzarət qrupunun 4 (7,7%) xəstəsində rast gəlinmiş və 1 (1,9%) xəstədə bilavasitə ölümün səbəbi olmuşdur.

Yırtıq qapısının müxtəlif metodlarla və plastik materiallarla alloplastikasıdan sonra İAHS-ın inkişafı müşahidə olunmamışdır.

Biz öz tədqiqatımızda abdominal-kompartiment sindromun profilaktikası, eləcə də QDT-nin dəyişmə dinamikasını aşkar etmək üçün W1- W4 ölçülü ƏSVY olan 127 xəstədə əməliyyatdan əvvəl, əməliyyat vaxtı yırtıq qapısının kənarlarını yaxınlaşdırarkən və əməliyyatdan sonra qarındaxili təzyiqin sidik kisəsindən qiymətləndirilməsini həyata keçirmişik. Xəstələrdə qarındaxili təzyiqin 4-dəfəlik nəzarət həyata keçirilmişdir: 1) əməliyyatdan əvvəl (ayaqüstü vəziyyətdə); 2) əməliyyatdan əvvəl (xəstə narkoz altında olduqda uzanıqlı vəziyyətdə); 3) hernioplastikanın yerinə yetirilmə (yırtıq möhtəviyyatının qarın boşluğuna salınması və defektin transplantatla bağlanması) mərhələsində intraoperasion (uzanıqlı vəziyyətdə) – məqsəd tənəffüs çatışmazlığının və İAHS-ın inkişafının proqnozlaşdırılması və hernioplastika metodunun seçilməsi olmuşdur; 4) əməliyyatdan 2-3 gün sonra (ayaqüstü vəziyyətdə). Nəticələr cm.su süt. və ya mm c.süt. ilə ölçülmüşdür.

(İ) Xəstənin uzanıqlı vəziyyətində qarındaxili təzyiqi ölçmək üçün D.Meldrum et al. (1997) (288) təsnifatından istifadə olunmuşdur. (İ): I dərəcə qarındaxili təzyiq – 10-15 mm.c.süt.; II dərəcə qarındaxili təzyiq – 16-25 mm.c.süt.; III dərəcə qarındaxili təzyiq – 26-35 mm.c.süt.; IV dərəcə qarındaxili təzyiq – 35 mm.c.süt.-dan artıq (cədvəl 35). Tədqiqatın alınmış nəticələri cədvəl 3.18., 3.19 və şəkil 3.10-da əks olunmuşdur. Biz əvvəlcə ƏSVY olan xəstələrdə yırtıq qapısının ölçüsündən asılı olaraq QDT-in göstəricilərinin vəziyyətini və dinamikasını müqayisəli şəkildə öyrənmişik. Bu

zaman biz onların göstəricilərinin ölçülərinə uyğun olaraq qaqnuna uyğun, ardıcıl yüksəlməsini aşkar etmişik. Belə ki, əməliyyatdan əvvəl yırtıq qapısının ölçüsü 5 sm (kiçik yırtıqlar – W1) ətrafında olan hallarda, xəstənin ayaqüstü vəziyyətində QDT-i orta hesabla $25,6 \pm 2,4$ mm.c.süt., yırtıq qapısının ölçüsü 5-10 sm arasında olan orta ölçülü (W2) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlarda bu göstərici 1,5 dəfə artaraq $38,1 \pm 3,7$ mm.c.süt., yırtıq qapısının ölçüsü 10-15 sm arasında olan böyük ölçülü (W3) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlarda bu göstərici 1,8 dəfə artaraq $45,3 \pm 4,2$ mm.c.süt., təşkil etdiyi halda, yırtıq qapısının ölçüsü 15 sm-dən artıq olan gıqant ölçülü (W4) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlarda o, 2,3 dəfə artaraq $53,4 \pm 3,5$ mm.c.süt. təşkil etmişdir.

Cədvəl 35.

Yırtıq qapısının ölçüsündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə müalicənin müxtəlif mərhələlərində qarındaxili təzyiqin (QDT) göstəriciləri (mm.c.süt.)

Yırtıq qapısının ölçüsü	Müalicənin mərhələləri		
	Əməliyyatdan əvvəl		Əməliyyat vaxtı
	Ayaq üstə	Uzanıq	Uzanıq
W1 (n=14)	$25,6 \pm 1,4$	$7,9 \pm 0,8$	$11,3 \pm 0,9$
W2 (n=26)	$38,1 \pm 2,7$	$10,7 \pm 1,3$	$16,7 \pm 1,6^*$
W3 (n=52)	$45,3 \pm 3,2$	$14,5 \pm 1,7$	$23,0 \pm 2,5^*$
W4 (n=35)	$53,4 \pm 3,5$	$19,4 \pm 2,3$	$21,6 \pm 1,9$

Qeyd: * - $r < 0,05$ (ilkin göstəricilərlə müqayisədə fərqin dürüstlüyü)

W1, W2, W3 i W4 ölçülü ƏSVY zamanı bu göstəricilər uzanıqlı vəziyyətdə uyğun olaraq orta hesabla $7,9 \pm 0,8$, $10,7 \pm 1,3$, $14,5 \pm 1,7$ və $19,4 \pm 2,3$ mm.c.süt olmuşdur. Müxtəlif müalicə qruplarında ƏSVY olan xəstələrdə QDT-in göstəricilərinin vəziyyətini və dinamikasını müalicənin ayrı-ayrı mərhələlərində müqayisəli şəkildə öyrənərkən aşağıdakıları müəyən etmişik:

QDT-nin normal göstəricilərinə (10 mm.c.süt-na qədər) kiçik və orta ölçülü (W1-W2) ƏSVY olan xəstələrdə I (nəzarət), II (müqayisə) və III (əsas) müalicə qruplarında uyğun olaraq əməliyyatdan əvvəl 7 (21,9%), 6 (19,4%) və 11 (17,2%) xəstədə rast gəlinmişdir. Orta və böyük ölçülü (W2-W3) ƏSVY olan xəstələrdə I (nəzarət), II (müqayisə) və III (əsas) müalicə qruplarında QDT-in I dərəcəli yüksəlməsi (10-15 mm.c.süt) uyğun olaraq 15 (46,9%), 14 (45,2%) və 26 (40,6%) xəstədə aşkar olunmuşdur (cədvəl 3.19). Böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) ƏSVY olan xəstələrdə I (nəzarət), II (müqayisə) və III (əsas) müalicə qruplarında QDT-in II dərəcəli yüksəlməsi (16-25 mm.c.süt) uyğun olaraq 10 (31,3%), 11 (35,5%) və 27 (42,2%) xəstədə aşkar olunmuşdur.

Cədvəl 36.

Müxtəlif qrup və yarımqruplardakı ƏSVY (W2-W4) olan xəstələrdə müalicənin müxtəlif mərhələlərində qarındaxili təzyiqin (QDT) yüksəlmə dərəcəsi

Xəstələr qrupu və yarımqrupu	QDT-nin yüksəlmə dərəcəsi	Xəstələrin sayı			
		Əməliyyatdan əvvəl		Əməliyyat vaxtı	
		Mütləq	%	Mütləq	%
I (n=32)	Norma (10 mm.c.süt-na qədər)	7	21,9	0	0
	I dərəcə QDT (10-15 mm.c.süt)	15	46,9	16	50
	II dərəcə QDT (16-25 mm.c.süt)	10	31,3	12	37,5
	III dərəcə QDT (25-35 mm.c.süt)	-	-	3	9,4
	IV dərəcə QDT (36 və artıq mm.c.süt)	-	-	1	3,1
II (n=31)	Norma (10 mm.c.süt-na qədər)	6	19,4	0	0
	I dərəcə QDT (10-15 mm.c.süt)	14	45,2	17	54,8
	II dərəcə QDT (16-25 mm.c.süt)	11	35,5	14	45,2
	III dərəcə QDT (25-35 mm.c.süt)	-	-	-	-
	IV dərəcə QDT (36 və artıq mm.c.süt)	-	-	-	-

IIIA (n=33)	Norma (10 mm.c.süt-na qədər)	6	18,2	0	0
	I dərəcə QDT (10-15 mm.c.süt)	14	42,4	19	57,6
	II dərəcə QDT (16-25 mm.c.süt)	13	39,4	14	42,4
	III dərəcə QDT (25-35 mm.c.süt)	-	-	-	-
	IV dərəcə QDT (36 və artıq mm.c.süt)	-	-	-	-
IIIV (n=31)	Norma (10 mm.c.süt-na qədər)	5	16,1	0	0
	I dərəcə QDT (10-15 mm.c.süt)	12	38,7	16	51,6
	II dərəcə QDT (16-25 mm.c.süt)	14	45,2	15	48,4
	III dərəcə QDT (25-35 mm.c.süt)	-	-	-	-
	IV dərəcə QDT (36 və artıq mm.c.süt)	-	-	-	-

Beləliklə, hər 3 müalicə qrupunda QDT-in ilkin (əməliyyatdan əvvəlki) göstəriciləri təxminən eyni olmuş və bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmişdir ($p>0,05$). Hernioplastikanın yerinə yetirilmə mərhələsində - yırtıq möhtəviyyəti qarın boşluğuna salınaraq aponevrozun kənarlarının yaxınlaşdırılaraq duplikaturanın yaradılması və ya allotransplantatın yerləşdirilməsi ərəfəsində əməliyyat stolunda uzanıqlı vəziyyətdə QDT-in intraoperasion ölçülməsi zamanı tam fərqli göstəricilər əldə olunmuşdur. Belə ki, praktiki olaraq bütün xəstələrdə QDT-nin I-III dərəcəli yüksəlməsi qeyd olunmuşdur. Lakin müxtəlif müalicə qruplarında tətbiq olunan hernioplastika metodlarından asılı olaraq bu göstəricilər fərqli olmuşdur.

I (nəzarət), II (müqayisə) və III (əsas) müalicə qruplarında ƏSVY olan xəstələrin təxminən yarısında - uyğun olaraq 50%, 54,8% və 54,7% xəstələrdə QDT-in I dərəcəli yüksəlməsi aşkar olunmuşdur.

QDT-in II dərəcəli yüksəlməsinə I (nəzarət), II (müqayisə) və III (əsas) müalicə qruplarındakı ƏSVY olan xəstələrin uyğun olaraq 37,5%, 45,2% və

45,3%-də təsadüf olunmuşdur. Bu zaman II (müqayisə) və III (əsas) müalicə qruplarındakı ƏSVY olan xəstələrdə QDT-in III-IV dərəcəli yüksəlməsi müşahidə olunmamışdır. Eyni zamanda I (nəzarət) qrupuna daxil olan və yırtıq qapısının xüsusi toxumalarla gərilən plastikası icra edilmiş 4 xəstədə QDT-in III (3 xəstədə -9,4%) və IV (1 xəstə - 3,1%) dərəcə yüksəlməsi meydana çıxmışdır. Bu xəstədə QDT-nin IV dərəcə yüksəlməsi artan və tənzimlənməyən İAHS-ın və kəskin tənəffüs çatışmazlığının inkişafı sayəsində letal nəticəyə gətirib çıxarmışdır.

Ayaqüstü vəziyyətdə QDT-in ilkin göstəriciləri I (nəzarət), II (müqayisə), IIIA və IIIB (əsas) müalicə qruplarındakı ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq orta hesabla $32,5 \pm 3,8$, $39,8 \pm 4,3$, $42,9 \pm 4,5$ və $46,0 \pm 5,2$ mm.c.süt., arxası üstə uzanıqlı vəziyyətdə isə $12,4 \pm 1,7$, $13,2 \pm 1,9$, $14,5 \pm 1,4$ və $15,2 \pm 1,8$ mm.c.süt. olmuşdur. Yəni QDT-nin ən aşağı göstəriciləri (1-1,4 dəfə az) I nəzarət qrupunda olmuşdur. İntraoperasion olaraq (yırtıq möhtəviyyatı qarın boşluğuna salınaraq aponevrozun kənarları yaxınlaşdırılarkən) bu göstərici artmış və I (nəzarət), II (müqayisə), IIIA və IIIB (əsas) müalicə qruplarında uyğun olaraq orta hesabla $24,9 \pm 2,4$, $21,4 \pm 2,2$, $20,1 \pm 2,0$ və $19,1 \pm 1,9$ mm.c.süt. təşkil etmişdir. QDT I (nəzarət) qrupunda daha çox (2 dəfə - $p < 0,01$) yüksəlmiş halda, II (müqayisə) və IIIA və IIIB (əsas) yarımqruplarda 1,6, 1,4 və 1,3 dəfə yüksəlmişdir ($p < 0,05-0,01$) (cədvəl 3.20). I nəzarət qrupunun kiçik və böyük ölçülü (W1-W3) ƏSVY olan xəstələrində Mayo və Sapejko metodu ilə gərilən hernioplastikadan 2-3 gün sonra ayaqüstü vəziyyətdə QDT-in göstəriciləri kəskin (1,6 dəfə) ($p < 0,01$) artmış və 49-56 mm.c.süt. həddlərində dəyişərək 4 (12,5%) xəstədə tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə müşayiət olunan QDT-nin III-IV dərəcəyə qədər yüksəlməsini törətmişdir ki, bu da 1 (3,1%) xəstənin ölümünə səbəb olmuşdur.

Cədvəl 37.

Müxtəlif qrup və yarımqruplardakı ƏSVY (W2-W4) olan xəstələrin müalicə mərhələlərində qarındaxili təzyiqin (QDT) göstəriciləri (mm.c.süt.)

Qruplar və	Müalicənin mərhələləri	
		Əməliyyatdan

yarımqruplar	Əməliyyatdan əvvəl		Əməliyyat vaxtı	sonra (2-3 gündən sonra)
	Ayaq üstə	Uzanıq	Uzanıq	Ayaq üstə
I (n=32)	32,5±3,8	12,4±1,7	24,9±2,4**	52,5±3,5*
II (n=31)	39,8±4,3	13,2±1,9	21,4±2,2*	32,8±2,4*
IIIA (n=33)	42,9±4,5	14,5±1,4	20,1±2,0	34,3±2,1*
IIIV (n=31)	46,0±5,2	15,2 ±1,8	19,1±1,9	32,9±2,5**

Qeyd: * - $r < 0,05$, ** - $r < 0,01$ (ilkin göstəricilərlə müqayisədə fərqin dürüslüyü)

Eyni zamanda II (müqayisə) qrupunun, IIIA və IIIB əsas müalicə yarımqruplarının orta və gıqant ölçülü (W2-W4) ƏSVY olan xəstələrində hernioalloplastikadan sonra QDT-nin göstəriciləri azalmışdır. Əməliyyata qədərki göstəricilərlə müqayisədə bu göstəricilər uyğun olaraq 30,4-35,2, 32,2-36,4 və 30,4-35,4 mm.c.süt. təşkil etmişdir. Əməliyyata qədərki göstəricilərlə müqayisədə IIIA və IIIB yarımqruplarda uyğun olaraq dürüslüklə 1,2 və 1,4 dəfə azalma qeyd olunmuşdur.

QDT-in səviyyəsinin təhlili zamanı biz tətbiq olunan alloplastik metodlarından asılı olaraq nə əməliyyata qədər, əməliyyat vaxtı, nə də əməliyyatdan sonrakı göstəricilər arasında əhəmiyyətli fərq aşkar etməmişik ($p > 0,05$). Yalnız onu qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyata qədərki dövrdə ƏSVY olan xəstələrdə nisbətən yüksək qarındaxili təzyiq yırtıq qapısının ölçülərinin böyük olması (W3-W4) səbəbindən “sublay” metodu ilə gərilməsiz alloplastika icra edilənlərdə qeydə alınmışdır. Buna görə də bu xəstələrdə QDT-in göstəriciləri həm əməliyyat vaxtı, həm də əməliyyatdan sonra digər metodlarla (“onlay” və “inlay”) alloplastika icra olunmuşlarla müqayisədə nisbətən aşağı olmuşdur.

Müxtəlif metodlarla alloplastika icra edildikdən sonra ayaqüstü vəziyyətdə QDT-nin göstəricilərindəki dəyişikliyin dinamikasını öyrənərkən “onlay” və “inlay” üsulların tətbiqindən sonra onun səviyyəsinin 1,2 dəfə, gərilməsiz “sublay” üsulunun tətbiqindən sonra isə 1,5 dəfə ($p < 0,01$) kiçilməsini müəyyən etmişik (cədvəl 38, şəkl. 34).

Beləliklə, alınmış nəticələrdən belə bir qənaətə gəlmək olar ki, yırtıq möhtəviyyatının qarın boşluğuna salınması və hernioplastika ilə əlaqədar olaraq qarındaxili təzyiqin göstəricilərinin artma istiqamətində qanunauyğun dəyişməsi baş verir.

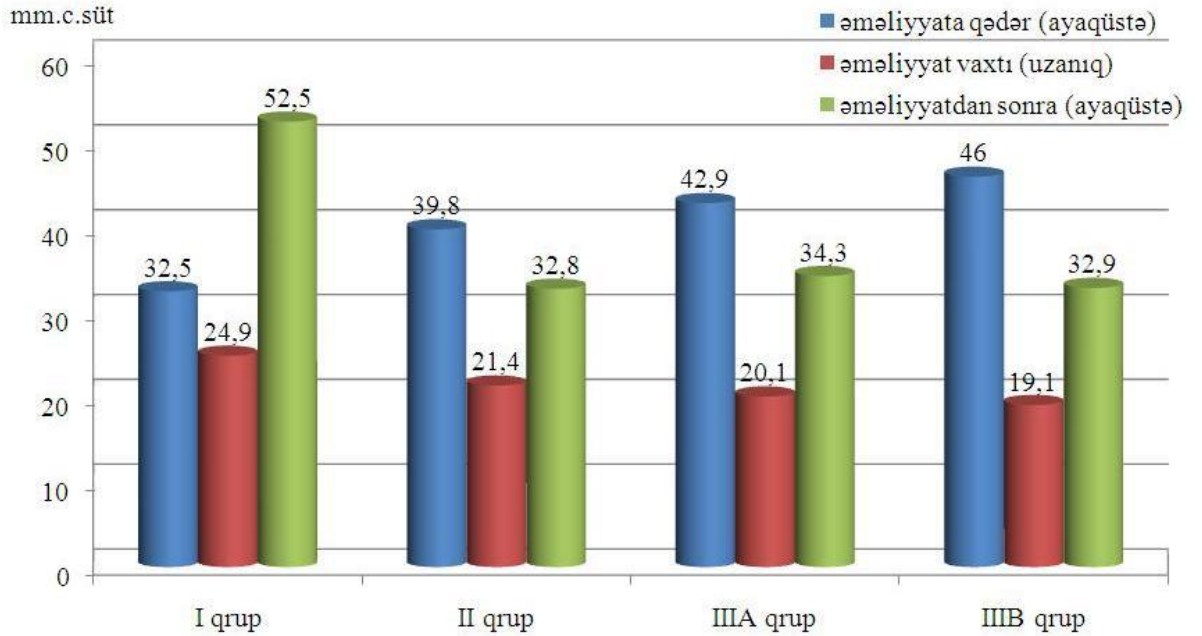
Alınmış nəticələrin müqayisəli təhlili zamanı müəyyən olunmuşdur ki, QDT-nin (III-IV dərəcəli) ən yüksək göstəriciləri Meyo və Sapejko metodu ilə gərilən hernioplastika zamanı qeyd olunur. Uzanıq vəziyyətdə QDT-nin cüzi və orta dərəcədə (I-II dərəcəli) yüksəlməsi yırtıq qapısının müxtəlif metod və materiallarla alloplastikasi zamanı aşkar edilir.

Cədvəl 38.
İstifadə olunan alloplastika üsullarından asılı olaraq ƏSVY (W2-W4) olan xəstələrin müalicə mərhələlərində qarındaxili təzyiqin (QDT) göstəriciləri (mm.c.süt.)

Alloplastika üsulu	Müalicənin mərhələləri			
	Əməliyyatdan əvvəl		Əməliyyat vaxtı	Əməliyyatdan sonra (2-3 gündən sonra)
QDT	Ayaq üstə	Uzanıq	Uzanıq	Ayaq üstə
Onlay (n=26)	42,8±1,7	14,2±1,8	20,3±2,4	34,9±2,8
İnlay (n=15)	39,2±2,4	13,4±1,2	19,7±1,9	33,3±2,1
Sublay (n=54)	48,6±3,5	17,6±2,3	18,8±2,5	31,8±2,4

Qeyd: * - $r < 0,05$ (ilkin göstəricilərlə müqayisədə fərqin dürüslüyü)

Alloplastikanın, xüsusən "sublay" metodla gərilməsiz alloplastikanın yerinə yetirilməsi qarındaxili təzyiqin 1-2 mm.c.süt.-na qədər kompensasiya olunmasına imkan vermişdir. QDT-nin III-IV dərəcəyə qədər yüksəlməsi halına rast gəlinməmişdir. QDT-nin yüksəlməsi kompensasiya xarakteri daşımış və tənəffüs, ürək-damar sisteminin çatışmazlığının inkişafına səbəb olmamışdır. Böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) yırtığı olan II və III qrup xəstələrdə müxtəlif alloplastika metodlarının tətbiqindən sonra ayaqüstə vəziyyətdə QDT-nin səviyyəsinin dürüslüklə azalması gərilmsiz "sublay" texnikadan istifadə edilənlərdə qeyd olunmuşdur.



Şəkil 34. Müxtəlif metodlarla hernioplastika əməliyyatlarından sonrakı dövrdə xəstələrdə QDT-in dəyişməsi

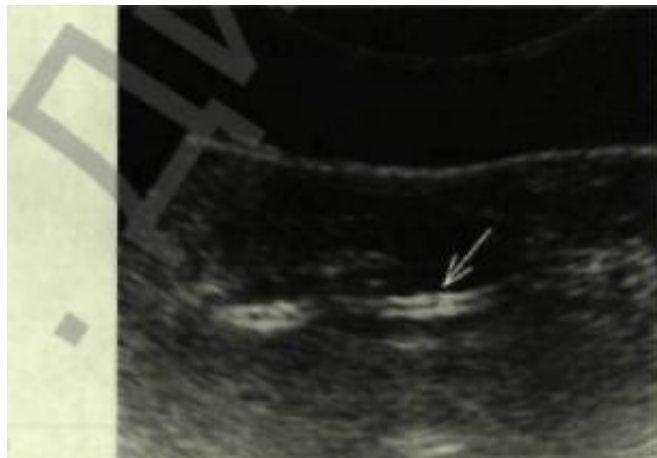
9. Yara prosesinin gedişinin və hernioalloplastikadan sonra yarıda inkişaf edən yerli ağırlaşmaların ultrasəs qiymətləndirilməsi

Əməliyyatdan sonrakı yara prosesinin gedişinin qiymətləndirilməsi və onda inkişaf edən ağırlaşmaların diaqnostikası məqsədilə biz ultrasəs müayinəsindən (USM) istifadə etmişik. Müayinə xətti **datçiklə 5 və 7,5 MHz tezlikdə, böylama və köndələn skannerləşdirmə müstəvilərində** yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı yaranın infeksiyalaşmasının profilaktikası məqsədilə datçikin işçi səthini və dərinə dezinfeksiyaedici məhlullarla işləmiş və steril gəldən istifadə etmişik. Qarnın ön divarının təbəqəli vizualizasiyası əməliyyatdan sonrakı 1-ci gündən mümkün olur. Əksər hallarda dəri, dərialtı toxuma, aponevroz, əzələ qatı, peritonönu piy toxuması differensasiya olunur. Lakin onların strukturu dəyişikliyə məruz qalır: bütün anatomik qatların exogenliyi yüksəlir, toxumaların “exo-mənzərəsi” hissəvi olaraq pozulur, konturlarının dəqiqliyi azalır, “yayılmış” olur.

Əməliyyat zonasında USM zamanı vizualizə olunan əlavə törəmələr bölünür:

- Allotransplantatın, drenaj boruların, liqaturların, qaz qovuqlarının və s. aid olduğu yad cisim;
- Seromanın, hematomanın, absesin, fleqmonanın əlaməti olan məhdud və ya qeyri-məhdud maye yığıntıları; qarın ön divarının infiltratları və qranulomalaları;
- Əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmaları ilə əlaqədar olan digər strukturlar – eventrasiya və ya residiv yırtıqlar sayəsində qarın divarının daxilində bağırsağın ilgəyi, piy toxuması və digər orqanlar.

Hernioplastika zamanı istifadə olunmuş allotransplantat ultrasəs skannerləşdirmə zamanı praktiki olaraq bütün hallarda və əməliyyatdan sonra istənilən dövrdə həmişə görünə bilər. Allomaterial aşağı səs keçiriciliyinə malik möhkəm sintetik materialdan hazırlanmış olduğundan, exoqrammalarda müxtəlif qalınlıqda (0,5-1,5 sm) xətti hiperexogen struktur şəklində görünür ki, bunun da konturları hamar və ya dalğavari ola bilər (şək. 35).



Şəkil 35. Prolen torun implantasiyasından 5 gün sonra yaranın ultrasəs skanoqramması (allomaterial oxla göstərilmişdir)

Tədqiqata daxil edilmiş ƏSVY olan 127 xəstədə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə 25 (19,7%) xəstədə 37 yerli ağırlaşma inkişaf etmişdir. Yara nahiyəsində infiltrat, hematoma, liqatura fistulası kimi ağırlaşmalar 12 xəstədə (hər birində - 4), seroma – 19 xəstədə, yaranın irinləməsi - 3 xəstədə, dəri kənarının nekrozu, dərialtı eventrasiya və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə bitişmə mənşəli keçməməzlik – 3 (hər birində 1-i) xəstədə meydana çıxmışdır (nəzarət) müalicə qrupunda ƏSVY olan 3 xəstədə 3

(9,4%) yerli ağırlaşma: əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi (3,1%), liqatura fistulası (3,1%) və dərialtı emfizema (3,1%) meydana çıxmışdır.

II (müqayisə) müalicə qrupunda ƏSVY olan 8 xəstədə 13 (41,9%) yerli ağırlaşma: yara nahiyəsində infiltrat – 2 (6,5%) xəstədə, hematoma, yaranın irinləməsi, liqatura fistulası və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə bitişmə mənşəli keçməməzlik – 4 (hər birində 1 (3,2%)) və seroma – 7 (22,6%) xəstədə meydana çıxmışdır.

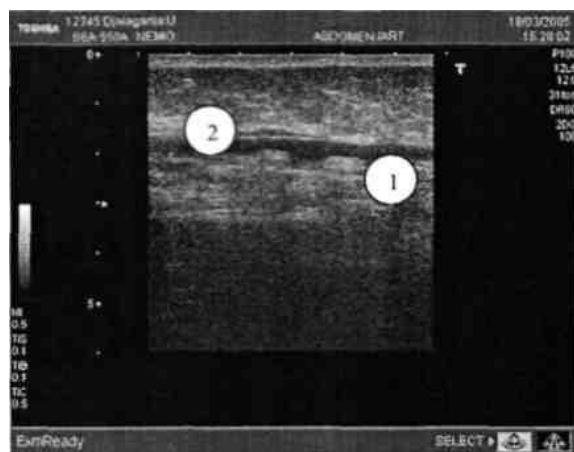
Əsas qrupun IIIA yarımqrupunda ƏSVY olan 8 xəstədə 11 (41,9%) yerli ağırlaşma: infiltrat, yaranın irinləməsi və liqatura fistulası – 3 (9,1%) xəstədə (hər birində 1), hematoma – 2 (6,1%) və seroma – 6 (18,2%) xəstədə meydana çıxmışdır.

Əsas qrupun IIIB yarımqrupunda ƏSVY olan 7 xəstədə 10 (32,3%) yerli ağırlaşma: yara nahiyəsində infiltrat, hematoma, dərinin kənarı nekrozu və liqatura fistulası – 4 (12,8%) xəstədə (hər birində 1), seroma – 6 (19,4%) xəstədə meydana çıxmışdır (cədvəl 3.11).

Yırtıq qapısının alloplastikasından sonra ƏSVY olan 4 xəstədə yara nahiyəsində iltihabi infiltrat meydana çıxmışdır: “onlay”, “inlay” və “sublay” metodlarda uyğun olaraq 1 (3,8%), 1 (6,7%) və 2 (3,7%). Yəni “inlay” metoddan istifadə edərkən yara nahiyəsində infiltratın inkişaf ehtimalı 2 dəfə azalır. Yırtıq qapısının alloplastikasından sonra ƏSVY olan 4 xəstədə hematoma meydana çıxmışdır: “onlay”, “inlay” və “sublay” metodlarda uyğun olaraq 1 (3,8%), 1 (6,7%) və 2 (3,7%). Yəni “inlay” metoddan istifadə edərkən hematomanın da inkişaf ehtimalı 2 dəfə azalır. Xəstələrdən 1-də hematoma yoğun iynə ilə punksiya vasitəsilə boşaldılmış, 2-cidə yaranın təftişi, hematomanın ləğv edilməsi, yuyulması və drenləşdirilməsi lazım gəlmişdir. Yaranın irinləməsi “onlay” (1 - 3,8%) və “sublay” (1 - 1,9%) metodla alloplastikadan sonra 2 xəstədə baş vermişdir. Yəni, “sublay” metoddan istifadə edərkən yaranın irinləməsi “onlay” metodla müqayisədə (2 dəfə - $p < 0,01$) dürüstlüklə az olmuşdur. ƏSVY olan II müalicə qrupunun və əsas qrupun IIIA yarımqrupunun 64 xəstəsində yırtıq qapısının prolen və MPK-torla

alloplastikasından sonra 24 yerli ağırlaşma meydana çıxmışdır: tezliyinə görə 1-ci yeri seroma (13 xəstə - 20,3%), 2-ci və 3-cü yerləri isə yara nahiyəsinin infiltratı və hematoması tutmuşdur (hər birindən 3 xəstədə - 4,7%). Yaranın irinləməsi və liqatura fistulası 4 xəstədə (hər birindən 2 xəstədə - 3,1%), 1 (1,6%) xəstədə isə əməliyyatdan sonrakı dövr erkən bitişmə keçməməzliyi ilə ağırlaşmışdır.

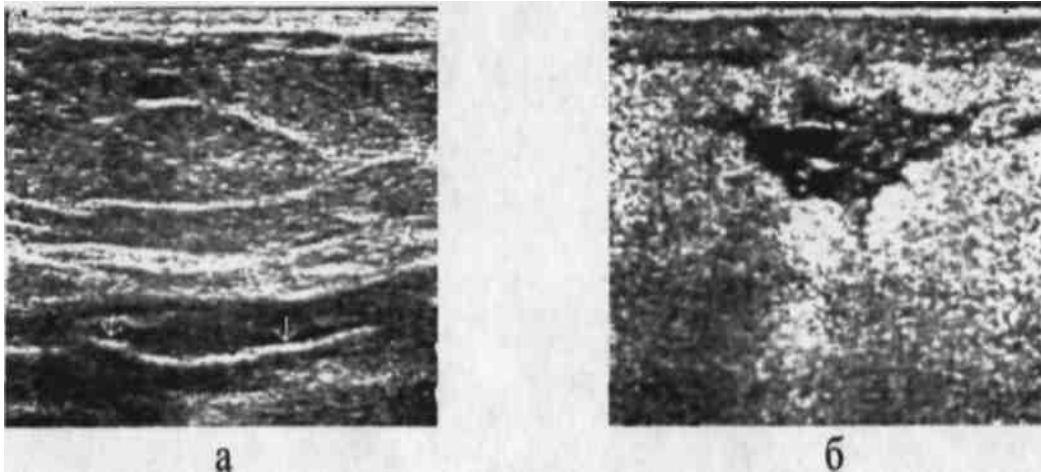
Əsas qrupun IIIB yarımqrupunun ƏSVY olan 31 xəstəsində simultan abdominoplastika və yırtıq qapısının MPK-torla alloplastikasından sonra 10 (32,3%) yerli ağırlaşma inkişaf etmişdir. Yerli ağırlaşmalar arasında tezliyinə görə 1-ci yeri şübhəsiz ki, 6 xəstədə meydana çıxan seroma (19,4%) tutmuşdur. İltihabi infiltrat (1 xəstə - 3,2%), hematoma (1 xəstə - 3,2%), liqatura fistulası (1 xəstə - 3,2%) və dərinin kənarı nekrozu (1 xəstə - 3,2%) 4 (12,9%) xəstədə meydana çıxmışdır (cədvəl 3.5). Protezləşdirici əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ultrasəsle monitoring göstərdi ki, xəstələrin bir hissəsində (19 xəstədə) alloplastikadan 1 gün sonradan başlayaraq implantasiya olunan torun ətrafında bu və ya digər həcmdə maye toplanır ki, bu da qeyri-düzgün formalı, dəqiq sərhədləri olmayan an- və ya hipoexogen zona şəklində aşkar olunur (şək. 36, 37).



Şəkil 36. Protezləşdirici plastikadan sonra exoqramma: endoprotezin ətrafında maye törəmənin formalaşması: 1 – mayeli törəmə; 2 – tor protez.

Müxtəlif hernioplastika metodlarından sonra qarının ön divarının USM-i 102 (80,3%) xəstədə həyata keçirilmişdir. Tədqiqatın gedişində alınmış

məlumatların təhlili seromanın əmələ gəlməsinin plastikanın metod və üsullarından asılılığını aşkar etməyə imkan verdi.



Şəkil 37. Əməliyyatdan 7 gün sonra prolen (a) və MPK-tor (b) üzərində aşkar olunan mayeli törəmə (allomaterial oxla göstərilmişdir)

Belə ki, ƏSVY olan I nəzarət qrupunun 32 xəstəsində seroma meydana çıxmamışdır. II (müqayisə) qrupun və əsas qrupun IIIA yarımqrupunda seroma 13 (20,3%) xəstədə və IIIB yarımqrupun abdominoplastika və alloplastika əməliyyatı icra olunmuş ƏSVY olan 31 xəstəsindən 6-da (19,4%) meydana çıxmışdır. Yəni, IIIB yarımqrupunda simultan əməliyyatın həcmnin və travmatikliyinə baxmayaraq bu ağırlaşmanın meydana çıxma tezliyi təxminən eyni olmuş və bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmişdir ($r > 0,05$) (cədvəl 3.6). Eyni zamanda USM məlumatlarına görə, “inlay” metodu ilə müqayisədə “onlay” (6 – 23,1%) və “sublay” (12 – 22,2%) metodlarla alloplastika zamanı seromalar dürüstlüklə daha çox (1 – 6,7%) ($r < 0,01$) inkişaf edir (cədvəl 3.8). Həcmi 10 ml-dən kiçik olan mayeli törəmə aşkar edilən hallarda hər 2 gündən bir nəzarət etməklə dinamik müşahidə aparılır. Mayeli törəmənin həcmnin 10 ml-dən çox böyüməsinə seromanın inkişafı kimi baxılmış və drenaj vasitəsilə onun aktiv aspirasiyası yolu ilə evakuasiyası həyata keçirilmişdir. Həm boylama, həm də köndələn istiqamətdə ultrasəs skannerləşmə zamanı drenaj borular aydın vizualizə olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri seromanın formalaşmasının piylənmənin dərəcəsindən asılı olduğunu göstərmişdir. I-III dərəcəli piylənmədən (bədən

çəkisi indeksi (BÇİ) – 30-dan artıq) əziyyət çəkən 83 xəstədən 15-də (18,1%) seromanın formalaşması baş vermişdir. Bununla yanaşı, BÇİ – 30-dan az olan 44 xəstədən 4 –də (9,1%) seromaya təsadüf olunmuşdur ($r < 0,01$). Piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdə seromanın formalaşma tezliyinin yüksək olması dərialtı piy qatının geniş sahədə aponevrozdan ayrılması ilə əlaqədardır. Bu, qeyd edilən qrup xəstələrdə retension ağırlaşmaların profilaktika tədbirlərinin aparılmasının məqsədəuyğunluğunu göstərir.

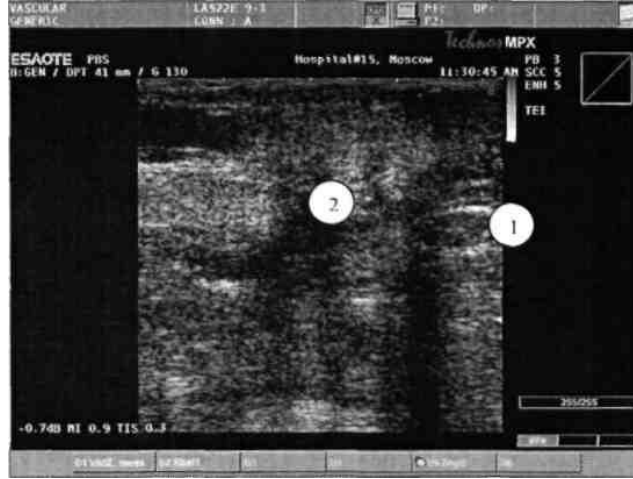
Qarnın ön divarının ultrasəs skannerləşdirilməsi zamanı qarnın ön divarının infiltratı – 4 (7,9%) xəstədə, hematoması – 4 (7,9%) xəstədə və yaranın irinləməsi – 3 (6,2%) xəstədə aşkar edilmişdir ki, bu da klinik məlumatlar təsdiqlənmişdir. Bu ağırlaşmaların vaxtında diaqnostikası belə xəstələri sonradan adekvat müalicə etməyə imkan vermişdir. Hematoma USM zamanı daha dəqiq konturlu və perifokal ödemli bircinsli hipoeoxogen struktur kimi xarakterizə olunmuşdur (şək. 38).



Şəkil 38. Hernioplastikadan sonra qarnın ön divarının hematoması

Hematomanın səbəbi cərrahi texnikanın defekti olmuşdur. Müalicə hematomanın evakuasiyası, boşluğun antiseptiklərlə yuyulması, hemostaz və yaranın drenləşdirilməsi yolu ilə həyata keçirilmişdir. Qarnın ön divarının USM-i zamanı dərialtı toxumanın irinləməsi dəqiq sərhədləri olmayan, perifokal iltihablı hipoeoxogen törəmə şəklində aşkar olunur. Bu törəmənin

daxilində qeyri-bircinslik vizualizə olunur (şəkil 39). Bu ağırlaşma ƏSVY olan 3 (9,3%) xəstədə meydana çıxmışdır: nəzarət qrupunda -1 (3,1%), II müqayisə qrupunda və III əsas müalicə qrupunda 1 (1,6%) xəstədə. Yəni, alloplastika üçün MPK-tor istifadə olunan əsas qrupun xəstələrində yerli ağırlaşmalar digər müalicə qrupları ilə müqayisədə 2 dəfə az olmuşdur.



Şəkil 39. Yırtıq əməliyyatından sonra dərialtı toxumanın irinləməsi: 1-qeyri-bircins dərialtı piy qatı; 2-aponevroz qatı.

İrinləmənin tezliyi də yırtıq qapısının plçüsündən asılı olmuş ($r < 0.05$) və böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan 2 (3,8%) və gıqant ölçülü (W4) ƏSVY olan 1 (2,9%) xəstədə meydana çıxmışdır. İrinləmənin yerli müalicəsi açıq üsulla – yara kənarlarının aralanması, antiseptiklərlə yuyulması və yara prosesinin I fazasında betadin məhlulu ilə yuyulması yolu ilə aparılmışdır. II fazada levamekol və betadin tipli suda həll olan məlhəmlərdən istifadə olunmuşdur. Qarnın ön divarının fleqmonasının inkişafı qeyd olunmamışdır. Protezləşdirici hernioplastikadan sonra 2 halda irinləmə meydana çıxmışdır. Yerli müalicə torun xaric edilməsini tələb etməmişdir ki, bu da bir sıra müəlliflərin (37, 111, 217, 229) müasir endoprotezlərin yüksək keydiyyəti və infeksiyaya davamlılığı haqqında verdiyi məlumatları təsdiq edir. Tədqiqatda endoprotezin ayrılması, sistin formalaşması, endoprotezin fraqmentasiyası kimi ağır fəsadlar aşkar edilməmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı yaxın nəticələr ƏSVY-ın cərrahi müalicəsinin differensial taktikasının üstünlüyünü göstərmiş, yerli ağırlaşmaların

formalaşmasının qarının ön divarında yad cismin implantasiyasından asılılığını aşkar etmişdir. Ağırlaşmaların diaqnostikasında USM-in yüksək effektivliyi protezləşdirici hernioplastikadan sonra xəstələrin aparılmasına differensial yanaşmağa, yara prosesinin invaziv diaqnostika metodlarının (yaranın punksiyası və reviziyasını) sayını azaltmağa, yara ağırlaşmasını vaxtında aşkar etməyə və adekvat müalicə aparmağa imkan vermişdir.

FƏSİL 8. ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIQLARIN MÜALİCƏSİNİN UZAQ NƏTİCƏLƏRİNİN TƏHLİLİ

1. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə hernioplastikadan sonra yerli statusun göstəriciləri

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların müxtəlif plastika metodları ilə cərrahi müalicəsinin uzaq nəticələri cərrahi müdaxilədən 1-3 ilə qədərki dövrdə anketləşdirmə, sorğu və xəstələrə baxış yolu ilə öyrənilmişdir.

Xəstələr kontrol müayinələrə çağırılmışdır ki, əməliyyat olunaraq sağ qalmış 126 xəstədən 79-u (62,7%) bu müayinələrdə iştirak etmişdir (I nəzarət qrupunun W3 ölçülü ƏSVY olan xəstələrindən 1-i İAHS-ın inkişafı nəticəsində meydana çıxan kəskin tənəffüs və ürək-damar sistemi çatışmazlığından ölmüşdür). Kontrol müayinədən imtina edən və ya müayinəyə gələ bilməyən xəstələrə əməliyyatdan sonra yerli statusu qiymətləndirməyə imkan verən spesifik suallar olan anketlər (sorğu kitabçası) göndərilmişdir. Anket suallarına 47 (37,3%) xəstə cavab vermişdir.

Xəstələrin şikayətləri aydınlaşdırıldıqdan və əldə olan tibbi sənədlərin öyrənilməsindən sonra özündə obyektiv (klinik) müayinə metodları ilə yanaşı cərrahi müdaxilə zonasının US-skannerləşdirilməsi və göstəriş olan hallarda digər instrumental-laborator müayinə metodlarını cəmləşdirən birbaşa müayinələrə keçilmişdir.

Əməliyyat olunmuş xəstələrin **həyat keyfiyyəti** spesifik və qeyri-spesifik suallar vasitəsilə qiymətləndirilmişdir. Kontrol müayinə zamanı xəstələr yerli statusu əks etdirən və bilavasitə keçirilən əməliyyatla əlaqədar olan spesifik suallara cavab vermişlər: 1) əməliyyat nahiyəsində ağrı; 2) qarın divarının

hərəkətliliyinin məhdudlaşması; 3) əməliyyat nahiyəsində yad cismin hiss edilməsi.

Hər bir spesifik sual iki alternativ cavabdan (bəli, xeyr) biri ilə cavablandırılmışdır. Həyat keyfiyyətini 4 şkala – fiziki, sosial, emosional və funksional rifahını qiymətləndirmək üçün qeyri-spesifik suallar özündə 13 sualı əks etdirən xüsusi sorğu kitabçasının tərkibinə daxil edilmişdir (fəsil II, cədvəl 2.16).

Biz müxtəlif qrup və yarımqruplardakı ƏSVY olan xəstələrdə hernioplastikadan sonrakı uzaq dövrdə yerli statusun göstəricilərinin qiymətləndirilməsini yırtıq qapısının ölçüsündən, hernioplastika üsulundan, alloplastika metodlarından, plastik materialın növündən asılı olaraq həyata keçirmişik.

Kiçik (W1), orta (W2), böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY-ə görə əməliyyat olunmuş müvafiq olaraq 1 (7,1%), 7 (29,9%), 20 (39,2%) və 12 (34,3%) xəstə hernioplastikadan sonrakı uzaq dövrdə əməliyyat nahiyəsində ağrı hiss etmişdir (cədvəl 39).

Cədvəl 39.

Yırtıq qapısının ölçülərindən asılı olaraq hernioplastikadan sonra uzaq dövrdə xəstələrdə yerli statusunun göstəriciləri

Göstəricilər	Yırtıq qapısının ölçüsü							
	W1 (n=14)		W2 (n=26)		W3 (n=51)		W4 (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Əməliyyat nahiyəsində ağrı	1	7,1	7	29,9	20	39,2	12	34,3
Qarın divarının hərəkətinin məhdudlaşması	2	14,2	9	34,6	23	45,1	14	40
Əməliyyat nahiyəsində yad cisim hissi	-	-	8	30,8	17	33,3	6	17,1

Kiçik (W1), orta (W2), böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY-ə görə əməliyyat olunmuş müvafiq olaraq 2 (14,2%), 9 (34,6%), 23 (45,1%) və 14 (40%) xəstədə **qarın divarının hərəkətliliyinin məhdudlaşması** müşahidə olunmuşdur.

Orta (W2), böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY-ə görə əməliyyat olunmuş müvafiq olaraq 8 (30,8%), 17 (33,3%) və 6 (17,1%) xəstədə **əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissi** qeyd olunmuşdur. Yalnız xüsusi toxumalarla autoplastika aparılmış kiçik (W1) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə bu hissiyyat qeyd olunmamışdır.

Beləliklə, hernioplastika əməliyyatından sonrakı uzaq dövrdə əməliyyat nahiyyəsində ağrı, qarın divarının hərəkətliliyinin məhdudlaşması kimi şikayətlər kiçik ölçülü (W1) ƏSVY olan xəstələrdə daha (uyğun olaraq - 4,2-5,5 dəfə və 2,4-3,2 dəfə) az olmuşdur. Əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissi W2-W4 ölçülü yırtıqları olan xəstələr arasında ən az W4 ölçülü ƏSVY olanlarda (1,8-1,9 dəfə) qeyd edilmişdir ki, bunlarda da “sublay” texnologiyası üzrə MPK-torla birlikdə bitişmələrin qarşısını almaq məqsədilə İTERCEED (TC7) süni baryerdən istifadə etməklə gərilməsiz alloplastika icra edilmişdir (cədvəl 4.1).

Hernioplastika üsulundan asılı olaraq uzaq dövrdə autoplastika icra edilmiş 13 (41,9%) xəstədə, ayrılıqda alloplastika həyata keçirilmiş 20 (29,7%) xəstədə və alloplastika ilə birgə abdominoplastika da icra edilmiş 7 (26,9%) xəstədə **əməliyyat nahiyyəsində ağrı** olunmuşdur (cədvəl 40).

Cədvəl 40.

Hernioplastika üsulundan asılı olaraq hernioplastikadan sonra uzaq dövrdə xəstələrin yerli statusunun göstəriciləri

Göstəricilər	Hernioplastika üsulu					
	Autoplastika (n=31)		Alloplastika (n=64)		Alloplastika+ Abdominoplastika (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Əməliyyat nahiyyəsində ağrı	13	41,9	20	29,7	7	26,9
Qarın divarının hərəkətinin məhdudlaşması	16	51,6	23	35,9	9	34,8
Əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissi	5	16,1	18	28,1	8	25,8

Eyni zamanda **qarın divarının hərəkətliyinin məhdudlaşması** autoplastika, ayrılıqda alloplastika və alloplastika ilə birgə abdominoplastika həyata keçirilən ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 16 (51,6%), 23 (35,9%) və 9 (34,8%) xəstədə rast gəlinmişdir. **Əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissi** autoplastika, ayrılıqda alloplastika və alloplastika ilə birgə abdominoplastika həyata keçirilən ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 5 (16,1%), 18 (28,1%) i 8 (25,8%) xəstədə təsadüf olunmuşdur.

Beləliklə, “sublay” metodu üzrə alloplastikadan sonrakı uzaq dövrdə əməliyyat nahiyyəsində ağrı, qarın divarının hərəkətliyinin məhdudlaşması, əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissi kimi şikayətlər yırtıq qapısının “onlay” və “inlay” metodları ilə alloplastika ilə müqayisədə uyğun olaraq – 2,7 və 3,4 dəfə, 2,8 və 3,7 dəfə və 2,1 və 4,4 dəfə az meydana çıxmışdır. Eyni zamanda ƏSVY olan xəstələrdə “inlay” texnologiya ilə alloplastikadan sonra əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissine “onlay” metodla alloplastikadan sonrakı ilə müqayisədə 2,2 dəfə az rast gəlinmişdir. Uyğun olaraq yerli statusun göstəriciləri üzrə əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə ən yaxşı nəticələr “sublay” texnologiya üzrə gərilməsiz alloplastikadan sonra, ən pis nəticələr isə “onlay” metodla alloplastikadan sonra qeydə alınmışdır (cədvəl 4.3).

Yerli statusun göstəricilərinə görə hernioalloplastikanın uzaq nəticələrinin təhlili zamanı plastik materialın növündən asılı olaraq müəyyən etmişik ki, prolen tordan, MPK-tordan və süni baryer İNTERCEED (TC7) ilə birlikdə MPK-tordan istifadə olunduqda əməliyyatdan sonrakı dövrdə **əməliyyat nahiyyəsində ağrı** uyğun olaraq 14 (44,4%), 7 (24,1%) və 7 (20%) xəstədə meydana çıxmışdır (cədvəl 41).

Cədvəl 41.

Alloplastika zamanı istifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq hernioplastikadan sonra uzaq dövrdə xəstələrin yerli statusunun göstəriciləri

Göstəricilər	Allomaterialın növü		
	Prolen tor (n=31)	MPK-tor (n=29)	MPK-tor+İN-TERCEED (TC7)

					(n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Əməliyyat nahiyəsində ağrı	13	41,9	7	24,1	7	20
Qarın divarının hərəkətinin məhdudlaşması	16	51,6	8	27,6	8	23,3
Əməliyyat nahiyəsində yad cisim hissi	13	41,9	7	24,1	6	17,1

Prolen, MPK-tordan və süni baryer İNTERCEED (TC7) ilə birlikdə MPK-tordan istifadə olunduqda **qarın divarının hərəkətliyinin məhdudlaşması** uyğun olaraq 16 (51,6%), 8 (27,6%) və 8 (22,3%) ƏSVY olan xəstədə meydana çıxmışdır.

Əməliyyat nahiyəsində yad cisim hissi prolen, MPK-tordan və süni baryer İNTERCEED (TC7) ilə birlikdə MPK-tordan istifadə olunduqda uyğun olaraq 13 (41,9%), 7 (24,1%) və 6 (17,1%) ƏSVY olan xəstədə meydana çıxmışdır.

Beləliklə, prolen torla alloplastika ilə müqayisədə, MPK-tordan istifadə olunması əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə ağrı və yad cisim hissini uyğun olaraq 1,8 və 1,7 dəfə, süni baryer İNTERCEED (TC7) ilə birlikdə MPK-tordan istifadə olunması isə 2,2 və 2,4 dəfə dürüstlüklə azaltmışdır. Bu xəstələrdə qarın divarının hərəkətliyinin məhdudlaşmasına prolen tordan istifadə olunmuş ƏSVY olan xəstələrlə müqayisədə uyğun olaraq 1,9 və 2,3 dəfə az rast gəlinmişdir. Uyğun olaraq yerli statusun göstəriciləri üzrə əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə ən yaxşı nəticələr yırtıq qapısının alloplastikası məqsədilə süni baryer İNTERCEED (TC7) ilə birgə hissəvi sorulan MPK-tordan istifadə olunmuş xəstələrdə qeydə alınmışdır (cədvəl 42).

Cədvəl 42.

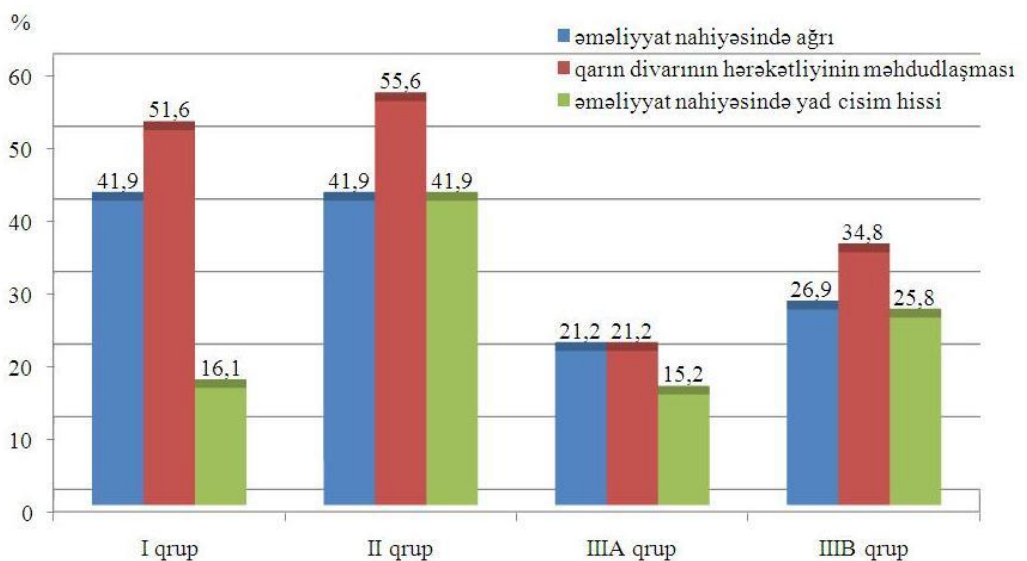
Müxtəlif müalicə qrupları və yarımqruplarında hernioplastikadan sonra uzaq dövrdə xəstələrin yerli statusunun göstəriciləri

Göstəricilər	Xəstələr qrupu və yarımqrupu							
	I (n=32)		II (n=31)		IIIA (n=33)		IIIV (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Əməliyyat	14	46,9	13	41,9	7	21,2	7	26,9

nahiyəsində ağrı								
Qarın divarının hərəkətinin məhdudlaşması	17	53,1	16	55,6	7	21,4	9	34,8
Əməliyyat nahiyəsində yad cisim hissi	6	18,8	13	41,9	5	15,2	8	25,8

Müxtəlif müalicə qrupları və yarımqruplarında yerli statusun göstəriciləri üzrə hernioalloplastikanın uzaq nəticələrinin təhlili zamanı müəyyən etmişik ki, yerli toxumalarla gərilən plastika aparılmış I nəzarət qrupunda, prolen tordan istifadə edilən II müqayisə qrupunda, MPK-tordan istifadə edilmiş IIIA yarımqrupunda, MPK-torla alloplastikası ilə yanaşı abdominoplastika da icra edilmiş IIIB yarımqrupun ƏSVY olan xəstələrində əməliyyatdan sonrakı dövrdə **əməliyyat nahiyəsində ağrı** uyğun olaraq 13 (41,9%), 13 (41,9%), 7 (21,2%) və 7 (26,9%) xəstədə müşahidə olunmuşdur (cədvəl 4.4).

Yerli toxumalarla gərilən plastika aparılmış I nəzarət qrupunda, prolen tordan istifadə edilən II müqayisə qrupunda, MPK-tordan istifadə edilmiş IIIA yarımqrupunda, MPK-torla alloplastikası ilə yanaşı abdominoplastika da icra edilmiş IIIB yarımqrupun ƏSVY olan xəstələrində əməliyyatdan sonrakı dövrdə **qarın divarının hərəkətliyinin məhdudlaşması** uyğun olaraq 16 (51,6%), 16 (55,6%), 7 (21,2%) və 7 (26,9%) xəstədə müşahidə olunmuşdur (şək. 40).



Şəkil 40. Müxtəlif müalicə qrupu və yarımqruplarında müxtəlif hernioplastika metodlarından sonra ƏSVY olan xəstələrdə yerli status

Beləliklə, əməliyyat nahiyyəsində ağrı və qarın divarının hərəkətliyinin məhdudlaşması ƏSVY olan I və II müalicə qrupunun xəstələrinin təxminən yarısında və III əsas qrupun isə xəstələrinin $\frac{1}{4}$ -də müşahidə olunmuşdur. Yəni, alloplastika məqsədilə MPK-tordan ayrılıqda və abdominoplastika ilə birlikdə istifadə olunması qeyd edilən parametrlərə görə 2 dəfə daha yaxşı uzaq nəticələrin alınmasına səbəb olmuşdur.

Yerli toxumalarla gərilən plastika aparılmış I nəzarət qrupunda, prolen tordan istifadə edilən II müqayisə qrupunda, MPK-tordan istifadə edilmiş IIIA yarımqrupunda, MPK-torla alloplastikası ilə yanaşı abdominoplastika da icra edilmiş IIIB yarımqrupun ƏSVY olan xəstələrində əməliyyatdan sonrakı dövrdə **əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissi** uyğun olaraq 5 (16,1%), 13 (41,9%), 5 (15,2%) və 8 (25,8%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Yəni, alloplastika məqsədilə MPK-tordan ayrılıqda istifadə olunmuş IIIA yarımqrupda və MPK-torla alloplastika abdominoplastika ilə birlikdə istifadə olunan IIIB yarımqrupda bu hiss prolen tordan istifadə olunmuş II müalicə qrupu ilə müqayisədə 2,7 və 1,6 dəfə az rast gəlinmişdir.

MPK-torla alloplastika prolen torla alloplastikadan bütün göstəricilərə görə, yerli toxumalarla plastikadan isə əməliyyat nahiyyəsində yad cisim hissindən başqa bütün göstəricilərə görə üstündür.

Beləliklə, əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə yerli statusun ən yaxşı göstəriciləri III əsas müalicə qrupunun xəstələrində “sublay” texnologiyası üzrə İNTERCEED (TC7) süni baryerlə birlikdə MPK-torun implantasiyasından sonra qeyd olunmuşdur.

2. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtığın residivlərinin inkişaf dinamikası, onların lokalizasiyası və müalicəsi

Kontrol müayinə zamanı yırtığın residivi alloplastika aparılmış 6 (6,3%) və yerli toxumalarla plastika həyata keçirilmiş 6 (19,1%) xəstədə aşkar edilmişdir (cədvəl 4.6). Yəni müxtəlif plastik materiallarla alloplastikadan sonra əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə yırtıq residivlərinin meydana çıxma tezliyi dürüstlüklə 3 dəfə ($p < 0,01$) azalmışdır. Yerli toxumalarla plastikadan sonra ilk 6-12 ay ərzində yırtıq residivləri I nəzarət qrupunun 3 xəstəsində, II müqayisə qrupunun, IIIA və IIIB əsas müalicə yarımqruplarının 3 xəstəsində inkişaf etmişdir. 2-3 illik dövr ərzində yırtıq residivi I nəzarət qrupunun 1 xəstəsində və II müqayisə qrupunun 1 xəstəsində inkişaf etmişdir. III əsas müalicə qrupunda bu dövrdə residivlər qeyd olunmamışdır.

Beləliklə, həm alloplastikadan, həm də yerli toxumalarla plastikadan sonra residivlərin əksəriyyəti (10 – 83,3%) əməliyyatdan sonrakı dövrün ilk 2 ilində inkişaf etmişdir (cədvəl 43). Residivlər ən çox I nəzarət qrupunun xəstələrində qeyd olunmuşdur: yerli toxumalarla gərilən plastikadan 3 il sonra o, əməliyyat olunmuş xəstələrin 19,4%-də, yəni praktiki olaraq hər 5-ci xəstədə meydana çıxmışdır.

II (müqayisə) və III (əsas) qrup xəstələrdə müxtəlif metodlarla və plastik materiallarla alloplastikadan sonra qeyd edilən müddət ərzində residivlər, əməliyyat olunanların 6,3%-də meydana çıxmışdır ki, bu da I nəzarət qrupunun xəstələri ilə müqayisədə təxminən 3 dəfə azdır. Bu kontingentdən ən yaxşı nəticələr əsas müalicə qrupunun IIIB yarımqrupunda, yəni MPK-torla alloplastika birlikdə abdominoplastika da icra edilmiş xəstələrdə (3,2% residiv) qeyd olunmuşdur; orta nəticələr (6,1% residiv) – IIIA yarımqrupda, yəni yalnız MPK-torla alloplastika olunmuş xəstələrdə, nisbətən pis nəticələr isə (9,7%) prolen torla alloplastika həyata keçirilmiş II müqayisə qrupunda qeyd olunmuşdur.

Cədvəl 43.

Müxtəlif müalicə qrupları və yarımqruplarında yırtıq residivlərinin inkişafının dinamikası

Xəstələr qrupu və yarımqrupu	Əməliyyatdan sonrakı dövr	Cəmi
------------------------------	---------------------------	------

	6-12 ay	1-2 il	2-3 il	
I (n=32)	3	2	1	6
II (n=31)	1	1	1	3
IIIA (n=33)	1	1	-	2
IIIV (n=31)	-	1	-	1
Cəmi	5	5	2	12

Beləliklə, MPK-torla alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra edilmiş (IIIB yəsas müalicə qrupu) ƏSVY olan xəstələrdə yırtıq residivlərinin inkişaf ehtimalı, Meyo və Sapejko metodu ilə yerli toxumalardan istifadə etməklə plastika həyata keçirilmiş (I nəzarət qrupu) xəstələrlə müqayisədə təxminən 6 dəfə azalmışdır (cədvəl 44).

Cədvəl 44.

Hernioalloplastika metodlarından asılı olaraq yırtıq residivlərinin inkişaf dinamikası

Hernioalloplastika metodu	Əməliyyatdan sonrakı dövr			Cəmi
	6-12 ay	1-2 il	2-3 il	
Onlay (n=26)	1	1	1	3
İnlay (n=15)	-	1	-	1
Sublay (n=54)	1	1	-	2
Cəmi	2	3	1	6

“Onlay” və “inlay” texnologiya üzrə alloplastikadan və “sublay” metodu üzrə gərilməsiz alloplastikadan sonra residivlər uyğun olaraq 3 (11,5%), 1 (6,7%) və 2 (3,7%) xəstədə inkişaf etmişdir (cədvəl 4.6). Yəni “inlay” və “sublay” texnologiyası üzrə alloplastikadan sonra yırtıq residivlərinin tezliyi “onlay” metodu üzrə alloplastika ilə müqayisədə uyğun olaraq 1,7 və 3,1 dəfə az olmuşdur. Prolen torun implantasiyasından sonra residiv - 3 (9,7%) xəstədə, MPK-torla implantasiyadan sonra – 1 (3,5%) və MPK-torla birlikdə

rezorbsiya olunan baryer İNTERCEED (TC7) implantasiyasından sonra – 2 (5,7%) xəstədə inkişaf etmişdir (cədvəl 45).

Cədvəl 45.

İstifadə olunmuş plastik materialın növündən asılı olaraq yırtıq residivlərinin inkişaf dinamikası

Hernioalloplastika metodu	Əməliyyatdan sonrakı dövr			Cəmi
	6-12 ay	1-2 il	2-3 il	
Prolen tor (n=31)	1	1	1	3
MPK-tor (n=29)	-	1	-	1
MPK-tor+İNTERCEED (TC7) (n=35)	1	1	-	2
Cəmi	2	3	1	6

Buna müvafiq olaraq, prolen torun implantasiyasından sonrakı ilə müqayisədə MPK-torla birgə rezorbsiya olunan baryer İNTERCEED (TC7) implantasiyadan sonra yırtığın residivinin rastgəlmə tezliyi 1,7 dəfə, yalnız MPK-torun implantasiyasından sonra – 2,8 dəfə az olmuşdur. Yırtıq residivinin rastgəlmə tezliyinin ayrılıqda MPK-torun implantasiyası ilə müqayisədə MPK-torun rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) ilə birgə implantasiyadan sonra daha çox (1,6 dəfə) olması böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların xüsusi çəkisinin böyük olması ilə əlaqədardır.

Yerli toxumalarla plastikadan sonra residivi yırtıq meydana çıxmış 6 xəstədən 1-i təkrar əməliyyatdan imtina etmiş, 1-i yaxın vaxtlarda başqa müəssisədə əməliyyat olunmağa hazırlaşmış, 1 xəstədə ağır yanaşı xəstəliklə əlaqədar yüksək risk olduğundan əməliyyat icra olunmamış, digər 3 xəstədə isə təkrar əməliyyat – “sublay” metodu ilə gərilməsiz alloplastika həyata keçirilmişdir. Təftiş zamanı aşkar olunmuşdur ki, 3 xəstədə yırtıq əməliyyatdan sonrakı çapıq xətti boyunca implantasiya olunmuş torun yuxarı (1 xəstədə) və ya aşağı (2 xəstədə) kənarında lokalizasiya olunur. III-IV dərəcəli piylənməsi olan 2 xəstədə yırtıq implantasiya olunmuş torun

mərkəzində, eləcə də əməliyyatdan sonrakı çapıq xətti boyunca yerləşmişdir. Alloplastikadan sonra residiv yırtığı olan 5 xəstədə təkrar əməliyyat zamanı yeni əmələ gəlmiş yırtıq qapısını örtən əlavə tor implantasiya olunmuş (3 xəstədə) və ya köhnə torun üzərindən yenisi (1 xəstədə) tikilmişdir. 1 xəstədə isə infeksiyalaşmış köhnə prolen toru xaric etmək lazım gəlmişdir (cədvəl 46).

Cədvəl 46.

**Hernioalloplastikadan sonra residiv yırtıqların lokalizasiyası və onların
operativ müalicəsi**

Lokalizasiyası (n)		Əməliyyatın növü	Cəmi
Torun yuxarı kənarı	1	Əlavə torun implantasiyası	3
Torun aşağı kənarı	2		
Torun mərkəzi hissəsi	2	Köhnə tor üzərindən yenisinin tikilməsi	1
		İnfeksiyalaşmış torun xaric edilməsi	1

3. Əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin həyat keyfiyyəti

Qarnın ön divarındakı yırtıqların (deformasiyaların) ləğv edilməsinə yönəlmiş əməliyyatların tibbi-sosial effektivliyinin təhlili yalnız göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətini deyil, həm də müalicənin nəticələrinin xəstənin həyat keyfiyyətinə təsirini özündə cəmləşdirir.

Bizim tərəfimizdən əməliyyat olunmuş xəstələrdə həyat keyfiyyətini bilavasitə əməliyyatdan əvvəl və hernioplastikadan 1-3 il sonra qiymətləndirmişik. Tədqiqatın əsasını ƏSVY-a görə əməliyyat etdiyimiz 126 xəstənin anketləşdirilməsinin nəticələri təşkil etmişdir. Bunun üçün xəstələr həyat keyfiyyətini qiymətləndirməyə imkan verən və 4 şkala – fiziki, sosial, emosional və funksional rifah üzrə özündə 13 sualı cəmləşdirən xüsusi sorğu kitabçasını doldurmuşlar (bax: fəsil II). Nəticələr 19 bala qədər olduqda həyat keyfiyyəti – qeyri-kafi, 19-dan 33 bala qədər olduqda – kafi, 34-dən 49 bala qədər olduqda – yaxşı və 50-dən 54 bala qədər olduqda isə - əla kimi qiymətləndirilmişdir. ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin

qiymətləndirilməsini biz hernioplastikadan sonrakı uzaq dövrdə müxtəlif müalicə qrup və yarımqruplarında yırtıq qapısının ölçüsündən, hernioplastika üsulundan, alloplastika metodundan, plastik materialın növündən asılı olaraq həyata keçirmişik. Hernioplastikadan sonra uzaq dövrdə həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi (<19 bal və ya yırtığın residivi) kiçik (W1) və orta (W2) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə müşahidə olunmamışdır.

Həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi böyük (W3) ölçülü ƏSVY olan 7 (13,7%) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan 6 (17,1%) xəstədə qeyd olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin kafi (19-33 bal) səviyyəsi kiçik (W1), orta (W2) böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 2 (14,3%), 4 (15,4%), 9 (17,6%) və 7 (20%) halda qeyd olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin yaxşı (34-49 bal) səviyyəsi kiçik (W1), orta (W2) böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 7 (50%), 17 (65,4%), 28 (54,9%) və 18 (51,4%) halda qeyd edilmişdir.

Həyat keyfiyyətinin əla (50-54 bal) səviyyəsi kiçik (W1), orta (W2) böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 5 (35,7%), 5 (19,2%), 7 (13,7%) i 4 (11,4%) xəstədə aşkar edilmişdir.

Beləliklə, həyat keyfiyyətinin səviyyəsi yırtıq qapısının ölçüsündən birbaşa asılı olmuşdur və kiçik (85,7%), eləcə də orta (84,6%) ölçülü yırtıqlarda daha yaxşı, böyük ölçülü (68,6%) ƏSVY olanlarda pis, gıqant ölçülü (62,8%) yırtıqlarda isə ən pis olmuşdur (cədvəl 47).

Cədvəl 47.

Yırtıq qapısının ölçülərindən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyəti

Həyat keyfiyyətinin səviyyəsi	Yırtıq qapısının ölçüləri							
	W1 (n=14)		W2 (n=26)		W3 (n=51)		W4 (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Qeyri-kafi (<19 bal və yayırtığın residivi)	-	-	-	-	7	13,7	6	17,1
Kafi (19-33 bal)	2	14,3	4	15,4	9	17,6	7	20

Yaxşı (34-49 bal)	7	50	17	65,4	29	54,9	18	51,4
Əla (50-54 bal)	5	35,7	5	19,2	7	13,7	4	11,4

İstifadə olunan hernioplastika üsullarından asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi autoplastika, alloplastika və alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra olunmuş xəstələrdə uyğun olaraq 6 (19,4%), 5 (7,8%) və 1 (3,2%) halda müşahidə olunmuşdur (cədvəl 48).

Cədvəl 48.

İstifadə olunan hernioplastika üsulundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyəti

Həyat keyfiyyətinin səviyyəsi	Hernioplastika üsulu					
	Autoplastika (n=31)		Alloplastika (n=64)		Alloplastika +Abdominoplastika (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Xəstələrin sayı (n)						
Qeyri-kafi (<19 bal və yayırtığın residivi)	6	19,4	5	7,8	1	3,2
Kafi (19-33 bal)	6	19,4	12	18,8	4	12,9
Yaxşı (34-49 bal)	16	51,6	36	56,3	19	61,3
Əla (50-54 bal)	3	9,7	11	17,2	7	22,6

Yəni ƏSVY olan xəstələrdə alloplastikadan sonra həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi autoplastika ilə müqayisədə 2,5 dəfə, alloplastika ilə birgə abdominoplastika ilə müqayisədə isə 6 dəfə az müşahidə olunmuşdur. Həyat keyfiyyətinin kafi (19-33 bal) səviyyəsi autoplastika, alloplastika və alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra olunmuş ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 6 (19,4%), 12 (18,8%) və 4 (12,9%) halda qeyd olunmuşdur. Yəni ƏSVY olan xəstələrdə alloplastika ilə birgə abdominoplastikadan sonra həyat keyfiyyətinin kafi səviyyəsi autoplastika ilə müqayisədə 1,5 dəfə az müşahidə olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin yaxşı səviyyəsi autoplastika, alloplastika və alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra olunmuş ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 16 (51,6%), 36 (56,3%) və 19 (61,3%) halda qeyd olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin əla səviyyəsi autoplastika, alloplastika və alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra olunmuş ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 3 (9,7%), 11 (17,2%) və 7 (22,6%) halda qeyd olunmuşdur. Yəni ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin yaxşı və əla səviyyələri autoplastika ilə müqayisədə 1,2 dəfə, alloplastika ilə birgə abdominoplastikadan sonra isə 1,4 dəfə az müşahidə olunmuşdur.

Beləliklə, həyat keyfiyyətinin səviyyəsi alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra edilmiş ƏSVY olan xəstələrdə (83,9%) daha yaxşı, alloplastikadan sonra (73,5%) – pis və autoplastikadan sonra (61,3%) isə daha pis olmuşdur (cədvəl 49).

Cədvəl 49.

Henioalloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyəti

Həyat keyfiyyətinin səviyyəsi	Hernioalloplastika metodu						
	Xəstələrin sayı (n)	Onlay (n=26)		Inlay (n=15)		Sublay (n=54)	
		Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Qeyri-kafi (<19 bal və yayırtığın residivi)	2	7,7	1	6,7	3	5,6	
Kafi (19-33 bal)	5	19,2	3	20	8	14,8	
Yaxşı (34-49 bal)	14	53,8	7	46,7	34	63,0	
Əla (50-54 bal)	5	19,2	4	26,7	9	16,7	

İstifadə olunan hernioalloplastika metodlarından asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi “onlay”, “inlay” və “sublay” texnologiya üzrə alloplastika icra olunmuş xəstələrdə uyğun olaraq 2 (7,7%), 1 (6,7%) və 3 (5,6%) halda müşahidə olunmuşdur (cədvəl 4.12). Yəni ƏSVY olan xəstələrdə alloplastikadan sonra həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi “sublay”

texnologiya üzrə alloplastika ilə müqayisədə “onlay” metodu ilə alloplastikadan sonra 1,5 dəfə çox müşahidə olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin yaxşı səviyyəsi “onlay”, “inlay” və “sublay” texnologiya üzrə alloplastika icra olunmuş ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 14 (53,8%), 7 (46,7%) və 34 (63,0%) halda qeyd olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin əla səviyyəsi “onlay”, “inlay” və “sublay” texnologiya üzrə alloplastika icra olunmuş ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 5 (19,2%), 4 (26,7%) və 9 (16,7%) halda qeyd olunmuşdur. Yəni ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin yaxşı və əla səviyyələri “onlay”, “inlay” və “sublay” texnologiya üzrə alloplastikadan sonra uyğun olaraq 73%, 73,4% və 79,7% təşkil etmişdir.

Beləliklə, ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin səviyyəsi “sublay” metodu ilə alloplastikadan sonra daha yaxşı olmuşdur (cədvəl 50).

Cədvəl 50.

İstifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyəti

Həyat keyfiyyətinin səviyyəsi	Allomaterialın növü					
	Prolen tor (n=31)		MPK-tor (n=29)		MPK-tor+İTERCEED (TC7) (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Xəstələrin sayı (n)						
Qeyri-kafi (<19 bal və yayırtığın residivi)	3	9,7	1	3,4	2	5,7
Kafi (19-33 bal)	6	19,4	5	17,2	5	14,3
Yaxşı (34-49 bal)	17	54,8	17	58,6	21	60
Əla (50-54 bal)	5	16,1	6	20,7	7	20

İstifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi prolen, MPK-tor və rezorbsiya olunan İTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda uyğun olaraq 3 (9,7%), 1 (3,4%) və 2 (5,7%) halda müşahidə olunmuşdur (cədvəl 4.13). Yəni ƏSVY olan xəstələrdə prolen torla alloplastikadan sonra həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi

səviyyəsi MPK-tor və rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarla müqayisədə uyğun olaraq 2,9 və 1,7 dəfə çox müşahidə olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin kafi səviyyəsi prolen, MPK-tor və rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda uyğun olaraq 6 (19,4%), 5 (17,2%) və 5 (14,3%) halda müşahidə olunmuşdur. Yəni ƏSVY olan xəstələrdə rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda həyat keyfiyyətinin kafi səviyyəsi prolen torla alloplastika ilə müqayisədə 1,4 dəfə çox olmuşdur. Həyat keyfiyyətinin yaxşı səviyyəsi prolen, MPK-tor və rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda uyğun olaraq 17 (54,8%), 17 (58,6%) və 21 (60%) halda qeyd olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin əla səviyyəsi prolen, MPK-tor və rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda uyğun olaraq 5 (16,1%), 6 (20,7%) və 7 (20%) halda qeyd olunmuşdur. Yəni ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin yaxşı və əla səviyyələri prolen, MPK-tor və rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda uyğun olaraq 70,9%, 79,3% və 80%, təşkil etmişdir.

Beləliklə, ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin səviyyəsi rezorbsiya olunan İNTERCEED (TC7) baryerlə birgə MPK-tordan istifadə olunanlarda daha yaxşı, prolen tordan istifadə olunanlarda isə daha pis (9%) olmuşdur (cədvəl 51).

Cədvəl 51.

Müxtəlif müalicə qrupları və yarımqruplarında ƏSVY olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyəti

Həyat keyfiyyətinin səviyyəsi	Xəstələr qrupu və yarımqrupu							
	I qrup (n=32)		II qrup (n=31)		IIIA yarımqrup (n=33)		IIIV yarımqrup (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Qeyri-kafi (<19 bal və yayırtığın residivi)	7	21,9	3	9,7	2	6,1	1	3,2
Kafi (19-33 bal)	6	18,8	6	19,4	6	18,2	4	12,9

Yaxşı (34-49 bal)	16	18,8	17	54,8	19	57,6	19	61,3
Əla (50-54 bal)	3	9,4	5	16,1	6	18,2	7	22,6

İstifadə olunan hernioplastika üsulundan, alloplastika metodundan və allomaterialın növündən asılı olaraq ayrı-ayrı müalicə qrupları və yarımqruplarında əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi I nəzarət, II müqayisə, IIIA və IIIB əsas müalicə qruplarında uyğun olaraq 6 (19,4%), 3 (9,7%), 2 (6,1%) və 1 (3,2%) xəstədə müşahidə olunmuşdur (cədvəl 4.13). Yəni IIIB yarımqrupuna daxil olan və alloplastika ilə birgə abdominoplastika icra olunan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin qeyri-kafi səviyyəsi, yırtıq qapısının bağlanması Meyo və Sapejko metodlarından istifadə olunmuş I nəzarət qrupu, yırtıq qapısının prolen torla alloplastikası həyata keçirilmiş II müqayisə qrupu, və MPK-torla alloplastika icra edilmiş IIIA yarımqrupla müqayisədə uyğun olaraq 6, 3 və 2 dəfə az müşahidə olunmuşdur. Həyat keyfiyyətinin kafi səviyyəsi I nəzarət qrupuna, II müqayisə qrupuna, əsas müalicə qrupunun IIIA və IIIB yarımqruplarına daxil olan ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 6 (19,4%), 6 (19,4%), 6 (18,2%) və 4 (12,9%) halda müşahidə olunmuşdur. Yəni I nəzarət qrupuna, II müqayisə qrupuna, əsas müalicə qrupunun IIIA yarımqrupuna daxil olan ƏSVY olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin kafi səviyyəsinə təxminən eyni, IIIB yarımqrupda isə 1.5 dəfə az rast gəlinmişdir.

Həyat keyfiyyətinin yaxşı səviyyəsi I nəzarət qrupuna, II müqayisə qrupuna, əsas müalicə qrupunun IIIA və IIIB yarımqruplarına daxil olan ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 16 (51,6%), 17 (54,8%), 19 (57,6%) və 19 (61,3%) halda qeyd olunmuşdur.

Həyat keyfiyyətinin yaxşı səviyyəsi I nəzarət qrupuna, II müqayisə qrupuna, əsas müalicə qrupunun IIIA və IIIB yarımqruplarına daxil olan ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 3 (9,7%), 5 (16,1%), 6 (18,2%) və 7 (22,6%) halda qeyd olunmuşdur.

Yeni həyat keyfiyyətinin yaxşı və əla səviyyələri I nəzarət qrupuna, II müqayisə qrupuna, əsas müalicə qrupunun IIIA və IIIB yarımqruplarına daxil olan ƏSVY olan xəstələrdə uyğun olaraq 61,3%, 70,9%, 75,8% və 83,9% təşkil etmişdir.

Beləliklə, izafi bədən çəkisinə, eləcə də böyük (W3) və gıqant (W4) yırtıqların xüsusi çəkisinin çox olmasına baxmayaraq əsas müalicə qrupunun IIIB yarımqrupuna daxil olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin səviyyəsi ən yaxşı, gərilən autoplastika icra olunmuş I nəzarət qrupunda isə ən pis olmuşdur (cədvəl 4.13).

Prolen torla müvəffəqiyyətli hernioalloplastika aparılmış klinik müşahidədən müsəl gətirək (şəkil 41).

Xəstə 1, 55 yaşında, x/t № 30260, klinikaya **20.07.2009** tarixdə planlı qaydada qarının ön divarında yırtıq şişkinliyi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Şikəlik qarının ağ xəttinin yırtığına görə hernioplastikadan təxminən 6 ay sonra meydana çıxmış və tədricən böyümüşdür.

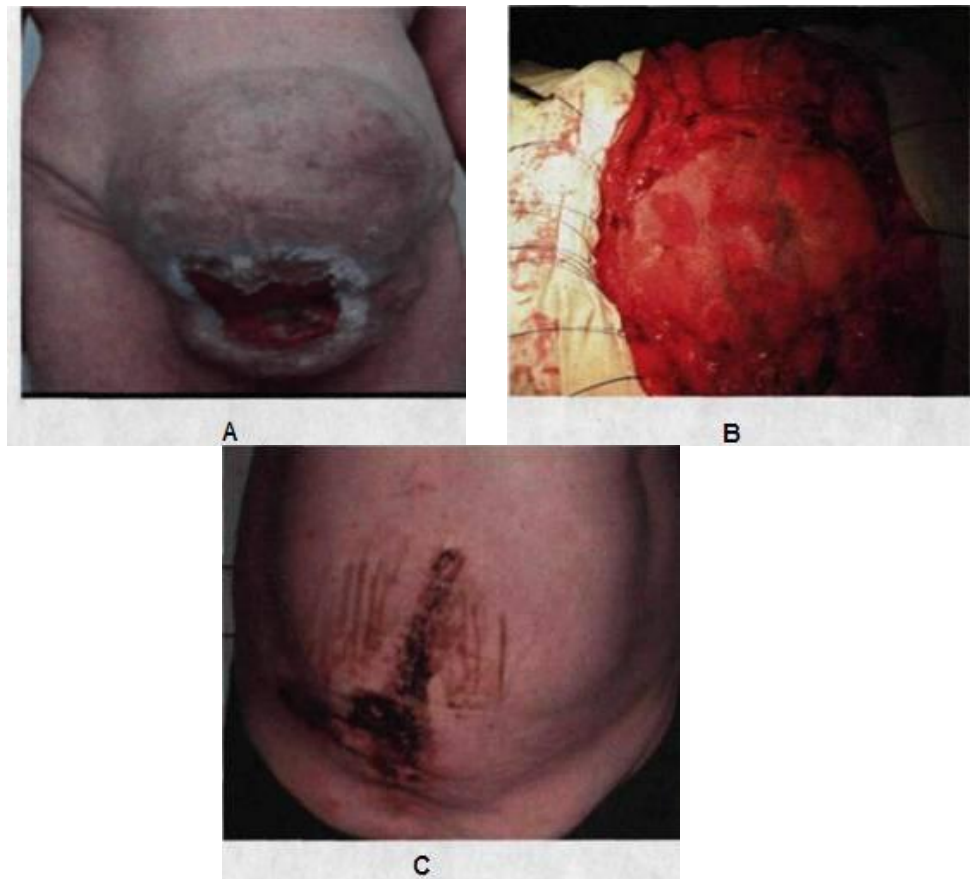
Xəstəyə qarının ön divarının əməliyyatdan sonrakı gıqant (W4) yırtığı diaqnozu qoyulmuş və müayinələrə başlanmışdır.

Anamnezdən qeyd etmək lazımdır ki, yanaşı xəstəliklərdən ÜİX, II dərəcə hipertoniya xəstəliyi, sol baldırın aşağı və orta 1/3 hissəsində ön qamış venalarının trombozu, xroniki qastrit, duodenoqastral reflüks aşkar edilmişdir.

Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti kafidir. Sklera və dəri örtüyü adi rəngdədir. Palpasiya zamanı qarını yumşaq, bütün nahiyələrdə ağrısızdır. Qarının ön divarında ölçüləri 40 x 35 x 30 sm olan dəbəlik müəyyən edilir, yırtıq qapısının ölçüsü 30 x 25 sm-dir. Qarın boşluğunun US-müayinəsində qarın boşluğu orqanları tərəfindən patologiya aşkar olunmur, yırtıq kisəsinin və qapısının ölçüsü klinik verilənlərə uyğun gəlir.

Laborator müayinə zamanı aşkar edilmişdir: Nv - 126 q/l; leyk.- $8,7 \times 10^9/l$, çöp-5, seqm.-61, eoz.-2, mon.-3, limf.-29, EÇS-12 mm/saat. Ümumi bilirubin - 27 mkmol/l (sərbəst - 13, birləşmiş - 14; ümumi zülal - 72 q/l; sidik cövhəri - 5,8 mmol/l; qlükoza - 4,6 mmol/l; ASAT - 28 vah/l; ALAT - 26 vah/l.

Müayinələrdən və əməliyyatönü hazırlıqdan sonra 25.07.2009 tarixdə intubasion narkoz altında aşağıdakı əməliyyat icra olunmuşdur: herniolaparotomiya, yırtıq kisəsinin xaric edilməsi, qarın boşluğunun təftişi, "sublay" metodu üzrə prolen tordan istifadə etməklə alloplastika, dərialtı toxumanın çarpaz yerləşdirilmiş iki silikon drenajla drenləşdirilməsi.



Şəkil 41. Gıqant ölçülü (W4) ƏSVY olan xəstədə prolen tordan istifadə etməklə “sublay” metodu üzrə hernioalloplastika

Əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmasız keçdi: drenajlar əməliyyatdan 3-4 gün sonra xaric edildi, yara birincili sağaldı, tikişlər 10-14-cü günlərdə söküldü. Qarın divarının kontrol USM-i zamanı maye yığıntısı və infiltrat aşkar edilməmişdir. Horizontal vəziyyətdə qarındaxili təzyiq 1 sm su süt. olmuşdur. xəstə 08.08.2009 tarixdə kafi vəziyyətdə stasionardan ambulator müalicə üçün poliklinika cərrahının müşahidəsinə göndərilmişdir. İki il ərzində xəstə müşahidə altında olmuşdur – residiv əlamətləri qeyd edilməmişdir.

MPK-torla müvəffəqiyyətli hernioalloplastika aparılmış klinik müşahidədən müsəl gətirək (şəkil 42).

Xəstə 1, 56 yaşında, x/t № 8838, klinikaya **01.03.2010** tarixdə planlı qaydada qarının ön divarında yırtıq şişkinliyi şikayəti ilə müraciət etmişdir. Şikəlik 2 il əvvəl yoğun bağırsağın fasiləsizliyini təmin etmək üçün aparılmış laparotomiyadan 3 ay sonra meydana çıxmış və tədricən böyümüşdür.

Xəstəyə qarının ön divarının əməliyyatdan sonrakı böyük ölçülü (W3) yırtığı diaqnozu qoyulmuşdur. Müayinə zamanı müəyyən edilmişdir: ÜİX, I dərəcə hipertoniya xəstəliyi, xroniki kalkulyoz xolesistit, xroniki gastrit. 2007-ci ildə S-vari bağırsağın xərçənginə görə soltərəfli hemikolektomiya, bir-lüləli kolostomanın çıxarılması əməliyyatı icra edilmişdir. Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti kafidir. Sklera və dəri örtüyü adi rəngdədir. Palpasiya zamanı qarın yumşaq, bütün nahiyələrdə ağrısızdır.



Şəkil 42. Böyük ölçülü (W3) ƏSVY olan xəstədə MPK- tordan istifadə etməklə “onlay” metodu üzrə hernioalloplastika.

Qarın ön divarında ölçüləri 15 x 12 x 5 sm olan dəbəlmiş müəyyən edilir, yırtıq qapısının ölçüsü 15 x 12 sm-dir. Qarın boşluğunun US-müayinəsində qarın boşluğu orqanları tərəfindən patologiya aşkar olunmur, yırtıq kisəsinin və qapısının ölçüsü klinik verilənlərə uyğun gəlir.

Laborator müayinə zamanı aşkar edilmişdir: Nv - 142 q/l; leyk.- $6,8 \times 10^9/l$, çöp-3, seqm.-61, eoz.-2, mon.-3, limf.-32, EÇS-12 mm/saat. Ümumi bilirubin - 21 mkmol/l (sərbəst - 10, birləşmiş - 11; ümumi zülal - 55 q/l; sidik cövhəri - 4,2 mmol/l; qlükoza - 4,2 mmol/l; ASAT - 20 vah/l; ALAT - 18 vah/l.

Əməliyyatın hazırlıqdan sonra intubasion narkoz altında aşağıdakı əməliyyat icra olunmuşdur: herniolaparotomiya, yırtıq kisəsinin xaric edilməsi, qarın boşluğunun təftişi, “onlay” metodu üzrə MPK-tordan istifadə etməklə alloplastika, dərialtı toxumanın çarpaz yerləşdirilmiş iki silikon drenajla drenləşdirilməsi. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmasız keçdi: drenajlar əməliyyatdan 5-7 gün sonra xaric edildi, yara birincili sağaldı, tikişlər 11-1-54-ci günlərdə söküldü. Qarın divarının kontrol USM-i zamanı maye yığıntısı və infiltrat aşkar edilməmişdir. Horizontal vəziyyətdə qarındaxili təzyiq 2,5 sm su süt. olmuşdur. xəstə 05.04.2010 tarixdə kafi vəziyyətdə stasionardan ambulator müalicə üçün poliklinika cərrahinin müşahidəsinə göndərilmişdir. 2,5 il ərzində xəstə müşahidə altında olmuşdur – residiv əlamətləri qeyd edilməmişdir.

4. Əsas müalicə qrupunda piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdə müalicənin uzaq nəticələri

Simultan operativ müalicənin (hernioallo- və abdominoplastikanın) estetik nəticələrini qiymətləndirmək məqsədilə biz əsas qrupun IIIA (21 xəstə) və IIIB yarımqrupunda (23 xəstə) ƏSVY olan və piylənmədən əziyyət çəkən 44 xəstədə baxış və sorğu həyata keçirmişik. Estetik tələbatın xəstənin özünü

təmin etməsi, yırtıq residivinin olmaması, sallanan qarının, kelloid çapığının olmaması zamanı nəticə **yaxşı** kimi qiymətləndirilmişdir.

Kafi nəticə - yırtıq residivinin olmaması, kelloid çapığının olması və ya sallanan qarının meydana çıxması, xəstənin estetik tələbatının natamam təmin olunması.

Qeyri-kafi nəticə - residivin olması və ya kobud kelloid çapığının və ya sallanan qarının meydana çıxması, müalicənin nəticəsinin xəstəni təmin etməməsi.

Xəstələr üçün psixoemosional və fiziki rifah baxımından ən vacib parametr operativ müalicə nəticəsində bədən çəkisinin obyektiv azalmasıdır. ƏSVY olan və piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdə hernioalloplastika ilə birlikdə abdominoplastikanın istifadəsinin nəticələrinin obyektiv qiymətləndirilməsi məqsədilə biz dinamikada bədən çəkisi (BÇ, kq) və bədən çəkisi indeksi (BÇİ, kq/m²) kimi əsas antropometrik göstəriciləri tədqiq etmişik (cədvəl 52). Cədvəl 53-dən göründüyü kimi, ƏSVY olan xəstələrin izafi bədən çəkisi və piylənmə dərəcəsindən asılı olaraq əsas müalicə qrupunun IIIA və IIIB yarımqruplarında paylanması təxminən eyni olmuş, bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmişdir ki, bu da tədqiq olunan müalicə yarımqruplarının müqayisə olunan olduğunu sübut edir ($p > 0,05$). Belə ki, izafi bədən çəkisinə malik xəstələr IIIA və IIIB yarımqruplarda uyğun olaraq 7 (21,2%) və 4 (12,9%), I dərəcəli piylənmə - 10 (30,3%) və 8 (25,8%), II dərəcə piylənmə— 6 (18,2%) və 8 (25,8%) və III dərəcə piylənmə— 5 (15,2%) və 7 (22,6%) xəstədə qeyd olmuşdur.

Cədvəl 52.

Əsas qrupun yarımqruplarında piylənmə dərəcəsindən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin paylanması (n=64)

Xəstələr yarımqrupu	Xəstələrin piylənmə dərəcəsi				
	İzafi bədən çəkisi	I dərəcə	II dərəcə	Ş dərəcə	Cəmi:
IIIA (n=33)	7 (21,2%)	10 (30,3%)	6 (18,2%)	5 (15,2%)	28 (84,8%)

IIIV (n=31)	4 (12,9%)	8 (25,8%)	8 (25,8%)	7 (22,6%)	27 (87,1%)
Cəmi:	11 (17,2%)	18 (28,1%)	14 (21,8%)	12 (18,8%)	55 (85,9%)

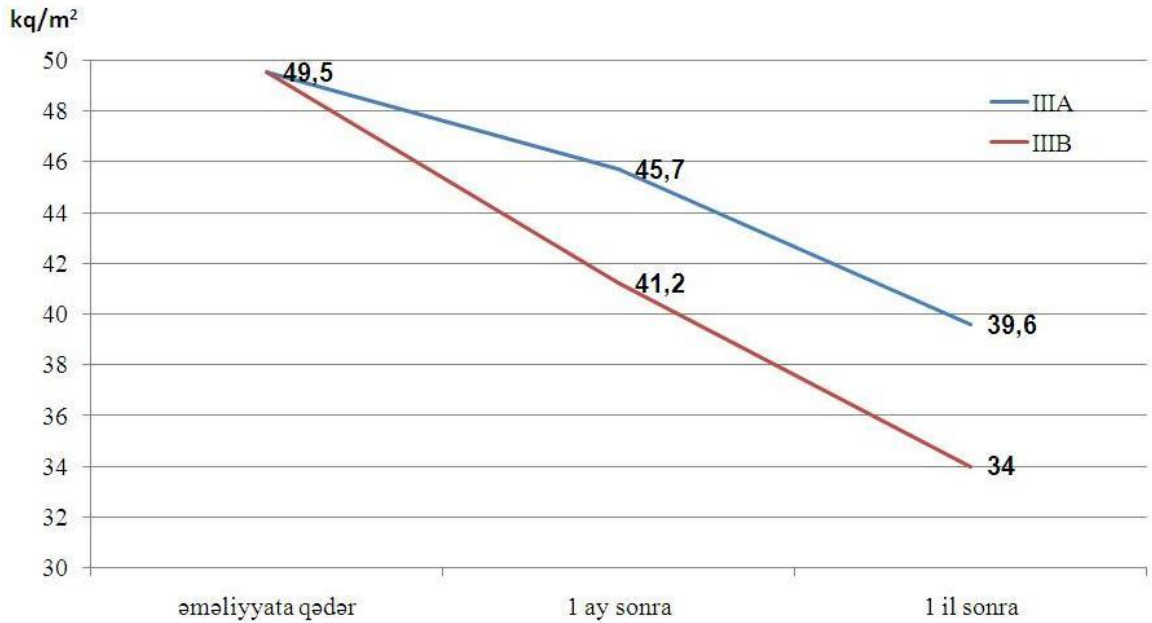
Cədvəl 53.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə əsas qrupun yarımqruplarında morbid piylənməsi olan xəstələrin BÇİ və bədən çəkisinin göstəricilərinin dinamikası (M±m)

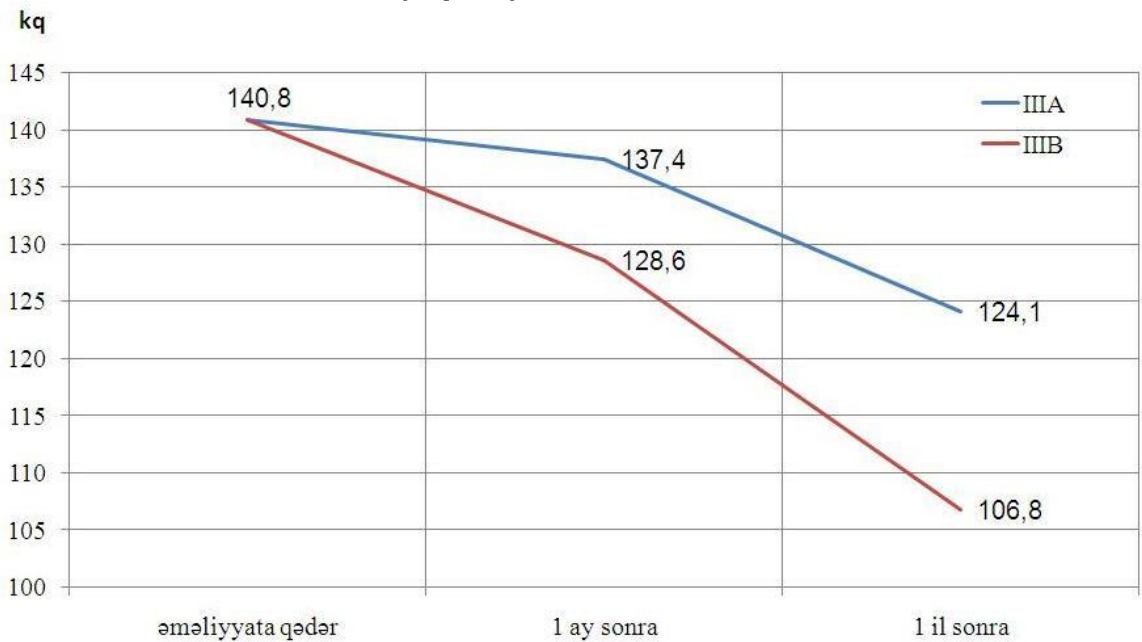
Xəstələr yarımqrupu	Göstəricilər					
	Əməliyyatdan əvvəl	BÇİ (kq/m ²)		Əməliyyatdan əvvəl	Bədən çəkisi (kq)	
		Əməliyyatdan sonra	1 aydan sonra		1 ildən sonra	1 aydan sonra
IIIA (n=5)	49,47±0,55	48,7±0,9	43,6±0,6	140,8 ±2,6	137,4 ±3,1 (r>0,05)	124,1 ±2,7 (r< 0,05)
IIIV (n=7)		45,2 ±0,7	34,01±0,4 6		128,6 ±2,3 (r<0,05)	96,8±1,8 (r<0,01)

Qeyd: p - ilkin göstəricilərlə müqayisədə yarımqruplarda fərqin dürüstlüyü

Cədvəl 53-də MPK-tor kimi yeni plastik materialla alloplastika ilə yanaşı abdominoplastika icra olunan xəstələrdə yırtığa görə əməliyyatlardan sonra bədən çəkisinin və bədən çəkisi indeksinin progressiv azalması əyani nümayiş etdirilmişdir (şəkil 43 və 44). İlkin olaraq əsas müalicə qrupunun hər iki yarımqrupunda xəstələrin orta bədən çəkisi 140,8±2,6 kq təşkil etmişdir. Əməliyyatdan 1 ay sonra o IIIA və IIIB yarımqruplarda uyğun olaraq 137,4±3,1 kq-a və 128,6±2,3 kq-a qədər, bir ildən sonra isə 16,7 (11,9%) və 34 (24,1%) kq azalmaqla 124,1±2,7 kq və 106,8±1,8 kq-a qədər enmişdir. Müvafiq dəyişikliklər BÇİ göstəricilərinin dinamikasını xarakterizə edir ki, bu da başlanğıcda 49,47±0,55 kq olmuş, 1 aydan sonra IIIA və IIIB yarımqruplarda uyğun olaraq 45,7±0,9 kq və 41,2±0,7 kq, 1 ildən sonra isə 39,6±0,6 kq və 34,0±0,4 kq-a qədər azalmışdır.



Şəkil 43. Əsas qrupun yarımqruplarında bədən çəkisi indeksinin (kg/m^2) dinamikası



Şəkil 44. Əsas qrupun yarımqruplarında bədən çəkisinin dinamikası

Beləliklə, IIIA yarımqrupda bədən çəkisinin 11,9% azalmasına baxmayaraq, əməliyyatdan 1 il sonra II dərəcənin yuxarı sərhəddi səviyyəsində piylənmə olmuşdur. Lakin IIIB yarımqrupda piylənmə həmin dövrdə, I dərəcənin yuxarı sərhəddi səviyyəsinə qədər enmişdir (cədvəl 53; şəkil 43 və 44).

Alınmış nəticələrə əsaslanaraq qeyd etmək olar ki, əsas müalicə qrupunun IIIB yarımqrupunda hernioallo- və abdominoplastikadan simultan istifadə olunması simultan patologiyalı bu xəstələr kontingentində 1 ildən sonra BÇİ və bədən çəkisinin statistik dürüstlüklə ($r < 0,001$) azalmasına səbəb olur.

YEKUN

Hazırkı dövrdə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların (ƏSVY) müalicə problemi müasir herniologiyada mərkəzi yerlərdən birini tutur. Təcili və təxirəsalınmaz göstərişlər üzrə icra edilən laparotomiyaların sayının artması ƏSVY ilə xəstələnmə hallarının da əhəmiyyətli dərəcədə artmasına səbəb olmuşdur [9, 32, 38, 51, 121, 214]. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların sayı son 25 ildə kəskin artaraq cərrahi xəstəliklərin ümumi strukturunun 6,5%-ni təşkil edir və bütün yırtıqların 38%-i onun payına düşür [18, 47, 52, 64, 70, 96, 151, 177, 192].

Əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmış gedişə malik olması, eləcə də 20-40%-ə çatan residiv yırtıqları bu gün də ciddi problem hesab olunur [92, 95, 108, 116, 129, 128, 169, 198].

Çoxlu sayda hernioplastika üsullarının təklif olunmasına baxmayaraq həm autoplastikadan, həm də sintetik implantatlardan istifadə etdikdə ƏSVY-in residivlərinin tezliyi yüksək – 13,5%-dən 44%-ə qədər olaraq qalmaqdadır [27,156, 255, 293].

Hazırda əhali arasında piylənmənin artmasına meylik vardır [12, 124, 131,155]. Piylənmə erkən ölüm riskini əhəmiyyətli dərəcədə yüksəldən hipertoniya xəstəliyi, ÜİX, damarların erkən ateroskleroza, II tip şəkərli diabet, hormonal pozğunluqlar kimi ciddi terapevtik xəstəliklərin deyil [56,78,80,84,108,124], həm də birincili və qarın boşluğunda müxtəlif əməliyyatlardan sonra ventral yırtıqların meydana çıxmasının əsas səbəblərindəndir [5, 76,115,155].

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan bütün xəstələrin 2/3 hissəsi piylənmədən əziyyət çəkənlərdir ki [79], bunların da arasında qadınlar sayı kişilərdən 2-4 dəfə çoxdur [123, 312]. Bir qayda olaraq bu kontingent xəstələr ciddi yanaşı xəstəliklərin olması baxımından, eləcə də əməliyyatın texniki yerinə yetirilməsi nöqtəyi-nəzərindən cərrahlar üçün müəyyən çətinlik törədir

və əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların inkişaf riski yüksək olur [11,48,53,160].

Yuxarıda qeyd edilənləri nəzərə alaraq, bizim tədqiqatın **əsas məqsədi** piylənmədən əziyyət çəkən əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlı xəstələrdə yeni sintetik materiallardan (monoakrilpropilenkompozitli – MPK-tor və absorbsiya olunan adhezion baryer – “süni periton”) istifadə etməklə təkmilləşdirilmiş hernioalloplastika və onun abdominoplastika ilə birgə tətbiq olunması yolu ilə cərrahi müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin yaxşılaşdırılması olmuşdur.

ƏSVY olan xəstələrdə istifadə olunan ayrı-ayrı hernioalloplastika metodlarının, müxtəlif alloplastika üsullarının ayrılıqda və abdominoplastika ilə birlikdə tətbiqinin ümumi nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi müalicənin effektivliyi, ümumi və yerli ağırlaşmalar, letallıq, stasionar müalicənin müddəti, yırtığın residivi kimi meyarlar əsasında aparılmışdır. ƏSVY olan xəstələrdə hernioalloplastika üsulundan asılı olaraq cərrahi müalicənin ümumi nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı (cədvəl 54) müəyyən olunmuşdur ki, alloplastika 92,2%, abdominoplastika ilə müştərək alloplastika isə 96,8% xəstələrdə effektiv müalicə metoodudur. Bu zaman müşahidə müddəti ərzində residiv yırtıqlara 7,8% və 3,2% xəstələrdə qeyd olunmuşdur ki, bu da Sapejko və Meyo metodları ilə autoplastika ilə müqayisədə dürüstlüklə (2,5 və 6 dəfə) azdır ($p < 0,05-0,01$).

Cədvəl

54. Hernioplastika üsullarından asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin müalicəsinin ümumi nəticələri

Göstərici	Hernioplastika üsulu					
	Autoplastika (n=32)		Alloplastika (n=64)		Alloplastika+ Abdominoplastika (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Müalicənin effektivliyi	25	78,1	59	92,2*	30	96,8**

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar:						
a) yerli	3	9,4	24	37,5**	10	32,3**
v) ümumi	9	28,1	5	7,8**	2	6,5**
Letallıq	1	3,1	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı çarpayı günlərinin orta sayı (günlər)	12,7±3,1		11,5±4,3		11,9±3,8	
Yırtığın residivi	6	19,4	5	7,8**	1	3,2**

Qeyd: autoplastika ilə müqayisədə fərqlənən statistik dürüstlüyü: * - $r < 0,05$; ** – $r < 0,01$.

Autoplastika icra olunmuş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların ümumi sayı praktiki olaraq simultan allo- və abdominoplastika icra olunmuş xəstələrdəki ilə eyni, lakin alloplastika icra olunmuş xəstələrlə müqayisədə isə 7,8% az olmuş, lakin bu fərq qeyri-dürüst olmuşdur ($p > 0,05$). Əməliyyatdan sonrakı orta çarpayı günü statistik olaraq fərqlənməmişdir ($p > 0,05$). Autoplastika icra olunmuş xəstələrdə letallıq 3,1%, ayrılıqda alloplastika, eləcə də simultan abdominoplastika və alloplastika icra olunanlarda letallıq qeyd olunmamışdır.

ƏSVY olan xəstələrdə alloplastika metodundan asılı olaraq cərrahi müalicənin ümumi nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı (cədvəl 55) müəyyən olunmuşdur ki, hər 3 texnologiya ilə (inlay, sublay və onlay) alloplastika təxminən eyni effektivlikdə - 92,3%, 93,3% və 96,3% olmuşdur. Bu zaman müşahidə müddəti ərzində residiv yırtıqlara uyğun olaraq 7,7%, 6,7% və 3,7% xəstələrdə rast gəlinmişdir.

Cədvəl 55.

Hernioalloplastika metodundan asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin müalicəsinin ümumi nəticələri

Göstərici	Hernioalloplastika metodu					
	Onlay (n=26)		İnlay (n=15)		Sublay (n=54)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Xəstələrin sayı (n)						
Müalicənin effektivliyi	24	92,3	14	93,3	52	96,3
Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar:						
a) yerli	10	38,5	3	20	21	38,9
v) ümumi	3	11,5	1	6,7*	3	5,6**

Letallıq	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı çarpayı günlərinin orta sayı (günlər)	11,8±3,8		10,2±3,9		13,6±4,4	
Yırtığın residivi	2	7,7	1	6,7	2	3,7**

Qeyd: "onlay" metodu ilə müqayisədə fərqin statistik dürüstlüyü: * - $r < 0,05$; ** – $r < 0,01$.

Buradan aydın olur ki, "sublay" metodu ilə alloplastika "onlay" və "inlay" metodu ilə alloplastika ilə müqayisədə residiv yırtıqların sayının dürüstlüklə (təxminən 2 dəfə) azalmasına səbəb olur ($p < 0,01$).

"Onlay" metodla alloplastikadan sonra ağırlaşmaların ümumi sayı "inlay" metodu ilə müqayisədə ($p < 0,01$) 1,9 dəfə, "sublay" metodu ilə müqayisədə isə qeyri-dürüstlüklə çox olmuşdur.

"Sublay" metodu ilə alloplastika zamanı əməliyyatdan sonrakı orta çarpayı günü "onlay" və "inlay" metodu ilə alloplastika ilə müqayisədə uyğun olaraq 2 və 2,5 gün çox olmuşdur. ƏSVY olan xəstələrdə plastik materialın növündən asılı olaraq cərrahi müalicənin ümumi nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı (cədvəl 56) müəyyən olunmuşdur ki, müalicənin effektivliyi 90,3% və 93,1% təşkil edən prolen və MPK-torla müqayisədə, "İTERCEED (TC7)" absorbsiya olunan adhezion baryerlə birgə MPK-torun alloplastikası zamanı bu göstərici 97,1% təşkil etmişdir. Bu zaman müəyyən edilmişdir ki, prolen torla müqayisədə MPK-tordan istifadə olunması müşahidə müddəti ərzində residiv yırtıqların 1,4 dəfə, "İTERCEED (TC7)" absorbsiya olunan adhezion baryerlə birgə MPK-tordan istifadə zamanı isə 3,3 dəfə azalmasına səbəb olur.

Cədvəl 56.

Alloplastika zamanı istifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq ƏSVY olan xəstələrin müalicəsinin ümumi nəticələri

Göstərici	Allomaterialın növü					
	Prolen tor (n=31)		MPK-tor (n=29)		MPK-tor+ İTERCEED (TC7) (n=35)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Xəstələrin sayı (n)						

Müalicənin effektivliyi	28	90,3	27	93,1	34	97,1
Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar:						
a) yerli	13	41,9	9	31,0	12	34,3
v) ümumi	3	9,7	2	6,9	2	5,9
Letallıq	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı çarpayı günlərinin orta sayı (günlər)	13,2±4,6		10,1 ±4,1		13,2±4,9	
Yırtığın residivi	3	9,7	2	6,9	1	2,9

Qeyd: prolen torla müqayisədə fərqlin statistik dürüstlüyü: * - $r < 0,05$; ** -- $r < 0,01$.

Prolen torla müqayisədə MPK torla alloplastikadan sonra ağırlaşmaların ümumi sayı 1,4 dəfə, "İTERCEED (TC7)" absorbsiya olunan adhezion baryerlə birgə MPK-torla alloplastikadan sonra isə 1,3 dəfə az ($p < 0,05$) rast gəlinmişdir. MPK-torla alloplastika zamanı əməliyyatdan sonrakı orta çarpayı günü prolen torla və "İTERCEED (TC7)" absorbsiya olunan adhezion baryerlə birgə MPK-torla alloplastika ilə müqayisədə 3 gün az olmuşdur.

Müxtəlif qrup və yarımqruplarda ƏSVY olan xəstələrin cərrahi müalicəsinin ümumi nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı (cədvəl 57) müəyyən olunmuşdur ki, əsas müalicə qrupunda müştərək allo- və abdominoplastika icra olunmuş IIIB yarımqrupda effektivlik 96,8% olmuşdur ki, bu da IIIA yarımqrupda istifadə olunan MPK-torla müqayisədə 3%, II qrupun prolen tordan istifadə olunmuş xəstələri ilə müqayisədə 6,5%, nəzarət qrupunda autoplastika ilə müqayisədə isə 18,7% effektiv olmuşdur. Bu zaman müəyyən edilmişdir ki, müşahidə dövrü ərzində I nəzarət qrupunda yırtıqların residivinə 19,4% hallarda rast gəlinmişdir ki, bu da II müqayisə qrupundakı ilə müqayisədə 2 dəfə, IIIA yarımqrupdakı ilə müqayisədə 3 dəfə, IIIB yarımqrupdakı ilə müqayisədə isə 6 dəfə çox olmuşdur.

Beləliklə, ən az residiv yırtıqlar (3,2%) IIIB yarımqrup xəstələrdə, yeni abdominoplastika ilə birgə alloplastika icra olunmuş xəstələrdə meydana çıxmışdır.

Cədvəl

57.

Müxtəlif müalicə qrupları və yarımqruplarında ƏSVY olan xəstələrin müalicəsinin ümumi nəticələri

Göstərici	Xəstələr qrupu və yarımqrupları							
	I (n=32)		II (n=31)		IIIA (n=33)		IIIV (n=31)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Müalicənin effektivliyi	25	78,1	28	90,3*	31	93,9*	30	96,8**
Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar:								
a) yerli	3	9,4	13	41,9**	11	33,3**	10	32,3**
v) ümumi	9	28,1	3	9,7**	2	6,1**	2	6,5**
Letallıq	1	3,1	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı çarpayı günlərinin orta sayı (günlər)	12,7±3,1		11,4±4,3		9,9±3,2		11,9±3,8	
Yırtığın residivi	6	19,4	3	9,7**	2	6,1**	1	3,2**

Qeyd: I qrup göstəriciləri ilə müqayisədə fərqi statistik dürüslüyü: * - $r < 0,05$; ** – $r < 0,01$.

I nəzarət qrupunda və III əsas müalicə qrupunda ağırlaşmaların ümumi sayı təxminən eyni olmuş və II qrupdan 1,3 dəfə az olmuşdur. Lakin onların ağırlıq dərəcəsi I qrupda daha pis olmuşdur ki, bu da 1 halda (3,1%) letal nəticəyə səbəb olmuşdur.

IIIA yarımqrupda əməliyyatdan sonrakı orta çarpayı günü nəzarət qrupu ilə müqayisədə 3 gün, II müalicə qrupu və IIIB əsas yarımqrupla müqayisədə isə 2-2,5 gün qısa olmuşdur.

Beləliklə, əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan və aponevrozun duplikaturası ilə gərilən autoplastika həyata keçirilmiş xəstələrdə ümumi ağırlaşmalar arasında birinci yeri tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə müşayiət olunan intraabdominal hipertenziya sindromu tutur (12,5%). Əməliyyatdan sonrakı böyük və gıqant ölçülü (W3-W4) ventral yırtığı olan xəstələrdə müxtəlif sintetik materiallardan biri ilə yırtıq qapısının “sublay” texnologiya ilə gərilməyən plastikasından istifadə edilməsi intraabdominal hipertenziya kimi ciddi ümumi ağırlaşma törətmir, lakin bu xəstələrdə

qarındaxili təzyiqin I-II dərəcəli yüksəlməsi qeyd olunur.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtıq qapısının MPK-torla ayrılıqda və absorbsiya olunan antiadheziv baryer «İTERCEED (TC7)» ilə birlikdə alloplastikasıdan sonra yerli və ümumi ağırlaşmalar uyğun olaraq 1,3 və 1,6 dəfə ($p < 0,05$), eləcə də iltihabi infiltrat, yaranın irinləməsi və eksudativ plevritlə müşayiət olunan pnevmoniya gərilən autoplastika və ya prolen torla alloplastika ilə müqayisədə - 2 dəfə az ($p < 0,01$) müşahidə olunur.

Autoplastika icra olunmuş xəstələrdə letallıq 3,1%, ayrılıqda alloplastika, eləcə də simultan abdominoplastika və alloplastika icra olunanlarda letallıq qeyd olunmamışdır.

Ağırlaşmaların diaqnostikasında USM-in yüksək effektivliyə malik olması protezləşdirici hernioalloplastikadan sonra xəstələrin aparılma taktikasına differensial yanaşmağa, yaranın invaziv diaqnostika metodlarının istifadəsinin vacibliyini azaltmağa, yara ağırlaşmalarını vaxtında aşkar etməyə, onun adekvat müalicəsini aparmağa imkan verir.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə «İTERCEED (TC7)» absorbsiya olunan adhezion baryerlə birgə MPK-torun alloplastikası effektivliyi uyğun olaraq 90,3% və 93,1% təşkil edən prolen və MPK-torla müqayisədə daha yüksəkdir və 97,1% təşkil edir.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtıqların residivinə ən çox autoplastikadan sonra (19,4%) rast gəlinir ki, bu da prolen torla alloplastika ilə müqayisədə 2 dəfə, MPK-tordan istifadə ilə müqayisədə 3 dəfə, simultan allo- və abdominoplastika icra edilən xəstələrlə müqayisədə (3,2%) isə 6 dəfə çoxdur.

Yırtıq residivinin inkişaf riskini artıran istənilən amilin – qoca yaş, fiziki əməklə məşğulluq, aydın təzahür edən yanaşı patologiya, piylənmə, yırtığın qarının yan nahiyələrində yerləşməsi, yırtığın çoxsaylı olması, yırtıq qapısı və yırtıq kisəsinin çox böyük olması, uzun müddət yırtıq gəzdirmə, qarın divarı toxumalarının zəifliyi, əvvəlki plastikadan sonra residiv olması hernioalloplastikaya birbaşa göstərişdir.

Xəstələrin əməliyyata ciddi göstəriş əsasında seçilməsi, böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə gərilməyən “sublay” metodika üzrə prolen və ya MPK-torla alloplastika, hernioalloplastikaya abdominoplastikanın əlavə edilməsi – bütün bunlar tikiş nahiyəsində gərginliyi azaltmağa, tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı ilə müşayiət olunan intraabdominal hipertenziya sindromu kimi təhlükəli ağırlaşmanın meydana çıxma ehtimalını sıfıra qədər endirməyə imkan verir.

Böyük (W3) və gıqant (W4) ölçülü ƏSVY olan xəstələrdə qalıq boşluğun daha geniş sahədə optimal drenə edilməsi məqsədilə hernioplastikadan sonra yaranın drenləşdirilməsi iki ədəd bir-biri ilə çarpazlaşan, üzərində çoxsaylı dəlikləri olan drenajlarla Redon metodu ilə aktiv aspirasiya şəklində, orta ölçülü (W2) yırtıqlarda isə - bir drenajla həyata keçirmək məsləhət görülür.

Kiçik ölçülü (W1) əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarda qalıq boşluğunu drenləşdirməməyi mümkün hesab edirik, belə ki, tikişlər adekvat qoyulduqda və əməliyyatdan sonrakı dövr düzgün aparıldıqda adətən yerli ağırlaşmalar meydana çıxmır. Qalıq boşluğun seromasının inkişafının qarşısını almaq üçün əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə yumşaq toxumalara yüngül kompressiya məqsədilə elastik bandaj gəzdirmək məsləhət görülür.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların diaqnostikasında USM-dən vacib metod kimi istifadə etmək, əməliyyatdan sonrakı dövrdə qarın divarının monitorinqini aparmaq, eləcə də lokal ağırlaşmaları aşkar etmək məqsədilə istifadə etmək məqsədəuyğundur.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə dəri-dərialtı piy “önlüyü” olan xəstələrdə hernioalloplastika ilə birlikdə simultan abdominoplastika göstərişdir. Bu zaman implantasiya olunan torun kənarlarından yırtığın residivinin qarşısını almaq məqsədilə tor qarnın ön divarının bütün sərhədləri boyunca yırtıq qapısının və aponevrozun kənarlarına sorulan (1-1,5 aydan sonra) monokril saplarla fiksə olunmalıdır.

Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə kompleks müalicənin yaxın (yerli və ümumi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalması, stasionarda qalma müddətinin qısalması) və uzaq (yırtığın residivlərinin dürüstlüklə azalması və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması) nəticələrinin dürüstlüklə yaxşılaşması məqsədilə əməliyyatın hazırlığının modifikasiya olunmuş metodlarının, təkmilləşmiş cərrahi texnikanın, implantatın yerləşdirilməsi və fiksasiyasının, yara eksudatının aktiv aspirasiyası məqsədilə əməliyyatdan sonrakı yaranın Redon metodu ilə çarpaz drenləşdirmə metodunun, alloplastika zamanı yeni sintetik MPK-tor və absorbsiya olunan antiadheziv baryer - «İTERCEED (TC7)»-dən istifadə olunması, hernioalloplastikanın abdominoplastika ilə birlikdə tətbiqi məqsəduyğundur.

Тарана Паша гызы Джамалова, Фариз Гидаят оглы Джамалов,

Идрис Тургут оглы Ахундов, Шахин Гуршад оглы Гусейнов

Применение герниоалло- и абдоминопластики при послеоперационных вентральных грыжах и ожирении

РЕЗЮМЕ

Проведено изучение влияния усовершенствованной герниоаллопластики с использованием новых синтетических материалов (монокрилпроленком-позитной - МПК-сетки и абсорбируемого адгезионного барьера «İTER-CEED (TC7)») и сочетания ее с абдоминопластикой. на ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 127 больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) в возрасте 24-82 лет, страдающих ожирением. Мужчин было 39 (30,7 %), женщин - 88 (69,3 %). Все больные, в зависимости от примененных методов лечения, были разделены на 3 группы и подгруппы: I (контрольная) – 32 больных, которым проводилась традиционная герниопластика по Мейо или Сапежко; II (сравнения) - 31 больной, которым проводилась аллопластика проленовой сеткой; III (основная) – 64 больных, которым проводилась аллопластика МПК-сеткой и резорбируемым барьером «İTERCEED (TC7)» отдельно (3А подгруппа - 33 больных) и в сочетании с абдоминопластикой (3В подгруппа - 31 больной).

Всем больным было проведено комплексное клинико-лабораторное, инструментальное и контрольное обследование (анкетный опрос) в отдаленные (1-3 года) сроки после операции. Результаты обследования были обработаны методами статистического анализа по критериям Стьюдента на компьютере.

Было установлено, что внедрение в комплексное лечение больных с ПВГ и ожирением модифицированных методов предоперационной подготовки, усовершенствованной хирургической техники расположения и фиксации имплантов, более физиологичной методики дренирования послеоперационной раны крест на крест расположенными дренажами для активной аспирации раневого экссудата, применение таких новых синтетических материалов как МПК-сетка и абсорбируемый адгезионный барьер «INTERCEED (TC7)» при герниоаллопластике, сочетание ее с абдоминопластикой – все это способствует достоверному улучшению ближайших (снижению частоты местных и общих осложнений с сокращением сроков пребывания в стационаре) и отдаленных (достоверному снижению рецидивов грыж и повышению качества жизни больных) результатов

**TARANA PASHA GIZI JAMALOVA, FARIZ HIDAYAT OGLU JAMALOV,
IDRIS TURGUT OGLU AKHUNDOV, SHAHIN GURSHAD OGLU HUSEYNOV**

Application of hernioallo- and abdominoplasty in postoperative ventral hernias and obesity

Summary

In the study was analyzed the results of influence of improved hernioalloplasty using new synthetic materials (monocrilprolen-composition - MPC-mesh and absorbable antiadhesion barrier «INTERCEED (TC7)») and its combination with abdominoplasty. Early and long-term results of surgical treatment of 127 patients with postoperative ventral hernias (PVG) aged 24-82 years with obesity were studied. Men were 39 (30.7 %), women - 88 (69.3 %). All patients, depending on the applied treatments were divided into 3 groups and subgroups: I (control) - 32 patients who underwent traditional hernia repair with Mayo or Sapezhko methods; II (comparison) - 31 patients who underwent alloplasty with prolene mesh; III (basic) - 64 patients who underwent alloplasty with MPC-mesh and resorbable barrier «INTERCEED (TC7)» separately (subgroup IIIA - 31 patients).

All patients underwent a complete clinical, laboratory, instrumental (1-3 years) investigations in postoperative period. The survey results were processed by methods of statistical analysis by Student's test on the computer. It was found that the introduction of a comprehensive treatment of patients with obesity and PVG modified methods of preoperative preparation, improved surgical

techniques and fixation implant location, more physiological methods of postoperative wound drainage for active aspiration of wound exudate, the use of new synthetic materials such as MPC-mesh and absorbable adhesion barrier «INTERCEED (TC7)» hernioalloplasty in combination with abdominoplasty. All of listed above contribute to significant improvement in the early (lower incidence of local and general complications with reduced length of hospital stay) and long-term (significant reduction in recurrence of hernias and quality of life of patients) results.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının müasir cərrahi müalicəsində optimal hernioplastika üsulunun seçilməsi: Tibb üzrə f.d. dissertasiyası. – Bakı, 2012. – 140 s.
2. Quliyeva N.H. Əməliyyatdan sonra ventral yırtıqlarının cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılma yolları: Tibb üzrə f.d. dissert. avtoref. Bakı, 2011, 21 s.
3. Nəcəfquliyeva P.H. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların kompleks müalicəsi: Tibb üzrə f.d. dissert. avtoref.- Bakı, 2010. – 21 s.
4. Абакумов М.М., Смоляр А.Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике. Хирургия.-№ 12-2006, С. 66-71.
5. Аббонанте Ф., Витковски П., Пейджич В., Федоров И.В., Славин Л.Е. Бесшовная герниопластика по Trabucso при вентральных послеоперационных грыжах // Герниология-2004 -№3-С.4.
6. Абдуллаев Д.А., Курбанов К.М. Новые подходы в диагностике и лечении осложнений грыжи живота // Герниология.-2004.-№3.-С.4.
7. Аболмасов А.В. Полипропилен в лечении послеоперационных вентральных // Герниология. 2006. - № 3. - С. 6.
8. Агеева В.В. Взаимосвязь инсулинорезистентности и нарушений липидного обмена у больных с ожирением // Тер. архив. 2002. - Т. 74. -№ 10.-С. 12-15.
9. Алексеев А.К. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж с использованием современных технологий: Дис. . канд. мед. наук. Москва, 2004. - 178 с.
10. Алексеев А.К., Юрасов А.В., Тимошин А.Д., Шестаков АЛ. Осложнения различных способов эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж. //Герниол. - М.2006. - №3. -С. 8.
11. Алексеева О.П., Востокова А.А., Курышева М.А. Метаболический синдром: современное понятие, факторы риска и некоторые ассоциированные заболевания: Сборник научных статей. –Н.Новгород: НижГМА, 2009. - С. 17-25.
12. Алиев С.А., Алиев Э.С. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки // Вестник

- герниологии (сборник научных статей). Москва, 2006.-№ 2.- С.22.
13. Алишанов С.А. Профилактика и лечение осложнений абдоминопластики: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2007, 23 с.
 14. Андреев А.Л., Лукьянчук Р.М. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с паховой грыжей // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. -М., 2005.- С.245.
 15. Андреев В.Г., Сватковский М.В. Клинический случай из практики применения синтетических материалов для герниопластики // Герниология— 2004.-№1.-С.41 -42.
 16. Антадзе А.А., Ломидзе Н.Б. Хирургия послеоперационных вентральных грыж// Периодическое издание «Вестник Герниологии», Выпуск 2, Москва-2006. С. 26-28.
 17. Антоненко И.В., Гатаулин Т.А. Социальные и медицинские аспекты хирургического лечения грыж. // Герниология. - 2005. - №3. - С.8-11.
 18. Антропова Н.В., Эль-Саид А.Х. Причины рецидивов послеоперационных вентральных грыж. // Хирургия.- 2004.- №7.-С. 127-128.
 19. Аутлев К.М., Иванов В.В., Кручинин Е. В. Профилактика дыхательной недостаточности при лечении больных с большими и гигантскими грыжами передней брюшной стенки. // Вестник герниологии, М.-2006.- № 2.- С.28-30.
 20. Ахметов А.С. Ожирение - эпидемия XXI века// Тер. Архив.- 2002. - №10.- С.5-7.
 21. Бабаджанов Б.Р. Хирургическое лечение вентральных грыж у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник герниологии. — М., 2004. — С. 4-7.
 22. Бабаджанов Б.Р., Ф.Р. Якубов, М.Б. Бабаджанов. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж в условиях инфицирования // Герниология. - 2005. - № 2. - С. 33-35.
 23. Багирова А.Р. Пути улучшения результатов хирургической коррекции эстетических деформаций передней брюшной стенки: Автореф. канд диссерт.- Баку, 2003. – 26 с.
 24. Балуда М.В., В.И Балуда,, Новикова И.В. Фактор Виллебранда, функциональная активность тромбоцитов и антиагрегационная активность стенки сосудов при ИБС. // Сов., мед: 1990. -№11.-С. 7-9.
 25. Баулина Н.В. Е.А. Баулина, Е.А. Ширяев, Баулин А.А., Баулин В.А. Симультантные операции в герниологии // Герниология. 2008, №3, с.10.
 26. Белоконев В.И., Ковалёва З.В., Вавилов А.В. и др. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей // Хирургия. 2008. - № 2, с.42-47.
 27. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. и др. Биомеханические аспекты рецидива послеоперационной грыжи после пластики комбинированным способом. // Герниология, 2004.-№3.- С.8.
 28. Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Послеоперационная

- вентральная грыжа: учебное пособие / Самара: ООО «Офорт», 2007. - 278 с.
29. Белослудцев Д. Н. Выбор метода аллопластики при лечении послеоперационных вентральных грыж: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2007. -111 с.
 30. Беркутов А.Н. Новая методика оперативного лечения больших вентральных грыж // Сб.реф.научн.работ. Воен.мед.акад.им. С.М. Кирова за-1951-1952г. Л., 1955. С. 79-81.
 31. Блынский А.И. Аутодермальная пластика больших, гигантских послеоперационных и рецидивных вентральных грыж // Герниология. 2005. - № 4. - С. 14-18.
 32. Боброва Н.В. Способ лечения послеоперационных грыж у лиц с высокой степенью операционного риска / Реконструктивная и восстановительная хирургия: Сб. научных трудов. Воронеж, 1992.-С. 143-145.
 33. Богдан В.Г. Дорох Н.Н., Гамп Ю.М. Способ аллопластики передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением // Герниология. 2008 .- №4. - С. 31-32.
 34. Богдан В.Г. Обширные и гигантские послеоперационные грыжи: пути повышения эффективности корригирующих операций // Герниология. 2008. - №4. - С. 32-33.
 35. Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Кутин А.А. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения грыж живота // Вестник герниологии. – 2006, № 2, с. 45-48.
 36. Ботезату А.А. Транспозиция прямых мышц живота и аутодермопластика в лечении больших и гигантских рецидивных послеоперационных срединных грыж // Хирургия, 2006.-№8.-С. 54-48.
 37. Валуйская Н.М. Профилактика и лечение грыж передней брюшной стенки при помощи полипропиленового эндопротеза (клинико-экспериментальное исследование): Дис. канд. мед. наук. - Курск, 2005. -141 с.
 38. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Чемянов Г.С. Новые технологии в лечении послеоперационных вентральных грыж//Герниология-2004-№3-С.9.
 39. Веселков В.Г., Виссарионов В.А. Перспективы использования элементов косметической абдоминопластики при оперативном лечении вентральных грыж. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1989. -№8.-С. 105-106.
 40. Винник Ю.С., Петрушко С.И. и др. Хирургия грыж передней брюшной стенки.- Красноярск, 2008 -395 с.
 41. Винник Ю.С. Результаты лечения послеоперационных вентральных грыж с применением синтетических материалов // Герниология. 2008. - №4. - С. 38-39.
 42. Винник Ю.С. С.И. Петрушко, С.В. Миллер, Д.В. Попов. Результаты герниопластики с применением сетчатых эндопротезов в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж.- Вестник герниологии, 2006,- № 2.- С.54-56.
 43. Галимов О.В., Галлеев Ф.С., Ханов А.Р. Некоторые аспекты

- хирургических абдоминальных вмешательств на фоне ожирения // Хирургия. 2008. - №12. - С. 44-46.
44. Галимов О.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И., Ханов В.О. Выбор протезирующей пластики при вентральных грыжах // Хирургия. 2005. - № 3, С.56-58.
 45. Гасымов Э.М. Современные подходы к хирургическому лечению послеоперационных грыж передней брюшной стенки: Автореф. канд диссерт.-Баку, 2006.-21 с.
 46. Гафаров У. О. Выбор способа пластики передней брюшной стенки у больных с вентральными грыжами: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2010. -110 с.
 47. Гельфанд Б.Р. Синдром интраабдоминальной гипертензии // Новосибирск. -«Сибирский успех», 2008. С. 5-11.
 48. Гланц С. Медико-биологическая статистика. // Пер. с англ., М.: Практика, 1999. С. 499.
 49. Гогия Б.Ш. А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов. Местные осложнения после пластики брюшной стенки у больных послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов. // Герниология. 2008. - №4. - С. 45-46.
 50. Гогия Б.Ш. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных послеоперационными вентральными грыжами аутопластическим способом и с использованием сетчатых имплантатов. // Герниология. -2006. - №1. - С. 11-12.
 51. Голота Е.А. Сравнительная оценка результатов операций у больных с послеоперационными вентральными грыжами с применением различных видов эксплантатов: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2007. -106 с.
 52. Горбунов Н.С. Конституциональные особенности больных с послеоперационными вентральными грыжами // Актуальные вопросы хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны: Сб. науч. тр. Красноярск, 2001. - С. 35-36.
 53. Горбунов Н.С. Лапарометрическая диагностика. Красноярск: Клоретианум, 2000. 67 с.
 54. Горелик С.Г. Ауто- и аллопластика в лечении вентральных и тазовых грыж: Дис. . канд. мед. наук. Москва, 2005. - 122 с.
 55. Горпинич А.Б. Анализ результатов лечения вентральных грыж.// Герниология, 2004. №3. -С. 11.
 56. Гостевской А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах (часть 1). // Вестник хирургии.-2007.-Т. 166.- №4.-С. 114-117.
 57. Гостевской А.А., С.Д. Тарбаев, Горелов А.С. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж с использованием полипропиленового имплантата. // Герниология. 2005. -№ 3. - С. 13
 58. Гранкин В.Е. Предооперационная адаптация больных и хирургическое лечение послеоперационных грыж: Автореф. канд. диссерт. - Пермь, 1982.

- 20 с.

59. Гуревич К.Г. Нарушения обмена микроэлементов и их коррекция // Фарматека. 2001. - № 3. - С. 45-53.
60. Давыдов Ю.А., Ларичев А.Б., Абрамов А.Ю. Заживление ран в условиях вакуумного дренирования. // Хирургия.- 1999. — № 7-8.-С.21-26.
61. Дарвин В.В. Земляной В.П., Ильканич А.Я. Хирургия морбидного ожирения: Учеб. пособие.- Сургут: Изд-во СурГУ, 2004. -63 с.
62. Дарвин В.В. Особенности течения послеоперационного периода у больных с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами // Герниология. 2006. — № 3. — С. 13-14.
63. Дарвин В.В. Программа хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Герниология 2005. — № 3. С. 14.
64. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Онищенко С.В. Принципы формирования программы хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных грыж // Герниология.-2004.-№3-С.11-12.
65. Дедов И.И. Г.А.Мельниченко Ожирение. М.:Медицинское информационное агентство, 2004. -456 с.
66. Деметрашвили З.М. Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В. и др. Лечение послеоперационных вентральных грыж. // Хирургия, 2008. -№11.- С.45.
67. Дерюгина М.С. Компрессионный бандаж, автоматически регулирующий внутрибрюшное давление у больных с гигантскими грыжами. // Имплантанты с памятью формы. 1992. -№3.-С. 35-36.
68. Дерюгина М.С. Методы ненатяжной пластики срединных послеоперационных грыж // Хирургия. 2004. - № 7. - С.69-70.
69. Дерюгина М.С. Отдаленные результаты лечения гигантских грыж // Хирургия. 2007. № 6. - С. 62 - 63.
70. Джанобилова С.М. Новый подход в лечении больших и гигантских вентральных грыж // Герниология 2005.- № 3. - С. 14-15.
71. Джафаров Ч.М. Э.М.Гасымов. Подготовка желудочно-кишечного тракта у больных с рецидивными грыжами передней брюшной стенки. //Герниология.- 2004. № 3.- С. 12.
72. Джафаров Ч.М., Гасымов Э.М. Факторы риска рецидивов грыж передней брюшной стенки // Анналы хирургии. — 2004. № 6. - С.69-71.
73. Джафаров Э.Т. Выбор способа хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж: Диссерт. канд. мед. наук. — Москва, 2010. -118 с.
74. Дыньков. С.М., Н.К. Тарасова, В.П. Рехачев, Петухов Е.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж // Вестник герниологии. - 2006.-№2. - С. 67-72.
75. Дорофеева Л.Г., О.М. Котешкова, М.Б. Анциферов. Сибутрамин в терапии ожирения у больных сахарным диабетом типа 2. // Фарматека 2006. - № 3 (118) - С. 11-12.
76. Дядькин Н.А. Лечение послеоперационных вентральных грыж // Тезисы международной конференции «Актуальные вопросы герниологии»,

- Герниология, 2009.- № 1(21).- С. 4-5.
77. Евтихов Р.М. Симультанные операции при послеоперационных вентральных грыжах // Герниология. 2005. - № 3. - С. 15-16.
 78. Егиев В.Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением М.: Медпрактика, 2004. — 97 с.
 79. Егиев В.Н. Современное состояние и перспективы герниологии (лекция) // Герниология, 2006.-№2(10).- С.5-10.
 80. Егиев В.Н., Авакян В.А., Кянджунцев С.Р., Чижов Д.В., Филаткина Н.В. Протезирующая герниопластика послеоперационных вентральных грыж // Герниология.-2004.-№3-С. 16-17.
 81. Егиев В.Н., Титова Г.П., Шурыгин С.Н. и др. Изучение динамики тканевой реакции передней брюшной стенки животных на имплантацию полипропиленовой и политетрафторэтиленовой сеток // Герниология-2004-№1-С.31-33.
 82. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Использование двухслойной перфорированной пластины политетрафторэтилена при лечении паховых грыж // Хирургия. — 2003. № 4. — С.23.
 83. Ермолов А.С. Интраоперационное моделирование объема пластики брюшной стенки при послеоперационных грыжах живота // Герниология, 2009 №3 (23) - С. 14.
 84. Ермолов А.С., Упырев А.В., Ильичев В.А. О современной классификации послеоперационных грыж живота. / Научно-практический журнал «Герниология», 3(11), Москва, 2006. -с.16-17.
 85. Ермолов А.С., Благовестнов Д.А., Алексеев А.К., и др. Новые технологии в хирургическом лечении срединных вентральных грыж. // Трудный пациент. -2005. — №10-11. — С. 17-23.
 86. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 381 с.
 87. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Салах Ахмед М.С. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов // Герниология-2004.-№3-С.19.
 88. Жебровский В.В., Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестник хирургии. - 2006. - №2. - С. 105-108.
 89. Жидков С.А. Симультанные операции при различных видах ущемленных грыж у лиц пожилого и старческого возраста // Герниология, 2004.- №3.- С. 19-20.
 90. Жуков В.М. Форма живота у людей разного возраста // Вопросы клинической анатомии: Матер, науч. конф. Краснодар, 1971. - С. 68-70.
 91. Загиров У.З. Выбор способа пластики брюшной стенки при обширных и гигантских вентральных грыжах // Герниология. 2005. - № 3: - С. 17.
 92. Загиров У.З. Анатомо-функциональное обоснование нового способа комбинированной пластики срединных вентральных // Хирургия, 2008. №

7. - С.42.
93. Загиров У.З. Клинико-морфологическое обоснование озномагнитофореза в лечении гнойной раны // Хирургия, 2008. № 12. - С.24.
94. Зайцев Е.Ю. Компрессионный задний гастроэнтероанастомоз при резекции желудка по Бильрот 2 имплантатом с памятью формы: Автореферат дис. . канд. мед. наук Тюмень, 1998. - С. 3-18.
95. Заривчацкий М.Ф. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / М.Ф. Заривчацкий, В.Ф. Яговкин// Вестник хирургии, 2005.- №6.- С.37.
96. Зейналов С.М., Алиев С.А., Рафиев С.Ф. Обоснование и выбор способов пластики у больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки // Герниология.-2004.-№3-С.20-21.
97. Зимин Ю.И. Серома после герниопластики. Семантическое разногласие: неизбежный процесс или инфекционное осложнение? // Герниология, 2009. № 2 (22). - С.27-28.
98. Зинец С.И. Прогнозирование, диагностика и миниинвазивное хирургическое лечение послеоперационных интраабдоминальных осложнений. Дис. канд. мед. наук. Пермь, 2007. - 146 с.
99. Зотов В.А. С.Г. Штофин. В.В. Шестаков, Е.Е. Овчинников Хирургия грыж брюшной стенки с пластикой «без натяжения». // Вестник герниологии, 2006.- № 2.- С.82-86.
100. Зубцов В.Ю., Шулутко, А.Ю. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж при наличии воспалительных изменений передней брюшной стенки // Герниология. 2006. - № 1. - С. 18-19.
101. Иванов В. В. Лечение гигантских послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2010. -151 с.
102. Иванов С.В. Тактика лечения больных с эндопротезированием передней брюшной стенки в послеоперационном периоде // Вестник герниологии (сборник научных статей). 2006. - № 2. - С. 86-89.
103. Иванов Ю.В., Чудных С.М., Соловьев Н.А. Первый опыт использования сетки «Gore*» для герниопластики без натяжения // Герниология.-2004.-№3-С.21.
104. Измайлов С.Г, Рябков М.Г., Бесчастнов В.В. и др. // Ультразвуковое исследование течения раневого процесса при различных методах герниопластики // Герниология.-2004.-№3-С.21-22.
105. Измайлов С.Г. Аппаратная управляемая лапаростомия в этапном лечении перитонита с синдромом абдоминальной компрессии // Хирургия, 2008. № 11. -С.47.
106. Измайлов С.Г., Бесчастнов В.В., Рябков М.Г., Гараев В.Н. и др. Опыт лечения послеоперационных вентральных грыж с применением аппаратной техники и аутопластического материала // Герниология.-2004.-№3-С.23-24.
107. Измайлов С.Г., Лазарев В.М., Капустин К.В., Бодров А.А. Лечение

- послеоперационных вентральных грыж аппаратным способом под контролем внутрибрюшного давления // Вестник герниологии: Сб. науч. тр. — М., 2004. — С.52-59.
108. Ильин В.А. Применение ненатяжных методов лечения грыж передней брюшной стенки в условиях стационара краткосрочного пребывания // Вестник герниологии, 2006.- № 2.- С.92.
109. Ильченко Ф.Н. Типы послеоперационных грыж брюшной стенки и выбор способов их хирургического лечения // Вестник герниологии, 2006.- № 2.- С.93-94.
110. Канцалиев Л.Б. Методы профилактики осложнений хирургического лечения гигантских вентральных грыж // Герниология. 2005. - № 3. - С. 21.
111. Кармадонов А.В., А.А, Перминов // Вестник герниологии. 2006. - Выпуск 2.-С. 155-157.
112. Керен М.А. Ожирение и реваскуляризация миокарда: факторы риска, диагностические особенности, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения: Автореферат дис. .докт. мед. наук-М., 2009.-С. 3-19.
113. Киселев А.И. Пластика белой линии живота при больших вентральных грыжах с диастазом прямых мышц // Вестн.хирургии им.И.И.Грекова. — 1984.-№8.-С. 69-70.
114. Клинге У., Конце И., Ануров М. Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование) // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». Москва, 2002. - С.21.
115. Клиновицкий И.Ю. Аллопластика как метод выбора при операциях по поводу грыж передней брюшной стенки // Герниология. 2008. - №1. -С. 19-20.
116. Ковалев Р.Д. Способ укрепления передней брюшной стенки при огромных послеоперационных грыжах // Клиническая хирургия.-2001.- № 2.-С.66.
117. Кожемяцкий В.М. Абдоминопластика при вентральном грыжесечении у больных с ожирением // Герниология. 2006. -№2.-С. 23-24.
118. Кожемяцкий В.М. Профилактика абдоминального компартмент синдрома у больных с вентральными грыжами // Герниология. — 2006. № 3. - С. 23.
119. Кожемяцкий В.М. Хирургическое лечение обширных послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением // Герниология. 2006. — № 1. - С. 22-23.
120. Кононенко А.А. Выбор метода пластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Герниология. 2008. - №3. - С. 22-23.
121. Корнилаев П.Г. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных послеоперационными вентральными грыжами. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2007, 23 с.
122. Косович М.А., Слесаренко С.С. Способ хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология.-2004.-№3-С.27.
123. Красильников Д.М. Выбор метода герниопластики у больных с рецидивными вентральными грыжами после пластики сетчатым

- трансплантатом // Герниология. 2005. - № 3. - С. 25.
124. Красильников Д.М., Хайруллин И.И., Фаррахов А.З. Варианты расположения имплантата при пластике послеоперационных вентральных грыж в зависимости от показателей внутрибрюшного давления // Герниология.-2004.-№3-С.28.
 125. Кремень В.Е. Нарушения дыхания, сердечно-сосудистой деятельности и пути их коррекции в раннем послеоперационном периоде у больных с большими послеоперационными грыжами живота: Дис. . канд. мед. наук.- Минск, 1989.- 126 с.
 126. Кручинин Е.В. Клинико-метаболические эффекты операции билиопанкреатического шунтирования у больных с метаболическим синдромом, ассоциированным с морбидным ожирением. Дисс. . канд. мед. наук. Тюмень, 2009. - 143 с.
 127. Курбонов К.М. Комплексная профилактика рецидивов грыж живота // Герниология. 2007. - №2. - С. 19-21.
 128. Курбонов К.М. Абдоминальный компартмент-синдром в хирургии гигантских послеоперационных вентральных грыж живота // Герниология — 2004.-№3-С.30-31.
 129. Кучин Ю.В., Кутуков В.Е., Печёров А.А., Шпехт Д.Ю. Способы аллопластики больших и гигантских послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Вестник герниологии: Сб. науч. тр. - М., 2004. - С.78-80.
 130. Лазаричева Н. М. Выбор лечебной тактики у пациентов старших возрастных групп с гигантскими и обширными послеоперационными вентральными грыжами: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2011. -149 с.
 131. Лебедев Л.В., Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и гиперлипидемии.-Л."Медицина, 1987.-215 с.
 132. Лелянов А.Д. Выбор метода пластики брюшной стенки-у больных с большими послеоперационными вентральными грыжами и ожирением // Герниология. 2008. -№3. - С. 26-27.
 133. Ложкевич А.А Оптимизация хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию Объединенной больницы с поликлиникой. М., 2006, -С. 135-136.
 134. Лохвицкий С.В. Профилактика абдоминального компартмент синдрома при герниопластике больших и гигантских послеоперационных грыж // Герниология. 2005. - № 3. - С. 30.
 135. Лубянский В.Г. Патогенез и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при больших вентральных грыжах // Хирургия. 2008. - №1. - С. 30-32.
 136. Львович Я.Е., Боброва Н.В., Любых Н.Е. Алгоритмизация процесса выбора способа операции при лечении послеоперационных грыж. // Прикладные информационные аспекты медицины. 2001. - Т3. - №1.- С. 22-25.
 137. Майоров Р.В. Современные аспекты хирургического лечения больных с

- послеоперационными вентральными грыжами: Дис. . канд. мед. наук. - Саратов-2005, 173 с.
138. Мансурова Г.Т. Сочетанные операции в хирургическом лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Москва, 2004. - 23 с.
 139. Мариев А.И. Профилактика синдрома повышения внутрибрюшного давления при- хирургическом лечении- больших послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. - № 3. - С. 34.
 140. Маскин Г.С. Ближайшие результаты герниопластики при грыжах белой линии живота и послеоперационных грыжах // Герниология. 2008. - №4. - С. 9-10.
 141. Маскин С.С. Отдаленные результаты, герниопластики при грыжах белой линии живота и послеоперационных грыжах // Герниология. 2008. - №4. - С. 10-11.
 142. Масленников О.В. Руководство по озонотерапии // Нижний Новгород, 2008. 323 с.
 143. Машкова Т.А. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж // Вестник хирургии. 2007. -Т. 166. - №2. - С. 78-81.
 144. Машкова Т.А. Эффективность нового способа пластики малых грыж животам // Вестник Санкт-петербургского университета.- 2008. Вып.4. - С. 136-141.
 145. Маят В.С. Грыжи живота. Руководство по хирургии. Л. - 1960. - Т.7. -С. 117-206.
 146. Медведева И.В. Минус 20. Надежный способ похудеть М.: Метафора, 2009. С. 5-24.
 147. Меджидов Р.Т. Выбор метода герниопластики при вентральных грыжах // Герниология. 2007. - № 2. - С. 16-18.
 148. Мирзабекян Ю.Р. Результаты лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008. - № 5. - С. 52-54.
 149. Мирзабеков Ю.Р., Добровольский С.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Хирургия. -2008. -№1—С. 66-71.
 150. Нелюбин П. С. Выбор оптимального метода протезирующей пластики передней брюшной стенки у больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2007. -98 с.
 151. Нелюбин П.С., Галота Е.А., Тимошин А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия. - 2007. - № 7. - С.69-74.
 152. Никитин Н.А., Садыкова М.Н. Возможности применения широкой фасции бедра в хирургии больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Герниология.-2004.-№3-С.37-38.

153. Новиков С.В., Дорох Н.Н. Герниопластика с использованием сетчатого имплантата в лечении послеоперационных и рецидивных вентральных грыж // Вестник герниологии: Сб. науч. тр. — М., 2004. С. 103-15.
154. Олейничук А. С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2010. -115 с.
155. Омельченко В.А. Сравнительная оценка эффективности различных способов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах: Автореф. дис. .канд мед. наук: 14.00.27 / С.Петербург. гос мед ун-т им акад И.П.Павлова. СПб, 2006. - 22 с.
156. Оскретков В.И. Протезирующая герниопластика послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. - № 2. - С. 22-25.
157. Павленко В.В. Современные принципы лечения больших грыж передней брюшной стенки // Анналы хирургии. 2004. - №5. - С. 26-28.
158. Павленко В.В: Принципы хирургического лечения рецидивных грыж передней брюшной стенки // Анналы хирургии. — 2004. № 4. — С.29-33.
159. Панченко Е.П. Возможности диагностики нарушений гемостаза и перспективные направления антитромботической терапии при // Кард. 1996. - № 5. - С. 4-11.
160. Переходов С.Н. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2008. - №4. - С. 17-18.
161. Плечев В.В. Комплексный метод диагностики и хирургическое лечение спаечной болезни брюшины. Методические рекомендации МЗ РСФСР. Уфа, 1989. - С. 30.
162. Подергин А.В., Хальзов В.Л. Неудачи грыжесечений с пластикой полипропиленовой сеткой. / Периодическое издание «Вестник Герниологии», Выпуск 2, Москва-2006. С. 149-152.
163. Подолужный В.И., Кармадонов А.В., Пермипов А.А. Хронические серомы при надпоясничном расположении протеза у больных с грыжами живота // Герниология. -2007.-№2.-С. 25-26.
164. Протасов А.В. Оперативное лечение вентральных грыж с одновременной абдоминопластикой // Герниология. 2006. - № 2. - С. 34-35.
165. Расстегаев А.В. Выбор способа устранения послеоперационной вентральной грыжи: Автореф.канд. диссерт. -С-Пб., 2009. -24 с.
166. Речковский Л.Р. Выбор способа пластики полипропиленовым эндопротезом послеоперационных вентральных грыж: Дис. . канд. мед. наук. -Казань, 2005,- 110 с.
167. Рыбачков В.В. Клинико-морфологическая оценка методов пластики послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2006. - № 3. -С. 35-36.
168. Рыбачков В.В. Критерии выбора герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах // Тезисы международной конференции «Актуальные вопросы герниологии», Герниология, 2009.- № 1(21).- С. 34-35.
169. Рыбачков В.В. Преимущества аллопластики при послеоперационных

- вентральных грыжах // Герниология. 2008. - №1. - С. 31-32.
170. Рындин А.В. Лишний вес / Биометодика похудения. М.: Спорт и Культура, 2009. - С. 3-23.
171. Ромашкин-Тиманов М.В., Синенченко Г.И., Иванов А.В. Аллопластика синтетическим эксплантатом -залог успешного лечения послеоперационных вентральных грыж. // Герниология. - 2008. - №2. - С. 25-28.
172. Роцин Г.Г. Синдром абдоминальной компрессии. Клинико-диагностические аспекты // Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.О. Можяева. 2002. - Т.3. - №2. - С. 67-73.
173. Русанов В.П. Хирургическое лечение вентральных грыж у больных с высоким операционным риском // Материалы V Российского научного форума «Хирургия 2004».-М., 2004. -С. 169.
174. Рустамов Э.Г. Лапароскопическая герниопластика вентральных и послеоперационных грыж: Автореф. диссерт.д.ф. по мед.-Баку, 2012.–22 с.
175. Рутенбург Г.М. Возможности применения различных вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. - №4. - С. 3-8.
176. Савельев В.С. Перитонит: Практическое руководство / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонова М.И. и др. М., 2006. -205 С.
177. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин А.В., Наумов И.А. Особенности лечения больных с большими послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Герниология. 2004. - №1. - С.11 - 14.
178. Салахов Х.С., Сафин И.А., Нартайлаков М.А. и др. Особенности лечения больших грыж живота после верхней срединной лапаротомии. //Клиническая хирургия.- 1991.- № 2.-С.16-18.
179. Самойлов А.В. Протезирующая вентропластика в onlay технике // Герниология, 2006.- № 2(10).- С. 11-13.
180. Свеглаков А.В. Лептин и липидный спектр крови у женщин с разными типами ожирения // Проблемы репродукции. —2001. № 6. - С. 33-36.
181. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения. С-Петербург, «Элби», 2007, 415 С.
182. Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и дислипидемий С.-Пб.: Гиппократ, 2005. - 246 с.
183. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевский А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестн хирургии им. Грекова. 2005. - Т. 164, № 3. - С.85-88.
184. Сеидов Ф.В. Выбор места расположения проленовой сетки при послеоперационных грыжах передней брюшной стенки: Автореф. канд диссерт.- Баку, 2007. – 21 с
185. Семков Н.Г. Выбор способа герниопластики при вентральных грыжах с учетом показателей центральной гемодинамики и внутрибрюшного давления: Диссерт. канд. мед. наук. – Пермь, 2010. -105 с.

186. Серебряков В.Н. Оценка эффективности аллопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. - № 3. - С. 42.
187. Сивец Н.Ф., Шафалович С.В., Сивец А.Н., Дурович П.Г. Грыжевая болезнь: способы хирургического лечения, послеоперационные осложнения // Герниология-2004-№3-С.42-43.
188. Сидоренков Д.А. Пластическая и эстетическая хирургия в лечении ожирения. М., МИА, 2004.
189. Синдерович Е. И. Аутодермальная пластика в хирургии послеоперационных вентральных грыж. // Клиническая хирургия.-2005.-№ 7-8.-С.51-52.
190. Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В., Курыгин А.А. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема // Вестн хирургии им. Грекова. — 2006. Т. 165, № 1. — С.15-17.
191. Славин Л.Е., Фёдоров И.В., Сигал Е.И. Осложнения хирургии грыж живота. - М.: Изд-во Профиль, 2005. -186 с.
192. Славин Л.Е., Замалеев А.З., Коновалова О.А. и др. Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж // Вести, герниол. М. 2006; №2: с. 171-176.
193. Смирницкий В. В. Способ укрепления передней брюшной стенки при огромных послеоперационных грыжах // Клин. Хиургия. 1991. № 2. С.66.
194. Смирницкий В.В. Способ укрепления передней брюшной стенки при огромных послеоперационных грыжах // Клиническая хирургия. 1991. - №2. - С. 66.
195. Соколович Т.Е. Диагностика и хирургическое лечение грыж живота. // Хирургическое лечение грыж живота. Томск: Асклепий, 1994. - С. 104-107.
196. Соловьев М.В. Влияние операции' еюноилеошунтирования на центральную гемодинамику у больных ожирением крайних степеней: Автореферат дис. .канд. мед. наук: СПб., 1993. 19 с.
197. Соловьев Н.А., Чудных С.М., Иванов Ю.В. Герниопластика при больших и гигантских вентральных грыжах // Герниология.-2004.-№3-С.44.
198. Сорокина В.И. Абдоминопластика в профилактике рецидива вентральных грыж у больных с избыточной массой тела: Диссерт. канд. мед. наук. — Уфа, 2004. - 99 с.
199. Стойко Ю.М. Современные возможности хирургического лечения гигантских послеоперационных вентральных грыж // Вестник герниологии. М., 2008. - Вып. III. - С. 120.
200. Суковатых В.С. Герниопластика без натяжения полипропиленовым эндопротезом «Эсфил» у больных с ущемленными грыжами живота больших и гигантских размеров // Вестник хирургии, 2005.- № 6.- С.41.
201. Суковатых Б.С. Частота осложнений хирургического лечения грыж передней брюшной стенки // Герниология. 2006. - № 3. - С. 4142.
202. Суковатых Б.С., Валуйская Н.М., Нетяга А.А. и др. Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового

- эндопротеза // Хирургия. 2007. - № 9. - С.46-50.
203. Суковатых Б.С., Нетяга А.А., Валуйская Н.М., Жуковский В.А. Превентивная пластика брюшной стенки эндопротезом «Эсфил» при операциях на органах брюшной полости // Вестн. хирургии им. Грекова. 2006. - Т.165, № 31-С.61-66.
204. Сундуков И. В. Аллопластика у больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2005. -105 с.
205. Сурков В.С. Эндопротезирование сеткой из пролена при герниопластике у пациентов с наружными грыжами живота. // Симпозиум «Актуальные вопросы герниологии». - М., 2005- - С. 28.
206. Сурков Н.А., Бархунова Е.Н., Заринская С.А., Виссарионов В.А с соавт. Предварительные результаты экспериментального изучения тканевой реакции в зоне имплантации композиционного сетчатого эндопротеза «Ультрапро» // Герниология.-2004.-№3-С.47-48.
207. Сурков Н.А., Кирпичёв А.Г., Заринская С.А. и др. Экспериментальные и клинические результаты использования сетчатого эндопротеза ВИПРО (VYPRO) // Актуальные вопросы герниологии: Материалы конф. М., 2002. — С.78-80.
208. Табуйка А.В. Безнатяжная пластика обширных и гигантских вентральных грыж // Герниология. 2006. - № 1. - С. 40-41.
209. Тарасова Н.К Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением // Вестник герниологии. М., 2008. - Вып. III. - С. 126-131.
210. Тимербулатов В.М. Эстетическая хирургия при грыжах и нарушениях формы живота. Уфа, 2006. -126с.
211. Тимошин А.Д., А.Л. Шестаков, Е.А. Голота. Особенности послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж с применением различных синтетических эксплантатов. Анналы хирургии, № 1-2007; С.44-47.
212. Тимошин А.Д., Шестаков А.Т., Галота Е.А. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестник герниологии. - 2006. №2.-С. 178 - 182.
213. Тимошин А.Д., Шестаков А.А., Колесников С.А. и др. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров // Вестник герниологии: Сб. науч. ст.- М., 2004. — С. 120-125.
214. Ткаченко А.Н. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогноза и профилактики // Вестник хирургии. 2005. – Т 154. - №4. – С. 130-136.
215. Томнюк Н.Д. Аллопластика в лечении грыж передней брюшной стенки // Герниология. 2008.- №1. - С. - 37-38.
216. Тоскин К. Д., Жебровский В. В., Голдстайм А. и др. Способ мышечно-апоневротической пластики сложных грыж живота. // Клиническая хирургия. 2003.- № 2.-С.9.

217. Госкин К.Д., Жебровский В.В. Симультантные операции — название и определение // Вестник хирургии, 2001. № 5 — С. 3 — 9.
218. Тутов А.С., Кузнецов С.С., Букреева А.Е. Особенности раннего и отдаленного послеоперационного периода при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестник герниологии.- 2006.-№2. - С.189-192.
219. Тутченко Н.И., П.В. Пиотрович. Осложнения аллопластики грыж живота и их профилактика. // Вестник герниологии. - 2006.- № 2. С. 193-194.
220. Федоров А.Е. Математическая модель кожи человека и ее приложение к задачам биомеханики: Автореф. дис. канд. тех. наук. Пермь, 2007. - 17 с.
221. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. — 2004. №1. - С. 11-14.
222. Федоров И.В., Славин Л.Е., Кочнев А.В., Воронин А.В., Хасанов Н.Ф. Серома, как осложнение хирургии грыж живота // Вестн. герниол. - М.,2006.- №2.- С. 195-198.
223. Федосеев А.В. Взгляд на этиологию и патогенез грыжеобразования в 21 веке.// Герниология, 2009.-№ 2(22). С. 9.
224. Фелештинский Я.П., Мамич В.И., Дубенец В.А. Выбор способа аллопластики при гигантских послеоперационных вентральных грыжах с учетом мониторинга внутрибрюшного давления// Герниология, 2007.- № 4. — С. 12.
225. Фелештинский Я.П., Пиотрович С.Н., Дубенец В.А., Мамонов О.В. Профилактика раневых осложнений при герниопластике больших и огромных послеоперационных вентральных грыж с использованием дренажной системы UNOVAC // Анналы хирургии. 2005. - № 4. - С.63-65.
226. Харитонов С.В. Профилактика развития синдрома интраабдоминальной гипертензии в хирургическом лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами // Герниология. 2006. -№3. - С. 47-48.
227. Хафизов Т.Н. Выбор метода протезирующей герниопластики при вентральных грыжах с использованием синтетических материалов: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2005. -111 с.
228. Хлебников Е.П. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж, осложненных гнойным процессом // Герниология. 2006. - № 1. - С. 42.
229. Хорошкевич А.В. Раневые осложнения у пациентов с сопутствующим ожирением после плановых абдоминальных вмешательств: факторы риска, прогноз, профилактика. Автореф.дисс. ...канд.мед.наук. Саратов,2005.
230. Хрипун А.И., Махуова Г.Б., Щеголов А.И. Характеристика политетрафторэтиленовых пленок в условиях перитонита // Герниология. - 2004. -№1.-С.21-24.
231. Хрячков В.В., Хазамов Б.В. Многорядный сметочный шов в хирургии обширных и гигантских послеоперационных грыж // Герниология-2004-№3-С.53.

232. Худояров С.И. Аутопластическое закрытие больших дефектов живота при вентральных грыжах в сочетании с ожирением и отвислым животом: Автореф. канд. диссерт. - Самарканд, 1991.- 17с.
233. Цопурашвили Д. Г. Хирургическое лечение больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки: Диссерт. канд. мед. наук. – Москва, 2010. -109 с.
234. Черенько М.П. Брюшные грыжи. Киев: Здоровье, 1995. - 259 с.
235. Черепанин А.И., Доброшицкая Ю.А., Галямов Э.А., Баршин Е.В. Тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в зависимости от степени операционно-анестезиологического риска // Хирургия. — 2008. № 5. — С.46-51.
236. Чиссов В.И. Лечение тяжелых послеоперационных гнойно-воспалительных и септических осложнений с использованием антиоксидантных препаратов // Хирургия, 2008.- № 11.- С. 14.
237. Чистяков А.А. Л.А. Мамалыгина, Д.Г. Желябин. Сравнительные результаты хирургической коррекции послеоперационных вентральных грыж. // Герниология. 2008. - №4. - С. 20.
238. Чистяков А.А. Результаты применения аллопластики в хирургии послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2006. -№ 1. - С. 44-45.
239. Чубриева С.Ю. Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста: Автореферат диссерт. д-ра мед. наук. -СПб., 2009. -18 с.
240. Чугунов А.Н. Современное состояние проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. - № 4(8). - С. 35-41.
241. Чугунов А.Н., Славин Ш.Е., Замалеев А.З. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами // Анналы хирургии. — 2007. № 4. — С. 14-17.
242. Шавалев Р.Р. Комплексный метод диагностики, лечения и профилактики послеоперационных вентральных грыж, сочетаемых со спаечной болезнью брюшины: Дис. . д-ра мед. наук. Уфа, 2005. - 280 с.
243. Шейранов С.Ф. Организационные проблемы бариатрической хирургии // Анналы хирургии. М — №2.-2006.-С. 54-55.
244. Шпаковский Н.Н. Пластика дефектов передней брюшной стенки методом миопексии: Автореф. дис. . д-ра. мед. наук. 1994. -47 с.
245. Шпехт Д.Ю. Клинико-морфологическая характеристика послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки в выборе оптимального способа пластики: Дис. . канд. мед. наук. Астрахань, 2004. -105 с.
246. Шубина А.Т. Метаболический синдром: возможности применения метморфина // РМЖ. 200-Т.9. - № 2:~ С. 77-8 Г.
247. Щеголев А.И., Гогия Б.Ш., Дубова Е.А. Реакция тканей на эндопротезы, используемые для пластики брюшной стенки. // Герниология. — 2006. № 1. - С. 47-48.

248. Юрасов А.В. Алгоритм выбора способа протезирования дефектов брюшной стенки и отечественная терминология // Герниология. 2006. - №3.-С. 51-52.
249. Юрищев В.А., И.А. Наумов, И.В. Сажин// Герниология, 2006.- № 2(10),- С. 34-35.
250. Ягопкин В.Ф. Особенности пред- и послеоперационного периода у больных с большими вентральными грыжами // Актуальные вопросы клинической хирургии. — Пермь, 1993. — С. 3135.
251. Яшков Ю.И., Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений: Материалы третьего Российского симпозиума с участием иностранных специалистов.- СПб., 2004. - 54 с.
252. Aaronson N.K. Quality of life: what is it? How should it be measured? // Oncology 1998. - Vol. 2 - P. 69-74.
253. Adams T.D. Long-term mortality after gastric bypass // N Engl J Med. 2007. - Vol. 357. -P. 753-761.
254. Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L., Hakakha M. Biomaterials and hernia surgery. Rationale for using them. Rev Esp Enferm Dig 1995; 87: 8: 582-586.
255. Aniszewski P.M. Does waist circumference predict diabetes and cardiovascular disease beyond commonly evaluated cardiometabolic risk factors? Diabetes Care. 2007. -Vol. 30 -№12. -P.3105-3109.
256. Aria N., Batey N.R. Pseudocyst formation after mesh repair of incisional hernia // J S SocMed 1998; 91: 12: 647-649.
257. Balique J.G., Benchetrit S., Bouillot J.L. et al. Intraperitoneal treatment of incisional and umbilical hernias using an innovative composite mesh: four-year results of a prospective multicenter clinical trial // Hernia. -2005. - Vol. 9, N 1. - P. 68-74.
258. Barnes G.E. Cardiovascular responses to elevation of intra-abdominal hydrostatic pressure // Am J Physiol. 1988. - Vol. 248. - P. 208-213.i
259. Bartlett David C. Abdominal wound dehiscence and incisional hernia // Abdominal surgery jour, 2006. vol. 7 -pp. 234-238.
260. Batzner K. Die Behandlung grosser Bauchennarben // Brun. Bete. Klin, chir. 1949. -№ 4. P. 481-486.
261. Berger D., Buttenschoen K. Management of abdominal sepsis // Langenbecks Arch. Surg, 1998. Vol. 383. - N 1. - pp. 35-43.
262. Bocci Velio Alvaro. Tropospheric ozone toxicity vs. usefulness of ozone therapy // Archives of medical research, 2007. vol. 38 - pp. 265-267.
263. Boemi L., Allison G.M., Graham W.P. Differences between scar and dermal cultured fibroblasts derived from a patient with recurrent abdominal incision wound herniation / Plast Reconstr Surg 1999 Oct;104 (5):1397-1405.
264. Boulliot JL, Servajeon S, Pozzo A, Akkash Y. Eventration of the abdominal wall // Rev Prat. 2003;53(15):1677-82.
265. Bray G. A. Contemporary Diagnosis and Management of Obesity. 1998. -289 p.

266. Bringman- S., Wollert S., Osterberg J. et al. T. One year results of a randomised controlled' multi-centre study comparing Prolene and Vypro II-mesh in Lichtenstein hernioplasty // *Hernia*. 2005. - Vol.9, № 3. - P.223-227.
267. Catherine E. Rennie. Abdominoplasty: a case report // *Jornal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, 2008. p. 1-2.
268. Chaimoff C. Lurie M., Gassner S. Healing of the operative fascial defect after repair of huge midline hernias with the reverse sheath method. *II Int. J. Surg.* - 1979. - Vol. 62. - № 2. - P. 63-66.
269. Chareton B. Lacing technique using dermal autografts for the management of large incisional hernias // *Act. Chir. Belg*, 1994. vol. 94. - pp. 291-294.
270. Clifton P. Dietary Treatment for Obesity // *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*. 2008. - Vol. 12. - P. 3-26.
271. Cobb W.S., Burns J.M., Peindl R.D. et al. Textile analysis of heavy weight, mid-weight, and light weight polypropylene mesh in a porcine ventral hernia model // *J. Surg. Res.* 2006. - Vol.136, № 1. - P. 1-7.
272. Cothren C. Clay. Outcomes in surgical versus medical patients with the secondary abdominal compartment syndrome // *The American journal of surgery*, 2007. vol. 194.-p. 804-808.
273. Cothren C. Clay. Postinjury abdominal compartment syndrome does not preclude early enteral feeding after definitive closure // *The American journal of surgery*, 2004 vol. 188. - pp. 653-658.
274. Cucu A., Sculeanu R., Durach L. et al. Alloplastic or autoplatic in incisional hernia // *Chirurgia (Bucur)* 2003. - Vol.98, № 6. - P.531-534.
275. Di Mugno M., Runfola M., Magalini S. et al. Rippled mesh: a CT sign of abdominal wall ePTFE prosthesis infection // *G. Chir.* - 2006. - Vol. 27, №10.- P. 384-387.
276. DiBello J.N. Sliding myofascial flap of the rectus abdominus muscles for the closure, of recurrent ventral hernias // *Plast.Reconstr.Surdg* — 1996. -Vol. 98. - № 3. P. 464-469.
277. Dillard B.E. Initiabexperience with the adjustable gastric band in morbidly obese US adolescents and recommendations for further investigation // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007. -Vol. 45-P. 240-246.
278. Ellabban M.G. Body contouring by combined abdominoplasty and medial vertical thigh reduction: experience of 14 cases // *The British Association of plastic surgeons*, 2004. vol. 57. - pp. 222-227.
279. Farthmann Eh. Tension-free suture of incisional hernia // *Chirurg.*, 1997. vol. 68. - pp. 310-316.
280. Feldeisen S.E. Nutritional strategies in the prevention and treatment of metabolic syndrome // *Appl Physiol Nutr Metab*. 2007. - Vol. 32 - P. 46-60.
281. Flier J.S. Obesity wars: molecular progress confronts and expanding epidemic. *Cell*. 2004 Jan 23; 116 (2):337-50.
282. Flum D.R., Horvath K., Koepsell T. Have outcomes of incisional hernia repair improved with time? A population-based analysis // *Ann Surg*. 2003. -№237(1).- P. 129-135.

283. Franklin M.E., Gonzalez J.J., Glass J.L., Manjarrez A. Laparoscopic ventral and incisional hernia repair: an 11 -year experience. //Hernia. -2004. - Vol. 8, № 1. - p. 23-27.
284. Goldfield G.S. Methylphenidate reduces energy intake and dietary fat intake in adults: a mechanism of reduced reinforcing value of food? // Am J Clin Nutr. - 2007. Vol. 86. -№2.-P. 308-342.
285. Grace R.H., Cox S. Incidence of incisional hernia after dehiscence of the abdominal wound // Am.J/Surg. 1976,- Vol.131. -№2.-P. 210-212.
286. Gregson B.A. International Variations in Surgical Practice for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage // Stroke. — 2003.-Vol. 34.-№ 11.-P. 2593-2600.
287. Grey A.C., Carrington B.M., Hulse P.A., et al / Magnetic resonance appearance of normal inguinal nodes // Clin Radiol. 2000. - № 55. - P. 124 -130.
288. Grudell A.F. A controlled pharmacogenetic trial of sibutramine on weight loss and body composition in obese or overweight adults
289. Hamy A, Pessaux P, Mucci-Hennekinne S, Radriamanajo S, Regenet N, Arnaud JP. Surgical treatment of large incisional hernias by an intraperitoneal Dacron mesh and an aponeurotic graft // J Am Coll Surg. 2003; 196(4):531 -4.
290. Harrahill M. Intra-abdominal pressure monitoring // J Emerg Nurs. — 1998. - №5. P. 465-466
291. Heimbucher J. Laparoskopische «gastric banding» Operation Behandlung derkrankhaften Fettsucht // Krankenpflege Journal. 1 997. - Vol. 35 - P. 396-400.
292. Heniford B. Laparoscopic ventral and incisional hernia repair in 407 patients // Journal Am. Coll. Surg., 2000. vol. 190. - pp. 645-650.
293. Horhant P., Le-Du J., Chaperon J. et al. Treatment of postoperative abdominal eventrations with a resorbable prosthesis. Apropos of 160 cases. //J.Chir.Paris.- 1996.-Vol. 133,N.7.-P.311 -316.
294. Iberti T.J. Determination of intra-abdominal pressure using a transurethral bladder catheter: clinical- validation of the technique // Anesthesiology. 1989. - Vol-. 70. - P. 47-50.
295. Janiszewski P.M. Physical activity in the treatment of obesity: beyond body weight reduction // Appl Physiol Nutr Metab. -2007. Vol.-32. - P. 512-522.
296. Johna S. Abdominal compartment syndrome: does intra-cystic pressure reflect actual intra-abdominal pressure? A prospective study in surgical patients // Crit Care.1999.-Vol. 3(6).-P. 135-138.
297. Judy Jin. Use of acellular dermal matrix for complicated ventral hernia repair: does technique affect outcomes? // The American College of surgeons journal, 2007. vol. 205. -pp. 654-660.
298. Kaufman M., Weissberg D. Marlex mesh in giant ventral hernia repair. // Isr.J. Med. Surg., 1980. vol.16. - pp. 739-742.
299. Keramati Magid, Anil Srivastava, Stanley Sakabu et al. The wittmann patch as a temporary abdominal closure device after decompressive celiotomy for abdominal compartment syndrome following burn // Journal Burns, 2007. pp. 1-5.

300. Kingsnorth A. / The Management of Incisional Hernia // *Ann R Coll Surg Engl.* 2006. - № 88(3). - P. 252-260.
301. Kirkpatrick A.W. Is clinical examination an accurate indicator of raised intra-abdominal pressure in critically injured patients? // *Can J Surg.* 2000. - Vol. 43 (3). -P. 207-211.
302. Klinge U., Junge K., Mertens Pr. Herniosis: a biological approach. // *Hernia.*-2004. -Vol. 8. - P. 300-301.
303. Klinge U., Klosterhalfen B., Conze J. et al. Modified mesh for hernia repair that adapted to the physiology of the abdominal wall // *Eur J Surg.* 1998. - Vol. 164, P.951 -960.
304. Klosterhalfen B., Klinge U., Hermanns B., Schumpelick V. Pathologie traditioneller chirurgischer Netze zur Hernienreparation nach Langzeitimplantation im Menschen // *Chirurg* 2000. Vol. 71. - P.43 -51.
305. Koebke J. Anatomy of the abdominal wall-an area at risk for hernias // *Zentralbl. Chir.* 1997. - Vol. 122. - 10. P. 852-854.
306. Koehler RH, Begos D, Berger D, Carey S, LeBlanc K, Park A. Minimal adhesions to ePTFE mesh after laparoscopic ventral incisional hernia repair: reoperative findings in 65 cases // *Zentralbl Chir.* 2003;128(8):625-30.
307. Kron IL. The measurement of intra-abdominal pressure as a criterion for abdominal re-exploration // *Ann Surg.* -1984.-Vol. 199.-P. 28-30.
308. Kuk J.L. Visceral fat is an independent predictor of all-cause mortality in men // *Obes Res.* 2006. - Vol.14. - P. 336-341.
309. Langer C., Liersch T., Kley C. et al. Twenty-five years of experience in incisional hernia surgery. A comparative retrospective study of 432 incisional hernia repairs // *Chirurg.* 2003;74(7):638-45.
310. Lichtenstein I. Hernia repair with polypropylene mesh. An improved method // *AORNJ.* 1990. - Vol. 52, № 3. - P. 559-565.
311. M.Williams, H. Simms. Abdominal compartment syndrome: case reports and implications for management in critically ill patients. // *Am. Surg.*- 1997. - 63(6). - P. 555-558.
312. Magnola D.E. Incisional herniation and obesity.// *The Med.*, 1980. vol. 76(8). - pp. 48-50.
313. Malbrain M.L., ChiumelloD., Pelosi P. et al. Prevalence of intraabdominal hypertension in critically ill patients: a multicentre epidemiological study // *Intensive Care Med.* - 2004. - Vol. 30. - P. 822-829.
314. Malbrain MLNG. Abdominal pressure in the critically ill. *Curr Opin Crit Care.* 2000. - Vol. 6. - P. 17-29.
315. Malbrain MLNG. Bladder pressure or super syringe: correlation between-intra-abdominal pressure and lower inflection point? *Intensive Care Med.* - 1999: - Voll. 25(suppl" 1). - P. 110.
316. Mayberry J.C., Mullins R.J., Crass R.A., Trunkey D.D. Prevention of abdominal compartment syndrome by absorbable mesh prosthesis closure // *Arch Surg* 1997. -Vol. 132, N9. -P.957- 961.
317. Meldrum D.R. Prospective characterization and selective management of the

- abdominal compartment syndrome // *Am J Surg* . -1997, Dec. Vol.174 (6). - P. 667-672.
318. Mittermair R.P., Klingler A., Wykypiel H., Gadenstatter M. Vertical Mayo repair of midline incisional hernia: suggested guidelines for selection of patients // *Eur. J. Surg.* 2002. - Vol.168, № 6. - P.334-338.
 319. Mussack T., Ladurner R., Vogel T. et al. Health-related quality-of-life changes after laparoscopic and open incisional hernia repair: a matched pair analysis // *Surg. Endosc.* - 2006. - Vol. 20, N 3. - P. 410-413.
 320. Nagy K.K., Fildes J.J., Mahr C. et al. Experience with three prosthetic materials in temporary abdominal wall closure // *Am. Surg.* 1997. Vol. 63, N5. - P.29 - 32.
 321. Narendra Nath Basu. Abdominal compartment syndrome/ Narendra Nath Basu, Simon Cottam// *Surgery jour.*, 2006. vol. 8. - pp. 260-262.
 322. National Task Force on Obesity. Overweight, obesity and health risk. // *Arch Intern Med* 2000; 160:898-904
 323. Novitsky Yuri W. Laparoscopic ventral hernia repair // *Operative techniques in general surgery*, 2006. pp. 4-9.
 324. Novitsky Yuri W. Open preperitoneal retrofascial mesh repair for multiply recurrent ventral incisional hernias // *The American College of surgeons journal*, 2006. vol. 203. -pp. 283-289.
 325. Ohman U. Studies on small intestinal obstruction IV. Circulatory effects of artificial small bowel distention after obstruction // *Acta chir. Scand.*, 1975. -vol. 141(6).- pp. 545-549.
 326. Ott V., Groebli Y., Schneider R. Late intestinal fistula formation after incisional hernia using intraperitoneal mesh // *Hernia.* 2005. Vol. 9, № 1. — P. 103-104.
 327. Paajanen H., Hermunen H. Long-term pain and recurrence after repair of ventral incisional hernias by open mesh: clinical and MRI study // *Langenbecks Arch. Surg.* 2004. - Vol.389, № 5. - P.366-370.
 328. Paul A. Current practice of incisional hernia reconstruction in Germany // *Zentralbl.chir-* 1997.- Vol. 122.-№10.-P. 859-861.
 329. Qian YL, Zhang YX, Yang Q. Experience for reconstruction of defects of abdominal wall with Gore-tex // *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi.* 2003;17(1):44-5.
 330. Rath A. The healing of laparotomies: review of the literature *J. Hernia*, 1998. vol. 2. - pp. 145-148.
 331. Read R.C. Metabolic factors contributing to herniation // *Hernia.*- 1998.-№2.- P.51-55.
 332. Rios A., Rodriguez J.M., Munitiz V. et al. Factors that affect recurrence after incisional herniorrhaphy with prosthetic material // *Eur. J. Surg.* 2001. -Vol.167, № 11.-P.855-859.
 333. Rives J., Pire J.C., Flament J.B. et al. Treatment of large eventrations. New therapeutic indications apropos of 322 cases // *Chirurgie* 1985; 111: 3: P. 215-225.
 334. Rubinson R.M. Inferior caval obstruction iron-increased intra-abdominal pressure // *Arch Surg.* 1967. - Vol. 94. - P. 766-770.

335. Saha S.K. Hernioplasty: a new approach against the recurrence // *Hernia*. — 2005. Vol.9, № 2. - P.134-139.
336. Sanchez N.C. What is normal intra-abdominal pressure? // *Am Surg*. 2001. - Vol. 67 (3).-P. 243-248.
337. Schachtrupp A., Ch. Toens, J. Hoer et al. A 24-h pneumoperitoneum leads to multiple organ impairment in a porcine model. // *J. Surg. Res.* -2002 . Vol. 106 (1). - P. 37-45.
338. Schachtrupp A., Fackejdey V., Klinge U. et al. Temporary closure of the abdominal wall // *Hernia*. 2002. - Vol.6, N3. - P. 102 - 107.
339. Schumpelick V., Klinge U., Junge K., Stumpf M. Incisional abdominal hernia: the open mesh repair // *Langenbecks Arch. Surg.* - 2004. - Vol. 389, N1.-P. 1-5.
340. Scopinaro N. Biliopancreatic Diversion for Obesity / N.Scopinaro, E.Gianetta, D.Friedman // *Problem in General Surgery. Surgical Treatment of Morbid Obesity/* Ed. by E.E.Mason 1992. - Vol. 9 - P. 362-379.
341. Sjostrom L. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects // *N Engl J Med.* -2007. Vol. 357 - P. 741-752.
342. Sugerman H.J., Kellum J.M. Jr., Reines H.D. et al. Greater risk of incisional hernia with morbidly obese than steroid-dependent patients and low recurrence with prefascial polypropylene mesh // *Am. J. Surg.* — 1996. Vol.171, № 1. - P.80-84.
343. Sugerman HJ. Multisystem organ failure secondary to increased intraabdominal pressure // *Infection*. 1999. - Vol. 27 (1). - P. 61-66.
344. Toons G., A. Schachtrupp, M. Rau et al. Abdominal compartment syndrome: prevention and treatment. // *Chirurgia*. 2000.- Vol. - 71(8). -P. 918-926.
345. Trivellini G., Bagni C., Sollini A., et al. / Repair of giant hernias using more prosthesis // *Hernia*.-2001.-Vol. 5, № 3.-P. 124-128.
346. Troy C. Williams. Ambulatory abdominoplasty tailored to patients with an appropriate body mass index. Michele Hardaway, Brenda Altuna // *Aesthetic surgery journal*, 2005. pp. 132-137.
347. Tsraelsson L. Cost analysis of incisional repair by suture or mesh // *Hernia*. 2003. - Vol. 7. - P. 114-117.
348. Turkcapar A.G., Yerdel M.A, Aydinuraz K. et al. Repair of midline incisional hernias using polypropylene grafts. // *Surg. Today*.-1998.-Vol.28,N.1.-P.59-63.
349. Van Geertruyden J. P. Vandeweyer, S. de Fontaine et. all // *Brit. J Plast. Surg.* 1999;- Vol. 52. - № 8. - P.623-6281
350. Varoli M., Colucci G., Carretti A. et al. The rational use of prosthesis in laparocele. // *G-Chir*.-2001.-Vol.19,N.1-2.-P.51-54.
351. Verbo A., Petito L., Pedretti G., et al. Use of a new type of PTFE mesh in laparoscopic incisional hernia repair: the continuing evolution of technique and surgical expertise // *Int Surg*. 2004. - № 89(1). - P. :27-31.
352. Vestweber K.H., F.Lepique, F.Haaf et al. Mesh-plasty for recurrent abdominal wall hernias-results // *Zentralbl.Chir*.- 1997/-Vol. 122,N. 10.-P.885-888.
353. Voinchet V., J.P. Aubert, B. Berthet et al. Contribution of abdominal plasty in the treatment of uncomplicated eventrations of the abdominal wall // *J-Chir*

- Paris. 1994.-Vol. 131.-№4.-P. 205-211.
354. Vries Reilingh T.S. de, van Geldere D., Langenhorst B. et al. Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques // *Hernia*. 2004. - Vol.8, № 1. - P.56-59.
 355. Wachsberg R.H. Narrowing: of the- upper abdominal inferior vena? cava; in patients with elevated intraabdominal pressure // *Abdom Imaging*. 1998.- Vol.23(1). - P. 99102.
 356. Wahl W., Mlnkus A., Junginger T. Prognostisch relevante Faktoren bei der Intraabdominalen Infektion // *Langenbecks. Arch. Chir.*, 1992. vol. 377. -№ 4.- pp. 237-243.
 357. Wanhainen A., Bjorck M. *European journal of vascular & endovascular surgery*, 2006. vol. 31. - pp. 581-584.
 358. Welty G., Klinge U., Klosterhalfen B., et al. Functional impairment and complaints following incisional hernia repair with different polypropylene meshes // *Hernia*. 2001. - №5. - P. 142-147.
 359. William S. Cobb. Textile analysis of heavy weight, middle weight and light weight polypropylene mesh in a porcine ventral hernia model // *Journal of surgical research*, 2006.-vol. 136.-pp. 1-7.
 360. Yol S. Is urinary bladder pressure a sensitive indicator of intra-abdominal pressure? // *Tatkan Endoscopy*. 1998 -Vol.30. - P. 778-780.
 361. Yukioka T. Abdominal compartment syndrome following damage-control surgery: pathophysiology and decompression of intraabdominal pressure // *Nippon Geka Gakkai Zasshi*. 2002.-Vol. 103 (7).-P. 529-535.

MÜNDƏRİCAT

İxtisarlaraın siyahısı.....	4
Ön söz.....	5

GİRİŞ	7
--------------------	---

FƏSİL I. QARNIN ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIQLARININ MÜALİCƏSİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ.....11

1. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların müalicə problemi.....	11
2. Ağırlaşmaların intraoperasion və əməliyyatdan sonrakı profilaktikası.....	16
3. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların plastika üsulları.....	16
4. Hernioplastikadan sonra qarnın ön divarının ultrasəs skannerlənməsi.....	31

FƏSİL 2. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqlar və piylənmə.....32

FƏSİL 3. Herniologiyada abdominoplastika məsələsinin müasir vəziyyəti.....35

FƏSİL 4. Müayinə olunan xəstələrin klinik xarakteristikası.....39

FƏSİL 5. Tədqiqat metodlarının xarakteristikası.....48

1. Əməliyyata qədərki müayinələr.....	48
2. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin əməliyyatönü	

hazırlığının	
xüsusiyyətləri.....	53
3. Hernioplastika	
metodları.....	57
4. Qarın divarının	
təftişi.....	58
5. Hernioalloplastika ilə simultan istifadə olunan abdominoplastikanın	
metodikası.....	6
8	
6. Anesteziya	
metodları.....	74
7. Tədqiqatın nəticələrinin statistik işlənmə	
metodları.....	78

FƏSİL 6. ƏMƏLIYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIĞI OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN YAXIN NƏTİCƏLƏRİNİN TƏHLİLİ.....

..79

1. Yırtıq qapısının ölçülərindən asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili.....
.....79
2. Hernioplastika üsullarından asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili...87
3. Hernioplastika metodundan asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili..90
4. Hernioalloplastika zamanı istifadə olunan plastik materialın növündən asılı olaraq müalicənin yaxın nəticələrinin təhlili.....96
5. Müxtəlif qrup və yarımqruplarda əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin müalicəsinin yaxın nəticələrinin təhlili.....99
6. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtıq qapısının ölçüsündən, tətbiq olunan metodlardan və hernioplastika üsullarından, istifadə olunan allomaterialdan asılı olaraq cərrahi müdaxilənin müddəti..... 108
7. Yırtıq qapısının ölçüsündən, tətbiq olunan metodlardan və hernioplastika üsullarından, istifadə olunan allomaterialdan asılı olaraq xəstələrin stasionarda qalma müddəti.....11
- 2
8. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin müalicəsinin ayrı-ayrı mərhələlərində qarındaxili təzyiğin göstəriciləri və intraabdominal

hipertenziya sindromu.....	120
9. Yara prosesinin gedişinin və hernioalloplastikadan sonra yarada inkişaf edən yerli ağırlaşmaların ultrasəs qiymətləndirilməsi.....	127

FƏSİL 7. ƏMƏLIYYATDAN SONRAKI VENTRAL YIRTIQLARIN MÜALİCƏSİNİN UZAQ NƏTİCƏLƏRİNİN TƏHLİLİ.....134

1. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə hernioplastikadan sonra yerli statusun göstəriciləri.....	134
2. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrdə yırtığın residivlərinin inkişaf dinamikası, onların lokalizasiyası və müalicəsi.....	140
3. Əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı olan xəstələrin həyat keyfiyyəti.....	143
4. Əsas müalicə qrupunda piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdə müalicənin uzaq nəticələri.....	152

YEKUN

.....	156
-------	-----

REZÖME.....	182
--------------------	-----

SUMMARY.....	184
---------------------	-----

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI.....	186
------------------------------------	-----