

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazma hüququnda

ANAR ELXAN OĞLU NAMAZOV

QARININ ÖN DİVARININ YIRTIQLARININ LAPAROSKOPIK
PLASTİKASINDA AĞIRLAŞMALARIN
PROFİLAKTİKASI

3213.01 – “Cərrahiyyə”

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi
dərəcəsi almaq üçün

D İ S S E R T A S İ Y A

Elmi rəhbər: Tibb elmləri doktoru,
Professor Bayramov N.Y.

BAKI – 2013

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ	4
Fəsil I. QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ CƏRRAHİYYƏSİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ (ƏDƏBİYYAT İCMALI)	9
1.1. Qarın divarının yırtıqlarının etiologiyası və patogenezi	10
1.2. Qarın divarının yırtıqlarının açıq cərrahi müalicəsinin müasir vəziyyəti ...	13
1.3. Qarın divarının yırtıqlarının laparoskopik cərrahliğının müasir vəziyyəti ..	20
1.4. Qarın divarının yırtıqlarının cərrahi müalicəsindən sonra inkişaf etmiş ağırlaşmaların yayılma səviyyəsi və onların aradan qaldırılması yolları.....	29
Fəsil II. TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI	39
2.1. Xəstələrin ümumi xarakteristikası.....	39
2.2. Tədqiqat metodları.....	42
2.3. Əməliyyatın hazırlıq dövrünün xüsusiyyətləri.....	45
2.4. Anesteziya üsulunun seçilməsi.....	48
Fəsil III. QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ AÇIQ CƏRRAHİ MÜALİCƏ- SİNİN NƏTİCƏLƏRİ	50
FƏSİL IV. QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ VİDEOENDOSKOPİK CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ	65
FƏSİL V. QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ VİDEOENDOSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL PLASTİKASININ NƏTİCƏLƏRİ.....	88
YEKUN	104
NƏTİCƏLƏR	114
PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR	115
ƏDƏBİYYAT SİYAHISI	116

İXTİSARLAR:

ACSV – ağciyərlərin süni ventilyasiyası

QB – qarın boşluğu

QDT - qarındaxili təzyiq

QÖD – qarının ön divarı

ETİ – endotraxeal intubasiya

LAE – laparoskopik appendektomiya

LSE - laparoskopik sistektomiya

LXE - laparoskopik xolesistektomiya

MBT – mədə-bağırsaq traktı

OBB – onikibarmaq bağırsaq

ÖDX – öd daşı xəstəliyi

İLP - in lay plastika

OLP - on lay plastika

SLP - sub lay plastika

TAP – transabdominal plastika

TEP – total ekstraperitoneal plastika

USM – ultrasəs müayinəsi

VLS - videolaparoskopiya

GİRİŞ

Problemin aktuallığı. Qarının ön divarının yırtıqları əhali arasında geniş yayılmış cərrahi patologiyadır və dünya əhalisinin 2-7%-də rast gəlir [12, 21, 25, 128, 165]. Onların yayılması tendensiyası artmaqda davam edir və 40 yaşdan yuxarı kişilərin 13-15%-də, yaşlı kişilərin 60%-ə qədərində müşahidə olunur [118, 139, 156]. Qasıq yırtıqları rastgəlmə tezliyinə görə ilk pilləni tutur və qarın divarının bütün yırtıqlarının 75%-ni təşkil edir [1, 14, 37, 99, 143]. Sonrakı yerlər göbək, ağ xətt və bud yırtıqlarına məxsusdur [2, 16, 52, 134]. Ümumi cərrahi şöbələrdə icra edilən planlı əməliyyatların 25%-ə qədəri qarının ventral yırtıqlarının payına düşür [16, 46, 88, 95, 149]. Urgent cərrahiyyədə də yırtıqların ağırlaşmalarına (boğulma, kəskin bağırsağ keçməzliyi, kəskin peritonit və s.) görə yerinə yetirilən təcili cərrahi əməliyyatların payı xeyli yüksəkdir [34, 60, 117, 153].

Böyük qasıq-xaya yırtıqlarına görə açıq cərrahi əməliyyatlardan sonra 10-14%, təkrar yırtıq əməliyyatlarından sonra 30-35% hallarda yırtığın residivi baş verir [74, 121, 133, 193, 218].). Təkrar yırtıqlar bütün lokalizasiyalarda, yırtıqlara görə aparılmış istənilən cərrahi əməliyyat üsulundan sonra 5-45% hallarda meydana çıxır [11, 99, 128, 195]. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların yayılması açıq cərrahi əməliyyatların kəmiyyət və keyfiyyət tərkibinin artması səbəbindən çoxalmağa meyllidir. Son illərin məlumatlarına görə onkoloji, ginekoloji, koloproktoloji əməliyyatların tətbiq dairəsinin genişlənməsi, xüsusilə yaşlı şəxslərdə əvvəllər inoperabel və inrezektabel hesab edilən şişlərə görə radikal, genişləndirilmiş radikal cərrahi əməliyyatların aparılmasının mümkünlüyü bu yırtıqların rastgəlmə tezliyinin 20-25%-ə qədər yüksəlməsinə səbəb olmuşdur [44, 74, 133, 135]. Qarın boşluğunda yerinə yetirilmiş geniş laparotomiyalardan, həmçinin təkrar əməliyyatlardan sonra yırtıqlar ən çox ağ xətt boyunca əmələ gəlir [19, 23, 62, 94, 161].

Qarının ön divarının yırtıqlarının, onların residivlərinin, xüsusilə posoperasion yırtıqların etiopatogenezinin təsnifləndirilməsi, sistemləşdirilməsi cəhdləri uğursuzluqlarla nəticələnməkdə davam edir. Bu yırtıqların bütün növlərinin anatomik lokali-

zasiyasının rəngarəngliyi, anatomik xüsusiyyətləri, cərrahi əməliyyatların və onların modifikasiyalarının çoxsaylı olması ilə əlaqədardır [40, 137, 149].

Cərrahi əməliyyatlardan, xüsusilə yırtıqlara görə bərpa əməliyyatlarından sonra qarın divarının anatomiyası, biofiziki xassələri, innervasiyası və vaskulyarizasiyası (trofikası) pozulur, yırtıqların əmələ gəlməsi üçün əlverişli şərait yaranır [61, 85, 160]. Qarın boşluğunun üzvləri (nazik bağırsağ ilgəkləri, sidik kisəsi, uşaqlıq, S-vari bağırsağ və s.) xüsusilə böyük və çoxkəməralı yırtıqlar zamanı yırtıq qapısına, yırtıqların və kəməraların divarına fiksə olunur, onların motor-evakuator fəaliyyəti məhdudlaşır, bir sıra hallarda isə boğulma kimi qorxulu ağırlaşma ilə tamamlanır. Bütün bunlar xəstələrin rahatsızlığına səbəb olur, onların həyat keyfiyyəti pisləşir, əmək qabiliyyəti aşağı düşür və əliliyin strukturuna neqativ təsir edir [3, 123, 152].

Əksər müəlliflərin tədqiqatlarına görə yırtıqlara görə aparılmış cərrahi əməliyyatların növü və ya icra texnikasının səviyyəsi yox, seçilmiş əməliyyat üsulunun uyğunluğu cərrahi əməliyyatın nəticələrinə daha çox təsir edir. Hətta yüksək ixtisaslı cərrah tərəfindən yırtığın bu və ya digər növünün plastikası zamanı əməliyyat üsulu adekvat seçilmədikdə icra texnikasının mükəmməlliyinə, əməliyyatın atravmatikliyinə və qısa müddətlərdə yerinə yetirilməsinə baxmayaraq residiv əmələgəlmə ehtimalı çox olur [5, 92, 107, 143].

Sonuncu onilliklərdə yırtıqların istər açıq, istərsə də qapalı (videoendoskopik, videolaparoskopik) plastikası zamanı sintetik tor istifadəsinə üstünlük verilməsi, yırtıq qapısının (qapılarının) gərginliksiz plastikası üsullarının geniş tətbiqi təkrar yırtıqların əmələ gəlməsi səviyyəsinə əhəmiyyətli dərəcədə müsbət təsir göstərmişdir [103, 106, 107, 108]. Lakin həmin torların da istifadəsindən sonra qüsurlar, ağırlaşmalar meydana çıxmaqdadır. Torların toxumalara uyğunsuzluğu, toxumalar tərəfindən rədd edilməsi, dislokasiyası, deformasiyası, büzüşməsi, hətta qarın boşluğuna miqrasiyası, tora söykənən orqanlarla bitişmələrin, fistulların əmələ gəlməsi, torun fiksasiyası üçün istifadə edilmiş metallik (titan) tikiş sancaqlarının yerdəyişməsi, miqrasiyası kimi ağırlaşmaların rast gəlməsi hadisələri az deyildir [121, 230].

Bu ağırlaşmaların, o cümlədən əməliyyatdan sonrakı infeksiyon-iltihabi ağırlaşmaların aradan qaldırılması üçün əməliyyatönu hazırlıq metodikasının, əməliyyat texnikasının, sintetik torların istifadəsinə göstərişlərin, əks-göstərişlərin yırtıq anatomik lokalizasiyasına və digər anatomo-topoqrafik xüsusiyyətlərinə görə seçiminin dəqiqləşdirilməsi, əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılması metodikasının təkmilləşdirilməsi və digər məsələlərin həll edilməsi böyük əhəmiyyətə malikdir.

İstər birincili, istər residiv, istərsə də cərrahi əməliyyatdan sonrakı qarın yırtıqları ilə bağlı cərrahi əməliyyatların bir çox texniki məsələləri, rəasional əməliyyat üsulunun seçimi, cərrahi və infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası və terapiyası məsələləri bu günədək həllini tapmamışdır, və təbii olaraq, bu istiqamətdə elmi tədqiqatların aparılmasını zəruri edir.

İşin məqsədi. Qarının ön divarının birincili, residiv və cərrahi əməliyyatdan sonrakı yırtıqları zamanı optimal qapalı (laparoskopik) əməliyyat üsullarının və yırtıq qapısının plastikası üçün sintetik torun seçilməsi yolu ilə cərrahi müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması

Bu məqsədə çatmaq üçün aşağıdakı vəzifələrin yerinə yetirilməsini labüd etmişdir.

1. Qarının ön divarının yırtıqlarından sonra inkişaf etmiş cərrahi ağırlaşmaların və residivlərin səbəblərinin araşdırılması;
2. Cərrahi hernioloji praktikada rəasional laparoskopik (videoendoskopik) plastika üsullarının tətbiqinin təmin edilməsi;
3. Qarının ön divarının yırtıqları ilə müştərək qarın boşluğunun yanaşı cərrahi xəstəlikləri zamanı laparoskopik simultan cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsi imkanlarının və bu əməliyyatların üstünlüklərinin müəyyən edilməsi;
4. Qarının ön divarının yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla laparoskopik transabdominal plastikasının nəticələrinin öyrənilməsi;
5. Qarının ön divarının yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla videoendoskopik total ekstraperitoneal plastikasının nəticələrinin öyrənilməsi.

Elmi yeniliklər:

1. Cərrahi herniologiyada sellüloza tərkibli sintetik torun tətbiqinin üstünlükləri ilk dəfə olaraq elmi əsaslandırılmışdır.
2. Qarının ön divarının yırtıqlarının laparoskopik plastikası ölkəmizdə ilk dəfə olaraq sellüloza tərkibli sintetik torla yerinə yetirilmişdir.

Müdafiəyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Qarın divarının birincili, təkrar və postoperasion yırtıqlarının açıq atenzion plastikası üsulları ilə müqayisədə laparoskopik plastikanın üstünlükləri müəyyən edilmişdir;
2. Qarın boşluğunda planlı simultan laparoskopik cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsinə göstərişlər olduqda və qarının ön divarının yırtıqlarının residivləri zamanı laparoskopik transabdominal, ikitərəfli qasıq yırtıqları zamanı isə total endoskopik preperitoneal plastika seçim əməliyyatıdır;
3. Yırtıq defektlərinin polipropilen torla plastikası ilə müqayisədə sellüloza tərkibli tor ilə plastikadan sonra yerli ağırlaşmaların və residivlərin rastgəlmə tezliyi aşağı düşür.

İşin praktik əhəmiyyəti: Qarın divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının topoqrafik-anatomik və klinik xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla səmərəli azinvaziv (laparoskopik) plastika üsulunun seçilməsi hesabına əməliyyatdan sonrakı cərrahi və infeksiyon-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi aşağı düşmüşdür.

İşin əsas nəticələrinin müzakirəsi. Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə, uşaq cərrahiyyəsi, anesteziologiya və reanimatologiya kafedralarının birgə elmi konfransında, əsas elmi tezislər isə Prof. İ.M. Məmmədovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfrans (Bakı. 2009), Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfrans (Bakı. 2010), 18-ci Ulusal Cərrahi Kongresi (İzmir. 2012), Prof. H.A. Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfrans (Bakı. 2012) və Azərbaycan Tibb Universitetinin dissertasiyaların aprobeşiyası komissiyasında (Bakı. 2012) müzakirə edilmişdir.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi. Dissertasiya 142 standart kompüter səhifəsində yazılmış, 15 cədvəl və 28 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur. O, giriş, ədəbiyyat icmal, tədqiqat metodlarına dair fəsil, şəxsi tədqiqatlardan ibarət 3 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 288 mənbəni (47 - vətən, 241 - əcnəbi) əhatə etmişdir.

Publikasiya. Dissertasiya materialları əsasında 5 elmi məqalə (onlardan 1-i xaricdə) və 4 elmi tezis (onlardan 1-i xaricdə) dərc edilmişdir.

FƏSİL I
QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ CƏRRAHİYYƏSİNİN
MÜASİR VƏZİYYƏTİ (ƏDƏBİYYAT İCMALI)

Qarının ön divarının birincili, residiv və postoperasion yırtıqlarının yüksək rastgəlmə tezliyi cərrahları və praktik səhiyyənin rəhbərlərini daim narahat edən mühüm problemlərdəndir. Yırtıqlar böyük ölçülərə çatana və ya cərrahi ağırlaşmalar (boğulma, kəskin bağırsaq keçməzliyi, kəskin peritonit) inkişaf edənə qədər əhalinin müəyyən hissəsinin həkimə müraciət etməməsi səbəbindən onların yayılması səviyyəsini dəqiqləşdirmək mümkün olmamışdır [3, 22, 137, 194]. Statistik ədəbiyyat məlumatları əsas etibarlı ilə cərrahi müalicə üçün poliklinikalara və stasionarlara müraciət etmiş xəstələrin sayına görə hesablanmışdır [25, 155, 178, 205]. Ona görə də ədəbiyyat qaynaqlarının məlumatları bir-birinə çox yaxındır, və şübhəsiz ki, reallığı tam əks etdirmir [37, 66, 138, 187].

Qarının ön divarının yırtıqları dünyanın kişi əhalisinin 6-7%, qadın əhalisinin 2,5-3,0%-ni əhatə edir və təxminən 510-570 milyon insanda rast gəlir [85, 176, 192, 223]. Hər 10000 insandan 50-i yırtıqgəzdiricidir. Stasionara müraciət etmiş (daxil olmuş) yırtıqgəzdiricilər arasında heç şübhəsiz ilk yer qasıq yırtıqlarına məxsusdur. Yırtıqların bu lokalizasiyası qarın divarının ventral yırtıqlarının 70-75%-ni təşkil edir [39]. Sonrakı yerlər göbək (12-15%), ağ xətt (6-8%), bud (3-5%) və az rast gələn yırtıqlara (0,1-0,3%) məxsusdur [39, 116, 175, 199]. Sonuncu lokalizasiyalı yırtıqların ağırlaşmalarısız formaları klinik praktikada adətən müşahidə olunmur.

Cərrahi stasionarlarda yerinə yetirilən bütün əməliyyatların 25%-i yırtıqlarla əlaqədardır və onların 35%-i boğulmalarla bağlı təcili surətdə cərrahi əməliyyat olunur. 2000-ci ildə ABŞ-da 2,5 milyon, Avropada 1 milyon yırtıq plastikası icra edilmişdir. Hər il Rusiyada 200 mindən, Ukraynada 20 mindən artıq yırtıq əməliyyatları yerinə yetirilir [59, 76, 131]. Bu əməliyyatlardan sonra 5-40% [128, 189, 191, 203], ixtisaslaşmış hernioloji mərkəzlərdə isə 1-5% hadisələrdə residivlər baş verir [107, 169, 173, 198]. Konkret olaraq, ixtisaslaşmış Chouldice klinikasında (Kanada, Toronto)

6000 plasikadan sonra 0,6% hadisələrdə residiv inkişaf etmişdir [164]. Schumpelick-ə görə (1968) qasıq yırtıqlarının plastikası əməliyyatlarından sonra Almaniyada hər il 10% residiv meydana çıxır və bu səbəbdən 10000 cərrahi əməliyyat yerinə yetirilir [125, 137, 140, 177]. Bu ölkənin statistik bürosunun və bəzi müəlliflərin [122, 182] məlumatlarına görə qasıq yırtıqlarına görə aparılmış əməliyyatların 11,4-22,3%-i residivlərin payına düşür. ABŞ-da residiv göstəriciləri 10-15%-dir və bu xəstələrin təkrar cərrahi müalicəsinə 1 ildə 28 milyon dollardan artıq vəsait xərclənir. Rusiyada ənənəvi hernioplastika əməliyyatlarından sonra 2-20%, təkrar əməliyyatlardan sonra 35-40% xəstələrdə residiv baş verir [56, 63, 86, 98].

Mövcud plastika üsullarının və onların modifikasiyalarının çoxluğu (ədəbiyyat məlumatlarına görə 300-dən 600-ə qədər) [37, 67, 68, 92], hər il onlarla yeni plastika üsullarının, mövcud üsulların təkmilləşdirilmiş modifikasiyalarının hazırlanması və ayrı-ayrı klinikaların cərrahi əməliyyatlarının siyahısına düşməsi qarının ön divarının yırtıqlarının cərrahi müalicəsi probleminin qapanmamasının başlıca göstəricisidir. Qarın divarında zəif nöqtələrin – “axilles dabanlarının” mövcudluğu və onların cərrahi bərkidilməsinin standartlaşdırılmış universal metodikasının işlənməsinin mümkünsüzlüyü problemin daimiliyini bir daha təsdiq edir.

1.1. Qarın divarının yırtıqlarının və onların residivlərinin etiopatogenezi

Yırtıqların lokalizasiyasından, seçilmiş plastika üsulunun uyğunsuzluğundan, cərrahi əməliyyat texnikasının səviyyəsindən, cərrahi əməliyyat(lar)dan sonra xəstələrin həyat tərzinin, qidalanma və iş rejiminin dəyişməməsindən (daha da ağırlaşmasından) və bir çox digər amillərdən asılı olaraq birincili yırtıqların plastikasından sonra təkrar yırtıq əmələgəlmə səviyyəsi olduqca yüksəkdir, 15%-dən 25%-ə qədər həddlərində dəyişir [9, 31, 40, 113, 202].

Təəcüblüdür ki, keçən əsrin ilk illərinin ədəbiyyat məlumatları 100 il kecdikdən sonra da demək olar ki, yaxşılaşma doğru az dəyişmişdir. Belə ki, məlumatlara görə yırtıqların plastikası əməliyyatlarından sonra residivlərin rastgəlmə tezliyi 10-12% təşkil etmişdir. Sonuncu onilliyin ədəbiyyat məlumatlarına görə isə residiv vermə tez-

liyi 1-7% hədlərindədir. Yəni, ən yeni texnologiyaların, modern cərrahi alətlərin, avadanlıqların və məmulatların, xüsusilə tibbi polimer materiallardan hazırlanmış indifferent torların istifadəsi, gərginliksiz plastika üsullarının tətbiq dairəsinin genişlənməsi, çoxsaylı yeni əməliyyat üsullarının, metodikalarının və onların müxtəlif modifikasiyaların meydana çıxması residivlərin payının azalmasına az təsir etmişdir [32, 51, 73, 138, 190, 199, 204].

Əksər tədqiqatçılar belə qeyri-qənaətbəxş tendensiyanın səbəblərini cərrahi herniologiyada geniş tətbiq tapmış əməliyyat üsullarının qeyri-mükəmməl olmasında yox, əməliyyata hazırlıq dövrünün keyfiyyətsiz aparılması, əməliyyat üsulunun seçiminin qüsurları və əməliyyat texnikasının aşağı səviyyəsində axtarmağı məsləhət görürlər [10, 24, 80, 84, 112, 121, 191, 220] .

Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların rastgəlmə tezliyinin yüksək olması da danılmaz və təssüfləndirici faktdır [91, 104, 183, 231]. Xüsusilə, təcili abdominal cərrahiyyədə, onkoloji və ginekoloji praktikada heç də həmişə əsaslandırılmayan böyük kəsiklərin aparılması bu yırtıqların əmələ gəlməsinin əsas səbəblərindəndir. “Böyük cərrah – böyük kəsik” prinsipinin uzun illər hakim mövqə tutması, bu prinsiplərlə işləyən cərrahların formalaşmış stereotiplərinin dəyişdirilməsinin çətinlikləri (bəzi hallarda mümkünsüzlüyü), ifrat radikalizmə meyillilik və digər bu kimi səbəblərə görə abdominal cərrahiyyənin bütün şöbələrində böyükölçülü, iri kəsiklərin aparılması hadisələri xeyli çoxdur [19, 61, 110, 123]. Bir sıra klinikalarda hətta adi əməliyyatlar da böyük laparotom kəsiklərlə yerinə yetirilməkdədir [16, 88, 111]. Abdominal cərrahiyyədə, xüsusi ilə təcili cərrahiyyədə bəzən əməliyyatdan əvvəl, intraoperasion olaraq əməliyyatın həcmi müəyyənləşdirilmədən, hətta təftiş aparılmazdan öncə geniş orta və ya mərkəzi laparotomiya icra edilir, zədələnmiş orqan, toxumalar bərpa edildikdən, təkrar təftiş sanasiya və drenləşmədən sonra əməliyyat yarası təbəqələrlə tiki-lərkən cərrah tərəfindən artıq icra edilmiş əməliyyatın əməliyyat kəsiyinə uyğunsuzluğu müəyyən olunur. Belə hadisələrdə adətən cərrahi əməliyyatın qarındaxili hissəsinə sərf edilmiş vaxt itkisi, qarın divarının kəsiyinin aparılmasına və təbəqələr üzrə tikilməsinə sərf olumuş vaxtdan dəfələrlə az olur [33, 47, 68, 109, 138, 139, 171].

Postoperasion yırtıqların inkişafında digər amillərin də rolu böyükdür. Bu amillərə oturaq, hərəkətsiz həyat tərzinin davam etdirilməsi, ağır fiziki işlə məşğul olmaq, qarındaxili təzyiğin artmasına səbəb olan xəstəliklərin, patoloji vəziyyətlərin (kolitlər, xroniki qəbizlik, diareya, aramsız öskürəklə müşaiyət olunan hallar və s.) aradan qaldırılmaması və ya müalicə olunmaması və b. aiddir. 20-30 ildən əvvəlki nəticələrlə (1,7-12%) müqayisədə son illərin ədəbiyyat məlumatlarına görə əməliyyatdan sonrakı yırtıqların xüsusi çəkisi bütün digər yırtıqların 30%-ə qədərini təşkil edir [21, 29, 139, 144].

Son elmi məlumatlara görə laparotomiyalardan sonra 3-10% hallarda qarının ventral yırtıqları əmələ gəlir [28, 66, 70, 159]. Digər tərəfdən laparotomiyaya məruz qalmış xəstələrin sürətlə yaşlaşması, qocalması, yəni cərrahi və onkoloji xəstələr arasında ahıl və qoca yaşlı xəstələr kontingentinin ilbəl artması, başqa sözlə qarın əzələlərinin atrofiyası, qan təchizatının və innervasiyasının pozğunluqları (onurğanın aşağı seqmentlərində sinir kötöklərinin kompressiyası və b. səbəblərdən) yırtıq əmələgəlmənin göstəricilərinin səviyyəsini yüksəldir [5, 63, 146, 232]. Problemin belə aspektlərini mühüm hesab edən bəzi cərrahlar sonuncu onillikdə bu və ya digər böyükhəcmli laparotomiyalar zamanı bütün hadisələrdə [41, 62, 106, 177], digərləri isə yırtıq əmələgəlmə ehtimalı yüksək olan xəstələrdə [41, 68, 114, 191] əməliyyat yarasının polipropilen torlarla, bu və ya digər gərginliksiz üsullarla plastikasını tövsiyə edirlər [102, 127, 131, 186, 221]. Lakin əksər cərrahlar əməliyyatın bahalılığının artması nöq-teyi-nəzərdən belə aktiv yanaşmanı məqbul saymırlar [107, 126, 141, 156, 224].

Bəzi hadisələrdə əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar laparotomiya ilə yekunlaşmış ilk xəstəlikdən də çox xəstələrə əzab verirlər [33, 84].

Yırtıqların formalaşması coxsaylı mürəkkəb səbəblərdən baş verir. Yırtıqların əmələgəlmə səbəblərinin özlərini belə təsnifləndirmək mümkün deyildir.

К.Д. Тоскин və В.В. Жебровский (1982) yırtıq əmələgəlmənin səbəblərini 3 qrupa ayırmışdır:

I. Postoperasion erkən ağırlaşmalar (yaraların irinləməsi, eventrasiya);

II. Qarın divarının atrofik dəyişiklikləri

III. Tam keyfiyyətli çarığın regenerasiyasına və formalaşmasına təsir edən amillər.

Бородин Н.А. и соавт. (1986) bu səbəbləri ümumi (mübadilə pozğunluqları, sistem xəstəlikləri) və yerli (əməliyyat yarasının irinli-infeksion prosesləri, eventrasiya, digər üzv və sistemlər tərəfindən inkişaf etmiş əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar, qarındaxili təzyiqin artmasına səbəb olan patoloji vəziyyətlər) olmaqla 2 yerə bölmüşdür.

Cərrahi əməliyyatdan sonra əmələ gəlmiş yırtıqları olan xəstələrin 32-67%-i anamnestik olaraq laparotomiya yarasının irinləməsinə səbəb kimi göstərmişlər [10, 49, 59, 70, 140, 141, 156]. Yaraların liqatura fistulu, infiltrat və uzun müddətli seromalarla ağırlaşması yırtıq əmələ gəlməsinin risk faktorlarına, total irinləmə və eventrasiya isə bilabası təbəblərinə aid edilməkdədir [2, 58, 60, 89, 101, 115, 105, 171, 184]. Əməliyyatlardan sonra yırtıqların səbəbləri 3-5% hadisələrdə seromalar, hematomalar və infiltratlardır [164]. Əməliyyat çarığının xroniki iltihabı, çarıqaltı sahədə “mürgüləyən” infeksiya, liqatura fistulları əməliyyatdan sonrakı yırtıqların əmələ gəlməsində müəyyən çəkiyə malikdir [171].

1.2.Qarın divarının yırtıqlarının cərrahiyyəsinin inkişaf tarixi

Yırtıq cərrahlığının tarixi 100 ilə yaxındır və bu tarix Paduan Universitetinin (İtaliya) professoru E. Bassini-nin 1884-cü ildə qasıq kanalının arxa divarının “gərginlikli” plastikası üsulunun metodikasını təklif etməsindən başlayır [151, 178]. Qasıq yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyatın prinsipləri Marcy H.O. (ABŞ) və Bassini E. (İtaliya) tərəfindən XIX əsrin sonlarında formalaşdırılmışdır və həmin prinsiplər bu günə qədər qüvvədədir [178]. Qasıq yırtıqları zamanı anatomik strukturların normal münasibətlərinin bərpasının, qasıq kanalının arxa divarının bərkidilməsi və daxili qasıq dəliyinin normal ölçülərə qədər daraldılması ideyasını ilk dəfə onlar irəli sürmüşlər. Bu gün cərrahi herniologiyada qasıq yırtıqlarına görə mövcud olan bütün plastika üsulları və onların çoxsaylı modifikasiyaları Bassininin klassik üsulunun tövəmələridir. Yəni, hazırda mövcud bütün plastika üsulları Bassini metodikasına əsaslanmışdır [16, 81, 99, 136, 182, 226]. Bu üsulların bir hissəsi klinik praktikada özünü

doğrultduğuna görə müvəffəqiyyətlə istifadə edilməkdədir və hər hansı klinikada formalaşmış prinsiplərə uyğun olaraq qasıq kanalının arxa divarının plastikasının bu və ya digər üsulu prioritet mövqeyə malikdir.

Amerikan cərrah H.O. Marcy tərəfindən 1869-cu ildə ilk dəfə qarının ön divarının yırtıqlarının transabdominal plastikasının mümkünlüyü sübut olunmuşdur. O, qarın boşluğu tərəfdən qasıq yırtığının kisəsini tikiş sapı ilə bağlamış və daxili dəliyi fenolla işlənmiş ketqutla qapamışdır. 1932-ci ildə G. L. Roque transabdominal əməliyyatın texnikasını təkmilləşdirmiş və onu “transabdominal üsul” adlandırmışdır. Kəsik qasıq bağından içəridə aparılmış, qarın boşluğu açılmış, yırtıq kisəsinin ayrılması, yuxarıdan kəsilməsi və qarının plastikası boşluq tərəfdən icra edilmişdir. Boğulmuş yırtıqlar zamanı bu kəsik nekrozlaşmış böyük piylik hissəsini və ya anastomoz qoyulmaqla bağırsağ ilgəyini rezeksiya etməyə imkan vermişdir.

Bassini usulu əsasında Chouldice-nin təklif etdiyi plastika üsulu “qızıl standart” hesab olunsada bu üsuldən sonra 10%, mürəkkəb yırtıqlardan sonra isə 30% və daha çox hallarda residiv əmələ gəlir [151].

Yırtıq qapısının, xüsusilə böyük defektlərin tikişlərlə, metallik sancaqlarla yaxınlaşdırılması, yerli toxumalarla yamanması, duplikaturası və bərkidilməsi metodikaları qarın divarının toxumalarının dartılmasına, liflənməsinə, zəifləməsinə görə mümkünsüz və ya effektivsiz olur. Residivlərin yüksək tezliyi və ənənəvi cərrahi müalicənin əlverişsiz nəticələrinin payının çoxluğu, ən əsası qeyri-qənaətbəxş nəticələrin (ağırlaşmalar, residivlər) xəstələrin həyat keyfiyyətinə birbaşa mənfi təsirləri alternativ plastika üsullarının axtarışına əsaslar yaratdı. Birməməli olaraq residivvermənin əsas səbəbi bioloji fərqli toxumaların bir-birinə gərginlikli tikilməsi hesab edilmişdir [7, 19, 55, 61, 82, 83, 109, 156, 185, 227].

Yırtıqların çoxsaylı plastikası üsulları və modifikasiyaları qarının ön divarının (yırtıqətrafi bölgənin) toxumalarının və digər materialların istifadəsinə görə təsniflənmişdir:

1. Autoplastika:

- fassial-aponevrotik;

- əzələ;
- əzələ-aponevrotik;
- auto- və homomaterial (autodermoplastika, homofassial plastika, meyid material-ları ilə dəri, fassiya, sərt qişa və b.)) plastikası.

2. Alloplastika (heterogen bioloji, sintetik protezlər);

3. Kombinə edilmiş (autogen və heterogen toxumalarla) plastika.

Fassial-aponevrotik plastika daha keyfiyyətli və etibarlı plastika üsuludur. Çünki bu üsulla plastika zamanı eyniadlı toxumaların bir-birinə tikilməsi hesabına etibarlı sərt birləşmələr əmələ gəlir [15, 22, 114]. Ona görə də bu günə qədər həmin plastika üsulunun çoxsaylı variantları və modifikasiyaları cərrahi praktikada geniş istifadə edilməkdədir [7, 48, 107, 139, 174, 246, 283].

Qasıq kanalının arxa divarının Bassini üsulu və onun modifikasiyaları (Postempsky, Crischner, Mac Vay, Shouldice) bu gün də Amerika və Avropa ölkələrində, o cümlədən MDB məkanında əsas cərrahi plastika üsulları kimi əhəmiyyətini itirməmişdir [24, 59, 142, 196, 225, 271].

Bütün plastika əməliyyatlarına aşağıdakı tələblər irəli sürülür:

1. Texniki sahə və az travmatiklik;
2. Toxumaların dartılmaması (gərilməməsi);
3. Eyniadlı toxumaların bir-birinə tikilməsi;
4. Plastika zamanı üzvlərin çıxarılması və ya rezeksiyasına maksimum yol verilməməsi;
5. Plastika üsuluna şablon yanaşmamalı, hər konkret halda daha optimal və rəasional plastika üsulunun seçilməsi,.

Yırtıq qapısı və qarın divarının defektlərinin plastikasında autotoxumaların və sintetik materialların istifadəsi yırtıq cərrahiyyəsinin tarixi ilə üstü-üstə düşür. 1900-cü ildə Almaniyada (Witzel O. və Goupel R.) gümüş folqa, 1903-cü ildə ABŞ-da gümüş saplardan toxunmuş tor istifadə edildi. Gümüş tor istifadəsi haqqında ilk məlumatı 1909-cü ildə Qrinviç Simen hospitalından (London) Mc Gavin verdi. Lakin fol-

qa toxuma mayesi ilə təmasdan sonra qısa müddətlərdə oksidləşdi, korroziyaya uğradı, fraqmentlərə parçalandı və yerini dəyişdi. Bu, irinli-iltihabi ağırlaşmalar və fistulların əmələ gəlməsinə səbəb oldu.

1900-cü ildən başlayaraq hernioplastika məqsədi ilə gümüş, polad (toilinox), tantal, neylon, kapron kimi sintetik vasitələr klinik-eksperimental olaraq istifadə olunmağa başlandı. Keçən əsrin 20-ci illərində qasıq və əməliyyatdan sonrakı yırtıqların plastikasında tantal, paslanmayan polad tərkibli torlar istifadə edilirdi. Yırtıq cərrahiyyəsində paslanmayan polad və tantal torlar istifadəsi 1940-cı ildən başlayaraq mühüm yer tutdu [74, 100, 149]. Tantal bəhə olsa da kimyəvi indifferentliyinə və toxumalarla yaxşı qovuşmasına görə əlverişli protezləşdirici material kimi tanındı. Tantal tora doğru ətraf toxumalardan qan damarları ilə zəngin birləşdirici toxuma inkişaf edərək onun möhkəmliyini daha da artırdı. Lakin 50-ci illərdə tantal torların bədəndə fraqmentasiyası, sınıması, nazik bağırsaq fistullarının, yara fistullarının əmələ gəlməsi, fraqmentlərin dəriyə və qarın boşluğuna sirayət etməsi məlum oldu [168]. Bu və digər ağırlaşmalara görə metal torlar 60-cı illərdən başlayaraq hernioloji praktikadan sıxışdırılaraq çıxarıldı.

1954-cü ildə Narat J.K. və Khedroo L.G. prtotezləşdirici material kimi sellülozadan hazırlanmış bioloji inert material – fortisan təklif etdilər [243]. 1961-ci ildə Abrahams J.I. və Ionassen O.T. yırtıq plastikasında 2 mm qalınlıqlı polivinol süngərin (ivalon) tətbiqinin nəticələrini dərc etdirdi [172].

İriölçülü yırtıq qapısının qapadılması üçün yerli toxumalar kifayət etmədiyindən müxtəlif autotoxumalar və alloplastik materialların istifadəsi məqsədi ilə aponevroz, fassiya, baş beyinin sərt qişası, dəri [36, 55, 71, 79, 158] və müxtəlif metallik, sintetik materiallar [69, 74, 99, 143] tətbiq olunmuşdur. Исмайллов А.А., Руиндеж Т.Г. (1967) qarın divarının defektlərinin plastikası üçün dondurma üsulu ilə konservləşdirilmiş fassiya homotransplantatını istifadə etmişdir [83]. Янов В.Н. (1974) dəri autotransplantatının istifadəsini məqbul hesab etmişdir [169]. Defekt nahiyəsində autodəri toxumalarla qovuşaraq sərt birləşdirici toxuma lövhəsi əmələ gətirməklə qarının ön divarının yırtıqlarının residivinin qarşısını alır. Белоконев В.И. с соавт. (2005) qarın

divarının defektlərini, yırtıq kisəsinin qişaları və perforasiya olunmuş autodəri parçası ilə plastikasını səmərəli hesab etmişdir. Autodermal plastika əlverişli göstəriciləri ilə yanaşı ağırlaşmaları (transplantatın nekrozu və qopması, fistulların əmələ gəlməsi, dermatitlərin inkişafı) ilə rahatsızlıq yaratmışdır [37].

Янов В.Н. görə (2000) autodermal transplantatlar bu gün ən etibarlı plastik materialdır və qarın divarının defektlərinin plastikası üçün onların istifadəsi olduqca effektivdir [170].

Allo- və ksenotransplantatlar içərisində baş beyinin sərt qişası, ksenofassiya, ksenoperiton, ksenoperikard, fassiya və digər biomatrialların istifadəsi bu gün də bir sıra müəlliflər tərəfindən geniş tətbiq olunur. Lakin, bu materialların istehsalının və əldə edilməsinin çətinlikləri onların tətbiqini xeyli məhdudlaşdırır [34, 38, 77, 79, 92, 103, 139, 144, 153, 161].

Андреев С.Д. görə (1993) yırtıq qarısının ölçüləri 15-20 sm olduqda auto-, allo- və ya ksenotransplantatlar istifadə edilməlidir [29]. Daha böyük defektlər sintetik protezlərlə qaradılmalıdır. Дерюгина М.С. (2001) giqant postoperasion yırtıq defektlərinin plastikası üçün kombinə edilmiş biosintetik materialın (lavsan tora bürünmüş böyük piylik hissəsi) böyük klinik əhəmiyyətini qeyd etmişdir. 11 il ərzində müşahidə zamanı residiv hadisəsi olmamışdır [63, 64].

Sonuncu onillikdə təkmilləşdirilmiş metal tərkibli protezlərin istifadəsinə yenidən başlanılmışdır. Веронский Г.И., Зотов В.А. (2000) böyük ventral və residiv yırtıqların cərahiyyəsində diri toxumaların elastikliyinə yaxın olan nikelid-titan torlar tətbiq etmişlər [44]. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların alloplastikasından sonra uzaq dövrdə 20% xəstələrdə protezin sınması, fraqmentasiyası, toxumalar tərəfindən rədd edilməsi, uzunmüddətli sağalmayan fistullar və 6% hallarda residivlər baş vermişdir. Metal torların sınması (iri damarlar nahiyəsində bu çox təhlükəlidir), qeyri-elastikliyi onların ciddi qüsurlarındandır. Digər tərəfdən onkoloji xəstələrə şüa terapiyasının aparılmasına görə metal stentlərin qoyulması mümkünsüzdür.

1959-cu ildə Usher F.C., Gannon J.P. tərəfindən plastik material kimi polipropilen torun uğurlu istifadəsi haqqında verilmiş məlumat alloplastikada inqilabi dö-

nüşə səbəb oldu [281]. Sintetik implantatların arsenalı çox genişdir. Lakin bu günə qədər bütün tələblərə cavab verən protez yaradılmamışdır.

Tibbi polimerlərin sintezi, yeni texnologiyaların inkişafı və cərrahlığa aktiv daxil olması cərrahi hernioloji praktikada alloplastik materialların geniş istifadəsinə səbəb oldu. Alloplastik materialların istifadəsi “gərginliksiz” (“tension-free”) plastika üsulunun (Lichtenstein İ.L., 1981) meydana çıxması ilə tamamlandı [227]. Bu metodun üstünlüklərinə onun sadəliyi, əməliyyatdan sonrakı ağrıların əhəmiyyətli səviyyədə azalması, xəstələrin erkən aktivləşməsi, tibbi-reabilitasiya prosesinin qısalması və ən əsası həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması, xəstələrin xeyli erkən müddətlərdə tibbi-sosial reabilitasiyası aiddir [28, 102, 113, 207].

Hazırda klinik praktikada poliestr (“Mylar”, “Dacron”, “Mersilene”), polivinil (“Vinyon-N”), akril (“Orion”), polietilen, polipropilen (“Marlex”, “Prolene”, “Galmesh”, «Линтекс», «Эсфил»), dartılmış teflon və ya politetraftoretlen (PTFE, e-PTFE, “Gore-tex”), poliqlastin (“Vicril”), poliqlikol (“Dexon”) ən çox istifadə edil-məkdədir [1, 16, 31, 55, 99, 108, 113, 119, 128, 139, 185, 201, 229].

Poliestr torlar ABŞ-da, Avropada, xüsusilə Fransada daha çox istifadə olunur. O, xeyli elastikdir, zərifdir, liflərarası sahələr genişdir və polipropilendən fərqli olaraq defektətrafi toxumaların iltihabını törətmir [112, 156, 190, 222, 227, 230].

Hazırda istər qərb ölkələrində, istərsə də ölkəmizdə polipropilen torlar (“Marlex”, “Prolen”) geniş tətbiq edilir [1, 10, 31, 36, 55-58, 110, 192, 207, 226]. Ru-siya Federasiyasında karbon lifli «Карбоникус-И», «Линтекс» və «Эсфил» torları-nın tətbiq səviyyəsi xeyli yüksəkdir [99, 100, 111, 138].

İlk dövrlərdə teflonun (sərt politetraftoretlen) tətbiqi seromaların, digər irinli ağırlaşmaların inkişaf tezliyinin çoxluğuna görə əlverişsiz oldu. 1976-cı ildə istehsal prosesinə yeni texnologiyaların cəlb olunması hesabına klinik praktikaya mikroməsə-məli (məsamələrin ölçüləri 10 nm-dən az) teflon (e-PTFE, “Gore-tex”) sintetik torlar yol açmağa başladı. 1977-ci ildə e-PTFE-nun ürək-damar cərrahlığında, 1990-cı ildən isə hernioloji praktikada istifadəsi təmin olundu. e-PTFE toru maksimal inertdir, bitişmə prosesi yaratmır. Ona görə də amerikan cərrahlarının fikrincə, intraperitoneal

olaraq müvəffəqiyyətlə yerləşdirilə bilər [166, 198, 219]. Lakin bəzi tədqiqatçılar mikroməsəmli teflon istifadəsindən sonra da 42% hadisələrdə seromaların əmələ gəlməsini qeyd etmişlər [134, 181, 209]. С.Е. Митин-ə görə polipropilen torların tətbiqindən sonra seromalar daha çox inkişaf edir [102]. Lakin həm polipropilen, həm də PTFE torların implantasiyasından sonra bitişmə prosesinin qabarıqlığı eyni səviyyədə olur. Bütün bunlara baxmayaraq polipropilen və PTFE tərkibli torlar daha populyardır [4, 18]. Lakin karbon lifli (“Karbonikus”, Rusiya), lavsan, neylon tərkibli [7], antimikrob örtüklü [53] torlar hələ də istifadə edilməkdədir.

Operativ herniologiyada istifadə edilən ən yeni protez materialları kimyəvi tərkibinə (polipropilen, politetrafloretin, poliqlastin, poliqlikol və s.), fiziki xassələrinə (sorulan və sorulmayan), liflərin strukturuna (monofilament, polifilament) və fəza strukturuna (lövhəli, üçölçülü) görə ayrılırlar. Monofilament torlar bir, polifilament torlar isə bir-birinə sıx yerləşmiş çoxsaylı liflər dəstəsindən ibarətdir. Polipropilen tərkibli prolen, "Gore-tex", “Trelex”, “Marlex”, “Atrium”, “Surg Mesh”, “Galmesh”, “Vipro-1”, “Vipro-2” və s. mono-, “Teflone”, “Mersilene”, “Ekoflon”, “Surgipro”, «Линтекс» (Санкт-Петербург) polifilament protezlərə aiddir.

Son bir neçə ildə cərrahi praktikaya “Ethicon” firmasının (ABŞ) Vypro-1 və Vypro-2 kompozit torlu implantatları daxil olmuşdur [7, 31, 34, 88, 106, 181, 208, 225]. Bu torlar sorulmayan monosaplar və biodeqradasiya edən liflərin kombinasiyasından ibarətdir, yəni yerli toxumalarla intim birləşir, zaman keçdikcə fraqmentasiyaya uğrayır, sərt, dayanıqlı yerli birləşdirici toxuma formalaşdıqdan sonra sorulur [146, 182, 218, 225].

Müasir hernioloji cərrahiyyədə protezləşdirici materiallara aşağıdakı tələblər irəli sürülür: 1) xəstənin toxumalarının təsirindən protez fiziki xassələrini itirməməlidir; 2) kimyəvi inert olmalıdır; 3) iltihabi reaksiya törətməməlidir; 4) kanserogen xassələri olmamalıdır; 5) fiziki yüklənməyə tab gətirməlidir; 6) allergen olmamalıdır; 7) zəruri formalarda (tor, lövhə, göbələk və s.) istehsal olunmalıdır; 8) xassələrini itirmədən asan sterilləşməlidir; 9) yaxşı dartılmalıdır; 10) ətraf toxumalarla inkapsul-

laşmalı və qarın üzvləri ilə təmas zamanı bitişmə prosesi, fistul törətməməlidir [80, 115, 209, 227].

Mükəmməl protezin bir səthi antimikrob preparatlarla hopdurulmalı, digər səthi isə daxili üzvlərlə təmas zamanı bitişmələrin, fistulların inkişaf etməməsi üçün xüsusi örtüklərlə örtülməlidir. Bu baxımdan bir səthi sellüloza ilə örtülmüş sintetik torlar böyük üstünlüklərə malikdir və hazırda operativ ginekologiyada əvəzsiz material hesab olunur [156, 199, 218].

1.3. Yırtıqların endovideoskopik cərrahiyyəsinin inkişaf tarixi və müasir vəziyyəti

Ötən əsrin sonlarında yeni texnoloji vasitələrin yaradılması onların yırtıq cərrahiyyəsinə daxil olması ilə nəticələndi. Bu yırtıqların ilk “qapalı plastikası” (endovideocərrahi) üsullarının klinik praktikaya daxil olması ilə yekunlaşdı. 1979-cu ildə ABŞ-da R. Ger-in rəhbərliyi altında cərrahlar qrupu laparoskopun nəzarəti ilə qarın boşluğu tərəfdən yırtıq qapısını endostepler istifadə etməklə metallik sancaqlarla qapadılar. Lakin yırtıq qapısının tikiş və ya sancaqlarla qapadılması metodikası böyükölçülü defektlər və ya qarın divarının toxumalarının zəifliyi (böyük ölçülü qasıq-xayalıq, ventral, residiv və postoperasion yırtıqlar) zamanı səmərəli olmadı [112, 163, 206, 219].

Son 15-20 il ərzində endovideocərrahi plastika üsullarının təkmilləşməsi keyfiyyətli, etibarlı protezləşdirici materialların və endocərrahi texniki avadanlıqların istehsalı ilə birbaşa əlaqədardır [71, 73, 142, 193]. Lakin videocərrahi əməliyyat metodikalarının mürəkkəbliyi, bahalılığı, əks-göstərişlərin çoxluğu [92, 189, 210, 216], təhlükəli intraoperasion ağırlaşmaların və residivlərin [107, 125, 126, 196] başvermə riski bu üsulların əsas qüsurlarıdır [48].

1959-cu ildə Nyhus L.M. qasıq kanalının arxa divarına peritondankənar yanaşma üsulunu təklif etdi. Bu qasıq kanalının dəyişilmiş ön divarına toxunmadan yırtıq qapısını qapamağa imkan yaratdı. Həmin üsul ABŞ-da geniş yayılmağa başladı [138, 170-173, 192, 209, 211-215, 231, 249]. Lakin keyfiyyətli sintetik materialın olmamasına

görə o, şərq Avropada, Rusiyada, ölkəmizdə və inkişaf etməkdə olan digər ölkələrdə tət-biqini tapmadı [1, 12, 114, 139, 167, 193].

Endovideocərrahi hernioplastikanın inkişafı bilavasitə plastik materialın keyfiyyətinin və dayanıqlığının artırılmasından asılıdır. Lichtenstein I.L. (1989), Klein S.R. (1992), Hawasli A. (1992), Campos L. (1993), Le Blanc K.A. (1993) və əksər tədqiqatçılar açıq və ya endovideoskopik üsullarla yırtıq qapısının etibarlı, gərilməsiz plastikasını uğurlu nəticələrin əsası hesab edirlər. Məhz buna görə sintetik protezin özünə qarşı tələblər günbəgün artmaqdadır [187, 204, 218, 222, 227].

Ölkəmizdə də yırtıqların istər açıq, istərsə videocərrahi atenzion plastika əməliyyatları zamanı polipropilen tərkibli torlara daha çox üstünlük verilir. Lakin bəzi klinikalarda Rusiya Fedeasiyasının istehsalı olan torlar (“Эслан” (lavsan), “Карбоникус-И” (karbon lifli), polipropilen tərkibli “Линтекс” və “Эсфил”) da tətbiq olunur [99, 100].

Açıq və qapalı hernioplastika əməliyyatlarında sintetik torların harada yerləşdirilməsi və fiksasiyası məsələləri müzakirə mövzusu olaraq qalmaqdadır. İmplantat defekt nahiyəsini tam qapamalıdır. Yırtıq qapısının ölçülərindən kiçik protezlərin yerləşdirilməsi, yırtıq qapısının tam qapanmaması əksər cərrahlara görə residivlərin səbəblərindəndir [25, 56, 138, 185, 212]. H. Becker-in (Almaniya) məlumatlarına görə implantatın ölçüləri ilə residivlərin tezliyi arasında düz əlaqə mövcuddur [221]. Belə ki, qasıq yırtıqları timsalında torların ölçüləri 8X12 sm-dən az olduqda residivlər 52%, 8X12 sm olduqda 10,1%, 8X13 sm olduqda 3,5%, 11X15 sm olduqda isə 0,3% hallarda əmələ gəlir. Yəni implantatın etibarlı fiksasiyası fiksatorların sayı və fiksasiya üsullarından əlavə, qoyulmuş torun adekvat ölçülərindən çox asılıdır.

Polipropilenin yaradılması və videoendocərrahi texnologiyaların inkişafı L.M. Nyhus-un ideyasına yenidən baxmağı zəruri etdi. 80-ci illərdən başlayaraq qasıq kanalının arxa divarının müxtəlif plastika üsulları ilə bəstələnməyə başlandı. Fizioloji xüsusiyyətlərinə və etibarlılığına görə Corbitt J.D. üsulu ön plana çıxdı. J.D. Corbitt yırtıq kisəsini yuxarıdan bağlayaraq kəsmiş, nəticədə sintetik torun hər 2 parçası qarın divarı və boşluğu tərəfdən peritonla örtülmüşdür. Bu metodikanın tətbiqindən sonra J.D.

Corbitt 200 xəstədən yalnız 1-də, Rutkow İ.M. isə (1994) 1700 xəstədən 3-də residiv müşahidə etmişdir [190, 265]. Statistik məlumatlara görə bu üsulun tətbiqindən sonra residivlərin tezliyi 2%-i aşmamışdır [146, 195, 214]. Lakin son illərdə ədəbiyyatda 6%-lik residiv vermə məlumatlarına rast gəlinir [221]. Qənaətbəxş nəticələrinə baxmaya-raq bu üsulun bir sıra qüsurları və çatışmayan cəhətləri vardır. Ən əsası Corbitt üsulu çox bahadır, texniki cəhətdən olduqca mürəkkəbdir, xüsusi hazırlıq, yüksək ixtisaslı endocərrahlar briqadası, xüsusi texniki vəsait və endotraxeal intubasiya şəraitində ümumi anesteziya tələb edir. Ona görə də bu üsulun xüsusi göstərişlər əsasında, ikitərəfli qasıq yırtıqlarının və simultan cərrahi əməliyyatların icrasına göstəriş olduqda tətbiqi məqsədəuyğundur [23, 78, 124, 172].

İlk laparoskopik (transabdominal) hernioplastika əməliyyatı 1990-cı ildə ameri-kan cərrahı Schultz L. tərəfindən yerinə yetirilmişdir [267]. Qarın boşluğu tərəfdən parietal periton kəsildikdən sonra yırtıq möhtəviyyatı qarına salınmış, yırtıq qapısı sərbəstləşdirilmiş, ikiləçəkli sintetik protezin kiçik ləçəyi “doldurucu-tıxac” kimi qasıq kanalına yeridilmiş, böyük ləçəklə isə defekt qarın boşluğu tərəfdən örtülmüş və fiksasiya edilmişdir. Lakin protezin parietal peritonla örtülməməsi metodikanın qüsurlarındandır. Bu qarın orqanları ilə bitişmələrin, kəskin bağırsağ keçməməzliyinin, fistulların əmələ gəlməsinə, 15% hallarda isə residivlərin inkişafına səbəb olur. Ona görə də protezin peritonlaşdırılması bu ağırlaşmaların inkişaf riskini xeyli aşağı salır. Bu üsulun tərəfdarları 2-8-9% hallarda residivlə üzləşmişlər [92, 138, 160, 187, 208]. Hazırda bu üsul transabdominal plastika (TAP) üsulu kimi tanınmışdır.

Endovideoskopik herniologiyada Nebraskili (ABŞ) cərrah R. Fitzgibbonsun xidmətləri əvəzsizdir. O, transabdominal yolla torlu protezin peritonönü (preperitoneal) sahəyə yerləşdirilməsi üsulunun müəllifidir. Pnevmooperitoneum yaradıldıqdan sonra defekt nahiyəsində parietal periton kəsilir, toxumalardan diqqətlə ayrılır, kisə möhtəviyyatı qarın boşluğuna salınır, protez defekt nahiyəsinə fiksə edilir, sonda periton loskutları bir-birinə tikilir. Nəticədə protez periton qişası ilə örtülür. Müəllif 59 xəstədən ancaq 1-də residiv baş verməsini qeyd etmişdir [198]. Bu metodikanın ardıcılları-

na görə residivlər ya əmələ gəlmir, ya da minimal rəqəmlərlə ifadə olunur [156, 189, 208, 217, 222].

2002-ci ildən başlayaraq Lichtenstein üsulu ilə plastika hernioloji praktikada dayanıqlı mövqe tutdu. Hazırda bəzi nüfuzlu klinikalarda bu metod əsasında açıq və qapalı (endoskopik) hernioplastika üsulları qasıq yırtıqlarında seçim əməliyyatı hesab edilir [91, 149, 171, 187, 219].

İkitərəfli və çoxsaylı yırtıqlarla digər qarın əməliyyatlarının (simultan) laparoskopik yerinə yetirilməsi bu gün heç kimi təcübləndirmir.

Postoperasion yırtıqların alloplastikasında 3 variant istifadə edilir: protezin aponevrozüstü yerləşdirilməsi ilə (“on lay”) kombinə olunmuş plastika; protezin əzələaltı (“sub lay”) və ya peritonönu (“in lay”) yerləşdirilməsi və qarın divarının defektinin sintetik materialla qapadılması ilə kombinə olunmuş plastika [34, 124, 146, 193]. Yırtıq qapısının kənarlarının bir-birinə yaxınlaşdırılmaqla tikilməsi və tikiş xəttinin protezlə bərkidilməsi əməliyyatı xeyli geniş yayılmışdır. Lakin böyük və gıqant yırtıqlarda bu metodika atenzion plastika prinsiplərinə ziddir, qarındaxili təzyiqin əhəmiyyətli yüksəlişinə və tikiş tutmazlığına görə residivlə yekunlaşır [4, 48, 124, 206]. Protezləşdirici materialın aponevrozüstü yerləşdirilməsi zamanı dərinin və dərialtı toxumanın geniş mobilizasiyası tələb olunur. Nəticədə toxumaların qan təchizatı, venoz qanın və limfanın axını pozulur, uzunmüddətli davamlı eksudasiya baş verir, seroma formalaşır, dərialtı toxuma nekrozlaşır, və nəhayət irinli-iltihabi ağırlaşmalar inkişaf edir [5, 123, 132].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə əksər müəlliflər protezin əzələaltı və ya peritonun önündə yerləşdirilməsi və qarın divarının defektinin sintetik materialla qapadılması ilə kombinə olunmuş plastikanı daha çox istifadə edirlər. Yırtıq qapısı parietal periton və ya düz əzələlərin arxa yatağı hesabına qapadılır, onun üzərindən implantat qoyulur və sonuncu qarının ön divarının fassial strukturlarına tikilir. Aponevrozun parçaları isə protezin üzərindən bir-birinə tikilir. Texniki cəhətdən bu üsul mürəkkəb olsa da seromaların, digər ağırlaşmaların əmələgəlmə tezliyi azdır. Lakin böyük, çox böyük və gıqant yırtıqlarda bu üsulun tətbiqi mümkünsüzdür. Bu hallarda protez sadəcə so-

rumayan saplarla perimetr boyunca yırtıq qapısının kənarlarına tikilir, qapı daraldılır. Bu əməliyyatdan sonra seromaların və başqa ağırlaşmaların inkişaf riski yüksək olur. Ona görə də protezüstü sahənin aktiv drenləşdirilməsi tövsiyə edilir [131]. Семенов Ф.В. (2007) aktiv drenaj istifadəsini məqsədmüvafiq hesab etmir. Bu müəllif erkən postoperasion dövrdə ardıcıl USM ilə kiçik ölçülü seromaların diaqnostikasını və zərurət yarandıqda punksiyon boşaldılmasını təklif edir. Bir neçə punksiyadan sonra seromaların inkişafının və onların ağırlaşmalarının qarşısı alınır [131, 132].

Ötən əsrin sonlarından başlayaraq praktik təcrübənin zənginləşməsi hesabına bir çox cərrahlar sintetik torların peritonönu yerləşdirilməsi metodlarının istifadəsinə üstünlük verdilər [28, 89, 109, 157, 223]

Son illərdə protezin ekstraperitoneal yolla peritonönu sahədə yerləşdirilməsinin tərəfdarları artmaqdadır. Hasson metodikası ilə qarın divarına troakar yerləşdirildikdən sonra peritonönu sahənin karbon qazı (pnevmo-separasiyası) və fizioloji məhlulla ayrılması (hidroseparasiyası) aparılır. "Visiport" troakarının yaradılması peritonönu sahəyə, yırtıq nahiyəsinə giriş problemini demək olar ki, tamamilə aradan qaldırmışdır. 45⁰-li laparoskopun nəzarəti altında yırtıq kisəsi iti və küt üsullarla ətraf toxumalardan, bitişmələrdən ayrılır, möhtəviyyat qarın boşluğuna düzəldilir, kisə dibindən bağlanır və ya endosteplərlə tikilir, kəsilir. Sonda defekt nahiyəsinə sintetik tor qoyulur və fiksatorla defektin kənarlarına sancaqlanır. Mc Kernan J. B., Laws H. L. (1993) tərəfindən təklif edilmiş bu üsul hazırda total ekstraperitoneal plastika (TEP) adlandırılır [235].

TEP zamanı torun yerləşdirilməsinin asanlaşdırılması üçün Himpens J., Cadiere G.B., Bruyys J.A. (1994). burulmuş torun nitinolla bağlanmasını təklif etmişdir [208]. Toxuma mayesi ilə təmasdan sonra nitinol açılır, tor əvvəldən verilmiş formasını alır və defekt sahəsini etibarlı qapayır. Popp L.W. et al. (1993), Phillips E.H. et al. (1993), Brown R.B. (1994) və b. müəlliflər qarın boşluğunun açılmamasını, təbii ki, qarın boşluğu tərəfdən ağırlaşmaların olmamasını TEP-nin üstünlüklərindən hesab edirlər [183, 254, 257]. Qarın divarının ikitərəfli (qasıq, bud) yırtıqları zamanı da TEP istifadəsi daha məqsədə müvafiqdir. Lakin, bu üsul texniki çətinlikləri, icra

müddətin çox olması ilə seçilir. Digər tərəfdən simultan qarın əməliyyatlarının icrasına göstəriş olduqda o, TAP-la əvəz edilməlidir.

Hər 2 plastika üsulunda protezin metal (titan) sancaqlarla fiksasiyası xeyli populyardır. Lakin titan sancaqlarla fiksasiya zamanı damarların və sinirlərin zədələnməsi ehtimalı yüksəkdir [146, 173]. Campos L., Sipes E. (1993) öncədən protezin kənarlarında dəşik açmaqla titan sancaqların fiksasiyası nöqtələrini müəyyənləşdirirlər [187]. Rosenthal D. və Franklin M.E. (1997) fiksasiya məqsədi ilə adi tikişi daha məqsədə müvafiq hesab edirlər [264]. Hawasli A. (1992) göbələkşəkilli sintetik protezə üstünlük verir. Protezin göbələk hissəsi yırtıq qapısını doldurur və implantatın fiksasiyasına zərurət yaranmır [204].

Hoffman H. və Traverso V. (1999) 204 endoskopik TEP əməliyyatından sonra 1 xəstədə 42 ay müddətində residiv meydana çıxmasını müşahidə etmişdir. Riyazi proqnozlaşdırma üsullarına istinad etməklə bu müəllif 25 il ərzində residivlərin tezliyinin 1%-dən çox olmayacağı ehtimalını irəli sürmüşdür [206].

Digər müəlliflərə görə endoskopik TEP-dən sonra irinli ağırlaşmalar 1-5,9% hallarda rast gəlir [57, 105, 107, 185, 201, 210, 225, 230].

Ger R. (1991) 450 laparoskopik TAP əməliyyatından sonra xəstələri 6 aydan 30 aya qədər müşahidə etmişdir. Yalnız ilk 50 əməliyyatdan sonra 3 xəstədə residiv baş vermişdir. Yalnız 1 xəstədə açıq əməliyyata konversiya həyata keçirilmişdir. Xəstələrin 90%-i əməliyyat günü evə buraxılmışdır. Əməliyyatdan sonra 361 xəstədə ağrılar olmamış və ya minimal səviyyədə olmuşdur. 3-10-cu günlərdə xəstələrin əksər hissəsi əmək fəaliyyətinə başlamışdır. Yalnız 1 xəstədə troakar yarasının irinləməsi, xayalığın psevdoseroması (6 xəstədə), dərialtı və dərin hematomalar (5), 12 mm-lik troakar yerində yırtıq əmələ gəlməsi (1) və xroniki postoperasion ağrılar (3) xəstədə rast gəlmişdir [200].

Phillips E.H. et al. (1995) 2559 xəstədə müxtəlif üsullarla yerinə yetirilmiş 3229 endovideocərrahi hernioplastika əməliyyatlarının nəticələrini təhlil etmişdir. 1553 xəstədə 1994 (60%) endovideoskopik TEP, 367 xəstədə isə 578 (18%) laparoskopik TAP əməliyyatları aparılmışdır [253]. Digər metodikalardan: intraperitoneal

protezləşdirici hernioplastika 295 xəstədə 345 əməliyyat (11%), “kiçik yırtıqlarda intraabdominal girişlə “tıxac” qoyuluşu – 278 xəstədə 286 əməliyyat (9%), qarın boşluğu tərəfdən laparoskopun nəzarəti altında yırtıq qapısının sadə tikilməsi – 66 xəstədə 76 əməliyyat (2%) yerinə yetirilmişdir. Müəlliflərə görə “böyük” ağırlaşmalar 17 (0,5%), “kiçik” - 265 xəstədə (8%) meydana çıxmışdır. Təkrar cərrahi əməliyyat və ya yenidən hospitalizasiya tələb edən ağırlaşmalar “böyük”, ambulator şəraitdə konservativ müalicə tələb edən ağırlaşmalar “kiçik” hesab edilmişdir.

Phillips E.H. et al. (1995) görə endovideocərrahi plastika metodikalarının tətbiqindən sonra ümumi residiv əmələgəlmə əmsalı 1,7%-dir. Chouldice klinikasının məlumatlarına görə bu əmsal 1,5% təşkil edir [253].

Stoker D.L. et al. (1994) ənənəvi və endovideoskopik plastika əməliyyatlarından sonrakı ağrıların randomizə olunmuş qiymətləndirilməsi zamanı endovideocərrahi texnologiyaların əhəmiyyətli üstünlüyünü müəyyən etmiş, narkotik analgetiklərin istifadə olunmamasını, əksər hallarda qeyri-narkotik analgetiklərin parenteral yeridilməsinin kifayət etməsini bildirmişlər [273]. Lakin bu metodikaların heç birinin uzaq nəticələri hələlik öyrənilməmişdir. Təbii ki, plastika əməliyyatlarının uzaq nəticələri yaxın nəticələri ilə üst-üstə düşməli və ya bir-birinə çox yaxın olmalıdır. Phillips E.H., Carroll B.J. et al. (1993) residiv, ikitərəfli qasıq yırtıqları zamanı endovideocərrahi metodikaların əlverişli nəticələrini qeyd etmişdir. Stoker D.L. et al. (1994), Payne J.H. et al. (1994) görə yırtıqların endovideocərrahi plastikasından sonra xəstələr ənənəvi əməliyyatlarla müqayisədə özlərini daha yaxşı hiss edirlər. Fitzgibbons R.J. et al. (1993), Mc Fadien B.V. et al. (1994) müxtəlif klinikaların nəticələrini öyrənməklə ənənəvi plastika üsulları ilə müqayisədə endovideocərrahi hernioplastika üsullarının xeyli təhlükəsizliyini müəyyən etmişlər [234, 252].

Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. (1995) yırtıqların plastikası əməliyyatları içərisində endovideocərrahi əməliyyat üsullarını xeyli perspektivli hesab etməklə planlı cərrahiyədə əks-göstərişlər olmadıqda onların istifadəsinin səmərəli olmasını göstərmişlər [91]. Тимошин А.Д.(2010) и соавт., Митин С.И (2003), Емельянов Е.И

(2000), Егиев (2002) və b. da yırtıqların endovideocərrahi plastikasını xeyli perspektivli hesab edirlər [68, 73, 102, 144,].

Bütün bu müsbət cəhətlərinə baxmayaraq videoendoskopik hernioplastika əməliyyatlarının yerinə yetirilməsinə göstərişlərin, əks-göstərişlərin müəyyən edilməsi, plastik materialın ən səmərəli yerləşdirilməsi yerinin müəyyən edilməsi kimi məsələlər tam həllini tapmamışdır. Əksər endocərrahlar sərbəst və residiv yırtıqları, ikitərəfli qasıq yırtıqlarını, ağırlaşmamış yırtıqları endocərrahi əməliyyatlara göstəriş hesab edirlər [141, 190, 209]. İkitərəfli yırtıqların TEP üsulu ilə aradan qaldırılmasını məqsədə müvafiq sayan tədqiqatçılar daha çoxdur [142, 170, 198, 221]. Xüsusilə açıq əməliyyatlardan sonra inkişaf etmiş residivlər TAP-na göstərişdir. Çünki bu hallarda əməliyyat anatomik dəyişikliklərin az olduğu şəraitdə yerinə yetirilir. Belə yırtıqların TEP plastikası isə texniki cəhətdən xeyli mürəkkəbdir.

Endocərrahi hernioplastika üsullarına əks-göstərişlər ümumi və yerli olmaqla 2 qrupa ayrılır. Ümumi əks-göstərişlərə ilk olaraq hamiləlik aid edilir. Çünki hamiləlik zamanı karboksiperitoneum və ümumi anesteziya dölə, anaya mənfi təsir edə bilər. Lakin son illərdə hamiləliyin ilk trimestrində karboksiperitoneum yaradılmadan (laparoliftinq şəraitində) uğurlu endocərrahi yırtıq plastikası haqqında ədəbiyyat məlumatlarına çox rast gəlinir [52, 110, 176, 198, 219]. Ürək-damar və tənəffüs çatmazlığının dekompensasiya mərhələləri bu əməliyyatlara əks-göstərişlərdir. Karboksiperitoneum şəraitində, 10-13 atm təzyiq altında diafraqmanın qalxması bu sistemlərin fəaliyyətinə təhlükə yarada bilər [79, 123, 147, 208].

Qanın laxtalanma sisteminin ciddi pozğunluqları da ümumi əks-göstəriş hesab olunur. Endoskopik əməliyyat zamanı hemostaz çətinliklə təmin edildiyindən belə xəstələrin ənənəvi üsulla əməliyyat olunması xeyli məqsədəuyğundur. Troakarlar yeridilərkən zədələnmiş kiçik damarlardan qanaxmaların saxlanması endoskopik olaraq çətinidir. Belə vəziyyət postoperasion dövrdə dərialtı və (və ya) dərin hematomaların əmələ gəlməsi ilə nəticələnir [138, 139, 217].

İnsulinrezistent şəkərli diabet, postromboflebitik xəstəlik (tromboemboliya təhlükəsi), qaraciyər çatmazlığı (assit, splenomeqaliya, portal hipertenziya), inkurabel

onkoloji xəstəliklər də ümumi əks-göstərişlərə aiddir. Ümumiyyətlə, ənənəvi əməliyyatlara aid ümumi əks-göstərişlər laparoskopik plastika əməliyyatlarına da şamil olunur [55, 113, 132, 181, 219]. Lakin bəzi xəstəliklərə (obstruktiv bronxit, miokardın işemiyası) görə terapeutik müalicə kursundan və ya ilk əməliyyatdan (prostat vəzin adenomasının açıq və ya qapalı xaric edilməsi) sonra endocərrahi plastika üsulunun icra edilməsi haqqında kifayət qədər yeni ədəbiyyat məlumatları mövcuddur [130, 183].

Psixoloji-nevroloji sferanın pozğunluqları, depressiv nevroitik-psixotik vəziyyətlər və şizofreniyanın aqressiv formaları bu əməliyyatlara ümumi əks-göstərişlərdir [3, 14, 150, 192, 249].

Qarın divarının və ya boşluğunun lokal və diffuz irinli-infeksiyon prosesləri həm açıq, həm də qapalı hernioplastika əməliyyatlarına yerli əks-göstərişlərdəndir. Kiçik çanaqda, qarın boşluğunda keçirilmiş əməliyyatlar və qabarıq bitişmə xəstəliyi də bu əməliyyatlara əks-göstəriş hesab olunmaqdadır [83, 142, 201]. III-IV dərəcəli piylənmə nisbi əks-göstərişlərdəndir. Lakin ümumi əks-göstərişlər müəyyən edilmədiyi hadisələrdə uzun troakarlar və alətlərlə belə xəstələr üzərində laparoskopik yırtıq plastikası əməliyyatları uğurla yerinə yetirilir [59, 125, 160, 211].

Boğulmuş yırtıqlar, gıqant yırtıqlar, sürüşkən yırtıqlar, xayanın və ya toxum ciyəsinin hidropsu ilə yanaşı çəp qasıq yırtıqları, çoxkameralı yırtıqlar endoskopik əməliyyatlara yerli əks-göstərişlər siyahısına daxil edilmişdir [27, 77, 137, 172, 223]. Lakin ədəbiyyatda boğulmuş yırtıqların, digər ağırlaşmış yırtıqların endocərrahi plastikası haqqında çoxsaylı məlumatlar dərc edilmişdir [41, 91, 193, 207, 225]. Təcrübə toplandıqca və endocərrahi alətlər, üsullar təkmilləşdikcə əks-göstərişlərin siyahısı daralmaqda davam edir [52, 109, 149, 171, 194, 226].

Son illərdə ABŞ-da yırtıqların müalicəsinin inyeksion üsuluna maraq artmağa başlamışdır. Üsulun əsasında yırtıq qapısı və yırtıq kisəsi ətrafı bölgələrə sklerozlaşdırıcı (turşu və ya qələvi məhlulları) və qıcıqlandırıcı məhlullar yeridilməsi durur. Həmin məhlulların təsirindən məhdud sahədə aseptik iltihab başlayır, sonuncu sorulduqdan sonra sərt çapıq toxuması inkişaf edir. Bu yırtıq kisəsinin obliterasiyasına, qa-

pının daralmasına, yırtıq defektinin çapıqlaşmasına səbəb olur. İnyeksion üsul sərbəst, kiçikölçülü yırtıqların müalicəsində çox səmərəlidir. Lakin seçimin səhv aparılması və texniki yalnışlıqlar hesabına bəzi fəsadlar meydana çıxır: toxum ciyəsinin və yırtıq möhtəviyyatının nekrozu, kimyəvi peritonit və b. [83]. Bu səbəbdən üsulun tətbiqi onun istifadəsinə göstərişlərin dəqiq təyini, keyfiyyətli şüa vizualizasiyası (USM, KT və ya MRT nəzarəti altında) və texniki manipulyasiyaların incəliklə yerinə yetirilməsini tələb edir.

1.4. Qarının ön divarının yırtıqları zamanı cərrahi əməliyyat üsulunun seçilməsinin ümumi prinsipləri

Sonuncu onilliklərdə yırtıqların, xüsusilə qasıq yırtıqlarının plastikasında polimer tərkibli torların istifadəsinə üstünlük verilməklə gərginliksiz plastikası üsullarının geniş tətbiqi yırtıqların residivi və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların əmələ gəlməsi riski məsələlərini tam həll etməmişdir. Birincili yırtıqlara görə cərrahi əməliyyatlardan sonra residivlərin tezliyi 10-15%, təkrar yırtıqlardan sonra isə 30%-ə qədərdir [5, 136, 174, 197, 214]. Yalnız ixtisaslaşmış hernioloji cərrahiyyə şöbələrinin və mərkəzlərinin nəticələri xeyli əlverişlidir, müvafiq surətdə seçilmiş xəstələr qrupunda 2%-ə qədər və 10-14% təşkil edir [53, 140, 178, 219, 225].

Lakin yırtıqların plastikası əməliyyatlarını hər bir ümumi cərrahiyyə şöbəsinin bütün cərrahları icra etdiyinə görə problemə yanaşma köklü sürətdə fərqli olmalı, əməliyyat üsulunun seçimi, əməliyyatların, o cümlədən azinvaziv laparoskopik əməliyyat metodikalarının icra texnikasının sadələşdirilməsi o səviyyəyə çatdırılmalıdır ki, əməliyyatdan sonrakı qeyri-qənaətbəxş nəticələrin rastgəlmə tezliyi ixtisaslaşdırılmış mərkəzlərin nəticələrinə yaxınlaşsın. Digər tərəfdən cərrah hər bir xəstənin yırtıq nahiyəsinin anatomik kənarəçixmə səviyyəsinə uyğun olaraq ən azı bir neçə plastika üsulunun metodikasını o səviyyədə mənimsəməlidir ki, konkret situasiyada ən optimal əməliyyat üsulunu seçməyi və peşəkarcasına icra etməyi bacarsın [12, 83, 117, 209]. Ona görə bu və ya digər lokalizasiyalı yırtıqlar zamanı vacib anatomik strukturların (qasıq kanalının arxa divarı, daxili qasıq dəliyi, bud kanalı, göbək halqası, ağ

xətt və b.), qonşu nahiyələrin dəyişikliklərinin dərəcəsi və səviyyəsi, birləşdirici toxumanın zəiflik (sərtlik) səviyyəsi və digər suallar müəyyən edildikdən sonra seçim aparılmalıdır. Yalnız kiçikölçülü çəp yırtıqlarda ön divarın plastikasının aparılması məqsədəuyğundur. Bütün digər hadisələrdə kanalın arxa divarı bərkidilməlidir [69, 102, 165, 207, 230]. Bud yırtıqlarında, digər lokalizasiyalı yırtıqlarda da qeyd edilən faktorlar nəzərə alınmalı, genişlənmiş bud kanalı (Bassini üsulu), qasıq halqası (Mayo və ya üsulu), ağ xətt üzərindəki yırtıq qarısı (Mayo, Сапезко, Греков, Напальков və b. üsullardan biri) daraldılmalıdır (qapadılmalıdır) [28, 68, 89, 136, 206].

Cərrahi əməliyyat üsulunun yalnız seçilməsinə görə, konkret olaraq qasıq kanalının ön divarının plastikasından sonra 11%, residiv qasıq yırtıqlarının analoji plastikasından sonra 20%, bud kanalının, ağ xəttin, göbək halqasının, əməliyyatdan sonrakı yırtıqların ənənəvi gərginlikli plastikası əməliyyatlarından sonra 12-35% hallarda residivlər baş verir [3, 60, 114, 146, 206, 219].

Bu və ya digər yırtıqlar zamanı yırtığın lokalizasiyası, antomo-topoqrafik xüsusiyyətləri, xəstələrin yaşı, əmək fəaliyyətinə malik olması (olmaması), peşə (sənət) fəaliyyəti, cinsi həyat rejimi və bir sıra başqa amillər əsasında cərrahi əməliyyat üsulu seçilməlidir. Hansı əməliyyat üsuluna üstünlük verilməsi və onun icra texnikasının xüsusiyyətləri bu günə qədər intensiv surətdə müzakirə edilməkdədir. Fiziki əməklə məşğul olan gənc və orta yaşlı xəstələrdə gərginliksiz əməliyyat üsulunun seçilməsi, seksual fəaliyyətsizliyə görə yaşlı şəxslərdə toxum ciyəsinin (qasıq yırtıqlarında) yerdəyişməsi (arxa divarın Postempsky üsulu ilə plastikası) və ya arxa divarın yerli toxumalarla plastikasının zəruriliyi kimi mövcud yanaşma tərzii artıq öz əhəmiyyətini itirməkdədir. Belə yanaşma ilk növbədə residiv əmələ gəlməsinin səbəbləri haqqında səthi təsəvvürlərin olması və keyfiyyətli sintetik protezlərin bahalılığı, həmçinin plastika üsullarının kifayət qədər mənimsənilməməsi ilə əlaqədardır [6, 19, 70, 105].

Gərginliksiz plastika üsullarının geniş miqyasda tətbiqini tədqiqatçıların əksəriyyəti məqbul hesab edirlər. Тимошин А.Д. и соавт. (2003) istər gənc, istərsə də yaşlı, ahıl və qoca yaşlı şəxslərdə gərginliksiz plastika üsullarının əlverişli nəticələri haqqında məlumat vermişdir [144]. Xüsusilə ahıl və qoca yaşlı şəxslərdə əməliyyatın az

trav-matikliyi çox mühümdür və gərginliksiz plastika yerli toxumaların maksimal qorunmasına səbəb olur. Yerli toxumaların israflı mobilizasiyası və plastika məqsədi ilə istifadəsi əməliyyatdan sonrakı dövrdə sidik ifrazının pozğunluqları, ağrı sindromu, hərəkət zamanı ağrılılığın (ağrıların) baş verməsi səbəbindən oturaq həyat tərzinə keçilməsinə, sonuncu faktla bağlı digər fəsadların (yanaşı xəstəliklərin kəskinləşməsi, intensivləşməsi, hətta dekompensasiyası) inkişafına səbəb olur. Gərginliksiz plastika bu kateqoriyadan olan xəstələrdə də ikitərəfli olaraq və simultan qaydada yerinə yetirilə bilər. Adətən xəstələrin bu kontingentində yerli toxumalar hesabına yırtığın plastikası və eynimomentli simultan əməliyyatlar yerinə yetirilmir. Həmin əməliyyatların ayrı-ayrılıqda və müxtəlif vaxtlarda icrası isə xəstələrə fiziki, iqtisadi və psixoloji əzab verir [143].

Xəstələrin tibbi və sosial reabilitasiyası proseslərinin sürətli gedişinə görə də gərginliksiz plastika daha üstündür. Gənc yaşlı, ümumi somatik və yanaşı xəstəlikləri olmayan xəstələrdə alloplastika üsullarının istifadəsi xeyli məqsədəuyğundur [16, 22, 23, 125, 139, 182, 197, 218, 221].

Əməliyyat üsulunun düzgün seçilməsi üçün yırtıq qapısının və ətraf toxumaların, qasıq yırtıqlarında arxa divarın vəziyyətini qiymətləndirmək vacibdir. Arxa divarın vəziyyətinə uyğun olaraq (burada yırtıq qapısının və yırtığın özünün ölçüləri o qədər də önəmli deyil) arxa divarın az dəyişiklikləri və çox dəyişiklikləri olan yırtıqlar ayırd edilir. Qasıq yırtığının plastikasında bu amilin nəzərə alınması daha vacibdir [48]. Воскресенский П.К., Емельянов С.И., (2002) görə böyük ölçülü çər, əksər düz və residiv yırtıqlarda, həmçinin 45-dən yuxarı yaşlı xəstələrdə alloplastika seçim əməliyyatıdır [48, 73]. İkitərəfli yırtıqlar və müştərək əməliyyatların yerinə yetirilməsi zərurəti yarandığı hallarda da (ahıl və qoca yaşlı şəxslərdə) alloplastikaya, gənc yaşlı xəstələrdə isə arxa divarın az dəyişiklikləri müəyyən edildiyi hadisələrdə yerli toxumalarla plastikaya üstünlük verilməlidir.

Bud kanalının plastikasının yerli toxumalar hesabına plastikası əksər hadisələrdə daha səmərəlidir. Bu bud kanalının o qədər də böyük ölçülərə çatmaması ilə əlaqədardır. Kanalın plastikasının qasıq kanalının daxili dəliyinin genişlənməsinə səbəb ol-

ması ehtimalı yarandıqda alloplastika üsullarına üstünlük vermək zəruridir. Bud yırtıqlarının laparoskopik plastikası texniki çətinliklərinə görə məqsədəuyğun deyildir [62, 99, 136, 209].

Göbək, ağ xətt və əməliyyatdan sonrakı kiçik yırtıqların yerli toxumalarla, orta və böyük ölçülü yırtıqların allo- və ya laparoskopik plastikası ön plana çıxmalıdır. Lakin sonuncu üsullardan hansının daha effektiv olması haqqında ədəbiyyat məlumatları kifayət qədər azdır [33, 37, 112, 183, 195].

Qasıq yırtıqlarının ön plastikası arxa divarın antomik qazanılmış qüsurlarını (daxili dəliyin geniş olmasını, köndələn əzələ və fassiyanın zəifliyini) aradan qaldıra bilmir. Bud kanalının ifrat gərginlikli plastikası qasıq kanalının xarici dəliyinin genişlənməsinə, sonradan qasıq yırtığının formalaşmasına, əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar, böyük (gıqant) göbək və ağ xətt yırtıqları zamanı yerli toxumalar hesabına ənənəvi plastika qarının ön divarının digər zəif sahələrinin daha da zəifləməsinə və residivlərin inkişafına səbəb olur. Hətta residiv yırtıqlardan sonra təkrar residiv baş verməsi hallarına çox rast gəlinir: 13,3-15,2%-dən (residiv qasıq yırtıqları); 15,7-34,1% hədlərinə qədər (əməliyyatdan sonrakı residiv yırtıqlar) [119, 189, 210, 217].

Son 5-10 ilin ədəbiyyat məlumatlarına görə Lichtenstein İ.L., Chouldice üsulları ilə gərginliksiz plastika üsulları, Corbitt J.D üsulu ilə laparoskopik hernioplastika üsulu, TEP, TAP, PHS sistemi ilə ("Ethicon" firması) laparoskopik plastika üsullarının residivlərinin və ağırlaşmalarının tezliyi xeyli aşağıdır. Lakin cərrahi təcrübə artıqca bu göstəricilər azalmağa doğru sürətlə dəyişir. Belə ki, Lichtenstein üsulu ilə hernioplastikadan sonra müəllifin özünün residivvermə göstəricisi 0,1% [175, 225], digər müəlliflərin göstəriciləri isə 0,5%-2% aralığındadır [10, 24, 27, 40, 72, 109, 147, 159, 164]. Тимошин А.Д. и соавт. (2003) çəp yırtıqlara görə qasıq kanalının ön divarının plastikasından sonra residivlərin 11,0%, residiv yırtıqlardan sonra 20,0%, kiçik yırtıqlardan sonra 12,1%, böyük yırtıqlardan sonra 13,6% (orta -11,1%); çəp yırtıqlara görə arxa divarın plastikasından sonra 7,5%, düz yırtıqlardan sonra 7,4%, residiv yırtıqlardan sonra 13,3%, kiçik yırtıqlardan sonra 5,0%, böyük yırtıqlardan sonra 13,3% (orta – 8,3%); çəp yırtıqlara görə Lichtenstein üsulu ilə plastikadan

sonra 0,7%, düz yırtıqlardan sonra 0,7%, residiv yırtıqlardan sonra 0,7%, kiçik yırtıqlardan sonra 4,4% (orta – 2,0%) təşkil etməsini bildirmişdir. Böyük yırtıqlara görə sonuncu plastika üsulu tətbiq edilməmişdir. Alınmış nəticələrə əsaslanaraq bu müəlliflər klinik situasiyadan asılı olaraq əməliyyat üsulunun seçilməsi proqramını hazırlamışlar [147].

1. Çəp yırtıqların başlanğıc formalarında (daxili dəlik genişlənmədiyi hadisələrdə) – qasıq kanalının ön divarının plastikasi;
2. Daxili dəliyin genişlənməsi, arxa divarın saxlanması ilə böyük olmayan çəp qasıq yırtıqları və arxa divarın hissəvi dağılması ilə böyük olmayan düz qasıq yırtıqları – seçim üsulları: yerli toxumalar hesabına arxa divarın plastikasi (Куджанов, Shouldice) / ehtiyat üsulları: gərginliksiz plastika (Lichtenstein üsulu, PHS sistemi ilə, ikitərəfli yırtıqlarda laparoskopik transabdominal plastika);
3. Böyük çəp və düz qasıq yırtıqlarında - seçim üsulları: gərginliksiz plastika (Lichtenstein üsulu, PHS sistemi ilə, Nyhus üsulu) / ehtiyat üsulu: ikitərəfli yırtıqlarda transabdominal laparoskopik hernioplastika;
4. Residiv yırtıqlarda - transabdominal laparoskopik plastika, gərginliksiz plastika (Lichtenstein və ya Nyhus üsulu).

1.5. Qarın divarı yırtıqlarının cərrahi müalicəsindən sonra inkişaf etmiş ağırlaşmaların yayılma səviyyəsi və onların aradan qaldırılması yolları

Qarın divarının yırtıqlarına görə icra edilmiş plastika əməliyyatlarından sonra erkən dövrdə əməliyyat yarasının irinləməsi, infiltrasiyası, eventrasiya, seromalar, hematomalar, liqatura (tor) fistulları, bitişmə xəstəliyi və limforeya kimi yerli ağırlaşmalar meydana çıxır. Bu ağırlaşmaların etiopatogenezində autoplastika məqsədi ilə istifadə edilən yırtıqətrafi toxumaların vəziyyəti, plastika üsulu, və (və ya) alloplastika materialının növü, həzm traktının motor-evakuator funksiyasının vəziyyəti, cərrahin ixtisas səviyyəsi (əməliyyat texnikası) və bir sıra digər amillər durur. Plastika zamanı təbəqələrarası boşluqların saxlanması, həmin boşluqlarda qan və toxuma mayesinin toplanması, əməliyyat zonasında “mürgüləmiş” infeksiya ocağının mövcud-

luğu, cərrahi əməliyyatın metodikası və gedişinə təsir edən qeyri-adekvat əməliyyat kəsiyi, toxumalarla “rəftar”ın, o cümlədən toxumaların mobilizasiyasının səviyyəsi, əməliyyatın müddəti, aseptika və antiseptika qaydalarına riayət, o cümlədən xəstə-xanadaxili infeksiyanın yayılması səviyyəsi erkən postinfeksion ağırlaşmaların inkişafının mühüm səbəblərindəndir [85, 94, 156, 171, 176, 178, 185].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə qarının ventral yırtıqlarının plastikasından sonra irinli-infeksion ağırlaşmalar 15-50%, birincili yırtıqlara görə plastika əməliyyatlarından sonra 10,2-43,7% hadisələrdə baş verir. Yırtıqların residivlərinin inkişafında bu ağırlaşmaların payı 50-70% həddindədir [38, 45, 91, 111, 147, 164, 171, 190]. “Mürgüləmiş” infeksiyanın manifestasiyası yaranın irinləməsi və residiv əmələ gəlməsi ehtimalını 2,5-3 dəfə artırır [92, 170].

Alloplastik əməliyyatlardan sonra inkişaf etmiş seromalar və hematomalar 49,7-70,9% hallarda residivlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur [24, 45, 83, 190, 203].

Qarın divarının ventral yırtıqlarına görə plastika əməliyyatlarından sonra iltihabi-infeksion ağırlaşmalarının profilaktikası üçün çoxsaylı müalicə üsulları və tədbirləri işlənmişdir [78, 111, 147, 164]. Bir sıra müəlliflər plastika sahəsinə geniş təsir spektrli antibiotiklərin yeridilməsini [40, 92], digərləri antibiotiklərin tikiş xətti boyunca səpilməsini [57, 61, 139, 170] təklif etmişlər. Bəzi tədqiqatçılar tikiş materiallarının, sintetik torların antibiotik məhlullarında öncədən doydurulmasını (hopdurulmasını) məqsədəuyğun sayırlar [79, 145, 204]. Tədqiqatçıların böyük əksəriyyəti geniş təsir spektrinə malik antibiotiklərin həm cərrahi əməliyyatdan əvvəl, həm də sonra istifadəsinə xüsusi diqqət yetirirlər [117, 170, 174].

Yerli irinli-iltihabi ağırlaşmaların inkişaf tezliyinin azaldılması üçün cərrahi əməliyyat texnikasının təkmilləşdirilməsini, əməliyyatın az travmatikliyi təmin edən tədbirlərin, cərrahi fəndlərin icrasının mühümlüyünü göstərən müəlliflər xeyli çoxdur. Bu müəlliflərə görə toxumaların küt üsulla mobilizasiyasından mümkün qədər imtina etməli, təbəqələrin separasiyası, keyfiyyətli hemostazı elektrokoagulyasiya və ya lazer koagulyasiyası altında iti üsulla həyata keçirilməlidir. Toxumaların ifrat koagulyasiyası, yanığı, onlarla kobud “rəftar” mümkün qədər istisna olunmalıdır

[7, 11, 56, 68, 97, 128, 154]. Son illərdə cərrahi herniologiyada plazma seli, arqon koaqulyasiyası, ultrasəs skalpeli (CUSA), LigaSure ilə toxumaların ayrılması və hemostaz metodlarına üstünlük verilir. Bu üsullar toxumaların minimal travmatizasiyasına, yanığın azalmasına, etibarlı və dayanıqlı hemostaza, əməliyyatdan sonra toxumaların erkən reparasiyası və regenerasiyasına səbəb olurlar [128].

Alloplastika, həmçinin tikiş materallarının bioloji uyğunluğu, indifferrentliyi, infeksiyaya qarşı rezistentliyi və allergik komponentlərə malik olmaması çox mühüm amillərdir [71, 88, 145, 182]. Kobud, qalın, ketqut tərkibli tikiş saplarından imtina liqatur (tor) fistulları və yaranın irinləməsi kimi ağırlaşmaların inkişaf tezliyini aşağı salır [136]. Toxumaların təbəqələr üzrə yox, birgə (“ad massum”) tikilməsi tikiş xətti boyunca yerləşmiş toxumaların həcmi, toxumaarası və laylararası sahədə boşluqların, “kor sahələr”in qalmasını, toxumaların infiltrasiyasını və kobud çapıqlaşmasını artırır [23, 38, 54, 112, 183, 190, 217]. Təbəqəli presizion tikilmə boşluqların, “kor sahələr”in qalmasını, bununla bağlı inkişaf edən ağırlaşmaların payını aşağı salır. Erkən dövrdə əməliyyat yarasının möhtəviyyətinin drenajlar və ya mikroirriqatorlar vasitəsi ilə elektro- və ya vakuum sorucuları ilə aktiv aspirasiyası əksər müəlliflər tərəfindən müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur. Belə vasitələrin istifadəsi hesabına yaraların irinləməsi 2,4 dəfə azalır [24, 94, 106, 116, 211]. Lakin plastika əməliyyatlarından sonra yaranın drenajı və daimi aspirasiyasını məqbul hesab etməyən tədqiqat işlərinə də rast gəlinir. Bu işlərin müəllifləri drenajları yaraların irinləməsi faktorlarından biri hesab edirlər [208].

Qarının ön divarının yırtıqlarına görə rekonstruktiv-bərpaedici cərrahi əməliyyatlardan əvvəl və sonra yerli və ümumi immunitetin artırılmasının tərəfdarları olduqca çoxdur. Bu müalicə prinsipinə üstünlük verən tədqiqatçılara görə qanda immunoqlobulinlərin və limfositlərin miqdarı aşağı olduğu hallarda irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi yüksəlir [122]. Yara nahiyəsinin elektrostimulyasiyası [174], fiziki müalicə üsulları [190, 215], immunomodulyatorların tətbiqi [27, 117, 167, 192, 210] orqanizmin yerli və ümumi immunitetini gücləndirməklə irinli-infeksion ağırlaşmaların meydana çıxmasının qarşısını xeyli alır.

Uzaq dövrün ağırlaşmalarının, xüsusilə residivlərin, təkrar residivlərin əsasında əməliyyat kəsiyinin, əməliyyat üsulunun münasib seçilməməsi, plastikanın gərilmə ilə icrası, əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinin ümumi qəbul edilmiş prinsiplərlə aparılmaması (qarındaxili təzyiğin artması), adekvat plastika və tikiş materiallarının istifadə olunmaması, qarın divarının konstitusional-anatomik xüsusiyyətlərinin nəzərə alınmaması, əməliyyatdan sonrakı erkən müddətlərdə fiziki işlə məşğul olmaq, qarındaxili təzyiğin artmasına səbəb olan yanaşı xəstəliklərin və patoloji simptom-komplekslərin (qəbizlik, diareya və b.) müalicə edilməməsi, erkən hamiləlik kimi amillər böyük xüsusi çəkiyə malikdir [36, 45, 80, 83, 91, 169, 190, 203]. Residivlərin və təkrar residivlərin genezində həmçinin yarada reperasiya-regenerasiya proseslərinin ləng gedişi və pozğunluqları böyük əhəmiyyət kəsb edir. Hətta birincili sağalmış yaralarda belə alt qatlarda ləngimiş (pozulmuş) reparasiya hesabına tikiş tutarsızlığı baş verə bilər. “Mürgüləmiş infeksiya”nın oyanması da tikiş tutarsızlığına səbəb ola bilər. Genezindən asılı olmayaraq tikiş tutarsızlığı residivlərin əmələ gəlməsinin əsas səbəblərindəndir [2, 34, 39, 55]. Bütün bu amillər yaşlı xəstələr kontingentində residivlərin və digər ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin daha yüksək hədlərdə dəyişməsi ilə nəticələnir [30, 104].

Residivlərin inkişafında piylənmənin də rolu böyükdür. Belə ki, yırtıq nahiyəsində toxumaların (əzələlər, aponevroz) piy distrofiyası onların funksional statusuna təsir edir, fiksasiya (saxlama) qabiliyyəti azalır, yırtıq qapısı artan sürətlə zəifləyir, qarındaxili təzyiq artır, ilk tikişlərarası sahələrdə piy toxumasının interpozisiyası, deformatsiyası baş verir, onların infeksiyaya qarşı rezistentliyi azalır. Ona görə yırtıqların residivləri baş vermiş xəstələrin təxminən $\frac{2}{3}$ -i piylənmədən əziyyət çəkən xəstələrdir [3, 12, 64, 93, 107, 116]. Belə xəstələr içərisində qadınlar kişilərlə münasibətdə 2 dəfə çox olur [28, 29, 107, 115, 137].

Səmərəsiz cərrahi əməliyyat üsulunun tətbiqindən və ya uyğun cərrahi plastika üsulunun texniki çətinliklərlə, keyfiyyətsiz icrasından sonra ifrat gərilmə, tikiş tutarsızlığı və digər səbəblərdən residivlərin inkişafı sonrakı əməliyyatların da gedişini çətinləşdirir, nəticələrini isə təbii olaraq ağırlaşdırır [49].

Rasioanal cərrahi hernioplastikadan sonra xəstələrin məsuliyyətsiz həyat tərzini, zərərli vərdişləri və ağır fiziki işləri davam etdirməsi, qeyri-müntəzəm qida rejimi, həddən artıq qida qəbulu, kökəlmənin və piylənmənin artması residivlərin formalaşmasında mühüm rol oynayır [107].

Qeyd edilən ağırlaşmaların erkən diaqnostikası əksər xəstələrdə onların aradan qaldırılmasına səbəb olur. Belə ki, hematomaların və seromaların erkən boşaldılması, limfanın erkən və adekvat axınının təmini, “mürğələmiş infeksiya” ocağı formalaşmağa başlayan ətraf həcmi prosesin (infiltrat, abses) aradan qaldırılması üçün zəruri tədbirlərin (yerli antibiotik infiltrasiyası və ya elektroeliminasiyası, fiziki müalicə üsulları və s.) aparılması onların və onlarla bağlı ağırlaşmaların aradan qaldırılmasına səbəb ola bilər [28, 50]. Qasimov E.M. (2006) əməliyyat sahəsinin yerli lazer şüalandırılmasına, Nəcəfquliyeva P. (2009) bu üsulla yanaşı dəyişən maqnit sahəsi ilə müalicəyə böyük əhəmiyyət verirlər [4, 52].

Yara sahəsinin infraqırmızı lazer şüalandırılması, maqnit terapiyası, lazero-maqnitoterapiya kimi üsulların geniş istifadəsi infeksiya-irinli ağırlaşmaların profilaktikasında, reparasiya-regenerasiya proseslərinin stimulyasiyasında üstün nəticələri ilə seçilir [14, 44, 56, 57, 147, 155, 163, 167, 211].

Beləliklə, qarının ventral yırtıqlarının cərrahlığının 100 ildən artıq böyük tarixə malik olmasına baxmayaraq cərrahiyyənin bu bölməsinin bir sıra məsələləri bu günə qədər həllini tapmamışdır. Residivlər və ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin aşağı düşməməsi və ya az dəyişməsi probleminin bu gün də aktuallığını saxlamasını təsdiq edir. Bu səbəbdən yeni, daha səmərəli və iqtisadi əlverişli plastika üsullarının axtarışı prosesi sürətlə davam etməkdədir.

F Ə S İ L II

MATERİAL VƏ METODLAR

2.1. Xəstələrin ümumi xarakteristikası

Tərəfimizdən 2008-2011-ci illər ərzində də Bakı ş. BSI-nin Klinik Tibbi Mərkəzində qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları ilə 70 xəstənin klinik müayinəsi və operativ müalicəsi həyata keçirilmişdir. Bu xəstələrdən 34-də birincili, 23-də residiv, sonuncu 13-də isə əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar müəyyən edilmişdir. Tədqiqatın xarakterinə uyğun olaraq xəstələr 3 qrupa ayrılmışdır: I qrupun xəstələri (35 xəstə) üzərində açıq üsullarla gərginliksiz plastika, II qrupun xəstələrində (18) laparoskopik transabdominal hernioplastika, III qrupun xəstələrində (17) isə videoendoskopik total ekstraperitoneal hernioplastika əməliyyatları yerinə yetirilmişdir.

Xəstələrdən 61-i kişi, 9-u qadın olmuşdur. Onların yaş həddləri 26-dan 85-ə qədər dəyişmişdir. Orta yaş $33,9 \pm 2,5$ təşkil etmişdir. I qrupda orta yaş $34,6 \pm 1,2$, II qrupda $33,1 \pm 1,5$, III qrupda isə $32,9 \pm 1,7$ olmuşdur. Xəstələrin yaşa görə paylanması aşağıdakı cədvəldə təqdim edilmişdir (cədvəl 2.1).

Cədvəl 2.1

Xəstələrin cinsə və yaşa görə paylanması

Yaş	Xəstələrin sayı	
	Kişi	Qadın
≥ 20	4	-
21-40	18	3
41- 60	28	4
> 60	11	2
	61 (87,1%)	9 (12,9%)

Cədvəldən göründüyü kimi xəstələrin böyük əksəriyyəti əmək qabiliyyətli yaş dövrünə mənsub olmuşdur. Bu problemin böyük sosial və dövlət əhəmiyyət daşımasını təsdiq edir.

Yırtıqların lokalizasiyası 2.2 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

s/s	Yırtıqların anatomik lokalizasiyası	Xəstələrin sayı
-----	-------------------------------------	-----------------

Cədvəl 2.2
Yırtıqların
lokalizasiyasına
xəstələrin

		Müt.	%	
1	Qasıq	Birincili	19	27,1
		Residiv	12	17,1
2	Bud	Birincili	3	4,3
		Residiv	1	1,4
3	İkitərəfli qasıq		2	2,85
4	İkitərəfli bud		1	1,4
5	Göbək	Birincili	7	10,0
		Residiv	4	5,7
6	Ağ xətt	Birincili	2	2,85
		Residiv	6	8,6
7	Postoperasion		13	18,6

görə
paylanması

Cədvəldən göründüyü kimi birincili və residiv qasıq yırtıqları, ağ xətt, göbək və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar daha çox rast gəlməmişdir.

Birincili və residiv yırtıqların etiopatogenezi tərəfimizdən öyrənilmişdir. Əməliyyat üsulunun yanlış seçilməsi, əməliyyat yaralarının irinli-infeksion ağırlaşmaları residivvermənin əsas səbəbləri olmuşdur. İlk dəfə baş vermiş residiv yırtıqlar təxminən 1,5 dəfə çox rast gəlməmişdir (cədvəl 2.3).

Cədvəl 2.3

Müxtəlif lokalizasiyalı yırtıqların etiopatogenetik mexanizmlərə görə rast gəlməsi

	I qrup (n=35)	II qrup (n=18)	III qrup (n= 17)
Yırtıqlar\Orta yaş	34,6±1,2 (28-85)	33,1±1,5 (20-84)	32,9±1,7 (22-79)
Sağtərəfli qasıq	8	2	5
Soltərəfli qasıq	2	1	1
Bilateral	-	-	2
Bud	3	1	-
Bilateral bud	1	-	-
Birincili göbək	3	4	-
Residiv göbək	2	2	-
Birincili ağ xətt	1	-	1
Residiv ağ xətt	3	2	1
İlk dəfə əmələ gəlmiş residivlər	2	1	3

İkincili əmələ gəlmiş residivlər	2	-	2
3 dəfə əmələ gəlmiş residivlər	1	1	-
Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar	7	4	2

Yırtıq gəzdirmə müddətləri 0,5 ildən 20 ilə qədər olmuşdur. Bu müddət bud və göbək yırtıqlarında daha çox olmuş, ortalama $5,4 \pm 0,7$ il təşkil etmişdir (cədvəl 2.4).

Cədvəl 2.4

Xəstələrin yırtıqgəzdirmə müddətləri

Müddət	Birincili yırtıqlar (n=34)	Gərginlikli hernioplastikadan sonra əmələ gəlmiş yırtıqlar (n=18)	Gərginliksiz hernioplastikadan sonra əmələ gəlmiş yırtıqlar (n=5)	Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar (n=13)
0,5- 1 il	14	9	2	5
1-3 il	7	4	2	2
3-5 il	6	2	1	3
5-10 il	5	2	-	2
10 ildən çox	2	1	-	1

Yanaşı cərrahi və somatik xəstəliklər 31 xəstədə müəyyən edilmişdir (cədvəl 2.5). Cərrahi xəstəliklərdən xroniki kalkulyoz xolesistit (5 xəstədə) və proktoloji xəstəliklər (8), somatik xəstəliklərdən hipertoniya xəstəliyi (7) və virus hepatitləri (5) üstünlük təşkil etmişdir. 4 xəstədə şəkərli diabet aşkar olunmuşdur. Bütün xəstələrdə yanaşı xəstəliklərin kompensasiya mərhələsi müəyyən edilmiş və ya farmakoloji kompensasiya təmin edildikdən sonra (5 xəstədə) cərrahi müalicə həyata keçirilmişdir.

Cədvəl 2.5

Yanaşı xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi

Yanaşı xəstəliklər	I qrup (n=35)	II qrup (n=18)	III qrup (n=17)	Cəmi (n=70)
Xroniki xolesistit	2	1	2	5
Yumurtalğın sisti	-	2	-	2
Büzdümün epitelil yolu	2	1	-	3
Xroniki paraproktit	1	-	1	2
Hemorroy	-	2	1	3
Şəkərli diabet	1	2	1	4
Hipertoniya xəstəliyi	3	1	2	6
ÜXIX (kardioskleroz,				

aritmialar)	1	-	-	1
Virus hepatiti	1	2	2	5
Cəmi	11	11	9	31

Uzaq nəticələrin öyrənilməsi üçün cərrahi müalicədən sonra xəstələrin müşahidəsi və onlara təkrar baxış 6 ay – 3 il müddətlərində həyata keçirilmişdir. Bu müddətdə dəvəti qəbul etmiş xəstələrə bir və ya bir neçə dəfə baxılmış, zəruri məsləhətlər verilmişdir. 55 xəstə tərəfimizdən hazırlanmış anket sorğusuna telefon və ya internet vasitəsi ilə cavab vermiş və cavabların bal qiymətləndirilməsi yolu ilə uzaq nəticələr öyrənilmişdir. Sorğu suallarının cavablarının nəticələri toplanılmış, sistemləşdirilmiş və bal qiymətləndirilməsi aparılmışdır (şəkil 2.1).

Hörmətli Xanım (Cənab)! Bu sorğu qarın yırtığına görə Sizin üzərinizdə aparılmış cərrahi əməliyyatın və müalicənin nəticələrini öyrənmək məqsədi ilə tərtib edilmişdir. Düzgün cavabların altından xətt çəkməyinizi xahiş edirik!

S.A.A. _____

Şöbə _____ Yaş _____ Müalicə tarixi _____ Cərrahi əməliyyat tarixi _____

1. Yırtıq əmələ gələnə qədərki həyat tərzi bərpa olunmuşdurmu?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
2. Yırtıq əmələ gələnə qədərki dövrə uyğun əmək qabiliyyətiniz bərpa olunmuşdurmu?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
3. Əmək qabiliyyətiniz hansı müddətdə tam bərpa olmuşdur (xəstəxanadan evə yazıldıqdan neçə gün (ay) sonra əmək fəaliyyətinə qayıtmısınız?
Özünüz qeyd edin!
4. Əməliyyat çapığının estetikliyindən, görünüşündən razısınız mı?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
5. Əməliyyat nahiyəsində və ya digər nahiyələrdə yenidən şişkinlik əmələ gəlmişdir mi?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
6. Yara nahiyəsində qalınlaşma, arzuolunmaz hisslər (hissiyatlar), digər diskomfort hissləri olur mu?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
7. Yara nahiyəsində əmələ gəlmiş çapıq toxuması Sizi narahat edirmi?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
8. Cinsi həyat yaşama zamanı əvvəllər mövcud olmuş (əgər olmuşsa) problemlər, çətinliklər, mənfi hallar aradan qalxmışdır mı?
 - a. Bəli
 - b. Xeyr
10. Bu anketdə qeyd olunmayan, lakin Sizə narahatlıq verən hallar, əlamətlər olub mu?
Özünüz qeyd edin!

Diqqət: “Xeyr” cavabları verdiyiniz sualları əsaslandırmağınızı və ətraflı yazmağınızı xahiş edirik!

Şək.2.1 Pasientin anket sorğusu

2.2. Tədqiqat metodları

Tədqiqat işində tərəfimizdən aşağıdakı müayinə üsulları istifadə edilmişdir:

1. Anamnez;
2. Baxış, o cümlədən yırtıq nahiyəsinə baxış;
3. Aralıq nahiyəsinə, anal kanala və uşaqlıq yoluna baxış;
4. Palpasiya;
5. Döş qəfəsi və qarın boşluğunun icmal R-skopiyası (R-qrafiyası);
6. EKQ;
7. Qarın divarının və boşluğunun, həmçinin yırtıq nahiyəsinin ultrasonoqrafiyası;
8. Fibroqastroduodenoskopiya, rektomanoskopiya, fibokolonoskopiya.

Klinik müayinə sorğu və xəstəyə ümumi baxışla başlanmışdır. Sorğu zamanı şikayətlər, şişkinliyin əmələgəlmə və mövcudluq müddəti, böyümə tempi, qarın boşluğuna özbaşına və ya əllə düzəlməsi (düzəlməməsi), qəbizliyin, həzm diskomfortunun olub-olmaması, residivlərin mövcudluğu və onların sayı, qarın boşluğunda əvvəllər cərrahi əməliyyat keçirilməsi, həmin əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişi, yerli (yaranın irinləməsi, fistul formalaşması) və ümumi ağırlaşmaların baş verməsi və b. məsələlər öyrənilmişdir. Əmək qabiliyyətli şəxslərdə problemin sosial aspektlərinin və əmək (peşə) fəaliyyətinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsinə böyük diqqət ayrılmışdır.

Ümumi baxış zamanı bədənin konstitusiyasına, qarının formasına, qarının ön divarında əməliyyat çapığının olmasına, sakit və gərgin (öskürək, gücənmə) vəziyyətlərdə yırtığın formasına, ölçlərinə, böyüməsinə, yırtığın konturlarının və səthinin dəyişilməsinə diqqət yetirilmişdir. Aralıq, anal kanal və uşaqlıq yoluna baxış zamanı xalyalığın görünüşü, forması, simmetrikliliyi, xarici hemorroyun, pararektal fistulun xarici dəliyinin, qəbizliyə səbəb ola biləcək digər proktoloji və ginekoloji xəstəliklərin olub-olmaması öyrənilmişdir.

Baxış zamanı bütün xəstələrdə müxtəlif lokalizasiyalı və ölçülü yırtıqlar aşkar edilmişdir. 59 xəstədə yırtıq sərbəst olmuş, uzanıqlı vəziyyətə keçərkən öz-özünə və ya əllə düzəlmişdir. 2 xəstədə uzunmüddətli sığallama hesabına yırtıq möhtəviyyəti

qarına salınmışdır. 9 xəstədə düzəlməyən yırtıq müəyyən edilmişdir. Bu yırtıqların 5-i əməliyyatdan sonrakı, 3-ü residiv, 1-i isə birincili yırtıq olmuşdur. Sonuncu xəstədə yırtığın düzəlməməsi xəstənin uzun müddət bandaj geyinməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı və residiv yırtıq nahiyələrində enli, kobud, ətraf sağlam dərini radial istiqamətdə və ya mərkəzə doğru nizamsız dartan çapıqlar görünmüşdür. 4 xəstədə deformasiyaedici hipertrofik, 1-də isə kobud kelloid çapıq formalaşmışdır. 3 xəstədə liqatura fistulunun xarici dəliyi, dəlikətrafi qabarıq hiperemiya, infiltrasiya, dərinin mülayim masserasiyası və indurasiyası görünmüşdür.

Yerli palpasiya zamanı yırtıq kisəsinin möhtəviyyatının xarakteri (elastiklik, kələ-kötür, sərt və s.), möhtəviyyatın qarın boşluğuna düzəlməsi (düzəlməməsi), yırtıq qapısının sərbəst olması (olmaması), ölçüləri, qapını formalaşdıran və yaxın toxumaların konsistensiyası (sərtliyi, elastikliyi, barmaqlarla genişlənməsi (genişlənməməsi) müəyyən edilmişdir. Qəbizliyə və ya qarındaxili təzyiqin yüksəlişinə səbəb ola biləcək proktoloji xəstəliklərin (daxili hemorroy, anal çat, proktit, proktosiqmoidit və s.) diaqnostikası üçün digital rektal, qadınlarda isə bimanual və bidigital (rektal və vaginal) müayinələr aparılmışdır.

Qarın divarının yırtıqlarının müayinəsi prosesində perkussiya və auskultasiya məhdud informativliyə malikdir. Lakin bəzi hadisələrdə perkutor və auskultativ məlumatlar əsasında yırtıq kisəsinin möhtəviyyatı haqqında ilkin təsəvvürlər formalaşmışdır.

Hər 3 qrupun xəstələrində rutin laborator (qan, sidik və nəcisin ümumi analizi, qanın koaquloqrafiyası, qanın biokimyəvi analizi) və instrumental (döş qəfəsi və qarın boşluğunun icmal R-skopiyası, EKQ, qarın divarının və boşluğunun USM, yırtıq möhtəviyyatının USM, göstərişlər əsasında FQDS, RRS, FKS, KT, MRT və b.) müayinələr aparılmışdır.

Qanın, sidiyin və nəcisin ümumi analizi, koaquloqrafiya və tromboelastoqrafiya, qanın biokimyəsi (qlükoza, sərbəst, birləşmiş və ümumi bilirubin, ümumi zülal və onun fraksiyaları, kreatinin, qalıq azot, sidik cövhəri, ALT, AST, QF, LDH) ümumi qəbul edilmiş metodikalarla öyrənilmişdir. Bütün xəstələrdə qan qrupu, rezus amil,

təhlükəli infeksiyalara (virus hepatitləri, sifilis, QİÇS) görə laborator müayinələr aparılmışdır.

Rentgenoloji müayinələr qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarına görə planlı surətdə qəbul olunmuş bütün xəstələrdə yerinə yetirilmişdir. Döş qəfəsinin və qarın boşluğunun icmal R-skopiyası tənəffüs, ürək-damar sistemlərinin yaşla əlaqəli dəyişikliklərini, həzm traktının R-qrafiyası yanaşı xəstəlikləri (qastritlər, mədə və OBB-ın xora xəstəliyi, diafraqma yırtığı və s.) müəyyən (inkar) etməyə imkan vermişdir.

Qarın boşluğunun yanaşı cərrahi və həcmi xəstəliklərinin diaqnostikası (inkarı) məqsədi ilə bütün xəstələrdə USM aparılmışdır. Bir sıra hadisələrdə bu müayinə yırtıq möhtəviyyətinin xarakteri və həcmi haqqında mühüm məlumatlar əldə etməyə şərait yaratmışdır.

Endoskopik müayinələr (FQDS, RRS və FKS) müvafiq boşluqlu üzvlərin (mədə, OBB, anal kanal, düz bağırsağ, S-əbənzer bağırsağ, çəmbər bağırsağın digər şöbələri) yerli üzvi dəyişikliklərini və patoloji vəziyyətləri vizual olaraq müəyyən etməyə və sənədləşdirməyə (videofilm çəkilişi və sonradan fotolaşdırma) şərait yaratmışdır.

Laparoskopik və ya videoendoskopik hernioplastika əməliyyatının icrasının mümkünlüyünü müəyyən etmək məqsədi ilə KT və (və ya) MRT müayinələri olduqca zəruridir. Bu müayinələr yırtıq möhtəviyyətinin xarakteri, həcmi, yırtıq qapısının ölçüləri, bitişmələrin mövcudluğu (olmaması), yırtıqətrafi toxumaların vəziyyəti haqqında dolğun informasiyalar əldə etməyə imkan vermişdir.

Yırtığın ölçüləri

Əksər xəstələrdə yırtıq möhtəviyyətinin həcmi yırtıq qapısının ölçüləri ilə müənasib olmuşdur. Lakin kiçik yırtıq qapısına müvafiq olmayan orta, böyük, hətta nəhəng yırtıqlara da rast gəlinmişdir. Sonuncu yırtıqlar adətən düzəlməyən olmuşdur. Bud və qasıq yırtıqlarının qapısı xəstələrin böyük hissəsində kiçikölçülü olmuşdur. Yırtıq qapısının ölçülərinə görə xəstələrin bölünməsi 2.6 sayılı cədvəldə verilmişdir.

Yırtıq qapılarının ölçülərinə görə xəstələrin bölgüsü
(intraoperasion məlumatlar)

Yırtıq qapısının ölçüləri (sm)	I qrup (35 xəstədə 36 yırtıq defekti)	II qrup (n=18)	III qrup (17 xəstədə 19 yırtıq defekti)
< 5	17 (3,7±0,2)*	8 (3,2±0,15)**	9 (2,6±0,25)*
5-10	9 (7,5±0,3)*	5 (8,0±0,3)**	6 (7,1±0,4)*
11-15	5 (13,2±0,9)**	4 (12,3±0,25)*	3 (12,6±0,1)**
> 15	5 (19,1±1,0)*	1 (18,5)	1 (16,0)

Qeyd: * - $p < 0,01$; ** $p < 0,5$

Tədqiqatın işində alınmış riyazi göstəricilər müasir metodikalara əsaslanmaqla və “Statistica” proqramı vasitəsi ilə statistik təhlil olunmuşdur. Hər bir qrupun göstəriciləri variasion sıraya düzülmüş, hər variasion sıra üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Qrupların kəmiyyət göstəriciləri arasında fərqlər qeyri-parametrik üsulla – Wilkokson (Mann-Wytni) meyarı (W) ilə hesablanmışdır. Keyfiyyət analizi aparmaq üçün Pirsó-nun uyğunluq meyarı (χ^2 -meyarı) istifadə olunmaqla tetraxorik və polixorik əlaqə göstəriciləri istifadə edilmişdir.

2.3. Əməliyyatönu hazırlıq dövrünün xüsusiyyətləri

Səmərəli, qısamüddətli, təhlükəsiz və asan idarə olunan əməliyyatönu hazırlıq proqramlarının hazırlanması, onun həm stasionar, həm ambulator, hətta ev şəraitində aparıla bilməsi müasir cərrahiyyənin bu günə qədər həllini tapmayan məsələlərindəndir. Əməliyyatönu dövrdə yerli ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə əməliyyat bölgəsinin və mədə-bağırsağ traktının əməliyyata hazırlanması vacib şərtlərdəndir. Açıq cərrahiyyənin tələblərinə cavab verən əməliyyatönu hazırlıq proqramları laparoskopik (endoskopik) cərrahlıq üçün məqbul deyildir. Çünki bu proqramlar ənənəvi, açıq yırtıq cərrahiyyəsi üçün nəzərdə tutulduğundan laparoskopik (endoskopik) cərrahlığın tələbləri və xüsusiyyətləri nəzərə alınmamışdır.

Əməliyyatın dövründə zəruri klinik-laborator və instrumental müayinələrlə yanaşı mədə-bağırsaq traktının, digər üzv və sistemlərin cərrahi əməliyyata hazırlanması gənc və orta yaşlı şəxslərdə, yanaşı ağır xəstəlikləri olmayan xəstələrdə ambulator (47 xəstə), yanaşı xəstəlikləri olan, yaşlı, piylənmədən əziyyət çəkən və ya kök xəstələrdə (23) isə stasionar şəraitdə aparılmışdır. Ambulator hazırlıq prosesi keçirildikdən sonra xəstələr cərrahi əməliyyat günü xəstəxanaya qəbul olunmuş, diaqnostik müayinələrin nəticələri və əməliyyatın hazırlıq prosesinin keyfiyyəti öyrənilmiş, dəyərləndirilmiş, qüsurlar müəyyən olunduqda (bu və ya digər diaqnostik müayinənin keyfiyyətsizliyi, azinformativliyi) həmin müayinə və vacib digər müayinələr təkrar edilmiş, əməliyyatın hazırlıq tamamlanmışdır. Situasiyadan asılı olaraq həmin gün və ya növbəti gün cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir.

Yırtığın plastikası əməliyyatından sonra qarındaxili təzyiqin artmasının qarşısını almaq, qarın üzvlərinin yeni yaranacaq şəraitə uyğunlaşdırılması üçün əməliyyatdan 1 həftə əvvəl xəstələrə sıx bandaj geyilməsi və onun boşaldıqca sıxılmasını, enli şal və ya mələfə ilə qarının sıx bağlanması, yenə də boşaldıqca dərhal bərkidilməsini tövsiyə etmişik. Qarının bandajla, şal və ya mələfə ilə bağlanması ilə yanaşı olaraq xəstələrə gündə azı 3 dəfə (hər dəfə 10-15 dəq.) qarındaxili təzyiqi artıran müalicə gimnastikası hərəkətlərini icra etməyi məsləhət görmüşük.

Poliklinika həkimlərinin tövsiyəsi ilə ənənəvi qaydada (24 xəstədə) və tərəfimizdən təklif olunmuş metodika ilə (46 xəstədə) mədə-bağırsaq traktı cərrahi əməliyyata hazırlanmışdır. Əməliyyatdan 1 həftə əvvəl xəstələr bizim tövsiyələrimiz əsasında əsirgəyici, tullantısız qidalarla qidalanmış, əməliyyatdan 2 gün əvvəl işlədici preparatlar (1 l suda həll edilmiş 1 və ya 2 paket fortrans və ya 2-3 saatlıq fasilələrlə 60-90 ml gənəgərçək yağı (hər dəfə 20-30 ml) qəbul etmiş, axşam və səhər saatlarında təmizləyici imalə (hər dəfə 2 imalə, cəmi 4 imalə) olunmuşlar. Əməliyyatdan 1 gün əvvəl qida qəbulu tamamilə dayandırılmış, xəstələrə yalnız kiçik porsiyalarla maye qəbulu məsləhət görülmüşdür. Əməliyyatdan 1 gün əvvəl və ya əməliyyat günü “Hidrokolon” aparatı ilə yoğun bağırsaq təmiz su alınana qədər yuyulmuşdur. Təklif etdiyimiz bu metodika sadədir, bilavasitə xəstənin özü tərəfindən və ya ailə üzvlərindən

birinin köməyi ilə asan yerinə yetirilir, tamamilə təhlükəsizdir, ənənəvi üsullardan fərqli olaraq uzun müddət (1-2 həftə) tələb etmir, əzabverici deyildir, prosesin böyük hissəsi ev şəraitində (poliklinika və ya xəstəxana şəraitində yalnız 1 hidroyuyulma seansı) həyata keçirilir.

Hipertoniya xəstəliyi, ÜXIX müəyyən edilmiş yaşlı xəstələrdə və şəkərli diabet xəstələrində əməliyyatın hazırlıq dövrü müvafiq ixtisaslı həkimlərin (kardioloq, endokrinoloq və ya diabetoloq) təyinatı ilə ev şəraitində aparılmış, xəstələrin laborator-instrumental monitorinqi (dinamik EKG, zəruri hallarda ExoKQ, qanda və sidikdə qlükozanın dinamik təyini) həyata keçirilmiş, yalnız tam medikamentoz və dietoloji korreksiya (kompensasiya) əldə edildikdən sonra cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir.

Videolaparoskopik hernioplastika əməliyyatı zamanı karboksiperitoneum yaradılması (12-15 atm təzyiq altında) zərurəti meydana çıxır. Karboksiperitoneum şəraitində qarındaxili təzyiq kəskin artır, diafraqma döş boşluğuna doğru sıxılır. Bu vəziyyət, əməliyyat vaxtı və sonra bu və ya digər səviyyəli kəskin tənəffüs çatmazlığı, ağciyər ödemi kimi təhlükəli ağırlaşmalarla tamamlana bilər. Bu ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə əməliyyatın hazırlıq dövründə tənəffüs sisteminin vəziyyəti öyrənilməli (döş boşluğunun icmal R-skopiyası, ağciyərlərin həyat tutumu, qan qazlarının kəmiyyət göstəriciləri və s.), terapevtin təyinatı ilə farmakoloji korreksiya (anabolik hormonlar, β -adrenoblokatorlar, bronxgenişləndirici və bəlgəmgətirici preparatlar və s.) aparılmalıdır.

Sidik cinsiyyət sisteminin dəyişiklikləri müəyyən olduğu hadisələrdə əməliyyatın dövrün gedişi uroloqun nəzarəti və təyinatı əsasında davam etdirilmişdir.

İmmunoloji statusun dəyişiklikləri zamanı immunomodulyatorlar (perftoran, polioksidonium, immunal), ümumi müqavimətartırıcı müalicə (vitaminlər, jənşen və ya biyan kökü preparatları, exineseya preparatı, anabolik hormon), nevroloji-psixoloji statusun dəyişiklikləri zamanı müvafiq ixtisaslı mütəxəssislər tərəfindən sedativ preparatlar (sonopaks, valerian ekstraktı, passiflora, stresam və b.), trankvilizatorlar və antipsixotik preparatlar (amitriptilin, neuleptil) təyin edilmişdir.

2.4. Anesteziya üsulunun seçilməsi

Hernioloji cərrahiyyədə yırtığın lokalizasiyasından, icra ediləcək əməliyyat üsulu və onun həcmindən asılı olaraq adekvat anesteziya üsulunun seçimi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Anesteziya üsulu əməliyyatın nəzərdə tutulmuş müddətlərdə və həcmdə, əlverişli miorelaksasiya şəraitində yerinə yetirilməsinə şərait yaratmalıdır. Əməliyyatın gedişi boyunca anesteziya üsulunun dəyişdirilməsini məqbul hesab etmirik. Ona görə də seçim prosesi 3 iştirakçı – xəstə, anestezioloq və cərrah tərəfindən həyata keçirilməli, ən nəhayət, konkret xəstə üçün optimal əlverişli anesteziya üsulunun tətbiqi qərara alınmalıdır. Yəni seçim prosesində anestezioloqun rəyi, xəstənin istəyi (marağı) və əməliyyatın həcmi (cərrahın rəyi) əsas götürülmüşdür.

Əksər xəstələrdə müştərək (spinal və ümumi venadaxili) anesteziyaya üstünlük verilmişdir. Ümumi intravenoz çoxkomponentli anesteziyaya spinal anesteziyanın mütləq əlavə edilməsi qarının aşağı mərtəbəsinin (qasıq və bud yırtıqlarında) ön divarını əzələlərinin maksimal relaksasiyasını təmin etdiyinə görə rekonstruktiv-bərpaedici cərrahi əməliyyatın gedişini və idarə olunmasını xeyli asanlaşdırmışdır. Laparoskopik hernioplastika əməliyyatları yalnız endotraxeal intubasiya şəraitində çoxkomponentli ümumi anesteziya altında yerinə yetirilmişdir. Çünki keyfiyyətli transabdominal hernioplastikanın həyata keçirilməsi üçün qarın divarının keyfiyyətli görünüşü və qarın daxili manipulyasiyaların asan icra edilməsi olduqca vacibdir. Bu ancaq qənaətbəxş karboksiperitoneum şəraitində mümkündür. Karboksiperitoneum şəraitində tənəffüsün və ürək damar sisteminin daimi idarə olunması, bu sistemlərə nəzarət üçün əməliyyatın icra edilməsinin yeganə rəşional yolu endotraxeal intubasiya şəraitində ağciyərlərin süni ventilyasiyasıdır. Bu xəstələrdə mərkəzi venalardan biri və bir dirsək venası kateterizasiya olunmalıdır. Bu ümumi anesteziya zamanı zəruri preparatların yeridilməsini və anesteziya prosesinin idarə olunmasını asanlaşdırır.

Ümumi anesteziya üsulu açıq və videoendoskopik hernioplastika əməliyyatı zamanı 41 xəstədə müvəffəqiyyətlə tətbiq edilmişdir. Digər xəstələrdə müştərək (venadaxili və epidural), həmçinin yerli infiltrasiyaedici (nəzarət qrupunun bəzi xəstələri) anesteziya üsulları istifadə olunmuşdur.

FƏSİL III
QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ
AÇIQ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 35 xəstənin (I qrup) açıq atenzion cərrahi müalicəsinin nəticələri təhlil edilmişdir. Bütün xəstələrdə yırtıq qapısının açıq üsullarla gərilməmiş plastikası aparılmışdır. Protezləşdirici vasitə kimi polipropilen tor istifadə edilmişdir. Yırtıqların anatomik xarakteristikası 3.1 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3.1

Yırtıqların anatomik xüsusiyyətlərinə görə xəstələrin bölgüsü

Yırtıqlar	Açıq gərginliksiz hernioplastika (n=35)
Sağtərəfli qasıq	8
Soltərəfli qasıq	2
Bud	3
Bilateral bud	1
Birincili göbək	3
Residiv göbək	2
Birincili ağ xətt	1
Residiv ağ xətt	3
İlk dəfə əmələ gəlmiş residivlər (qasıq yırtığı)	2
İkincili əmələ gəlmiş residivlər (qasıq yırtığı)	2
3 dəfə əmələ gəlmiş residivlər (qasıq yırtığı)	1
Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar:	7

Xəstələr ənənəvi əməliyyatözü hazırlıqdan (əməliyyatdan sonra bağırsağın iflicinin profilaktikası (bağırsağın boşaldılması), traxeobronxial ağacın sanasiyası, irinli-infeksion ağırlaşmaların profilaktikası, qarındaxili təzyiğin nizamlanması tədbirləri və s.) sonra planlı qaydada cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

Böyük yırtıqlar zamanı, həmçinin yırtıqların ölçülərindən asılı olmayaraq yaşlı, kök xəstələrdə yırtıqlara xarakter yerli əlamətlərlə (qarının köpməsi, qəbizlik, əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi, qarında ağırlıq hissi, ürəkbulanma, bəzən yırtıq nahiyəsində ağrılar və b.) yanaşı ümumi əlamətlər də (təngnəfəslik, taxikardiya, boğulma tutmaları, bəğəm ifrazının çətinləşməsi və s.) müşahidə olunmuşdur. Əməliyyatözü dövrdə bu əlamətlər müvafiq ixtisaslı həkimlərin təyinatı ilə aradan qaldırılmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı və residiv yırtıqlar bir qayda olaraq əməliyyat çapığı nahiyəsində əmələ gəlmişdir. Bu qrupda orta və böyük ölçülü yırtıqlar daha çox müşahidə edilmişdir. Sərbəst yırtıqlar düzəlməyən yırtıqlarla müqayisədə 1,5 dəfə çox, birincili yırtıqlar zamanı isə əksinə, sərbəst yırtıqlar xeyli çox rast gəlmişdir.

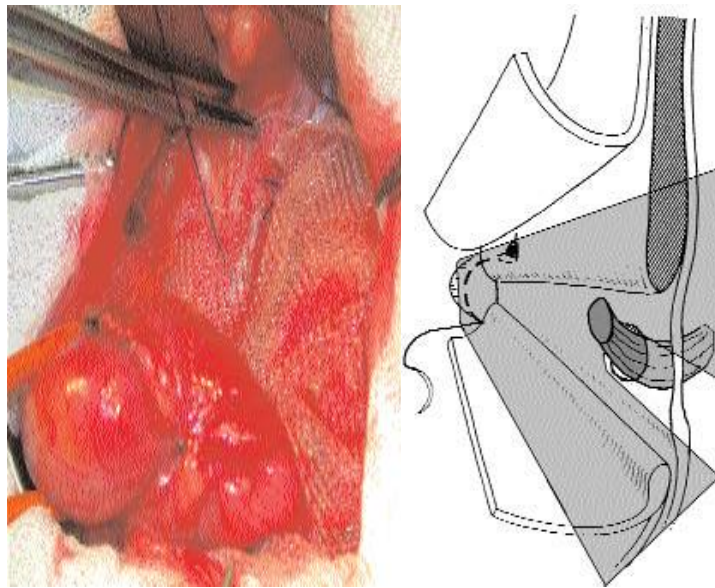
Böyük və nəhəng yırtıqlar qarın divarının ciddi deformasiyalarına, xroniki qəbizliyə, sidik və/və ya nəcis ifrazının pozğunluqlarına səbəb olmuşdur. Bu yırtıqlar ətrafında yerli toxumaların kobud, deformasiyaedici çapıq dəyişiklikləri, indurasiyası, rigidləşməsi müəyyən edilmişdir. Qasıq-xayalıq yırtıqları ilə xəstələr cinsi həyatın çətinlikləri ilə üzləşmişlər.

Qasıq kanalının arxa divarının Lichtenstein I.L. üsulu ilə plastikasının metodikası

Ənənəvi qasıq yırtığı plastikasında istifadə olunan 7-8 sm uzunluqlu çəp dəri kəsiyi aparılmışdır. Kəsiyin uzunluğu fərdi, yırtığın anatomik ölçülərinə uyğun seçilmişdir.

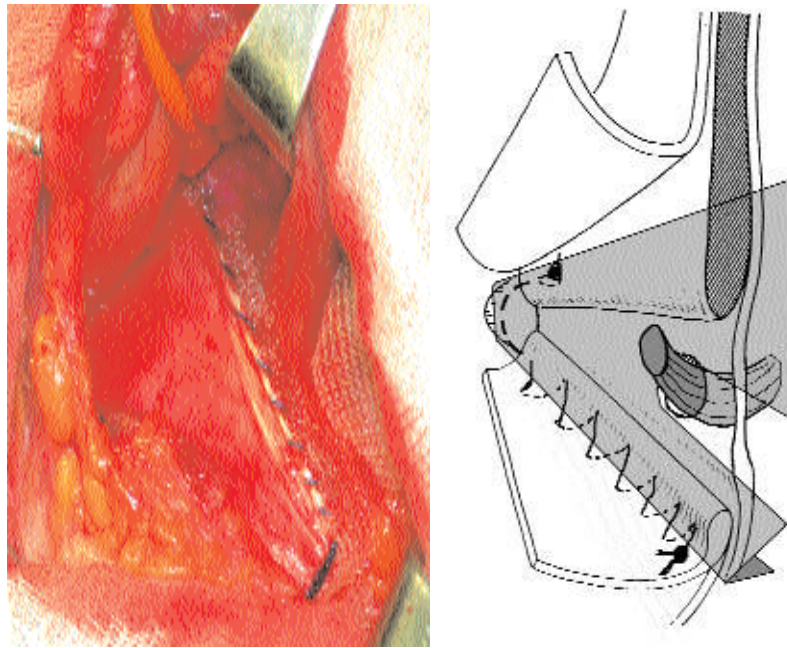
Dərialtı toxuma kəsik xətti boyunca küt üsulla aponevrozdan (ağ xəttədən) ayrılmış, dupplikatura formalaşdırılması zərurəti olduqda ayrılma geniş həddlərdə aparılmışdır. Aponevroz boylama istiqamətdə kəsilmiş, yırtıq kisəsi tupferlə küt üsulla ətraf toxumalardan ayrılmışdır. Çəp yırtıq zamanı qasıq bağı, daxili çəp əzələnin sərbəst kənarı və köndələn əzələ 2-3 sm arasında daxil çəp əzələnin yatağı və qalça qarın boşluğuna qədər küt üsulla mobilizə olunmuşdur. Düz yırtıqlar və digər lokalizasiyalı kiçikölçülü sərbəst yırtıqlar zamanı yırtıq kisəsi açılmadan kisə möhtəviyyatla birgə qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Çəp qasıq yırtıqları, böyükölçülü sərbəst və dü-

zəlməyən, həmçinin çoxkəmerli yırtıqlar zamanı kisə açıldıqdan sonra möhtəviyyat identifikasiya olunmuş, bitişmələrdən və yırtıq qapısından ayrılmaqla sərbəstləşdirilmiş, və nəhayət qarın boşluğuna salınmışdır. Yırtıq kisəsinin boyun səviyyəsi kiçik yırtıqlarda liqatura ilə, orta ölçülü və böyük yırtıqlar zamanı isə kiset və ya fasiləsiz tikişlərlə tikilməklə bağlanmışdır. Orta və böyük yırtıqlar zamanı kisənin artıq hissəsi kəsilmiş, atılmış və ya köndələn fassiya ilə birgə yamaq kimi tikilmişdir. Bu halda çalışmaq lazımdır ki, kisənin artıq hissəsi sərbəst qalmasın. Sonra toxum ciyəsi daxili dəliyin aşağı kənarına qədər sərbəstləşdirilmişdir. Güdülün üzərindən atravmatik iynəli sorulan sapla fasiləsiz düyünlü tikişlərlə köndələn fassiyanın sərbəst kənarları bir-birinə tikilmişdir. Bu zaman daxili dəliyin çeçələ barmağı buraxana qədər daraldılması çox vacibdir. Uşaqlığın girdə bağını sərbəstləşdirməyi lüzumsuz hesab edirik. Sonuncu köndələn fassiyanın üzərinə qoyulmuşdur. Plastika üçün polipropilen tor və ya sellüloza tərkibli torun (qasıq yırtıqlarında (11X6 sm, böyük yırtıqlarda defektin kənarlarından azı 2-3 sm kənarlara qədər) bir tərəfi toxum ciyəsinin yerləşməsi üçün göbələk şəkilində kəsilmiş (göbələyin diametrinin 1 sm olması kifayətdir) və o köndələn fassiyanın üzərinə, toxum ciyəsinin arxasına qoyulmuşdur. Aşağı medial tərəfdən qalça qabarıqlığının, piramid əzələnin üzərinə qoyulmaqla 3/0 vikril və ya prolen sapla sonunculara tikilmişdir (şək. 3.1).



Şək. 3.1. Protezin distal hissəsinin tikilməsi

Sonra toxum ciyəsi trunda ilə yuxarı qaldırılmış, protezin lateral tərəfi daxili dəliyin bayır kənarına qədər Cooper (aşağı bayır tərəfdən) və qasıq (lateral tərəfdən) bağlarına tikilmişdir. Bud kanalının bərkidilməsini vacib hesab edirik. Bunun üçün protezin 1-1,5 sm ölçüldə sərbəst saxlanmış aşağı hissəsi 1-2 düyünlü tikişlə Cooper bağına tikilmişdir. Bu tikişlər bud kanalının gələcəkdə genişlənməsinin və bud yırtığının əmələ gəlməsinin qarşısını etibarlı surətdə alır. Sonra protezin kranial tərəfdəki lateral ləçəyi medial ləçəyin üzərinə qoyulmuş, bir neçə tikişlə bir-birinə elə tikilmişdir ki, toxum ciyəsi yeni formalaşmış daxili dəlikdə sıxılmasın (şək.3.2).

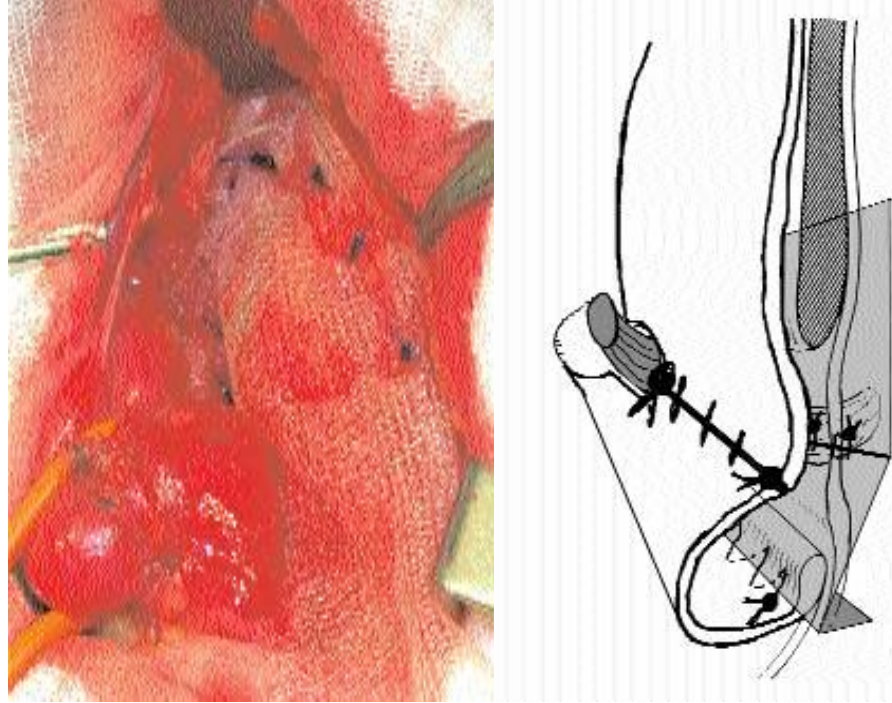


Şək. 3.2. Daxili dəliyin formalaşdırılması

Protezin medial kənarı bir neçə düyünlü tikişlə daxili çəp əzələnin sərbəst kənarına tikiməklə arxa divarın bərkidilməsi sona çatdırılmışdır. Aponevrozun sərbəst kənarları protezin və toxum ciyəsinin üstündən yan-yana və ya dupplikatura yaradılmaqla bir-birinə tikilmişdir. Xarici dəlik daraldılmışdır (şək. 3.3).

Digər lokalizasiyalı yırtıqlar zamanı yırtıq qapısı kiçik ölçülü olarsa fasiləli düyünlü sorulmayan saplarla tikiməklə qapadılmış, orta və ya böyük ölçülü defektlər maksimal surətdə gərməmiş daraldılmışdır (sorulmayan sapla düyünlü tikişlərlə). Birinci halda protez sorulmayan sapla perimetr boyunca yırtıq qapısının kənarlarına ti-

kilmişdir (sub lay). İkinci halda isə müvafiq ölçülərdə kəsilmiş protez yırtıq qapısının kənarlarına perimetr boyunca sorulmayan sapla fasiləli tikilmişdir. Bir çox müəlliflər fasiləsiz tikişlərə üstünlük verirlər [134].



Şək. 3.3. Qasıq kanalının arxa divarının protezləşdirilməsi

Digər lokalizasiyalı yırtıqlarda isə aponevrozun sərbəstləşdirilmiş parçaları ilə göstəriş əsasında Сапeжкo, Mayo və ya Гpeкoв üsulu ilə dupplikatura formalaşdırılmış və ya onlar bir-birinə yan-yana tikilmişdir (dupplikatura imkanı olmadıqda).

Birincili yırtıqlar 36 xəstədə rast gəlmişdir. Onların 22-i qasıq, 7-i göbək, 5-i bud, 2-i isə ağ xətt yırtığı olmuşdur. 2 xəstədə qasıq, 1 xəstədə isə bud yırtığı ikitərəfli olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar 3 xəstədə çoxsaylı olmuşdur.

Qasıq yırtıqları ilə xəstələrdə Lichtenstein üsulu ilə, ağ xətt, əməliyyatdan sonrakı və göbək yırtıqları zamanı Stoppa, Mayo üsulları ilə açıq gərilməmiş hernioplastika əməliyyatları yerinə yetirilmişdir. Açıq atenziyonn plastika ümumən birincili və residiv qasıq yırtıqları olan xəstələrdə yerinə yetirilmişdir. Aşağıdakı klinik müşahidələr bu üsulun üstünlüklərini və etibarlılığını nümayiş dolğunluqla etdirir.

Praktikadan nümunə

Xəstə B.Z., 67 yaş, 54826 sayılı x/t, 12.05.2009-cu il tarixdə hər 2 qasıq nahiyəsində şişkinlik, fiziki iş, öskürək və hərəkət zamanı şişkinliyin böyüməsi, həyat keyfiyyətinin pisləşməsi və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə KTM-ə müraciət etmişdir. Özünü bir neçə ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi ağır fiziki işlə əlaqələndirir. Hər 2 tərəfdə əvvəllər hernioplastika əməliyyatı aparılmışdır. Həmin əməliyyatdan 1 il sonra əvvəl sağ, bir neçə ay sonra isə sol tərəfdə yırtığın residivi baş vermişdir.

Həyat anamnezi xüsusiyyətsizdir.

Huşu aydındır. Suallara cavab verir. Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı kafi qalınlıqdadır. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaqlı hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 18-dir. Ağciyərlər üzərində sərt tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşmışdır. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 80-dir. Arterial təzyiq 130/80 mm.c.st.

Dil nəmdir, təmizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, intaktdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq əllənmir. Bağırsaqların peristaltikası küyləri aydın eşidilir.

Diurez sərbəstdir. Pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya müntəzəmdir, qazlar sərbəst xaric olur.

St. localis. Sağ qasıq nahiyəsində ölçüləri 5,0X6,0X4,0 sm olan şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi adidir. Qasıq bağına paralel 7-8 sm uzunluqda əməliyyat çapığı görünür. Horizontal vəziyyətdə şişkinliyin ölçüləri bir qədər kiçilir. Palpator olaraq şişkinlik qarın boşluğuna düzəlmir.

Sol qasıq nahiyəsində ölçüləri 4,0X5,0X4,0 sm olan ovalşəkili şişkinlik, şişkinlik üzərində 7-8 sm uzunluqda köhnə əməliyyat çapığı görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi adidir. Horizontal vəziyyətdə şişkinliyin ölçüləri xeyli kiçilir. Öskürək təkani simptomu müsbətdir. Yüngün palpasiya nəticəsində şişkinlik sərbəst surətdə qarın boşluğuna düzəlir.

Klinik diaqnoz: Sağtərəfli çəp geriyyə qayıtmayan residiv qasıq yırtığı. Soltərəfli sərbəst, düz residiv qasıq yırtığı.

Əməliyyatın hazırlıq ambulator şəraitdə təklif etdiyimiz metodika üzrə aparılmış, 13.05.2009-cu il tarixdə yerli infiltrsion anesteziya altında sağ qasıq bağına paralel köhnə çapıq toxuması kəsilərək xaric edilməklə dəri, dərialtı qat kəsilmiş, yırtıq kisəsi ayırd olunmuş, aponevroz boylama istiqamətdə genişləndirilmiş, kisə hər tərəfdən səfərbər edilmiş, açılmış, qapı genişləndirildikdən sonra möhtəviyyat (nazik bağırsağ ilgəyi) qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Toxum ciyəsi daxili dəliyə qədər mobilizə olunduqdan sonra qasıq kanalının arxa divarına 11X7 sm ölçülü polipropilen (“Surgipro”) qoyulmuş və Lichtenstein üsulu ilə alloplastika əməliyyatı icra edilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, bu dövrün son günlərində növbəti cərrahi əməliyyata hazırlıq aparılmış və o, 19.05.2009-cu il tarixdə icra edilmişdir: yerli infiltrsion anesteziya altında sol qasıq nahiyəsində köhnə çapıq toxuması kəsilərək xaric edilməklə yırtıq kisəsi ayırd olunmuş, səfərbər edilmiş, yırtıq kisəsi açılmış, möh-təviyyat (böyük piylik hissəsi) qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Toxum ciyəsi daxili dəliyə qədər səfərbər olunmuş, qasıq kanalının arxa divarına 11X8 sm ölçülü polipropilen (“Surgipro”) qoyulmuş və Lichtenstein üsulu ilə alloplastika yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, 22.05.2009-cu il tarixdə xəstə evə yazılmış, müalicə ambulator şəraitdə tamamlanmış, yara birincili sağalmışdır.

Bu xəstənin stasionar müalicəsi 11 gün davam etmişdir. Bu hal xəstənin ümumi və spinal anesteziyadan imtina etməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Nəticədə xəstənin yaşı və yanaşı somatik xəstəlikləri (ÜXIX) nəzərə alan müalicə cərrahi eynimomentli əməliyyatın yerinə yetirilməsini məqbul hesab etməmişdir. 6 ay və 2 ildən sonra baxılmışdır. Residiv və şikayətlər yoxdur. Xəstə təqaüddü olsa da ev şəraitində zəruri fiziki işləri yerinə yetirir.

Digər lokalizasiyalı (bud, göbək, ağ xətt) birincili yırtıqlara görə uğurla nəticələnmiş 5 atenzion plastika əməliyyatları icra edilmişdir. Bu xəstələrdə həmin yırtıqlar Bassini, Stoppa və Majo üsulları ilə yerinə yetirilmişdir. Stoppa üsulunun gedişi və əməliyyatın nəticəsinə dair klinik hadisəni təqdim edirik.

Praktikadan nümunə

Xəstə S.T., 55 yaş, 10220 sayılı x/t, 31.08.2009-cu il tarixdə qarının ön divarında ağrılı şişkinlik, təngənəfəslik, tez-tez boğulma halları, ümumi zəiflik və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə KTM-ə müraciət etmişdir. Özünü bir neçə ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi ağır fiziki işlə əlaqələndirir. Şişkinlik əvvəl kiçik ölçülərdə olmuş, son illər tədricən böyümüşdür.

Həyat anamnezi xüsusiyyətsizdir.

Huşu aydındır. Suallara cavab verir. Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı kafi qalınlıqdadır. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayağ-hərəkət sistemi dəyişikliklidir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, Ağciyərlər üzərində sərt tənəffüs fonunda kiçik kalibrli seyrək xışıltılar eşidilir. Ürək tonları karlaşmışdır. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 80-dir. Arterial təzyiq 130/85 mm.c.st.

Dil qurudur, yaşıl ərplə örtülmüşdür. Qarın palpator köpdür, epigastral nahiyyə ağrılıdır. Qaraciyər və dalaq əllənmir. Bağırsağ peristaltikası küyləri aydın eşidilir.

Diurez sərbəstdir. Pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya 3-4 gündən bir, işlədici dərman vasitələri qəbulundan sonra baş verir. Qazlar arabir, kiçik porsiyalarla sərbəst xaric olur.

St. localis. Göbək nahiyəsində ölçüləri 6,0X12,0 sm olan şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi dəyişikliklidir. Palpator olaraq şişkinliyin konsistensiyası bir qədər bərkləşmişdir, qarın boşluğuna çətin düzəlir.

Klinik diaqnoz: Sərbəst göbək yırtığı. III dərəcəli piylənmə.

Əməliyyatın hazırlıq aparılmış, 02.09.2009-cu il tarixdə ETİ fonunda ümumi anesteziya altında yırtığın dərisi üzərində ağ xətt boyunca 6-8 sm uzunluqda boylama kəsik aparılmış, liflənməmiş aponevroz boylama istiqamətdə genişləndirilmiş, yırtıq kəsəsi boyuna qədər dairəvi səfərbər edilmiş, açılmış, qapı genişləndirildikdən sonra iki kameralı olması aşkar edilmişdir. Yırtığın möhtəviyyəti (böyük piylik kəsəsi nazik bağırsağ ilgəyi) qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Yırtıq qapısı sərt birləşdirici toxu-

madan formalaşmış atma ilə 2 hissəyə ayrılmışdır. Biz həmin atmanı kəsməyi məqsəddə uyğun hesab etmirik. Kisə daxili kiset tikişləri ilə boyun səviyyəsində tikilərək bağlandı. Kisənin sərbəst hissəsi atmaya və qapının divarlarına fiksə edildi. Yırtıq qapısı ətrafı dərialtı toxuma 5-6 sm hüdudlarında aponevrozdan ayrıldı. Əməliyyatın bu hissəsi aponevrozun sağlam, liflənməmiş hissəsinə qədər davam etdirildi. Polipropilen tor (10X15 sm ölçülü "Galmesh") sağlam hüdudlarda fasiləsiz tikişlərlə (atravmatik iynəli vikril 3/0) aponevroza tikildi. Konsentrik olaraq 2-ci sıra dairəvi fasiləsiz tikiş yırtıq qapısının divarlarına, 3-cü sıra fasiləsiz tikiş isə diametral istiqamətdə qapının atmasına tikildi. Diqqətli hemostaz. Yara qat-qat tikildi. Dərialtı sahəyə kiçik mənfəzli PVX drenaşı qoyuldu və onun hər 2 ucu yaranın başlanğıc və son hissələrindən xaricə çıxarıldı. Aseptik sargı qoyuldu.

Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, 07.02.2009-cu il tarixdə xəstə evə yazılmış, müalicə ambulator şəraitdə poliklinika cərrahının nəzarəti altında davam etdirilmiş, yara birincili sağalmışdır.

3, 6 ay və 1,5 ildən sonra baxılmışdır. Residiv və şikayətlər yoxdur. Əmək fəaliyyətini davam etdirir.

Residiv yırtıqlar zamanı açıq atenzion plastika üsullarının üstünlüklərini nəzərə alaraq onların icrasını vacib hesab etmişik. Lakin açıq əməliyyatların travmatikliyi və uzun müddətlərdə icrası ümumi stasionar müalicənin artmasına səbəb olur. Aşağıdakı nümunədə bu öz təsdiqini tapmışdır.

Praktikadan nümunə

Xəstə K.K., 26 yaş, 12128 sayılı x/t, 12.10.2009-cu il tarixdə qarının ön divarında, köhnə əməliyyat çapığı boyunca nahiyəsində şişkinlik, fiziki iş, öskürək və hərəkət zamanı şişkinliyin ağrılı olması və böyüməsi və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə KTM-ə müraciət etmişdir.

Özünü 3 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi ağır fiziki işlə əlaqələndirir. 1 il əvvəl Cəlilabad RMX-nın cərrahiyyə şöbəsində ağ xətt yırtığına görə cərrahi əməliyyat olunmuş, 1 ay sonra həmin nahiyədə yenidən yırtıq əmələ gəlmişdir.

Həyat anamnezi xüsusiyyətsizdir.

Ümumi vəziyyəti kafidir. Huşu aydındır. Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı kafi qalınlıqdadır. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 18-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları bir qədər karlaşmışdır. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 80-dir. Arterial təzyiq 130/80 mm.c.st.

Dil nəmdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq ələnmir. Bağırsağ peristaltikası küyləri aydın eşidilir.

Diurez sərbəstdir, ağrısızdır. Pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya müntəzəmdir, qazlar sərbəst xaric olur.

St. localis. Horizontal vəziyyətdə ağ xəttin göbəkdən yuxarı hissəsində köhnə əməliyyat çapığı nahiyəsində ölçüləri 5,0X6,0 sm olan ovalşəkili şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi adidir. Öskürək təkanı simptomu müsbətdir. Palpator olaraq şişkinlik qarın boşluğuna sərbəst düzəlir. Yırtıq qapısı 4 barmağı sərbəst buraxır.

Klinik diaqnoz: Sərbəst residiv ağ xətt yırtığı.

Əməliyyatın hazırlıq aparılmış, 13.10.2009-cu il tarixdə ETİ olunmaqla ümumi anesteziya altında boylama istiqamətdə haşiyəvi kəsiklə köhnə çapıq toxuması kəsilərək xaric edildi. Dəri, dərialtı qat kəsildi, yırtıq kəsəsi ayırd olundu, aponevroz boylama istiqamətdə genişləndirildi, kəsə tam səfərbər edildi, açıldı, yırtığın çoxkəməralı olması müəyyən olundu. Bitişmələr ayrıldı, kəsildi, yırtıq möhtəviyyəti (böyük piylik hissəsi) qarın boşluğuna salındı. Düz əzələlərin arxa yatağı boylama istiqamətdə kəsildi. 7X15 sm ölçülü polipropilen tor ("Surgipro") travmatik iynəli 0/0 prolen sapla düz əzələlərin yatağının sərbəst kənarlarına və perimetr boyunca yırtıq qapısına fasiləsiz tikildi. Diqqətli hemostaz edildi, düz əzələlərin arxasına silikon drenaj qoyuldu. Yara qat-qat tikildi. Aseptik sarğı qoyuldu..

Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit gedişli oldu. Yara birincili sağaldı. 22.10.2009-cu il tarixdə xəstə ambulator müşahidə üçün evə buraxıldı. 3 ay və 1 ildən sonra ba-

xılmışdır. Residiv və şikayətlər yoxdur. Əmək qabiliyyəti tamamilə bərpa olunmuşdur.

I qrupda birincili yırtıqlar 17 xəstədə rast gəlməmişdir. Onların 10-u qasıq, 3-ü göbək, 3-ü bud, 1-i isə ağ xətt yırtığı olmuşdur. 1 xəstədə bud yırtığı ikitərəfli olmuşdur. Bu xəstələrdə 18 açıq atenzion hernioplastika əməliyyatı yerinə yetirilmişdir (cədvəl 3.2).

Cədvəl 3.2

Birincili yırtıqların anatomik xüsusiyyətlərinə görə bölünməsi

	Polipropilen torla hernioplastika (n=17)
Qasıq yırtıqları:	
Sağtərəfli	8
Soltərəfli	2
Bud yırtıqları:	
Sağtərəfli	1
Soltərəfli	1
İkitərəfli	1 xəstədə 2 əməliyyat
Göbək yırtığı	3
Ağ xətt yırtığı	1

Cədvəldən göründüyü kimi birincili qasıq yırtıqları daha çox – 10 xəstədə rast gəlməmişdir. Bu xəstələrdə Lichtenstein üsulu ilə gərilməsiz plastika əməliyyatları yerinə yetirilmişdir. Digər lokalizasiyalı (bud, göbək, ağ xətt) birincili yırtıqlara görə 8 atenzion plastika əməliyyatı icra edilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların cərrahi müalicəsi Stoppa və Mejo üsulları ilə həyata keçirilmişdir. Bu üsulların əlverişli və dayanıqlı nəticələri onların tətbiqinin məqsədəuyğunluluğunu diqtə edir. Bizim xəstələrdə açıq gərginliksiz əməliyyatlardan sonra residiv hadisələri olmamışdır. Lakin əməliyyatdan sonrakı dövrün və tibbi-sosial reabilitasiyanın uzun müddət davam etməsi açıq plastikanın qüsurlarındandır. Nümunə təqdim edirik.

Praktikadan nümunə

Xəstə R.S., 36 yaş, 5539 sayılı x/t, 13.05.2009-cu il tarixdə qarının ön divarında köhnə cərrahi əməliyyat çapığı nahiyəsində böyük ölçülü şişkinlik, fiziki iş və öskürək zamanı şişkinlik nahiyəsində ağrılar və şişkinliyin böyüməsi, ümumi zəiflik və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə KTM-in cərrahlıq şöbəsinə müraciət etmişdir. Özünü 4 ildir ki, xəstə hesab edir. 4 il əvvəl keçirilmiş xolesistektomiya əməliyyatından bir neçə ay sonra əməliyyat çapığı nahiyəsində kiçik şişkinlik əmələ gəlmiş və bu müddətdə o xeyli böyümüşdür. Xəstəliyi ağır fiziki işlə əlaqələndirir. Şişkinlik əvvəl kiçik ölçülərdə olmuş, son illər tədricən böyümüşdür.

Həyat anamnezi xüsusiyyətsizdir.

Ümumi vəziyyəti kafidir. Huşu aydındır. Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı çox inkişaf etmişdir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dəyənəq-hərəkət sistemi dəyişikliklərsizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşmışdır. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 76-dır. Arterial təzyiq 125/75 mm.c.st.

Dil nəmdir. Qarın yumşaqdır və ağrılıdır. Qaraciyər və dalaq əllənmir. Bağırsağ peristaltikası küyləri aydın eşidilir.

Diurez sərbəstdir. Pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya sərbəstdir, qazlar müntəzəm xaric olur.

St. localis. Mezoqastral nahiyədə, ağ xətt boyunca əməliyyat çapığı üzərində ölçüləri 15,0X20,0X10,0 sm olan şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi dəyişikliklərsizdir. Uzunluqlı vəziyyətdə şişkinlik aradan qalxır. Palpator olaraq yırtıq qapısı 4 barmağı sərbəst buraxır. Öskürək təkəni simptomu müsbətdir.

Klinik diaqnoz: Qarının əməliyyatdan sonrakı ventral yırtığı.

Əməliyyatönü hazırlıqdan sonra 14.05.2009-cu il tarixdə ETİ fonunda ümumi anesteziya altında yırtığın dərisi üzərində ağ xətt boyunca 6-8 sm uzunluqla boylama kəsik aparılmış, liflənmiş aponevroz boylama istiqamətdə genişləndirilmiş, yırtıq kisəsi boyuna qədər dairəvi səfərbər edilmiş, açılmış, qapı genişləndirildikdən sonra iki kameralı olması aşkar edilmişdir. Yırtığın möhtəviyyatı (böyük piylik kisəsi nazik

bağırsağ ilgəyi) qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Yırtıq qapısı sərt birləşdirici toxumadan formalaşmış atma ilə 2 hissəyə ayrılmışdır. Biz həmin atmanı kəsməyi məqsəduyğun hesab etmirik. Kəsə daxili kiset tikişləri ilə boyun səviyyəsində tikilərək bağlandı. Kəsənin sərbəst hissəsi atmaya və qapının divarlarına fiksə edildi. Yırtıq qapısı ətrafı dərialtı toxuma 5-6 sm hüdudlarında aponevrozdan ayrıldı. Əməliyyatın bu hissəsi aponevrozun sağlam, liflənməmiş hissəsinə qədər davam etdirildi. Polipropilen tor (10X15 sm ölçülü “Galmesh”) sağlam hüdudlarda fasiləsiz tikişlərlə (atravmatik iynəli vikril 3/0) aponevroza tikildi. Konsentrik olaraq 2-ci sıra dairəvi fasiləsiz tikiş yırtıq qapısının divarlarına, 3-cü sıra fasiləsiz tikiş isə diametral istiqamətdə qapının atmasına tikildi. Diqqətli hemostaz. Yara qat-qat tikildi. Dərialtı sahəyə kiçik mənfəzli PVX drenaşı qoyuldu və onun hər 2 ucu yaranın başlanğıc və son hissələrindən xaricə çıxarıldı. Aseptik sarğı qoyuldu.

Birincili yırtıqlara görə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə açıq üsulla cərrahi əməliyyat olunmuş xəstələrdə aşağıdakı ağırlaşmalar rast gəlməmişdir: seroma – 4, dərin hematoma və onun irinləməsi – 2, yaranın irinləməsi -2, liqatur (tor) fistulu – 1. Seromalar USM müayinəsi ilə təsdiq olunmuş, bir neçə punksiyon boşalmadan və sərt sarğıdan sonra aradan qalxmışdır. Irinləmiş hematoma sahəsi təkrar drennlənmiş, boşluğun mütəma-di lavajı aparılmış və 2 həftə ərzində o, aradan qalxmışdır. 2 xəstədə irinli-infeksiyon ağırlaşmaya görə yara ikincili sağalmışdır. Həmin xəstələr ambulator şəraitdə fiziki üsullarla (yerli lazer-maqnit terapiyası kursu) uğurlu müalicə olunmuşdur. Liqatur (tor) fistuluna görə fistulun dərinliyində polipropilen tor hissəsi bir neçə dəfə kəsilsə də həmin fistul yenidən formalaşmışdır (cədvəl 3.3).

Cədvəl 3.3

Açıq gərginliksiz plastika əməliyyatlarından sonra inkişaf etmiş yerli ağırlaşmalar

Yerli ağırlaşmalar	Açıq üsullarla plastika (n=35)	
	Müt.	%
Seroma, hematoma	6	17,1
Əməliyyat yarasının irinləməsi	2	5,7
Liqatur fistulu	1	2,85
İşemik orxit	1	2,85
Kəskin sidik ləngiməsi	2	5,7

İşemik orxit və kəskin sidik ləngiməsi ambulator qaydada konservativ müalicə ilə aradan qalxmışdır.

Bu qrupun xəstələrində yara nahiyəsində ağrılar, diskomfort hissi $8,2\pm 1,5$ gün davam etmişdir.

Ümumi ağırlaşmalar 6 xəstədə inkişaf etmişdir (cədvəl 3.4). Kəskin pnevmoniya (2 xəstədə), reaktiv plevrit (2) və kəskin böyrək çatmazlığına (1) görə kompleks konservativ müalicə aparılmış, klinik yaxşılaşmadan sonra xəstələr evə buraxılmışdır. Aşağı ətrafın səthi venalarının tromboflebitinə görə 1 aydan sonra xəstə cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

Cədvəl 3.4

Açıq üsul ilə atenzion hernioplastikadan sonra inkişaf etmiş ümumi ağırlaşmalar

Ümumi ağırlaşmalar	Açıq üsullarla gərginliksiz plastika (n=35)	
	Müt.	%
Kəskin pnevmoniya	2	5,7
Reaktiv plevrit	2	5,7
Kəskin böyrək çatmazlığı	1	2,85
Aşağı ətrafların səthi venalarının tromboflebiti (trombozu)	1	2,85
Cəmi	6	17,1

Birincili yırtıq əməliyyatlarından sonra 3 xəstədə ümumi ağırlaşmalar (kəskin pnevmoniya - 1 xəstədə, reaktiv plevrit - 1 və aşağı ətrafın səthi venalarının tromboflebiti - 1) rast gəlmiş, müvafiq ixtisaslı mütəxəssislərin iştirakı ilə onların müalicəsi aparılmışdır.

Birincili yırtıq plastikası əməliyyatlarından sonra 1-3 il ərzində heç bir hadisədə residiv baş verməmişdir.

Stasionarda orta müalicə müddəti $6,5\pm 1,3$ (0-20 gün) təşkil etmişdir ($p<0,05$).

Açıq atenzion plastika əməliyyatı keçirmiş xəstələrin tibbi və sosial reabilitasiya müddəti $4,9\pm 0,8$ həftə (2-7 həftə) davam etmişdir.

Residiv yırtıqlara görə 8 (qasıq - 5, göbək - 3, ağ xətt – 3), əməliyyatdan sonrakı yırtıqlara görə 7 cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Residiv qasıq yırtıqlarına görə arxa divarın Lichtenstein üsulu ilə plastikası əməliyyatı icra edilmişdir. Bu əməliyyatlardan sonra 2 xəstədə seroma, 1-də isə əməliyyat yarasının irinləməsi baş vermiş, hər 3 halda müalicə konservativ yolla sona çatdırılmışdır. Əməliyyat yarasının irinləməsi baş vermiş xəstədə (ağ xətt yırtığı) 3 ay sonra keyfiyyətsiz fiksasiya səbəbindən poliropilen torun büzülməsi hesabına yenidən residiv əmələ gəlmiş, xəstə bir daha Stoppa üsulu ilə əməliyyat olunmuşdur. 1 və 2 ildən sonra baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar 6 xəstədə orta xətt (açıq və qapalı travmalara görə açıq əməliyyatlardan sonra - 5, xolesistektomiyadan sonra -1), 1-də isə pararektal xətt üzərində (açıq appendektomiya əməliyyatından sonra) yerləşmişdir. Cərrahi əməliyyatlardan sonra 1 xəstədə seroma, 1-də hematoma, 1-də isə əməliyyat yarasının irinləməsi baş vermişdir. Hər 3 xəstədə müalicə konservativ yolla tamamlanmış, ağırlaşmalar aradan qalxmışdır. Müşahidə müddətində 1 xəstədə residiv baş vermiş, təkrar əməliyyat zamanı polipropilen torun yırtıq qapısına uyğunsuzluğu müəyyən edilmiş və təkrar tor plastikası əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 2 il ərzində təkrar residiv meydana çıxmamışdır. Xəstə əmək fəaliyyətini davam etdirir, şikayətləri yoxdur.

FƏSİL IV
QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ VİDEOLAPAROSKOPIK
TRANSABDOMİNAL PLASTİKASININ NƏTİCƏLƏRİ

Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 18 xəstənin (II qrup) qapalı (videolaparoskopik) atenzion cərrahi rekonstruksiyası həyata keçirilmiş və alınmış nəticələr təhlil edilmişdir. Birincili qasıq yırtığına görə 3, residiv qasıq yırtığına görə 2, əməliyyatdan sonrakı yırtıq– 4, göbək yırtığı– 4, residiv göbək yırtığı – 2, residiv ağ xətt yırtığı -2, bud yırtığı - 1 xəstədə laparoskopik TAP əməliyyatı icra edilmişdir. Protezləşdirici vasitə kimi sellüloza tərkibli sintetik tor istifadə edilmişdir. Yırtıqların anatomik lokalizasiyası və xarakteristik xüsusiyyətləri 4.1 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Cədvəl 4.1

Yırtıqların lokalizasiyasına və anatomik xüsusiyyətlərinə görə
xəstələrin bölgüsü

	Sellüloza tərkibli torla plastika (n=18)
<i>Qasıq yırtıqları:</i>	
Sağtərəfli birincili	2
Soltərəfli birincili	1
İlk dəfə əmələ gəlmiş residiv	1
3 dəfə baş vermiş residiv yırtıq	1
<i>Bud yırtığı:</i>	
Sağtərəfli birincili	1
Birincili <i>göbək</i> yırtıqları	4
Residiv <i>göbək</i> yırtıqları	2
Residiv <i>ağ xətt</i> yırtıqları	2
<i>Əməliyyatdan sonrakı</i> yırtıqlar:	4

Ambulator və ev şəraitində ənənəvi əməliyyatın hazırlıqdan (əməliyyatdan sonra bağırsağın atoniyasının profilaktikası (əsirgəyici qidalanma, MBT-nın yuyulması, təmizləyici imalələr, “hidrokolon” vasitəsi ilə yoğun bağırsağın yuyulması), traxeobronxial ağacın sanasiyası, irinli-infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası, qarında daxili təzyiqin artırılması və s.) sonra planlı qaydada cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

Yırtıqların ölçülərindən asılı olmayaraq yaşlı, kök xəstələrdə, xüsusilə orta və böyük yırtıqlar zamanı xarakterik yerli (qarında köp, qəbizlik, qarında ağırlıq hissi, ürəkbulanma, bəzi hadisələrdə yırtıq nahiyəsində ağrılar və b.) və ümumi əlamətlər (təngnəfəslik, ürəkdöyünmə, boğulma tutmaları, bəlgəm ifrazının çətinləşməsi, əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi (itməsi) və s.) xəstələri narahat etmişdir. Əməliyyatın dövründə bu əlamətlər müvafiq ixtisaslı həkimlərin (kardioloq, terapevt, gastroenteroloq) iştirakı ilə aradan qaldırılmışdır.

Bu qrupda da sərbəst yırtıqlar düzəlməyən yırtıqlarla müqayisədə xeyli çox, təxminən 2,5 dəfə çox rast gəlməmişdir.

Videolaparoskopik transabdominal plastika əməliyyatının metodikası

Əməliyyat üçün aşağıdakı vasitələr istifadə edilmişdir:

1. 5, 10 və 12 mm-lik troakarlar;
2. 30°-li çəp optikalı laparoskop;
3. Əyriüclü qayçı;
4. Dissektor;
5. Sıxıcı alətlər;
6. Mini-retraktor;
7. Endostepler;
8. Sellüloza tərkibli tor;

Xəstənin vəziyyəti: Arxası üstə, aşağı ətraflar aralı, əməliyyat masasının baş tərəfinin 20-25° endirilməsi və monitorun xəstənin yırtığın əks, ayaq tərəfində yerləşdirilməsi.

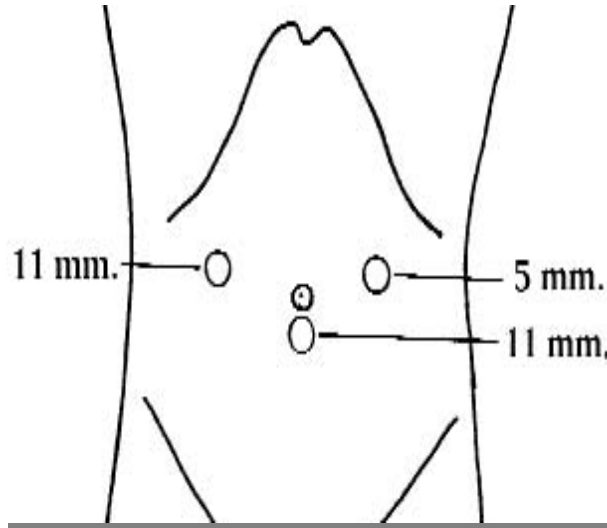
Briqadanın duruşu: Cərrah yırtığın əks tərəfində, assistent yırtıq tərəfdə, əməliyyat tibb bacısı xəstənin ayaqları arasında. Cərrahi situasiyadan asılı olaraq briqadanın üzvlərinin və laparoskopik dayağın yeri cərrah tərəfindən dəyişdirilə bilər.

Troakarların yeri:

I - göbəkdən aşağıda 11 mm uzunluğunda, köndələn, qövsü kəsikdən;

II - göbəkdən bir qədər yuxarıda yırtıq tərəfdə, pararektal xətt üzərində 5-mm-lik troakar üçün 3-4 mm-lik boylama kəsik və

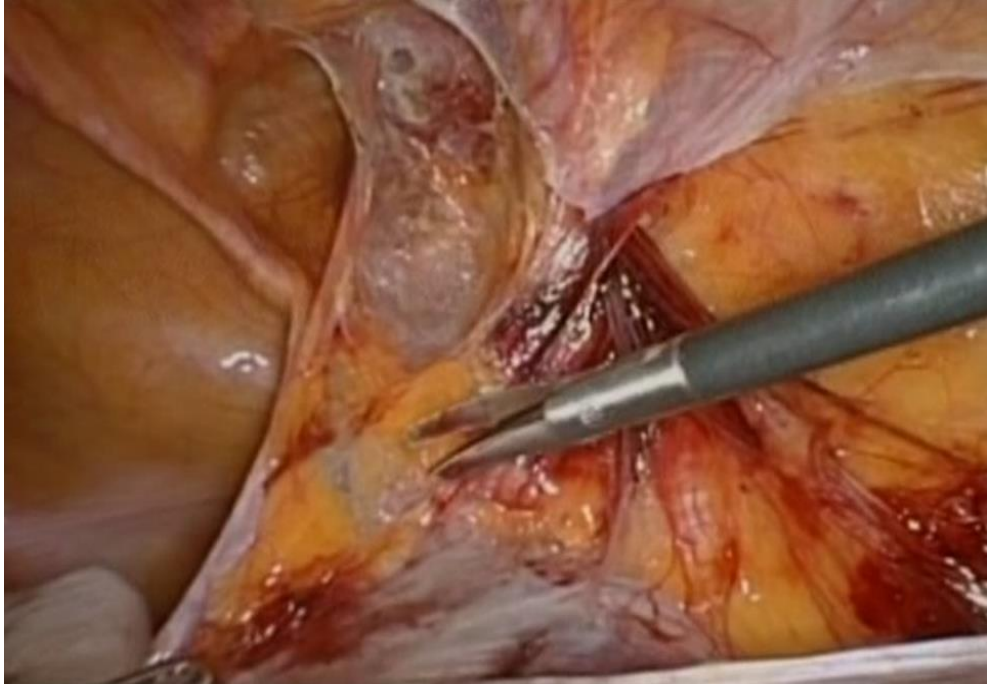
III – əks tərəfdə, həmin səviyyədə 12 mm-lik troakar üçün 1 sm uzunluqda boylama kəsik (şək. 4.1).



Şək. 4.1. Troakarların yeridilməsi yerləri (sxem)

I troakar üçün göbəkdən aşağı köndələn qövsü dəri kəsiyi aparıldıqdan sonra piy toxuması “fındıq” tupferlə ayrılmış, aponevroz əldə edilmiş, sonuncu moskit sıxıcıları ilə tutularaq qaldırılmışdır. Qarın boşluğuna Vereş (Veres) iynəsi yeridilmiş və karboksiperitoneum yaradılmışdır. Laparoskopla qarın boşluğunun ilkin təftişi aparılmış, yırtıq qapısı tapılmışdır. Bundan sonra əməliyyat masası yırtığın əks tərəfi istiqamətində 15-20⁰ çəp vəziyyətə döndərilmişdir. Daha sonra qarın divarında müvafiq yerlərdə alətlər üçün digər troakarlar yerləşdirilmişdir. Assistent laparoskopu idarə etmiş, cərrah 5 və 12 mm-lik troakarlardan keçirilmiş alətlərlə işləmişdir.

Yırtıq qapısının yuxarı kənarında parietal periton kəsilmiş, əməliyyat sahəsi qayçı ilə içəri və bayır tərəflərə doğru genişləndirilmişdir (şək. 4.2). Yırtıq qapısı nahiyəsində yırtıq möhtəviyyatı (öz-özünə sərbəst düzəlməmişə) yumşaq sıxıcı ilə tutulmuş, ehtiyatla qarın boşluğuna doğru dartılmaqla boşluğa salınmışdır. Möhtəviyyatın sərbəst düzəlməsinə bitişmələr mane olduqda onlar elektroqayçı ilə kəsilmiş, möhtəviyyat qapıdan azad olmuş və qarın boşluğuna salınmışdır. Yırtıq kisəsi sıxıcı ilə tutulmuş, qarın boşluğuna tərəf burulmaqla dartılmış və boşluqda yerləşdirilmişdir.



Şək. 4.2. Parietal peritonun açılması

Peritonun aşağı parçası yırtıq kisəsi ilə bircə toxumalardan ayrılmışdır. Çəp yırtıqlarda kisə toxum ciyəsi elementlərindən azad edilmişdir. Bu zaman bitişmələr və sərt atmalar qayçı ilə kəsilmişdir. Daxili dəliyə yaxın bölgədə aşağı epiqastral damarların yerləşməsinə nəzərə alaraq onların zədələnməməsi olduqca vacibdir. Medial tərəfdən başlamaqla Hesselbax üçbucağının zirvə nahiyəsi, sonra Cooper bağı və qalça qabarıqlığı dissektor və qayçı ilə ayrıldıqdan sonra daxili çəp əzələnin sərbəst kənarı medial, qasıq bağı isə lateral tərəfdən sərbəstləşdirilmişdir. Toxum ciyəsinin elementləri dissektor və ya mini-retraktor vasitəsi ilə daxili dəliyin aşağı divarına qədər ayrılmışdır (şək. 4.3).



Şək. 4.3. Toxum ciyəsinin ayrılması

Bu mərhələdə protez istifadə üçün hazırlanmışdır. İlk olaraq protezin lateral tərəfinin ucları ayırd ediməsi üçün oval şəkilində, yuxarı tərəfi isə 4-5 sm uzunluqda kəsilmişdir (bu zaman kəsilmə elə aparılmalıdır ki, torun bayır ləçəyi içəri ləçəyindən 1,5 dəfə enli olsun), kəsiyin sonunda toxum ciyəsi üçün 0,8-1,0 sm diametri olan dairə formalaşdırılmışdır.

Sintetik protez metallik zond üzərində burulmuş, 10 mm-lik metal gilzanın içərisinə yerləşdirilmiş və 12 mm-lik troakardan keçirilərək qarın boşluğuna salınmışdır (şək. 4.4).



Şək. 4.4. Protezin qarın boşluğuna salınması

Protezin ölçülərinin adətən 11X6 sm olması kifayətdir. Boyuk defektlər zamanı iriölçülü protezlər istifadə olunmuşdur. Qarın boşluğunda protez açılmış və toxum ciyəsinin altında (burulmuş yırtıq kisəsi üzərində) elə yerləşdirilmişdir ki, onun tərəfləri bayır tərəfdən qasıq bağı, içəridən daxili çəp əzələnin sərbəst kənarlarını, yuxarıdan daxili dəliyin aşağı kənarını, aşağıdan isə qalça qabarıqlığı və Cooper bağı, bud çuxurunu tam örtsün. Torun belə yerləşdirilməsi qasıq kanalının arxa divarını, həmçinin bud kanalını tam örtməyə imkan vermişdir (şək. 4.4). Sonra 12 mm-lik troakardan keçirilmiş endosteplərlə protez perimetr boyunca uyğun elementlərə, mərkəzdə isə yırtıq kisəsinin güdülünə (bu zaman yırtıq kisəsinin güdülü yırtıq qapısını tıxac kimi müəyyən qədər qapamışdır) tikilmişdir.



Şək. 4.4. Protezin peritonönu sahədə yerləşdirilməsi

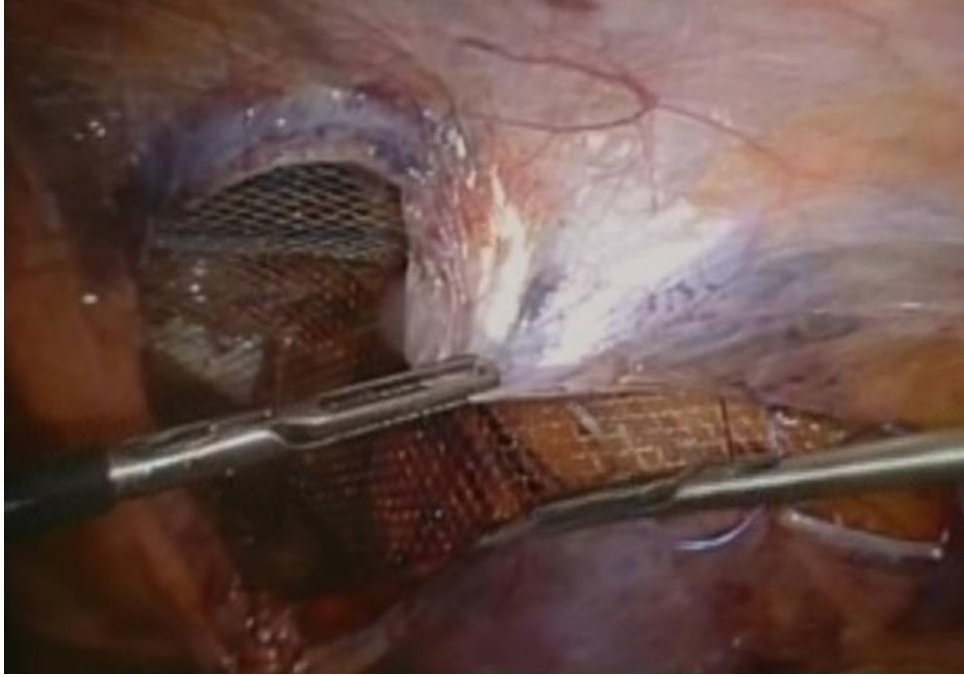
Endostepler olmadıqda endotikişlər də istifadə edilə bilər. Adətən torun perimetr boyunca qoyulmuş 7-8 prolən (3/0) tikiş kifayət etmişdir (şək. 4.5). Protezin prolən (vikril) sapla fasiləsiz tikilməsi də yolveriləndir. Sonra parietal periton parçaları protezin üzərindən fasiləli və ya fasiləsiz sapla, yaxud endosteplərlə bir-birinə tikilməklə sintetik torun qarın boşluğu tərəfdən qapanması təmin edilmişdir (şək. 4.6). Sellüloza tərkibli torla plastika zamanı endoəməliyyatın bu hissəsinin yerinə yetirilməsinə zərurət yoxdur. Bu halda peritonun parçaları sərbəst saxlanılmışdır.

Aşağıda birincili qasıq yırtığına görə laparoskopik TAP əməliyyatı keçirmiş xəstənin xəstəlik tarixindən çıxarış təqdim edilir.

Praktikadan nümunə

Xəstə Ş.İ., 50 yaş, 653 saylı x/t, 13.01.2010-cu il tarixdə sol qasıq nahiyəsində böyüməkdə olan şişkinlik, qarında köp, həyat keyfiyyətinin pisləşməsi və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə Klinik TM-ə müraciət etmişdir. Özünü 5 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi ağır fiziki işlə əlaqələndirir.

Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.



Şək. 4.5. Protezin fiksasiyası (sxem a), parietal peritonla örtülməsi və peritonizasiya (sxem b)



Şək. 4.6. Protezin önündən periton parçalarının bir-birinə tikilməsi

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, döş tiplidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 16-18-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 80-dir. Arterial təzyiq 120/80 mm c.st.

Dil nəmdir, təmizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, intaktdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Diurez sərbəstdir. Döyəcləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya sərbəstdir. Qazlar çətin xaric olur.

St. localis. Sol qasıq nahiyəsində 5,0X6,0 sm ölçülərdə ovalşəkili şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi dəyişiklikləsizdir. Palpasiya zamanı şişkinlik qarın boşluğuna düzəlir.

Diaqnoz: Soltərəfli düz qasıq yırtığı

Əməliyyatönu hazırlıq ambulator şəraitdə aparıldığından rutin laborator və instrumental müayinələrdən sonra növbəti gün – 14.01.2010-cu il tarixdə ümumi venadaxili müştərək anesteziya altında cərrahi əməliyyat – laparoskopik TAP yerinə yetirilmişdir. Həmin gün axşam saatlarında xəstə aktivləşdirilmiş, ayağa qalxmağa və maye qəbuluna icazə verilmişdir. Növbəti gün xəstə kafi vəziyyətdə evə buraxılmışdır. Müalicə prosesi ambulator qaydada ev şəraitində davam etdirilmiş, 9 gündən sonra xəstə əmək fəaliyyətinə başlamışdır. 3, 6 ay və 1 ildən sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

Qarının ön divarının digər lokalizasiyalı yırtıqlarının, o cümlədən əməliyyatdan sonrakı yırtıqların cərrahiyyəsində laparoskopiyain yeri və rolu açıq qalmaqda davam edir. Polipropilen tor qoyulmaqla laparoskopik texnologiyaların istifadəsi haqqında ilk məlumat 1979-cu ilə aiddir. Ventral yırtıq zamanı ilk laparoskopik əməliyyat 1992-ci ildə Carter J.E. tərəfindən yerinə yetirilmişdir. Bu əməliyyat zamanı da gərilməsiz plastikanın prinsipləri qorunmaqla protez qarındaxili yerləşdirilir [5, 123]. Əməliyyata əks-göstərişlər bu günə qədər müəyyənləşdirilməmişdir. Ümumi əks-göstərişlər digər laparoskopik plastika əməliyyatlarında (qasıq yırtıqlarına görə) olduğu kimidir.

Laparoskopik atenzion plastika əməliyyatlarının nəticələri çox fərqlidir: residivlərin tezliyi 0-18% aralığındadır [5, 16, 17, 123]. Plastikadan sonrakı ağırlaşmalar (bitişmə xəstəliyi, kəskin bağırsağ keçməzliyi, bağırsağın perforasiyası, bağırsağ fistulları və b.) 5-26% hadisələrdə rast gəlir və açıq əməliyyatlardan sonrakı rastgəlmə tezliyindən demək olar ki, fərqlənir. Lakin xəstələrin hospitalizasiyası və tibbi-sosial reabilitasiyası müddətləri xeyli azdır [5, 26, 28, 30, 35, 38]. Buna baxmayaraq ventral, xüsusilə postoperasion yırtıqların plastikasında laparoskopik texnologiyaların geniş istifadəsini tövsiyə etmək hələlik tezdir [5, 123]. Ona görə də tərəfimizdən laparoskopik plastika əməliyyatları seçilmiş xəstələr qrupunda yerinə yetirilmişdir. Həmin xəstələrin uzunmüddətli karboksiperitoneum şəraitində əməliyyat olunması həyati vacib funksiyaların (tənəffüs, ürək-qan damar sistemləri) fəaliyyətinə mənfi təsir göstərməməlidir. Laparoskopik girişin və yırtıq qapısının laparoskopik plastikasının asan yerinə yetirilməsinə cərrah əmin olmalıdır. Ən əsas konkret situasiyada açıq plastika əməliyyatı ilə müqayisədə laparoskopik hernioplastikanın üstünlükləri birmənalı qəbul edilməli və xəstənin istəyinə uyğun olaraq yerinə yetirilməlidir.

Postoperasion ventral yırtıqlar, o cümlədən göbək və ağ xətt yırtıqlarına görə videoəməliyyat zamanı xəstənin vəziyyəti qasıq yırtığına olduğu kimidir. Yuxarıda sadalanmış ümumi laparoskopik dəstə aid alətlər əməliyyatın icrasına kifayət edir. Troakarların yeri yırtığın lokalizasiyasından asılı olaraq seçilmişdir. Laparoskopun yeridilməsi üçün troakar göbəkdən yuxarıda və ya aşağıda ağ xətt üzərində, alətlər üçün troakarlar isə situasiyadan asılı olaraq qabırğaaltı və (və ya) qalça nahiyələrində, pararektal xətt üzərində yerləşdirilmişdir. İlk troakar Hasson metodikası ilə salınmış və 10-12 atm karboksiperitoneum yaradılmışdır. Qarın boşluğunun icmal təftişindən sonra yırtıq qapısı əldə edilmiş, möhtəviyyat qarın boşluğuna salınmışdır. Bitişmələr olduqda onlar qayçı ilə ardıcıl surətdə kəsilmiş, möhtəviyyat qapıdan və kisədən ayrılmaqla qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Sonra yırtıq kisəsi sıxıcı ilə tutularaq qarın boşluğuna doğru burulmaqla dartılmış, kəsilmiş, iti və küt üsullarla peritonönu toxumalardan və yırtıq qapısından yan tərəflərə doğru 3-5 sm məsafədə ayrılmışdır. Çox-

kameralı yırtıqlar zamanı kameraların birləşdirilməsini, yəni kameralarası atmaları kəsməyi lüzumsuz hesab edirik. Kameralar ayrı-ayrılıqda differensiasiya olunmuş, yırtıq kisələri səfərbər edilmiş və qapıların kənarlarına doğru soyulmuşdur. Kiçik yırtıq qapısı olduqda bir neçə ayrı-ayrı endotikişlərlə o qapadılmış, üzərinə sellüloza tərkibli protez qoyulmuş və perimetr boyunca endosteplərlə tikilmişdir. Tikiş xətti əvvəlki yırtıq qapısının kənarlarından 4-5 sm bayır tərəfdə yerləşməlidir. Orta ölçülü yırtıq qapısı mümkün qədər tikişlərlə kiçildikdikdən sonra endoprotez qoyulmuş və qeyd olunmuş prinsiplərlə perimetr boyunca tikilmişdir. Böyük defektlər zamanı qapının düyünlü tikişlərlə kiçildilməsini məqsədəuyğun hesab etmirik. Çünki bu halda qarındaxili təzyiqin artması atenzion rekonstruksiyanın prinsiplərinə ziddir. Endoprotez perimetr boyunca yırtıq qapısından 5 sm bayır tərəfdə qarının ön divarına tikilmişdir. Bu xəstələrdə tikişin 2 sırada qoyulmasını zəruri hesab edirik. Çoxkameralı yırtıqlar zamanı endoprotez yırtıq qapılarının üzərinə elə qoyulmuşdur ki, bütün qapılar, həmçinin periferik qapıların kənarlarından 3-5 sm yan tərəflər də örtülsün. Sonda endoprotez parietal peritonun loskutları və yırtıq kisəsinin qişası ilə örtülmüş və bir neçə fiksəedici tikişlər qoyulmuşdur. Bir səthi sellüloza ilə örtülmüş protezlə bərpa zamanı onun peritonlaşdırılması yerinə yetirilməmişdir. Seroma(lar)ın əmələ gəlməməsi üçün protez qoyulana qədər əməliyyat bölgəsində peritonönu sahə drenləşdirilmişdir. Drenaj aşağı troakar dəliklərindən birindən xaric edilmişdir. Böyük yırtıqlar zamanı bir neçə mikroirriqator (drenaj) qoyulmuş və onlar aşağı troakar dəliklərindən xaricə çıxarılmışdır.

Simultan əməliyyatlar 2 xəstədə yerinə yetirilmişdir. 1 xəstədə sağtərəfli residiv qasıq yırtığına görə laparoskopik TAP və sol yumurtalığın sistinin xaric edilməsi, digər xəstədə isə qapalı xolesistektomiya və düzəlməyən qasıq yırtığının qarındaxili laparoskopik plastikası əməliyyatı icra olunmuşdur. Sonuncu xəstənin əməliyyatının gedişi və nəticəsi təqdim edilir.

Praktikadan nümunə

Xəstə N.Z., 63 yaş, 1429 sayılı x/t, 27.01.2010-cu il tarixdə göbək nahiyəsində ağırlı şişkinlik, şişkinlik nahiyəsində qızartı, hərəkət və fiziki iş zamanı ağrıların artması,

ümumi zəiflik şikayətləri ilə KTM-ə müraciət etmişdir. Özünü uzun müddətdir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi heç nə ilə əlaqələndirə bilmir.

Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, təminedicidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 18-20-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşmışdır. Nəbz ritmik, zəif dolğunluqlu, dəqiqədə 86-dır. Arterial təzyiq 140/80 mm.c.st.

Dil nəmdir, təmizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, intaktdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Diurez sərbəstdir. Döyəcləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya sərbəstdir. Qazlar çətin xaric olur.

St. localis. Göbək nahiyəsində 4,0X3,0X4,0 sm ölçülərdə şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi qızarmışdır. Palpasiya zamanı şişkinlik ağrılıdır və qarın boşluğuna düzəlmir.

USM zamanı öd kisəsinin divarları qılınlaşmış, mənəzində çoxsaylı konkretlər görünür. Ümumi öd axarı (d=5 mm), qaraciyər dəyişikliksizdir, mədəaltı vəzin parenximası sərtləşmişdir.

EKQ – miokardın yaşa uyğun dəyişiklikləri

Dəş qəfəsinin obzor Rh-skopiyası – ağciyərlərin kökü səviyyəsində mülayim bronxoektatik dəyişikliklər

Klinik diaqnoz: Düzəlməyən göbək yırtığı. Xroniki kalkulyoz xolesistit.

Əməliyyatın hazırlıq ambulator şəraitdə aparıldığından standar laborator və instrumental müayinələrdən sonra növbəti gün – 28.01.2010-cu il tarixdə ACSV şəraitində ümumi venadaxili çoxkomponentli anesteziya altında standart troakar girişlərindən (yalnız 12 mm-lik troakar göbəkdən (yırıqdan) 4 sm yuxarıda yerləşdirilməklə) cərrahi əməliyyat – klassik laparoskopik xolesistektomiya yerinə yetirilmiş, sonra laparoskopik olaraq TAP icra olunmuşdur. Yırıq qapısı sellüloza tərkibli sintetik torla qapadılmışdır. Diqqətli hemostazdan sonra kiçik piylik kisəsinə nəzarət drenajı

qoyulmuş, troakarlar xaric edilmiş, troakar girişləri nahiyələrinə dəriiçi estetik tikişlər qoyulmuşdur.

Növbəti gün səhər saatlarında xəstə aktivləşdirilmişdir. Onun ayağa qalxmasına və maye qəbuluna icazə verilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, 02.02.2010-cu il tarixdə xəstə kafi vəziyyətdə evə buraxılmışdır. Müalicə prosesi ambulator qaydada ev şəraitində davam etdirilmiş, 2 həftədən sonra xəstə əmək fəaliyyətinə başlamışdır. 6 ay və 1 ildən sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

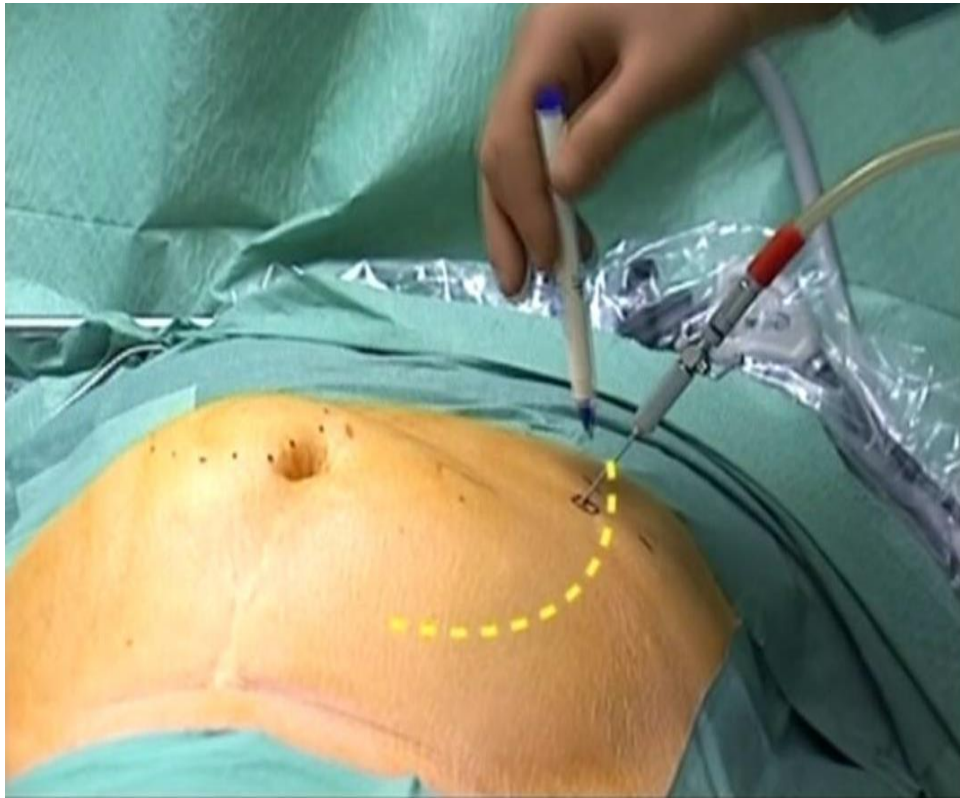
Qapalı cərrahi plastikadan sonra cəmi 4 xəstədə yerli ağırlaşmalar inkişaf etmişdir (cədvəl 4.4). Həmin ağırlaşmalar konservativ müalicə hesabına aradan qalxmışdır. Yırtığın erkən müddətdə (1-ci həftənin sonunda) baş vermiş residivi sellüloza tərkibli sintetik torun fiksasiyasının aparılmaması hesabına meydana çıxmışdır. Bu xəstədə torun miqrasiyası baş vermişdir. Təkrar əməliyyat açıq üsulla yerinə yetirilmiş, atenzion plastika icra edilmişdir. Bu əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, müalicə ambulator şəraitdə davam etdirilmiş, yara birincili sağalmışdır.

Digər lokalizasiyalı birincili və residiv yırtıqların (əməliyyatdan sonrakı, göbək, ağ xətt və bud) TAP aşağıdakı metodika ilə aparılmışdır.

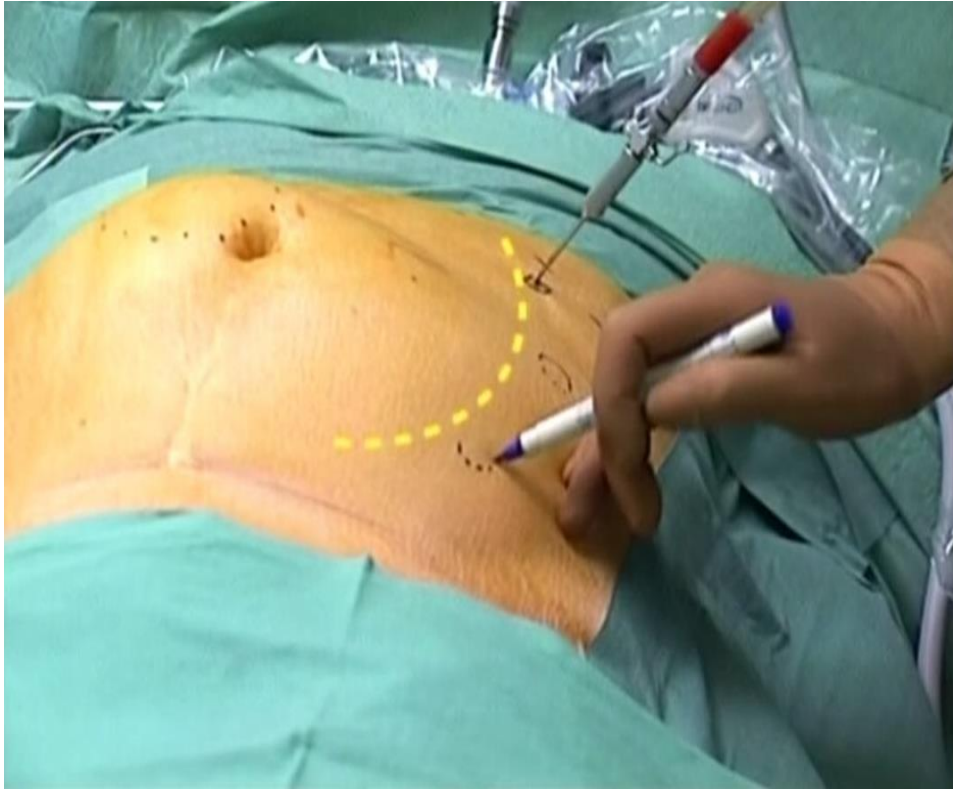
Perimetr boyunca yırtıq xəttlənmiş, Veres iynəsi vasitəsi ilə karbon qazı inssufflyasiyası aparılmışdır (şək. 4.7). Yırtıq nahiyəsi (şək. 4.8), troakar keçiriləcək yerlər işarələnmiş (şək. 4.9), qarın boşluğuna 3 ədəd 5, 10 mm-lik troakarlar (şək. 4.10) və alətlər (şək. 4.11) yeridilmişdir.



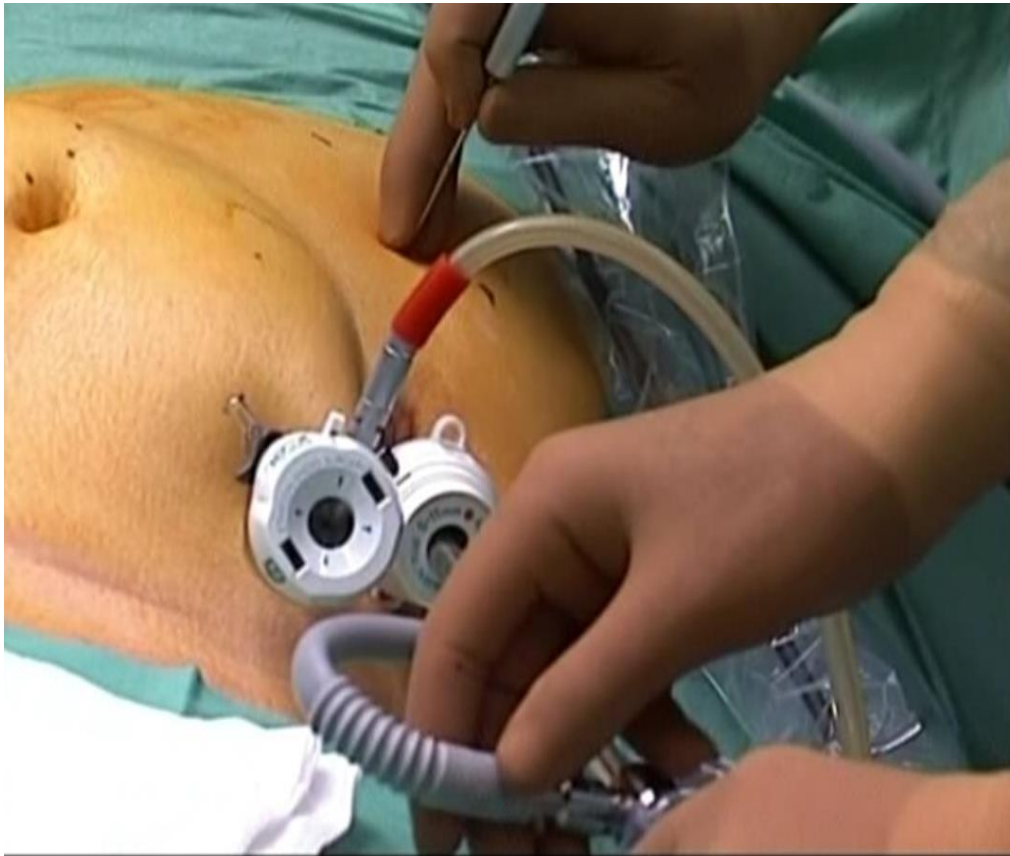
Şək. 4.7. Dəri üzərində yırtığın xətlənməsi və Veres iynəsinin yeridilməsi



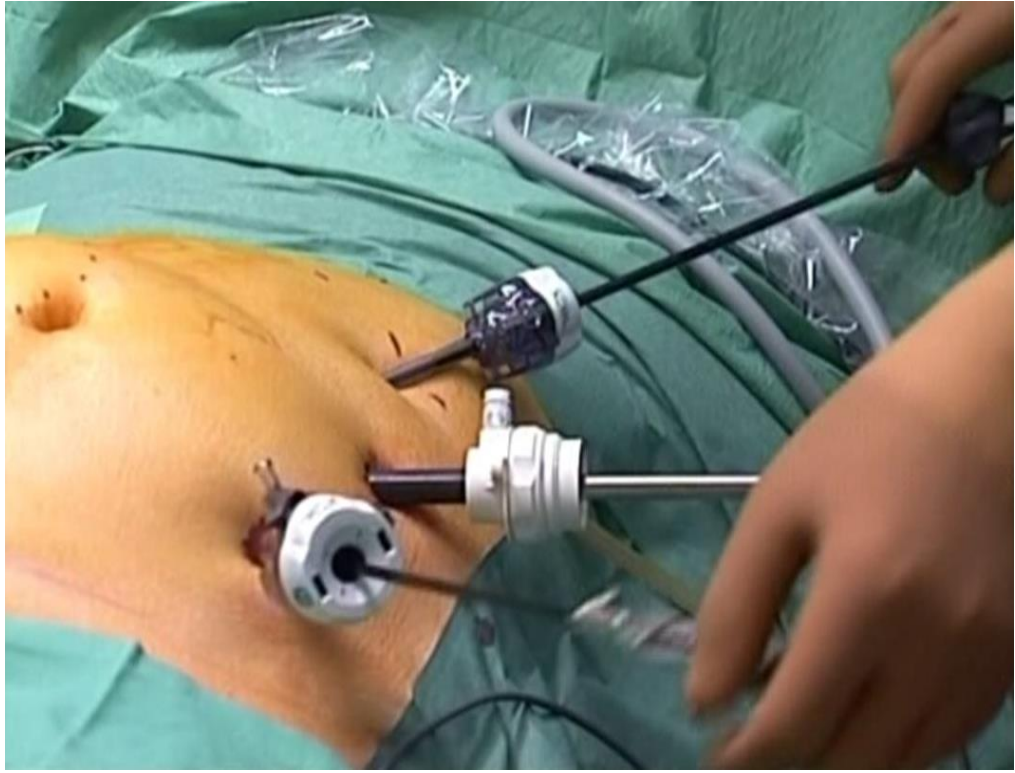
Şək. 4.8. İlk troakar yerinin işarələnməsi



Şek. 4.9. Növbəti troakar yerlərinin işarələnməsi

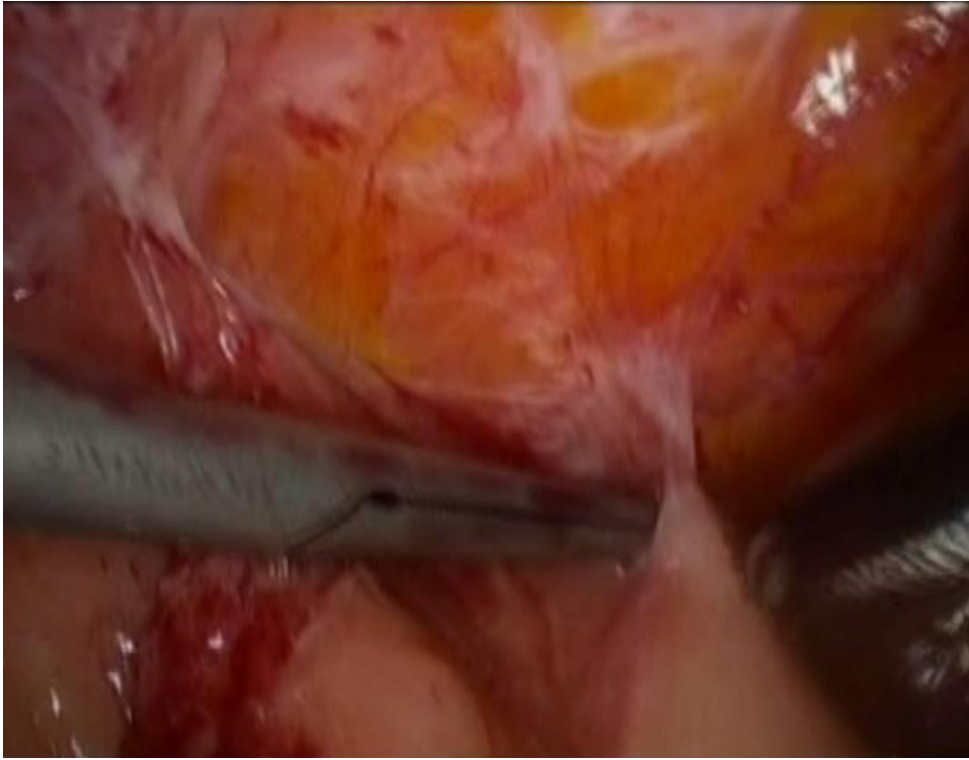


Şek. 4.10. Troakarların yeridilməsi



Şək. 4.11. Laparoskopun və alətlərin yeridilməsi

Sonra qarın boşluğunun laparoskopik təftişi aparılmış, yırtıq qapısı səviyyəsinin anatomik vəziyyəti dəyərləndirilmişdir (şək. 4.12). Bitişmələr sıxıcılarla tutulmaqla (şək. 4.13) monopolyar kouter və ya elektroqyçı ilə kəsilməklə qapı sərbəstləşdirilmişdir (şək. 4.14).

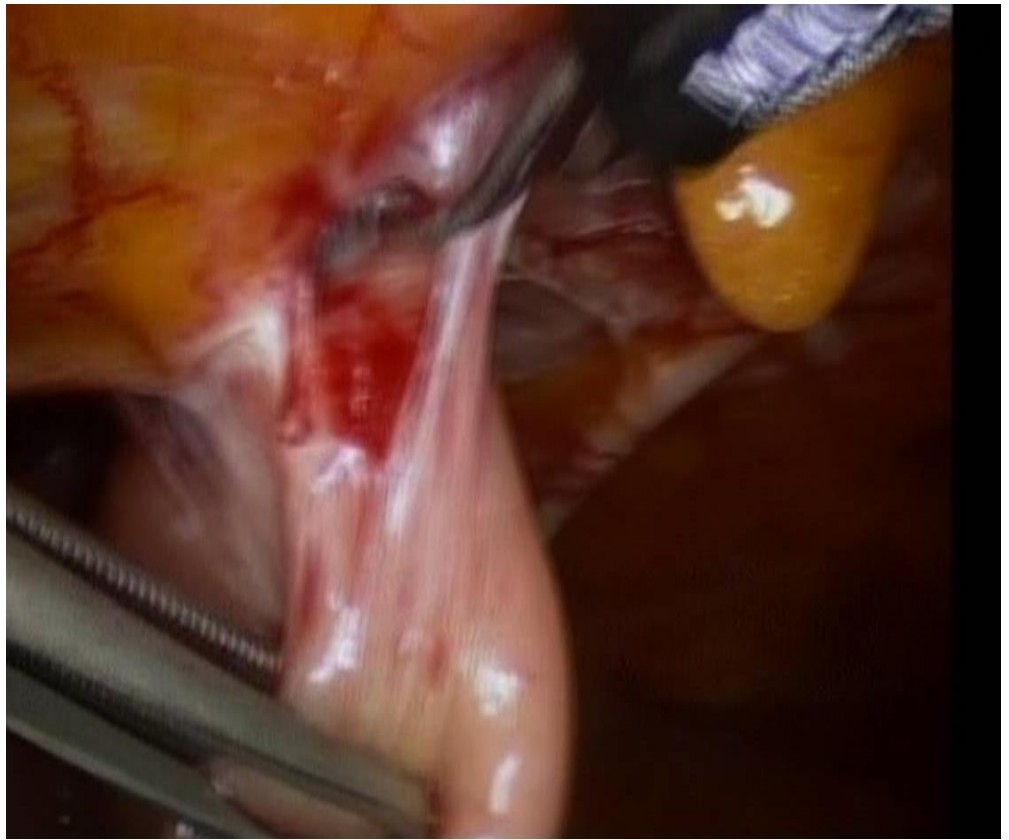


Şək. 4.12. Yırtıq qapısı səviyyəsində kobud peritondaxili bitişmələr

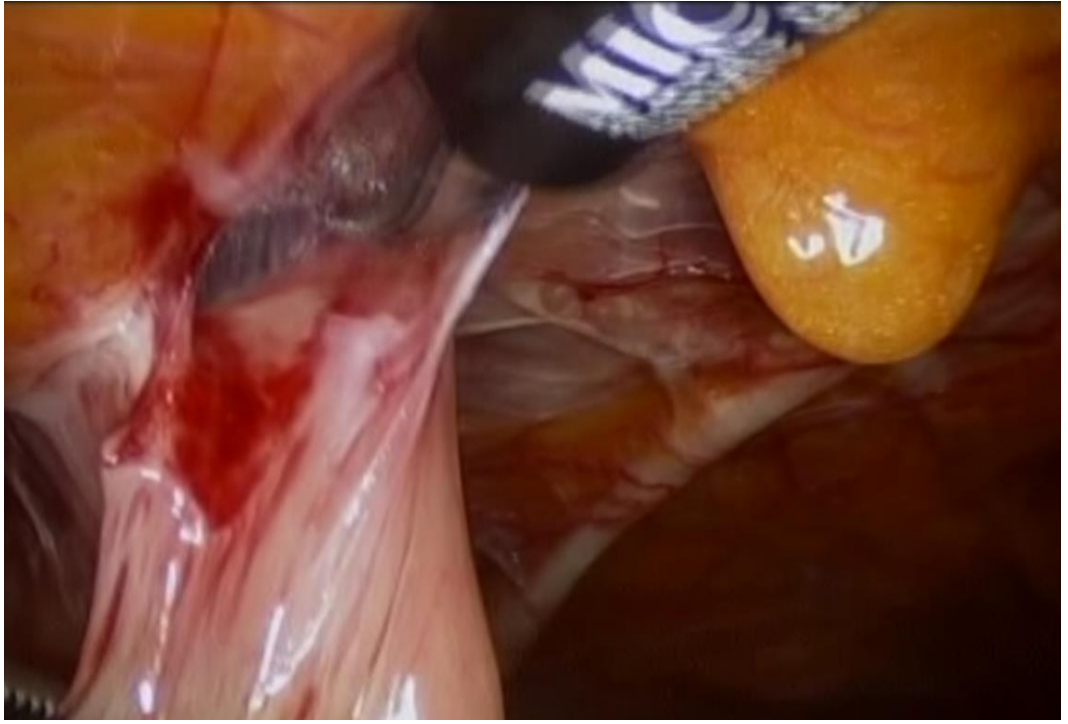
Yırtıq qapısı tam sərbəstləşdirildikdən sonra qapı üzərində periton qişası elektroqayçı ilə kəsilmiş (şək. 4.15) və perimeter boyunca qapı sərbəstləşdirilmişdir. Əməliyyatın bu hissəsi açıq cərrahi əməliyyatda olduğu kimi Ramirez üsulu ilə yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı və ağ xətt yırtıqlarında perimeter boyunca sərbəstləşdirmə aparılmış, qapının kənarlarından azı 4-5 sm məsafədə tamamlanmışdır (şək. 4.16). Bud yırtığı zamanı qapı sərt toxumalara qədər (qasıq qabarıqlığı, Cooper bağı) sərbəstləşdirilmişdir.



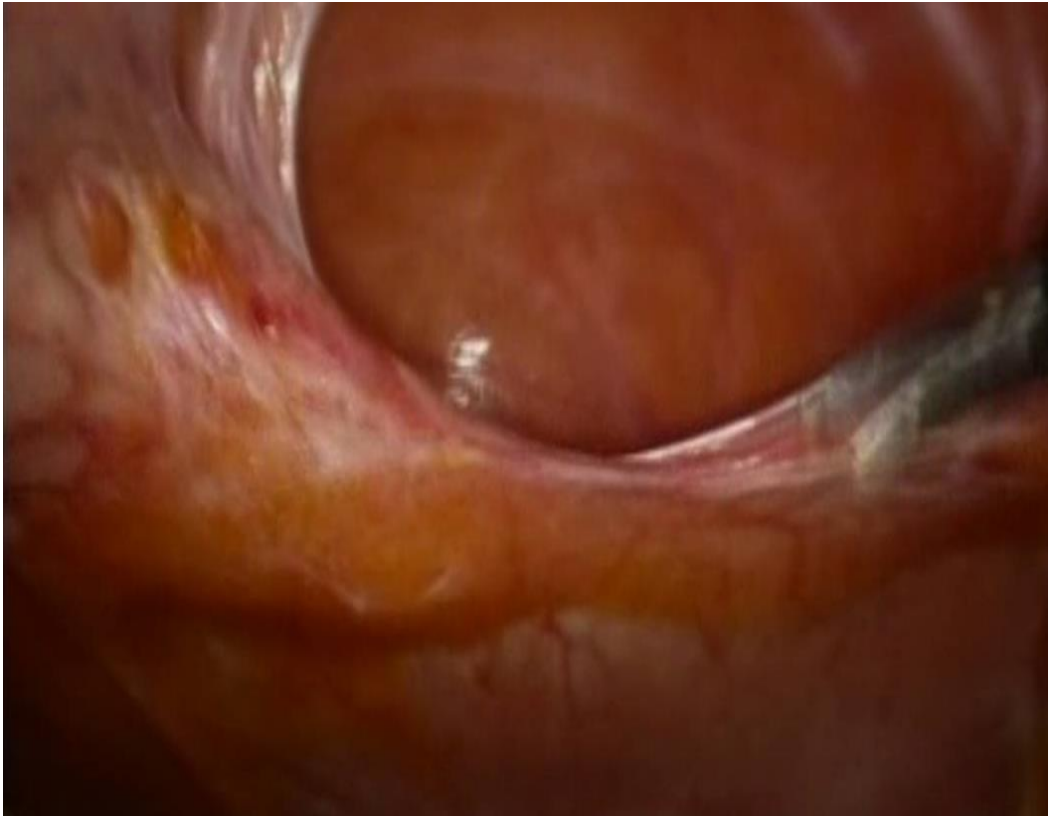
Şək. 4. 13. Bitişmənin sıxıcı ilə tutulması



Şək. 4. 14. Bitişmənin kəsilməsi

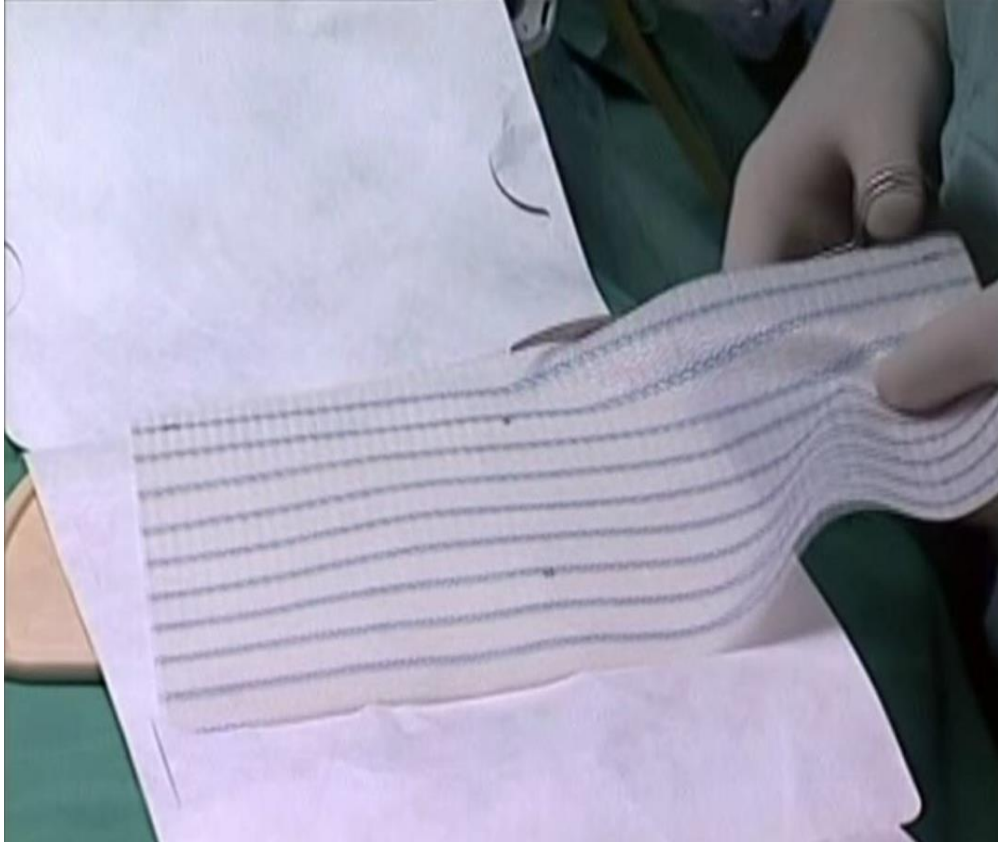


Şək. 4.15. Parietal peritonun kəsilməsi, yırtıq qapısının sərbəstləşdirilməsi

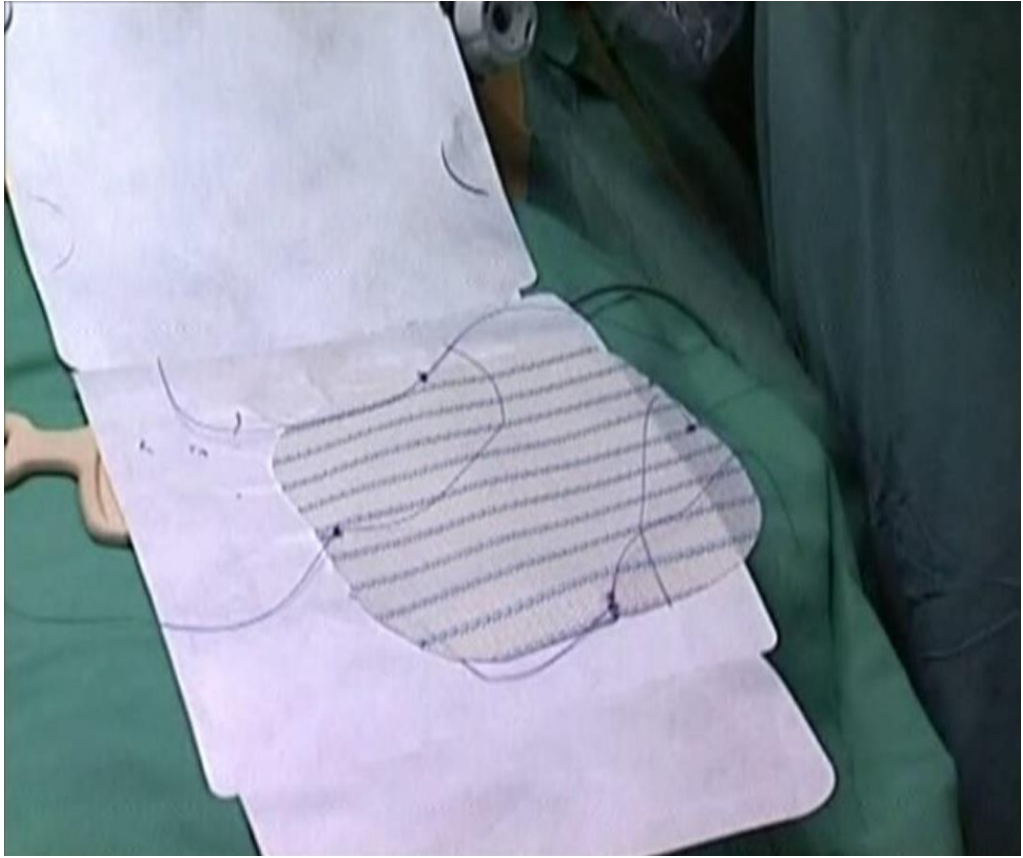


Şək. 4.16. Yırtıq qapısının sərbəstləşdirilməsinin tamamlanması

Sonrakı m rhl d  sintetik tor protezl şdirm  məqsədi ilə yırtıq qapısının s rb stl şdirilm ş ölçülərinə uyğun surətdə kəsilmiş (şək. 4.17, 4.18) v  yuxarıda qeyd etdiyimiz üsulla qarın boşluğuna salınmışdır. Tor yırtıq qapısı  zerind  oturulmuş, perim ter boyunca endosteplərlə (şək. 4.19) və ya fasiləli düyünlü tikişlərlə (şək. 4.20)  traf toxumalara tikilmişdir. D y n dərialtı toxuma səviyyəsində baėlanmışdır (şək. 4.21). Sellüloza tərkibli tor quyulduėu hallarda peritonizasiya aparılmamışdır.



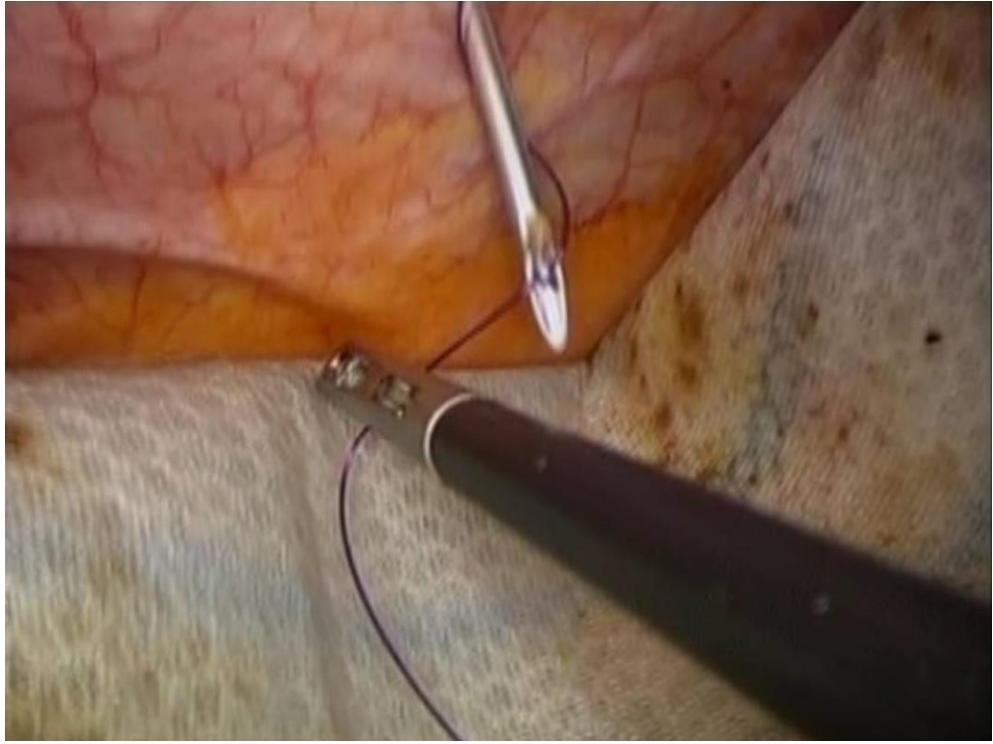
Şək. 4. 17. Sintetik torun k silmesi



Şek. 4.18. Sintetik torun hazırlanması



Şek. 4.19. Sintetik torun yırtıq qapısı üzərində yerləşdirilməsi və endosteplərlə fiksasiyası



Şək. 4.20. Sintetik torun fasiləli düyünlü endotikişlərlə fiksasiyası



Şək. 4.21. Dərialtı sahədə endotikişin bağlanması

Bu qrupun xəstələrində əməliyyatdan sonrakı ağrılar və diskomfort hissi orta hesabla $3,4 \pm 0,9$ gün davam etmiş, narkotik analgetik istifadəsinə ehtiyac olmamışdır.

TAP əməliyyatından sonra 4 xəstədə yerli (cədvəl 4.4), 3-də isə ümumi ağırlaşmalar inkişaf etmişdir (cədvəl 4.5.). Yaranın infiltrasiyası və dərin hematoma ambulator konservativ müalicə hesabına 12-14 gün müddətlərində sorulmuşdur. Seroma punksiyon üsulla ləğv edilmişdir. Erkən residiv baş vermiş xəstədə təkrar olaraq 3 ay sonra açıq cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir.

Cədvəl 4.4

Laparoskopik transabdominal hernioplastika əməliyyatlarından sonra inkişaf etmiş yerli ağırlaşmalar

Ağırlaşmalar	Laparoskopik transabdominal plastika (n=18)	
	Müt.	%
Əməliyyat yarası boyunca infiltrasiya	1	5,5
Yaranın dərin hematoması	1	5,5
Seroma	1	5,5
Erkən residiv	1	5,5
Cəmi	4	22,2

Ümumi ağırlaşmalara görə xəstələr konservativ müalicə olunmuşdur. Aşağı ətrafların səthi venalarının varikoz mənşəli tromboflebiti ilə xəstə 3 aydan sonra damar cərrahlığı şöbəsinə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Xəstəyə 6 ay və 1 il sonra baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

Cədvəl 4.5

Transabdominal hernioplastika əməliyyatlarından sonra inkişaf etmiş ümumi ağırlaşmalar

Ümumi ağırlaşmalar	Laparoskopik transabdominal plastika (n=18)	
	Müt.	%
Kəskin pnevmoniya	2	11,1
Aşağı ətrafın səthi venalarının tromboflebiti	1	5,5
Cəmi	3	16,6

Stasionarda orta müalicə müddəti $3,1 \pm 0,6$ gün (0-11 gün) təşkil etmişdir ($p < 0,05$).

Bu qrupun xəstələrində tibbi və sosial reabilitasiya müddəti açıq atenzion plastika əməliyyatı keçirmiş xəstələrlə müqayisədə 2,3 dəfə qısa olmuş, xəstələr $2,8 \pm 0,7$ həftədən sonra (1-4 həftə) əmək fəaliyyətinə başlamışdır.

FƏSİL V

QARIN DİVARININ YIRTIQLARININ VİDEOENDOSKOPIK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL PLASTİKASININ NƏTİCƏLƏRİ

Son illərdə protezin ekstrapertoneal yolla peritonönu sahədə yerləşdirilməsinin tərəfdarları artmaqdadır. Hasson metodikasını ilə troakar yerləşdirildikdən sonra peritonönu sahənin karbon qazı və fizioloji məhlulla ayrılması (separasiyası) aparılır. "Visiport" troakarının yaradılması peritonönu sahəyə, yırtıq nahiyəsinə giriş problemini demək olar ki, tamamilə aradan qaldırmışdır. 45⁰-li laparoskopun nəzarəti altında yırtıq kisəsi iti və küt üsullarla ətraf toxumalardan və bitişmələrdən ayrılır, möhtəviyyət qarın boşluğuna düzəldilir, kisə dibindən bağlanır və ya endosteplərlə tikilir, kəsilir. Sonda sintetik tor defekt nahiyəsinə qoyulur və fiksatorla defektin kənarlarına sancıqlanır. Mc Kernan J. B., Laws H. L. (1993) tərəfindən təklif edilmiş bu üsul hazırda total ekstrapertoneal plastika (TEP) adlandırılır.

Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 17 xəstənin (III qrup) qapalı (videoendoskopik) gərginliksiz cərrahi plastikası həyata keçirilmişdir. Protezləşdirici vasitə kimi sellüloza tərkibli sintetik tor 17 xəstədə istifadə edilmişdir. Yırtıqların anatomik lokalizasiyası və xarakteristik xüsusiyyətləri 5.1 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Cədvəl 5.1

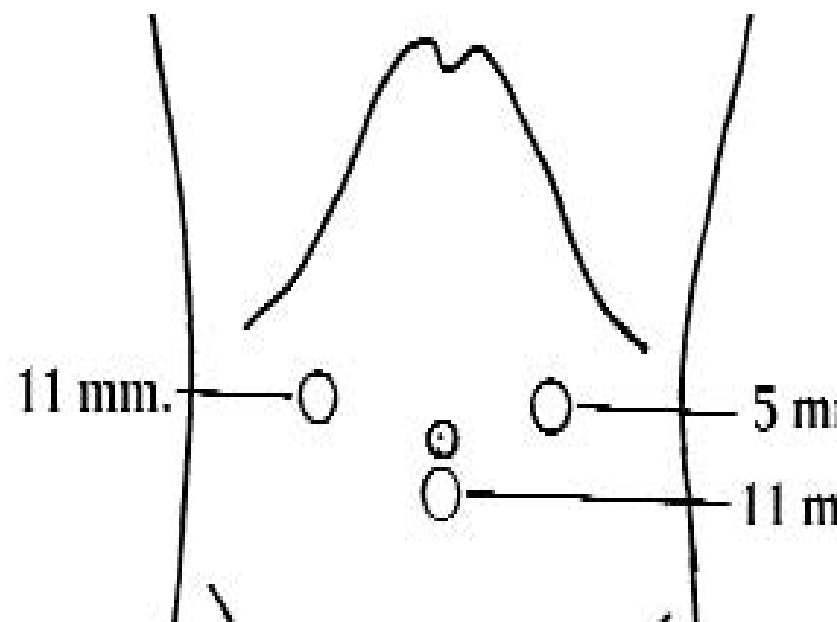
Yırtıqların lokalizasiyasına və anatomik xüsusiyyətlərinə görə xəstələrin bölgüsü

	Sellüloza tərkibli torla plastika (n=17)
Qasıq yırtıqları:	
Sağtərəfli birincili	5
Soltərəfli birincili	1
İkitərəfli birincili	2 xəstədə 4 əməliyyat
İlk dəfə əmələ gəlmiş residiv	3
İkinci dəfə əmələ gəlmiş residiv	2
Birincili ağ xətt yırtığı	1
Ağ xəttin residiv yırtığı	1
Əməliyyatdan sonrakı ağ xətt yırtığı	2

Bu qrupda da sərbəst yırtıqlar düzəlməyən yırtıqlarla müqayisədə təxminən 2,3 dəfə çox rast gəlmişdir.

Videoendoskopik total ekstraperitoneal plastikanın metodikası

Xəstənin vəziyyəti, videomonitorun və laparoskopik avadanlığın yerləşdirilməsi laparoskopik TAP əməliyyatlarında olduğu kimidir. Laparoskopik dəstin ümumi alətləri əməliyyatın icrasına tamamilə imkan vermişdir. Troakarların yeri yırtığın lokalizasiyasından və həcmindən asılı olaraq dəyişkən olmuşdur. Əməliyyatın icrası, yəni yırtıq qapısının plastikası üçün ilk olaraq peritonönu sahədə tunel yaradılır. Qasıq yırtıqlarında adətən laparoskop üçün troakar göbəklə qasıq bitişməsi arasındakı xəttin ortasında yerləşdirilmişdir. Həmin nahiyədə 1 sm uzunluqda boylama kəsik aparılmış, dərialtı qat aponevroza qədər ayrılmış, sonuncu tutucularla qaldırılmış və həmin uzunluqda boylama kəsilmişdir. İşçi alətlər üçün göbəkdən bir qədər yuxarıda, pararektal xətt üzərində, yırtıq tərəfdə 5 mm-lik, əks tərəfdə 12 mm-lik troakarlar yeridilmişdir (şək. 5.1 və 5.2). Troakarların belə yerləşdirilməsi hətta ikitərəfli qasıq yırtıqlarını TEP-na imkan vermişdir.



Şək. 5.1. Endovideoskopik TEP zamanı troakarların yeridilməsi və portların yerləşdirilməsi yerləri

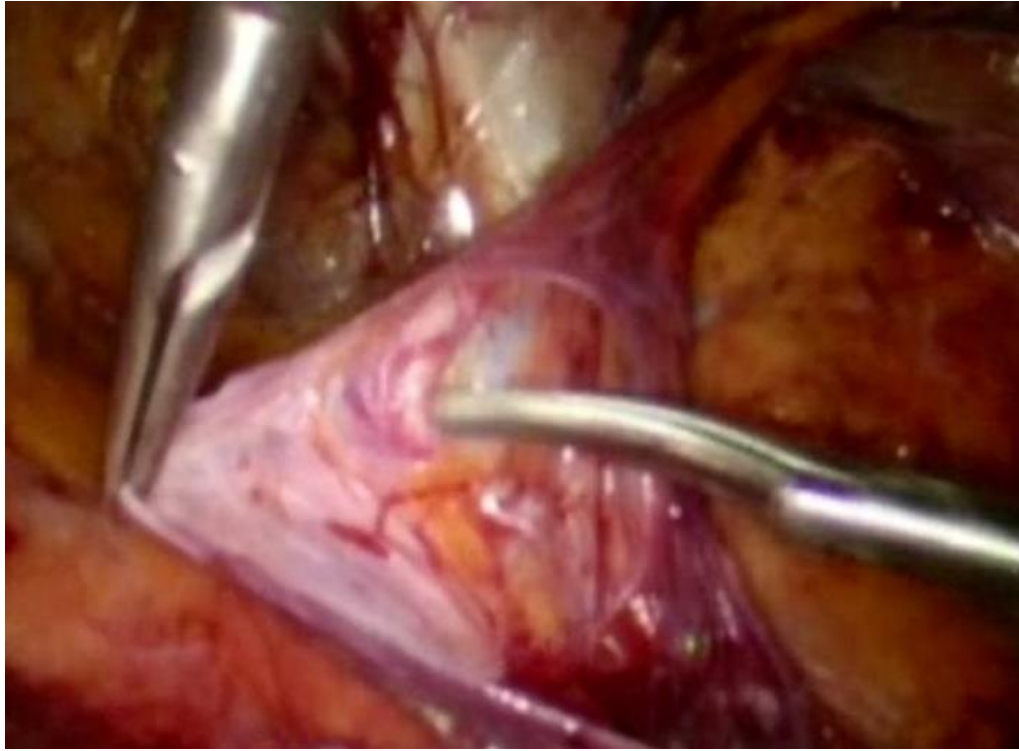


Şək. 5.2. Troakarların yerləşdirilməsi

Göbək, ağ xətt və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar zamanı troakarlar adətən situasiyadan asılı olaraq yerləşdirilmişdir. Yəni əsas troakar yırtıqdan 4-6 sm kranial və ya lateral tərəfdə, işçi troakarlar sağ və sol qabırğaaltı və ya sağ və sol qalça nahiyələrində yerləşdirilmişdir.

Qasıq yırtığı zamanı yuxarıda qeyd olunmuş nahiyədə əzələlər küt üsulla köndələn fassiyaya qədər ayrılmış, yaradılmış tunelə 12 mm-lik troakar qoyulmuşdur. Troakardan keçməklə əzələaltı (peritonönu) sahədə yırtıq qapısına doğru küt üsulla tunel genişləndirilmişdir (şək. 5.3). Hər manipulyasiyadan sonra alət çıxarılmış, peritonönu sahə laparoskopla təftiş edilmişdir. Yalnız küt separasiya kifayət deyildir. Ona görə də tunelə növbələşməklə karbon qazı və irriqasion-aspirasion sistem vasitəsi ilə təzyiqlə maye (furasilin məhlulu) şırnağı yeridilmiş və sorulmuşdur.

Parietal periton incə hərəkətlərlə ayrılmışdır. Ona görə də hər bir manipulyasiya zamanı təzyiq peritona yox, əzələlərə edilməlidir. Bu halda peritonun zədələnməsi riski aşağı olur. Küt və hidro(pnevmo)ayrılma yırtıq qapısının kənarlarına doğru aparılmışdır. Qasıq yırtıqları zamanı tunel qasıq bitişməsinə, Cooper bağına, daxili qasıq dəliyinə doğru uzadılmış, nəticədə qasıq aralığı vizuallaşdırılmışdır.



Şək. 5.3. Yırtıq kisəsinin ekstraperitoneal mobilizasiyası

İriölçülü göbək, ağ xətt və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar zamanı yırtıq qapısının tam mobilizasiyası üçün 2- və ya 3-tərəfli giriş istifadə edilmişdir. Yəni yırtıq qapısına doğru müvafiq sayda tunel yaradılmış və yırtıq qapısı bütün perimetri boyunca əldə edilmişdir. Yırtıq qapısı ətrafı bölgələrdə bitişmələr və çapıq toxuması olduqda sonuncular əyri- və kütüclü qayçı ilə kəsilmişdir. Bu zaman parietal peritonun və ona söykənmiş qarın üzvlərinin zədələnməməsi üçün qayçının ucları dəriyə doğru istiqamətləndirilmişdir.

Endoəməliyyatın növbəti mərhələsində yırtıq kisəsi yumşaq sıxıcı ilə tutulmuş, tunelin başlanğıcına doğru dartılmışdır. Sərbəst kisə J.M. Himpens üsulu ilə kəndir şəkilində burulmuş, nitinol sapla bağlanmış və yırtıq qapısından qarın boşluğuna yeridilmişdir.

Yırtıq kisəsi sərbəst olmadıqda, yəni mənfəzində möhtəviyyat olduqda, digər troakardan yeridilmiş işçi alətlə möhtəviyyat qarın boşluğuna doğru itələnməmişdir. Belə cəhdlər səmərəsiz olduqda laparoskopun nəzarəti altında kisənin sərbəst kənarı kəsilmiş, möhtəviyyat işçi alətlərlə qarın boşluğuna düzəldilmişdir. Bu manevr səmərə-

siz olduqda videoassistentləşmə əməliyyatına (yarımaçıq) keçidi məqsədəuyğun hesab etmişik. Yəni bilavasitə yırtıq kisəsi üzərində dəridə minikəsik aparılmış, dərialtı toxuma və aponevroz kəsilmiş, əzələlər kisəyə qədər küt üsulla ayrılmışdır. Kisə möhtəviyyatı sərbəstləşdirilmiş, qarın boşluğuna salınmış, yırtıq qapısının ölçülərindən asılı olaraq kisənin boyunu tikilməklə və ya tikilmədən bağlanaraq kəsilmişdir. Yırtıq qapısının plastikası açıq üsulda olduğu kimi davam etdirilmişdir. Əməliyyat bu prinsiplə 2 xəstədə (residiv qasıq yırtığı – 1, əməliyyatdan sonrakı ağ xətt yırtığı -1) sona çatdırılmışdır.

Digər 17 endovideocərrahi əməliyyat zamanı (15 xəstədə) yırtıq kisəsinin tam sərbəstləşdirilməsi təmin olunmuş, o, işçi alətlə tutulmuş, kəndirşəkili burulmuş və qarın boşluğuna salınmışdır.

Sonuncu mərhələdə peritonöni sahə yırtıq qapısından 3-4 sm məsafədə yanlara (hər tərəfə) doğru sərbəstləşdirilmiş, laparoskopun nəzarəti altında öncədən burulmuş endoprotez işçi alətlə yırtıq defektinə doğru gətirilmiş, defektin üzərində açılmış, nizamlanmış və qapıdan 2-3 sm yan tərəfdə endosteplərlə perimetr boyunca əzələ-aponevrotik toxumalara tikilmişdir. Situasiyadan asılı olaraq protezönü sahəyə işçi troakarlardan keçməklə 1-2 ədəd drenaj və ya mikroirriqator qoyulmuşdur. Troakar yaraları estetik tikişlə tikilmişdir.

Eyni prinsiplə endoprotez qasıq kanalının arxa divarı üzərində nizamlanmış və endosteplərlə sərbəstləşdirilmiş anatomik strukturlara (lateral tərəfdən Cooper bağından başlayaraq daxili dəliyin aşağı kənarına qədər qasıq bağına, medial tərəfdən qasıq qabarıqlığından başlayaraq əvvəlki səviyyəyə qədər daxili çəp əzələnin sərbəst kənarlarına) tikilmişdir. Toxum ciyəsi protezin kranial hissəsində ləçəklər arasında yerləşdirilmiş və laparoskopik TAP üsulunda olduğu kimi ciyədən üst tərəfdə lateral və medial ləçəklər bir-birinə tikilmişdir. Əməliyyat sahəsinə drenaj və ya mikroirriqator (aşağı işçi troakardan çıxarılmışdır) qoyulduqdan sonra dəri minikəsikləri estetik tikişlərlə tikilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı və ağ xətt yırtıqları zamanı yırtıq qapısı perimetr boyunca azı 4-5 sm sərbəstləşdirilmişdir (Ramirez üsulu ilə). Bu geniş sahəli etibarlı protez-

ləşdirməyə səbəb olmuşdur. Bu məsafənin kiçik (1-3 sm) olması erkən müddətlərdə protezin qopması və yırtığın residivi ilə nəticələnir.

İkitərəfli qasıq yırtıqları, çoxkamerali və çoxsaylı yırtıqların TEP üsulu ilə plastika olunması daha məqsədəuyğundur. Tədqiqat işimizdə 2 xəstə üzərində bilateral TEP hernioplastika yerinə yetirilmişdir. Praktikadan nümunə təqdim edirik.

Praktikadan nümunə

Xəstə M.M., 33 yaş, 5554 sayılı x/t, 14.05.2009-cu il tarixdə hər iki sağ qasıq nahiyəsində ağırlı şişkinlik, qəbizlik, həyat keyfiyyətinin və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə xəstəxanaya müraciət etmişdir. Özünü 10 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyin səbəbini heç nə ilə əlaqələndirmir.

Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 74-dür. Arterial təzyiq 120/70 mm.c.st.

Dil qurudur, təmizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, intaktdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Diurez sərbəstdir. Döyəcləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya və diurez sərbəstdir. Qazlar xaric olur.

St. localis. Sağ qasıq nahiyəsində 0,5X4,0 sm ölçülərdə şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi dəyişikliksizdir. Palpasiya zamanı şişkinlik qarın boşluğuna düzəlir.

Sol qasıq nahiyəsində 1,5X3,0 sm ölçülərdə şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi dəyişikliksizdir. Palpasiya zamanı şişkinlik qarın boşluğuna düzəlir. Sol xayalıq nahiyəsi şişkindir, palpator ağırlıdır. Ultrasonoqrafik olaraq xayalıqda duru maye aşkar edilmişdir.

Diaqnoz: İkitərəfli sərbəst, düz qasıq yırtığı. Soltərəfli varikosele.

Əməliyyatın hazırlıq ambulator şəraitdə aparıldığından rutin laborator və instrumental müayinələr təkrar edilmiş və 16.05.2009-cu il tarixdə ACSV şəraitində ümumi anesteziya altında cərrahi əməliyyat – videoendoskopik TEP yerinə yetirilmişdir (1 işçi troakar sağ qalça, sonra 1 işçi troakar sol qalça, və 1 işçi troakar ağ xətt xətt üzərində) və göbəkdən 2 sm aşağıda laparoskop üçün 12 mm-lik troakar). Preperitoneal sahəyə qaz insufflyasiyası edilməklə və maye şırnağı vurmaqla, həmçinin küt üsulla yırtığa doğru tunel əmələ gətirilmiş, yırtıq kisəsi əldə edilmiş, açılmadan qarın boşluğuna düzəldilmiş, Cooper və Pupart bağları əldə edilmiş, qasıq kanalının arxa divarına sellüloza tərkibli sintetik tor qoyulmuş, sonuncu nizamlanmış və perimetr boyunca bağlara və xarici çəp əzələnin aponevrozuna tikilmişdir. Eyni prinsip ilə əks tərəfin qasıq kanalının arxa divarı plastika edilmişdir. Sonra sol qasıq nahiyəsindən port çıxarılmış, dəri kəsiyi azacıq genişləndirilmiş, sağ şəhadət barmağı küt olaraq xayalığa doğru, ağıl qışaya qədər irəlilənmiş, ağıl qışa mümkün qədər həmin barmaqla sərbəstləşdirilmişdir. Barmaq çıxarılmış, əmələ gəlmiş tunel tupferlə qurulmuş və tunelə port istifadə edilmədən laparoskop salınmışdır. Ağıl qışa vizualizasiya olunmuş, laparoskopun yanından sıxıcı salınmış, ağıl qışa tutulmuş, yaraya doğru dartılmış və punksiya edilmişdir. Şəffaf maye xaric olduqca ağıl qışanın yarıya gətirilməsi asanlaşmışdır. Qışanın sərbəst, yaraya gətirilmiş hissəsi qayçı ilə kəsilmiş, maye tam aspirasiya olunduqdan sonra qışanın sərbəst hissəsi maksimal kəsilmişdir. Qalmış hissə xayalığa qayıtmışdır. Tunel tupferlə qurulmuş, tunel boyunca spiralşəkilli tikiş qoyulmuşdur. Troakar yaraları dəri içi tikişlərlə tikilmişdir.

Cərrahi əməliyyat günü axşam saatlarında xəstə aktivləşdirilmiş, ayağa qaldırılmış və maye qəbuluna icazə verilmişdir. 5 gün sonra (21.05.2009) xəstə kafi vəziyyətdə evə buraxılmışdır. Müalicə prosesi ev şəraitində müalicə həkiminin tövsiyələri əsasında davam etmiş, 10 gündən sonra xəstə əmək fəaliyyətinə başlamışdır. 3 ay, 1 il və 2 ildən sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

Klinik praktikada postoperasion yırtıqların alloplastikasında 3 variant istifadə edilir: protezin aponevrozüstü yerləşdirilməsi ilə (“onlay”) kombinə olunmuş plasti-

ka; protezin əzələaltı və ya peritonönu yerləşdirilməsi və sintetik materialla qarın divarının defektinin qapadılması ilə (“sublay”, “inlay”) kombinə olunmuş plastika [35, 109, 173, 209]. Yırtıq qapısının kənarlarının bir-birinə yaxınlaşdırılmaqla tikilməsi və tikiş xəttinin protezlə bərkidilməsi əməliyyatı xeyli geniş yayılmışdır. Lakin böyük və gıqant ölçülü yırtıqlarda bu metodika atenzion plastika prinsiplərinə ziddir, qarında xili təzyiqin əhəmiyyətli yüksəlişinə və tikiş tutmazlığına görə residivlə yekunlaşır [4]. Protezləşdirici materialın açıq üsulla aponevrozüstü yerləşdirilməsi zamanı dərinin və dərialtı toxumanın geniş mobilizasiyası tələb olunur. Nəticədə qan təchizatı, venoz qanın və limfanın axını pozulur, uzun müddətli davamlı eksudasiya baş verir, seroma formalaşır, dərialtı toxuma nekrozlaşır, irinli-iltihabi aşırışmalar inkişaf edir [5, 123, 132]. Ona görə də əməliyyatdan sonrakı yırtıqların endoskopik TEP zamanı tə-rəfimizdən protezin preperitoneal sahədə, bilavasitə yırtıq defektinin üzərində yerləş-dirilməsi variantı daha məqsədəuyğun hesab olunmuşdur.

Tərəfimizdən OLP cəmi 4 xəstədə (birincili qasıq yırtığı – 2, residiv qasıq yırtığı - 1 və postoperasion yırtıq – 1) yerinə yetirilmişdir. Bu xəstələrdə yırtığın həcmi və yırtıq qapısı kiçik ölçülərdə olmuş, dərialtı toxumanın geniş separasiyasına ehtiyac yaranmamışdır. Bu hallarda protezin yırtıq qapısından 1,-1,5 sm kənarında perimetr boyunca tikilməsi bizim fikrimizcə kifayətdir. TEP-nın bu texnikası əməliyyatın qısa müddətlərdə və aztravmatik həyata keçirilməsini tamamilə təmin edir.

Bu əməliyyatlar zamanı da yerli qıcıqlandırıcı təsirin azaldılması məqsədilə sellüloza tərkibli sintetik torlar istifadə edilmişdir. Aşağıda birincili qasıq yırtığına görə endoskopik TEP əməliyyatı keçirmiş xəstənin xəstəlik tarixindən çıxarış təqdim edilir.

Praktikadan nümunə

Xəstə M.M., 60 yaş, 559 saylı x/t, 08.01.2010-cu il tarixdə sağ qasıq nahiyəsində ağrılı şişkinlik, qarında köp, qəbizlik və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə Klinik TM-ə müraciət etmişdir. Özünü 10 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyin səbəbini heç nə ilə əlaqələndirmir.

Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, döş tiplidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 22-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 84-dür. Arterial təzyiq 140/80 mm.c.st.

Dil nəmdir, təmizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, intaktdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Diurez sərbəstdir. Döyəcləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya və diurez sərbəstdir. Qazlar xaric olur.

St. localis. Sağ qasıq nahiyəsində 5,0X6,0X4,0 sm ölçülərdə şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi dəyişikliksizdir. Palpasiya zamanı şişkinlik qarın boşluğuna düzəlir.

Diaqnoz: Sağtərəfli düz qasıq yırtığı

Əməliyyatönu hazırlıq ambulator şəraitdə aparıldığından zəruri laborator və instrumental müayinələrdən sonra növbəti gün – 09.01.2010-cu il tarixdə ETİ şəraitində ümumi anesteziya altında cərrahi əməliyyat – videoendoskopik TEP yerinə yetirilmişdir (2 işçi troakar (sağ qalça və sağ pararektal xətt üzərində) və paraumbilikal nahiyədə laparoskop üçün 12 mm-lik troakar). Cərrahi əməliyyatdan bir neçə saat sonra aktivləşdirilmiş, ayağa qalxmağa və maye qəbuluna icazə verilmişdir. Növbəti gün xəstə kafi vəziyyətdə evə buraxılmışdır. Müalicə prosesi ev şəraitində müalicə həkiminin tövsiyələri əsasında davam etdirilmiş, 1 həftədən sonra xəstə əmək fəaliyyətinə başlamışdır. 3 ay və 1 ildən sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə əksər müəlliflər protezin əzələaltı və ya peritonönu yerləşdirilməsi və sintetik materialla qarın divarının defektinin qapadılması ilə kombinə olunmuş plastikanı daha çox istifadə edirlər. Yırtıq qapısı parietal periton və ya düz əzələlərin arxa yatağı hesabına qapadılır, onun üzərindən implantat qoyulur və qarının ön divarının fassial strukturlarına tikilir. Aponevrozun parçaları prote-

zin üzərindən bir-birinə tikilir. Texniki cəhətdən bu üsul mürəkkəb olsa da seromaların, digər ağırlaşmaların əmələ gəlmə tezliyi azdır. Lakin böyük, çox böyük və gıqant yırtıqlarda bu üsulun tətbiqi mümkünsüzdür. Bu hallarda protez sadəcə sorulmayan saplarla perimetr boyunca yırtıq qapısının kənarların tikilir, qapı daraldılmır. Bu əməliyyatdan sonra seromaların və başqa ağırlaşmaların inkişaf riski yüksək olur. Ona görə də protezüstü sahə aktiv drenləşdirilməlidir [5].

Ötən əsrin sonlarından başlayaraq praktik təcrübənin zənginləşməsi hesabına bir çox cərrahlar sintetik torların peritonönu yerləşdirilməsi metodlarının istifadəsinə üstünlük verdilər [235, 253, 282].

Orta və böyük həcmli yırtıqlar zamanı SLP, İLP və ya onların kombinə olunmuş variantı (SLP və İLP) tətbiq edilmişdir. Tunel yaradılarkən separasiya aparıldıqda parietal peritonun zədələnmə ehtimalı böyük olduqda SLP-ya üstünlük vermişik (12 xəstədə). 3 xəstədə İLP, 2 xəstədə isə müştərək plastika yerinə yetirilmişdir.

Praktikadan nümunə

Xəstə B.R., 37 yaş, 558 sayılı x/t, 08.01.2010-cu il tarixdə epigastral nahiyədə şişkinlik və ümumi zəiflik şikayətləri ilə KTM-ə müraciət etmişdir. Özünü bir neçə ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi heç nə ilə əlaqələndirə bilmir.

Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, təminedicidir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır. Nəbz ritmik, orta dolğunluqlu, dəqiqədə 88-dir. Arterial təzyiq 110/70 mm.c.st.

Dil nəmdir, təmizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, intaktdır və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Diurez sərbəstdir. Döyəcləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir.

Defekasiya sərbəstdir. Qazlar çətin xaric olur.

St. localis. Epiqastral nahiyədə orta xətt üzərində 5,0X4,0X4,0 sm ölçülərdə şişkinlik görünür. Şişkinlik üzərində dərinin rəngi adidir. Palpasiya zamanı şişkinlik qarın boşluğuna düzəlir.

Klinik diaqnoz: Ağ xəttin yırtığı.

Əməliyyatın hazırlıq ambulator şəraitdə aparıldığından standar laborator və instrumental müayinələrdən sonra növbəti gün – 09.01.2010-cu il tarixdə ACSV şəraitində ümumi anesteziya altında standart troakar girişlərindən (yalnız 12 mm-lik troakar göbəkdən 2 sm aşağıda yerləşdirilməklə) cərrahi əməliyyat – videoendoskopik TEP icra olunmuşdur. Yırtıq kisəsi hidroseparasiya edilməklə ayrılmış, möhtəviyyat və burulmuş yırtıq kisəsi qarın boşluğuna salınmış, yırtıq qapısı sellüloza ilə örtülmüş polipropilen torla perimetr boyunca fasiləli tikilməklə qapadılmışdır. Diqqətli yerli hemostazdan sonra troakarlər xaric edilmiş, troakar nahiyələrinə dəriiçi estetik tikişlər qoyulmuşdur.

Növbəti gün səhər saatlarında xəstə aktivləşdirilmiş, onun ayağa qalxmasına və maye qəbuluna icazə verilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, 2 gün sonra 11.01.2010-cu il tarixdə xəstə kafi vəziyyətdə evə buraxılmışdır. Müalicə prosesi ambulator şəraitində davam etdirilmiş, 1 həftədən sonra xəstə əmək fəaliyyətinə başlamışdır. 2 ay və 1 ildən sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur.

Hər 2 plastika üsulunda protezin sancaqlarla fiksasiyası xeyli populyardır. Lakin sancaqlarla fiksasiya zamanı damarların və sinirlərin zədələnmələri baş verir. L. Campos, E. Sipes öncədən protezin kənarlarında deşik açmaqla sancaqların fiksasiyası nöqtələrini müəyyənləşdirirlər. D. Rosenthal və M.E. Franklin fiksasiya məqsədi ilə adi tikişi daha məqsədə müvafiq hesab edirlər. A. Havasli göbələkşəkilli sintetik protezə üstünlük verir. Protezin göbələk hissəsi yırtıq qapısını doldurur və implantatın fiksasiyasına zərurət yaranmır. Trabucco (2002) sərt və qalın sintetik protez istifadə etdiyindən ümumiyyətlə protezi fiksə etmir.

TEP zamanı biz sellüloza tərkibli tora üstünlük vermişik. Torun sellüloza ilə örtülməsi toxumalar tərəfdən qıcıqlanmanı, müvafiq surətdə yerli eksudasiyanı aradan qaldırır, və təbii olaraq seromaların inkişafı demək olar ki, baş vermir. Protezin qapı

ətrafına əllə tikilməsi tərəfimizdən daha məqsədəuyğun hesab edilmişdir. Bu bir tərəfdən əməliyyat xərclərini azaldır, digər tərəfdən isə keyfiyyətli vizualizasiya şəraitində mühüm anatomik strukturların zədələnməsi təhlükəsi aradan qalxır.

Sellüloza tərkibli torla endoprotezləşdirmədən sonra 1 xəstədə laparoskop üçün istifadə edilmiş troakar yarası irinlənmişdir (5,9%) (cədvəl 5.2).

Digər müəlliflərə görə də TEP-dən sonra irinli ağrılaşmalar 1-5,9% hallarda rast gəlinir.

Cədvəl 5.2

Yırtıqların endoskopik total ekstraperitoneal alloplastik plastikasından sonra baş vermiş yerli ağrılaşmalar

Ağrılaşmalar	Ekspiritoneal hernioplastika (n=17)	
	Müt.	%
Əməliyyat yarasının infiltrasiyası	2	11,8
Əməliyyat yarasının irinləməsi	1	5,9
Seroma	1	5,9
İşemik orxit	1	5,9
Cəmi	5	29,4

0,5-3 illik müşahidə müddətlərində residiv hadisəsi olmamışdır.

III qrupun xəstələrində yara nahiyəsində ağrılar, diskomfort hissi $3,2 \pm 0,6$ gün davam etmişdir.

Bu qrupda ümumi ağrılaşmalar 2 xəstədə (kəskin böyrək çatmazlığı – 1, mədə və OBB-ın xora xəstəliyinin kəskinləşməsi – 1) rast gəlmişdir. Kəskin böyrək çatmazlığı inkişaf etmiş xəstə nefroloqun tərəfindən müalicə olunmuş, xəstəliyinin kompensasiyası əldə edilmişdir. Digər xəstədə endoskopik müayinələrdən sonra xoraəleyhinə və antihelikopter müalicə hesabına xəstəliyinin remissiyasına nail olunmuşdur.

Stasionarda orta müalicə müddəti $3,0 \pm 0,7$ gün (1-8 gün) təşkil etmişdir ($p < 0,05$).

Bu qrupun xəstələrində tibbi və sosial reabilitasiya müddəti açıq atenzion plastika əməliyyatı keçirmiş xəstələrlə müqayisədə 2,5 dəfə qısa olmuş, xəstələr $2,7 \pm 0,4$ həftədən sonra (1-4 həftə) əmək fəaliyyətinə başlamışdır.

H. Hoffman və Traverso 204 endoskopik TEP əməliyyatından sonra 1 xəstədə 42 ay müddətində residiv meydana çıxmasını müşahidə etmişdir. Riyazi proqnozlaşdırma üsullarına istinad etməklə bu müəllif 25 il ərzində residivlərin tezliyinin 1%-dən çox olmayacağı ehtimalını irəli sürmüşdür.

Qarının ön divarının yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişi açıq üsul ilə atenzion plastika əməliyyatından sonrakı dövrün aparılması digər gərginlikli açıq əməliyyatlardan sonrakı gedişdən fərqlənməmişdir. Əməliyyat günü, bəzi hadisələrdə daha 1-2 gün narkotik, növbəti günlər qeyri-narkotik ağrıkəsicilər istifadə edilmişdir. Əməliyyatdan 1 gün, kök və yaşlı xəstələr isə 2-3 gün sonra ayağa qaldırılmışdır. İlk gün qidalanma təyin edilməmiş, yalnız az porsiyalarla maye qəbuluna icazə verilmişdir. Xəstələrin stasionar müalicəsi 3 gündən 14 günə qədər davam etmişdir. Orta çarpayı günü $7,6 \pm 1,3$ gün təşkil etmişdir.

TAP üsulu ilə atenzion plastika əməliyyatından sonrakı dövrün aparılması açıq əməliyyatlardan sonrakı gedişdən yaxşı mənada xeyli fərqlənmişdir. Əməliyyat günü 1-2 dəfə qeyri-narkotik ağrıkəsici təyin edilmişdir. Gənc və cavan yaşlı xəstələr əməliyyat günü ayağa qaldırılmış, onlardan 11-i həmin gün evə buraxılmışdır. Bu xəstələrin müalicəsi poliklinika cərrahının və ya müalicə həkiminin nəzarəti altında ambulator şəraitdə davam etdirilmişdir. Kök, yaşlı xəstələrə, yanaşı somatik xəstəlikləri olan xəstələrə ilk 1-2 gün qeyri-narkotik ağrıkəsicilər təyin edilmiş, qidalanma tövsiyə olunmamış, yalnız maye qəbuluna icazə verilmişdir. Həmin xəstələr 1 və ya 2 gün sonra ayağa qaldırılmış, 1-5 gün müddətlərində evə yazılmışdır. Xəstələrin ümumi stasionar müalicəsi 0 gündən 5 günə qədər davam etmişdir. Orta çarpayı gün $3,6 \pm 1,3$ gün təşkil etmişdir.

TEP üsulu ilə icra olunan əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılması TAP üsulu ilə əməliyyatlardan sonrakı gedişdən demək olar ki, fərqlənməmişdir. Əməliyyat günü 1-2 dəfə qeyri-narkotik ağrıkəsici təyin edilmişdir. Gənc və cavan yaşlı xəstələr əməliyyat günü ayağa qaldırılmış, onlardan 13-ü həmin gün evə buraxılmışdır. Bu xəstələrin müalicəsi poliklinika cərrahının və ya müalicə həkiminin nəzarəti altında ambulator şəraitdə davam etdirilmişdir. Kök, yaşlı xəstələrə, yanaşı somatik xəstəlikləri olan

xəstələrə ilk 1-2 gün qeyri-narkotik ağrıkəsicilər təyin edilmiş, qidalanma tövsiyə olunmamış, ancaq maye qəbuluna icazə verilmişdir. Həmin xəstələr 1 gün sonra ayağa qaldırılmış, 1-4 gün müddətlərində evə yazılmışdır. Xəstələrin ümumi stasionar müalicəsi 0,5 gündən 4 günə qədər davam etmişdir. Orta çarpayı günləri $3,4 \pm 0,9$ gün təşkil etmişdir.

Qarının ön divarının yırtıqlarının cərrahi müalicəsinin uzaq nəticələrin müqayisəli qiymətləndirilməsi

Tədqiqat prosesində qarının ön divarının yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 31 xəstədə 1-3 il müddətlərində bilavasitə baxış zamanı uzaq nəticələr öyrənilmişdir. 24 xəstə tərəfimizdən hazırlanmış anket sorğusuna telefon və ya internet vasitəsi ilə cavab vermiş və cavabların bal qiymətləndirilməsi yolu ilə uzaq nəticələr öyrənilmişdir. 11 xəstə ilə əlaqə yaratmaq mümkün olmamışdır. Son 4 xəstə isə yaxın aylarda cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Beləliklə, uzaq nəticələr 55 xəstə üzərində öyrənilmişdir. Bu xəstələrdən 26-ı I, 13-ü II, 16-ı isə III qrupa aid olmuşdur. Həmin xəstələrdən 31-i özləri və ya bizim dəvətimiz əsasında mütəmadi olaraq xəstəxanaya gəlmiş və tərəfimizdən müayinə edilmişlər.

Yırtığın residivinin olmaması, kobud çapıq və ya fistul əmələ gəlməməsi, MBT tərəfdən şikayətlərin olmaması, yırtıq əmələ gələndəki həyat tərzinin və əmək qabiliyyətinin tam bərpa olunması, cinsi həyatın normallaşması “yaxşı” qiymətləndirilmişdir.

Yırtığın residivinin olmaması, həzm diskomfortu və yara nahiyəsində kobud çapıqlaşma, digər hissiyyatların olması, fistul əmələ gəlməsi, yırtıq əmələ gələndəki həyat tərzinin və əmək qabiliyyətinin hissəvi bərpa olunması, cinsi həyatın qismən normallaşması “kafi” qiymətləndirilmişdir.

Residiv hadisəsi, həyat tərzinin və əmək qabiliyyətinin bərpa olunmaması (əmək qabiliyyətli yaşlarda) “qeyri-kafi” qiymətləndirilmişdir.

Yaxşı nəticə 43 xəstədə (I qrup – 19, II qrup – 11, III qrup – 13) qeyd edilmişdir. Bu xəstələr köp və qəbizliyin, digər həzm diskomfortu hallarının aradan qalxmasını, əmək qabiliyyətinin bərpa olunmasının (yüksəlməsini), əvvəllər cinsi problem

yaşayan xəstələr cinsi həyatın normallaşmasını qeyd etmişlər. II və III qrupun xəstələri incə əməliyyat çapığının estetikliyinə görə razılığını bildirmişlər. I qrupun 3 xəstəsi əməliyyat çapığının kobudluğuna görə estetik əməliyyat yerinə yetirilməsini xahiş etmişdir.

9 xəstədə (I qrup – 4, II qrup – 2, III qrup – 3) qarının ön divarının yırtıqlarına görə cərrahi bərpa əməliyyatlarının nəticələri kafi qiymətləndirilmişdir. Həmin xəstələr xroniki qəbizlik, qarında köp və yara nahiyəsində kobud çapıq toxumasının formalaşması və 2 xəstə (I qrup) yara nahiyəsində dərialtı qalınlaşmadan (kəndirşə-killi törəmə olması) şikayət etmişlər. 2 xəstədə (I qrup - 1, II qrup - 1) liqatura fistulu əmələ gəlmiş, yara genişləndirilmiş, yaranın dibində protez hissəsi əldə edilmiş və sağlam toxuma hədlərində kəsilmişdir. Yerli müalicədən sonra 7-10 gün müddətlərində yara sağalmışdır.

I qrupun 3 xəstəsində cərrahi müalicənin nəticələri qeyri-kafi qiymətləndirilmişdir. Bu xəstələrdə yırtığın residivi baş vermişdir. Həmin xəstələr təkrar açıq cərrahi əməliyyat olunmuş, onlardan 1-də əməliyyat üsulunun yanlış seçilməsi (qasıq kanalının ön divarının “on lay” plastikası), digərində polipropilen torla yırtıq qapısının ölçülərinin uyğunsuzluğu (torun ölçülərinin kiçik olması), sonuncuda isə (təsbit edilmiş sintetik torun miqrasiyası) müəyyən edilmişdir. Təkrar açıq əməliyyatlardan sonra uğurlu nəticələr əldə edilmiş və əməliyyatın nəticələri hər 3 xəstə tərəfindən qənaətbəxş qiymətləndirilmişdir.

Ümumilikdə, II və III qrupun sorğuda iştirak edən və təkrar baxışa gələn bütün xəstələri, I qrupun isə 20 xəstəsi cərrahi müalicənin nəticələrindən razı qalmışdır.

Y E K U N

Dünya əhalisinin əmək qabiliyyətli hissəsi arasında qarının ön divarının yırtıqlarının cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması, residivlərin və digər ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin aşağı düşməsi müasir cərrahi herniologiyanın əsas vəzifəsi hesab edilməkdədir. Yırtıq cərrahiyyəsinin 100 ildən artıq böyük inkişaf yolu keçməsi, xüsusilə klinik praktikaya son 20 ildə gərginliksiz plastika üsulunun geniş nüfuz etməsi cərrahlığın bu bölməsində böyük nailiyyətlərin qazanılması ilə nəticələnmişdir [37, 56, 150, 192].

XXI əsrin ilk illərindən başlayaraq ictimai insan qarşısında duran vəzifələr artmaqda davam edir. Əmək qabiliyyətinin erkən yaşlarda itməsi (aşağı düşməsi), uzunmüddətli stasionar müalicə səbəbindən iş yerinin itirilməsi təhlükəsi müasir insanın qısa müddətlərdə, daha yaxşı olar ki, ambulator və ya gündüz stasionarı şəraitində əksər xəstəliklərin, xüsusilə qarın divarı yırtıqlarının aztravmatik cərrahi müalicəsinin təmin edilməsi problemini kəskinliklə gündəmə gətirmişdir. Xəstənin azinvaziv müalicə hesabına tibbi-sosial reabilitasiyasının erkən müddətlərdə, “ayaqüstü” olaraq tamalanması bu günün tələbidir və son illərdə bu problemin həlli istiqamətində mühüm addımlar atılmış, uğurlu nəzəri-fundamental, elmi-praktik tədqiqatlar aparılmışdır və praktik cərrahlığın bu bölməsində elmi tədqiqatlar intensiv surətdə davam edir.

Qarının ön divarının istər birincili, istərsə də residiv yırtıqlarının cərrahiyyəsinə əldə edilmiş nailiyyətlər ilk növbədə yırtıq defektinin gərginliksiz rekonstruksiya üsulunun, protezləşdirici plastik vasitələrin meydana çıxması və yeni videoendoskopik kompüter texnologiyalarının klinik cərrahlığa daxil olması ilə əlaqədardır. Hər 3 aparıcı amilin günbəgün təkmilləşdirilməsi, daha mükəmməl plastika üsullarının meydana çıxması, biodeqradasiya edən və örtüklü protezlərin, tikiş materiallarının və təsbitedici, yapışdırıcı vasitələrin, miniportların, troakarların və minialətlərin istehsalı bu gün yırtıq cərrahlığında inqilabi dönüş yaratmışdır. Artıq inkişaf etmiş ölkələrdə, hətta qonşu Rusiya Federasiyasında rayon şəraitində “bir gün” xəstəxanalarında və poliklinikalarda ağırlaşmamış, birincili yırtıqlar videolaparoskopik texnologiyalar istifadə etməklə cərrahi əməliyyat olunur və xəstələr həmin gün evə buraxılırlar.

Qarın boşluğunda mürəkkəb, rekonstruktiv-bərpaedici cərrahi əməliyyatların, orqan köçürülməsinin sayının və həmin əməliyyatların həcmının artması postoperasion yırtıqların əmələ gəlməsi problemini xeyli kəskinləşdirmişdir. Bu etibarlı yırtıq əməliyyatları üsullarının işlənilməsini və praktik cərrahlığa daxil olmasını zəruri edir.

Qarının ön divarının yırtıqlarının residivləri polietioloji faktorlarla (əməliyyat yarasının irinləməsi, tikiş tutmazlığı, tikişlərin yanlış qoyulması, əməliyyat üsulunun yanlış seçimi, sintetik torun yırtıq defekti ilə uyğunsuzluğu, torun etibarlı fiksasiyasının aparılmaması, qarındaxili təzyiqin artmasına səbəb olan amillərin aradan qaldırılmaması və s.) əlaqədar əmələ gəlir və onların rastgəlmə tezliyinin aşağı hədlərə salınması müasir herniologiyanın ən mühüm problemlərindəndir.

Qarın yırtıqlarının cərrahlığında qazanılmış misilsiz nailiyyətlər fonunda bir çox digər məsələlər bu günə qədər həllini tapmamışdır. Xəstələrin cərrahi əməliyyata hazırlanmasının, əməliyyatdan sonrakı gedişin aparılmasının ümumiləşdirilmiş metodikasının olmaması, erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikasının səmərəli üsullarının hazırlanmaması, tikiş tutmazlığına səbəb olan amillərin aradan qaldırılma bilməməsi kimi məsələlər hələ də açıq qalmışdır.

Qarındaxili təzyiqin normallaşması üçün əməliyyatözü dövrdə yalnız təmizləyici imalələrin, MBT-nin yuyulması adətən kifayət etmir. Bu dövrdə həzm prosesinin normallaşdırılması, köpün səbəblərinin aradan qaldırılması, həzm diskomfortuna səbəb olan patoloji vəziyyətlərin diaqnostikası və aradan qaldırılması üçün adekvat müalicənin aparılmaması, üzv və sistemlərin, ilk növbədə tənəffüs, ürək-damar, qaraciyər-böyrək, sidik-cinsiyyət və b. sistemlərin fəaliyyətinin kifayət qədər öyrənilməməsi, bu sistemlər tərəfindən baş verə biləcək ağırlaşmaların konservativ profilaktikasının aparılmaması erkən əməliyyatdan sonrakı və uzaq mənfi nəticələrlə ifadə olunur, xüsusilə postoperasion, residiv və iri yırtıqların əlverişli nəticələrinin tezliyi xəstələri və həkimləri qane etmir.

Cərrahi əməliyyatların uzun müddətli və travmatik olması əməliyyat yarasının bütün təbəqələrində irinli-infeksiyon ağırlaşmaların meydana çıxmasına, “mürgüləyən” infeksiyanın aqressiyasına səbəb olur. Yaranın infeksiyon-travmatik infiltrasiyası,

irinləməsi, absesləşməsi tikiş tutmazlığının əsas səbəblərindən biri kimi residivvermənin öncül amillərindəndir. Odur ki, mini invaziv, aztravmatik yırtıq plastikası əməliyyatlarının tətbiq dairəsinin genişlənməsi, böyük kəsiklərdən minikəsiklərə keçid, əməliyyatın həcmnin və müddətinin əsassız artırılmasının qarşısını alan yeni metodikaların istifadəsi, infeksiyon təhlükəsizliyin təmini (antiseptik məhlullarının dövrü rotasiyası, antibiotikoqrafiya əsasında antibiotiklərin rəasional tətbiqi, cərrahi, alətlərin, avadanlıqların, əməliyyat blokunun müasir tələblər səviyəsində sterilizasiyası və s.) ümumi cərrahlığın, o cümlədən hernioloji cərrahlığın müvəffəqiyyətlərinin təməl prinsipləridir və artıq hamılıqla qəbul olunmaqdadır. Bu baxımdan əməliyyat sahəsinin, yaranın qorunması, infeksiyalaşmanın və irinli ağırlaşmaların biofiziki üsullarla və farmakoloji profilaktikası, əməliyyat bölgəsində toxumaların reperasiya və regenerasiya proseslərinin stimulyasiyası residivlərin qarşısının alınması üçün çox mühümdür.

Fərqli ədəbiyyat məlumatlarına görə yırtıq cərrahlığında defektlərin qapadılmasının (implantla örtülməsinin) 300-dən 600-ə qədər əməliyyat üsulları mövcuddur və hər il onlarla yeni əməliyyat üsulları, mövcud üsulların modifikasiyaları hazırlanır. Bütün üsulların əsasında yırtıq defektinin yerli toxumalar, autodəri, metallik və sintetik torlarla qapadılması durur. Təbii ki, bu üsulların böyük əksəriyyəti klinik praktikada dayanıqlı yer tutmamışdır və hər bir cərrahlıq şöbəsi öz məktəbinin illərlə sınaqdan çıxmış, qazanılmış təcrübəsi əsasında fəaliyyət göstərir.

Yırtıq qapısının sintetik torlarla plastikasından sonra xəstələrin bir hissəsində torun büzülməsi, dislokasiyası, yığılması kimi hallar baş verir. Bu yırtığın residivi ilə nəticələnir. Metallik torların əyilgən olmaması, sınıması, fraqmentlərə parçalanması, qopması onların istifadəsinə mane olur.

Beləliklə, istər birincili, istər residiv, istərsə də postoperasion yırtıqların cərrahi müalicəsi müasir herniologiyanın həllini tapmayan mürəkkəb problemlərinə aiddir. Xüsusilə cərrahi taktikanın, cərrahi rekonstruksiya üsulunun seçilməsi nöqtəyi-nəzərindən birmənalı konsepsiyalar işlənilməmişdir. Bütün bunlar praktik cərrahları yırtıq cərrahlığının bir sıra çətin məsələləri ilə üz-üzə qoyur.

Yuxarıda qeyd edilənləri nəzərə alaraq qarının ön divarının birincili, residiv və cərrahi əməliyyatdan sonrakı yırtıqları zamanı qapalı (laparoskopik) əməliyyat üsullarının seçiminin optimallaşdırılması yolu ilə cərrahi müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasını qarşıya məqsəd qoyduq.

2008-2011-ci illər ərzində də Bakı ş. BSİ-nin Klinik Tibbi Mərkəzində qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları ilə 70 xəstənin klinik müayinəsi və operativ müalicəsi tərəfimizdən həyata keçirilmiş və alınmış nəticələr müqayisəli surətdə öyrənilmişdir. 36 xəstədə birincili, 23-də residiv, sonuncu 11-də isə əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar olmuşdur. Tədqiqatın xarakterinə uyğun olaraq I qrupun xəstələri (35 xəstə) üzərində açıq, II qrupda (18) laparoskopik transabdominal preperitoneal hernioplastika, III qrupda isə (17) videoendoskopik total ekstraperitoneal hernioplastika əməliyyatları yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin yaş hədləri (I qrupda orta yaş $34,6 \pm 1,2$, II qrupda $33,1 \pm 1,5$, III qrupda $32,9 \pm 1,7$), yırtıq gəzdirmə müddətləri (ortalama $5,4 \pm 0,7$) və yanaşı somatik, o cümlədən cərrahi xəstəliklər bir-birinə yaxın olmuşdur.

Əməliyyat üsulunun yanlış seçilməsi, əməliyyat yaralarının irinli-infeksion ağırlaşmaları, sintetik torun ölçüləri ilə yırtıq qapısının ölçülərinin uyğunsuzluğu, yanlış olaraq gərginlikli plastika üsulunun seçilməsi və onun keyfiyyətsiz icrası residivvermənin əsas səbəbləri olmuşdur. İlk dəfə baş vermiş residiv yırtıqlar təxminən 1,5 dəfə çox rast gəlməmişdir.

Uzaq nəticələrin öyrənilməsi üçün cərrahi müalicədən sonra 6 ay - 3 il müddətlərində xəstələrin müşahidəsi və onlara təkrar baxış, həmçinin telekommunikasiya vasitələri istifadə edilməklə anket sorğusu həyata keçirilmişdir. Bu müddətdə xəstələrə bir neçə dəfə baxılmış, zəruri məsləhətlər verilmişdir.

Rutin klinik-instrumental və laborator müayinələrlə yanaşı laparoskopik və ya videoendoskopik hernioplastika əməliyyatının icrasının mümkünlüyünü (mümkünsüzlüyünü) müəyyən etmək məqsədi ilə KT və (və ya) MRT müayinələrinin aparılmasını olduqca zəruri hesab edirik. Çünki, sonuncu müayinələr yırtıq möhtəviyyətinin xarakteri, həcmi, yırtıq qapısının ölçüləri, bitişmələrin mövcudluğu (olmaması),

yırtıqətrafi toxumaların vəziyyəti haqqında dolğun informasiyalar əldə etməyə imkan verir.

Səmərəli, qısamüddətli, təhlükəsiz və asan idarə olunan əməliyyatönü hazırlıq proqramlarının hazırlanması, onun həm stasionar, həm ambulator, hətta ev şəraitində aparıla bilməsi müasir cərrahiyyənin bu günə qədər həllini tapmayan məsələlərinəndir. Əməliyyönü dövrdə yerli ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə əməliyyat bölgəsinin və mədə-bağıracaq traktının əməliyyata hazırlanması vacib şərtlərdəndir [12, 50, 52, 65, 67, 71, 109, 157, 287]. Gənc və orta yaşlı şəxslərdə, yanaşı ağır xəstəlik-ləri olmayan xəstələrdə mədə-bağıracaq traktının, digər üzv və sistemlərin cərrahi əməliyyata ambulator, digər hallarda isə stasionar şəraitdə hazırlanması daha məqsə-dəməvafiqdir. Bu zaman açıq cərrahiyyəyə uyğunlaşdırılmış əməliyyatönü hazırlıq proqramlarının istifadəsini məqbul saymırıq.

Bu nöqtəyi-nəzərdən tərəfimizdən təklif edilmiş və klinik praktikada tətbiq olunmuş metodikanı tövsiyə edirik. Yırtığın plastikası əməliyyatından sonra qarındaxili təzyiqin artmasının qarşısını almaq, qarın üzvlərinin yeni yaranacaq şəraitə uyğunlaşdırılması üçün əməliyyatdan 1 həftə əvvəl xəstələrə sıx bandaj geyilməsi və onun boşaldıqca sıxılmasını, enli şal və ya mələfə ilə qarının sıx bağlanması, yenə də boşaldıqca dərhal bərkidilməsini tövsiyə edirik. Qarının bandajla, şal və ya mələfə ilə bağlanması ilə yanaşı olaraq xəstələrə gündə azı 3 dəfə (hər dəfə 10-15 dəq) qarında-xili təzyiqi artıran müalicə gimnastikası hərəkətləri etməyi məsləhət görürük.

Əməliyyatdan 1 həftə əvvəl xəstələrin əsirgəyici, tullantısız qidalarla qidalanması, əməliyyatdan 2 gün əvvəl işlədici preparatlar istifadəsi (1 l suda həll edilmiş 1 və ya 2 paket fortrans və ya 2-3 saatlıq fasilələrlə 60-90 ml gənəgərçək yağı (hər dəfə 20-30 ml)), axşam və səhər saatlarında təmizləyici imalə (hər dəfə 2 imalə, cəmi 4 imalə) məsləhət görülür. Əməliyyatdan 1 gün əvvəl qida qəbulu tamamilə dayandırılır, yalnız kiçik porsiyalarla maye qəbulu tövsiyə edilir. Əməliyyatdan 1 gün əvvəl və ya əməliyyat günü “Hidrokolon” aparatı ilə yoğun bağırsağın təmiz su alınana qədər yuyulmasını məqbul hesab edirik.

Videolaparoskopik hernioplastika əməliyyatı zamanı karboksiperitoneum yaradılması (12-15 atm təzyiq altında) zərurəti meydana çıxır. Karboksiperitoneum şəraitində qarındaxili təzyiq kəskin artır, diafraqma döş boşluğuna doğru sıxılır. Bu əməliyyat vaxtı və sonra bu və ya digər səviyyəli kəskin tənəffüs çatmazlığı, ağciyər ödəmi kimi təhlükəli ağırlaşmalarla tamamlana bilər. Bu ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə əməliyyatın hazırlıq dövründə tənəffüs sisteminin vəziyyəti öyrənilməli (döş boşluğunun icmal R-skopiyası, spiroqrafiya, qan qazlarının kəmiyyət göstəriciləri və s.), terapevtin təyinatı ilə farmakoloji korreksiya (anabolik hormonlar, β -adrenoblokatorlar, bronxgenişləndirici və bəlgəmgətirici preparatlar və s.) aparılmalıdır.

İmmunoloji statusun dəyişiklikləri zamanı immunomodulyatorlar (perftoran, polioksidonium, immunal), ümumi müqavimətartırıcı müalicə (vitaminlər, jənşen və ya biyan kökü preparatları, exineseya preparatı, anabolik hormon), nevroloji-psixoloji statusun dəyişiklikləri zamanı müvafiq ixtisaslı mütəxəssislər tərəfindən sedativ preparatlar (sonopaks, valerian ekstraktı, passiflora, stresam və b.), trankvilizatorlar və antipsixotik preparatlar (amitriptilin, neuleptil) istifadəsi məqsəduyğundur.

Hernioloji cərrahiyyədə lokalizasiyasından, icra ediləcək əməliyyat üsulu və onun həcmindən asılı olaraq adekvat anesteziya üsulunun seçimi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Anesteziya üsulu əməliyyatın nəzərdə tutulmuş müddətlərdə və həcmdə, əlverişli miorelaksasiya şəraitində yerinə yetirilməsinə şərait yaratmalıdır.

Videoendoskopik (laparoskopik) plastika əməliyyatlarının müştərək (spinal və ümumi venadaxili) və endotraxeal intubasiya şəraitində ümumi anesteziya altında icrası çox vacibdir. Bu əməliyyatların hətta kiçikölçülü yırtıqlar zamanı yerli anesteziya altında yerinə yetirilməsi yolverilməzdir. Yerli anesteziya üsulu ancaq birincili kiçik yırtıqların açıq cərrahi plastikasında tətbiq oluna bilər.

Laparoskopik hernioplastika əməliyyatları yalnız endotraxeal intubasiya şəraitində çoxkomponentli ümumi anesteziya altında yerinə yetirilməlidir. Çünki keyfiyyətli transabdominal hernioplastikanın həyata keçirilməsi üçün qarın divarının keyfiyyətli görünüşü və qarın daxili manipulyasiyaların asan icrası olduqca vacibdir. Bu ancaq qənaətbəxş karboksiperitoneum şəraitində mümkündür. Karboksiperitoneum

şəraitində tənəffüsün və ürək damar sisteminin daimi idarə olunması, bu sistemlərə nəzarət üçün əməliyyatın icra edilməsinin yeganə rəşional yolu endotraxeal intubasiya şəraitində ağciyərlərin süni ventilyasiyasıdır. Bu xəstələrdə mərkəzi venalardan biri və bir dirsək venasının kateterizasiyası ümumi anesteziya zamanı zəruri preparatların yeridilməsini və anesteziya prosesinin idarə olunmasını asanlaşdırır.

Birincili yırtıqlara görə polipropilen torla açıq plastika əməliyyatlarından sonra erkən dövrdə xəstələrdə aşağıdakı ağırlaşmalar rast gəlmişdir: seroma – 4, dərin hematoma və onun irinləməsi – 2, yaranın irinləməsi -2, liqatur (tor) fistulu – 1. Ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin arzu edilən səviyyədə olmaması polipropilen torun qıclandırıcı xassələri və toxumalara uyşmazlığı ilə əlaqədardır. Ümumi ağırlaşmaların 17,1% hallarda (6 xəstədə) rast gəlməsi əməliyyatönü hazırlığın keyfiyyətsizliyi, plastika üsulunun travmatikliyi və müalicə prosesinə uyğun mütəxəssislərin cəlb edilməməsi ilə bağılı olmuşdur. Açıq əməliyyat keçirmiş xəstələrdə yara nahiyəsində ağrılar, diskomfort hissi uzunmüddətli ($8,2\pm 1,5$ gün) olur. Bu xəstələrin stasionarda orta müalicə müddəti ($6,5\pm 1,3$ gün), həmçinin tibbi-sosial reabilitasiya müddəti ($4,9\pm 0,8$ həftə) də böyük olur.

Residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqların açıq gərginliksiz plastikasının nəticələri də arzuolunan səviyyədə deyildir. Nəticələrin əlverişsizliyi, yerli və ümumi ağırlaşmaların, residiv inkişafının yüksək tezliyi həmin əməliyyatların bu günə qədər yüksək səviyyədə icra edilməməsi, əməliyyatönü hazırlıq prosesinin natamamlığı (keyfiyyətsizliyi), əməliyyat üsulunun yanlış seçimi və b. amillərlə əlaqədardır [137, 186, 243].

Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 18 xəstənin (II qrup) laparoskopik (TAP), 17 xəstənin isə (III qrup) videoendoskopik (TEP) atenzion cərrahi rekonstruksiyası həyata keçirilmiş və alınmış nəticələr təhlil edilmişdir. Bütün xəstələrdə protezləşdirici vasitə kimi sellüloza tərkibli tor istifadə olunmuşdur.

Qapalı (laparoskopik) cərrahi hernioplastikadan sonra cəmi 4 xəstədə konservativ müalicəyə asan tabe olmuş yerli ağırlaşmalar (əməliyyat yarası boyunca infiltrasiya)

rasiya, yaranin dərın hematoması, seroma və erkən residiv) inkişaf etmişdir. Yalnız 1 xəstədə yırtığın erkən müddətdə (1-ci həftənin sonunda) residivinin baş verməsi sellüloza tərkibli sintetik torun fiksasiyasının aparılmaması hesabına meydana çıxmışdır. Nəticədə torun miqrasiyası baş vermişdir. Bu ağırlaşmanın baş verməməsi üçün torun ölçülərinin yırtıq qapısının ölçülərinə uyğun olmasını və onun adekvat fiksasiyasını vacib hesab edirik.

Əməliyyatın azınvazivliyi hesabına bu xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağrılar və diskomfort hissi qısa müddətdən sonra (orta hesabla $3,4 \pm 0,9$ gün – TAP və $3,2 \pm 0,6$ gün - TEP) aradan qalxır və narkotik analgetiklərin istifadəsinə ehtiyac olmur. Stasionarda orta müalicə müddəti ($3,1 \pm 0,6$ gün və $3,0 \pm 0,7$ gün), və təbii ki, stasionar müalicə xərcləri xeyli azalır.

Açıq atenzion plastika əməliyyatı keçirmiş xəstələrlə müqayisədə qapalı əməliyyatlardan sonra xəstələrin tibbi və sosial reabilitasiya müddətləri (2,3 dəfə və 2,5 dəfə) qısalır və xəstələr kiçik fasilədən sonra ($2,8 \pm 0,7$ həftədən sonra və $2,7 \pm 0,4$ həftədən sonra) əmək fəaliyyətinə davam etməyə başlayırlar.

Yırtıqların istər açıq, istərsə də qapalı üsullarla plastikası zamanı sellüloza tərkibli tor istifadəsini məqsədəuyğun hesab edirik. Bu, həmin torun üstünlükləri ilə əlaqədardır. Torun sellüloza ilə örtülməsi toxumalar tərəfdən qıcıqlanmanı, müvafiq surətdə yerli eksudasiyanı aradan qaldırır, və təbii olaraq seromaların inkişafı demək olar ki, baş vermir. Yırtıq qapısı ətrafına protezin əllə tikilməsi xeyli səmərəlidir. Bu, həm əməliyyat xərclərini azaldır, həm də keyfiyyətli vizualizasiya şəraitində mühüm anatomik strukturların zədələnməsi təhlükəsini aradan qaldırır.

TEP-dan sonra yalnız 1 xəstədə laparoskop üçün istifadə edilmiş troakar yararsızlığının irinləməsi (5,9%), 1 xəstədə (5,9%) dərın toxumaların infiltrasiyası inkişaf etmişdir. Digər müəlliflərə görə TEP-dən sonra irinli ağırlaşmalar 1-7,9% hallarda rast gəlir [51, 73, 80, 117, 145, 170, 183, 187, 207, 234, 277].

0,5-3 illik müşahidə müddətlərində residiv hadisəsi olmamışdır. H. Hoffman və Traverso 204 endoskopik TEP əməliyyatından sonra 1 xəstədə 42 ay müddətində residiv meydana çıxmasını müşahidə etmişdir.

Videoendo(laparo)skopik atenzion plastika əməliyyatlarından sonrakı dövrün aparılması açıq əməliyyatlardan sonrakı gedişdən xeyli fərqlənir. Əməliyyat günü 1-2 dəfə qeyri-narkotik ağrıkəsici təyin edilir. Gənc və cavan yaşlı xəstələr əməliyyat günü ayağa qaldırılır, əksər xəstələr (61,1% və 76,5%) elə həmin gün evə buraxılır və onların müalicəsi poliklinika cərrahının və ya müalicə həkiminin nəzarəti altında ambulator şəraitdə davam etdirilir. Kök, yaşlı xəstələrə, yanaşı somatik xəstəlikləri olan xəstələrə ilk gün qeyri-narkotik ağrıkəsicilər təyin edilir, qidalanma tövsiyə olunmur, yalnız maye qəbuluna icazə verilir. Həmin xəstələr 1 gün sonra ayağa qaldırılır və 1-5 gün müddətlərində ambulator müalicəyə göndərilirlər.

Tədqiqat prosesində qarının ön divarının yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 55 xəstənin 1-3 il müddətlərində uzaq nəticələri öyrənilmiş, təklif etdiyimiz anket sorğusunun cavabları əsasında bal qiymətləndirilməsi aparılmış və alınmış nəticələrin açıq atenzion plastika üsullarından üstün olması müəyyən edilmişdir. Həmin nəticələr son illərin ədəbiyyat məlumatlarına xeyli yaxın olmuşdur [3, 4, 12, 18, 22, 38, 49, 52, 61, 69-72, 77, 98, 102, 104, 105, 108, 121, 123, 128, 131, 132, 149, 153, 159, 163, 168, 176, 184, 197, 210, 216, 241, 245, 258, 284].

NƏTİCƏLƏR

1. Qarının ön divarının yırtıqlarına görə açıq cərrahi əməliyyatlardan sonra residiv- vermə və cərrahi ağırlaşmalar bilavasitə cərrahi aqressiya, yetərsiz hemostaz, toxumaların ifrat gərilməsi, əməliyyat üsulunun yalnız seçilməsi, sintetik torun ölçülərinin yırtıq qapısına uyğunsuzluğu, torun qeyri-adekvat fiksasiyası, büzüşməsi və digər səbəblərlə əlaqədardır.
2. Qarın boşluğunun yanaşı cərrahi xəstəlikləri zamanı simultan cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsi imkanlarının olması qarının ön divarının yırtıqlarının laparoskopik transabdominal plastikası üsulunun birmənalı üstünlüklərindəndir.
3. Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla laparoskopik transabdominal plastikasının yerli və ümumi postoperasion ağırlaşmalarının tezliyi açıq atenzion plastika üsullarının nəticələrindən müvafiq surətdə 21,3% və 25,1% aşağı olmuşdur.
4. Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla videoendoskopik total ekstraperitoneal plastikasının yerli və ümumi postoperasion ağırlaşmalarının tezliyi açıq plastika üsullarının nəticələrindən müvafiq surətdə 24,7% və 26,3% aşağı olmuşdur.
5. Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla laparoskopik transabdominal və videoendoskopik total ekstraperitoneal plastikasından sonra stasionar müalicə müddəti müvafiq surətdə $2,3 \pm 0,7$ və $2,1 \pm 0,9$ gün təşkil etmişdir, və bu göstəricilər açıq plastika üsullarının nəticələrindən $(7,5 \pm 1,2)$ xeyli üstündür.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Qarın divarının yırtıq defektlərinin plastikası məqsədi ilə sellüloza ilə örtülmüş sintetik tor istifadəsi daha məqsədəuyğundur.
2. Yırtıqların endoskopik (laparoskopik) rekonstruksiyası zamanı istifadə edilən sintetik torun ölçüləri defekti tam örtməli, defektin perimetrindən ən azı 2-3 sm, böyük və gıqant yırtıqlarda isə 4-5 sm yanlara çıxmalı və müvafiq anatomik strukturlara fiksə edilməlidir.
3. Qarın boşluğunda simultan cərrahi əməliyyat yerinə yetirilməsinə göstəriş olduğu hallarda seçim əməliyyatı kimi yırtıq defektinin laparoskopik transabdominal plastikasının, ikitərəfli qasıq yırtıqları zamanı isə videoendoskopik total ekstraperitoneal rekonstruksiyasının icra edilməsi daha məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Abasov B.X., Aslanzadə R.Y., Hacıyev C.N. Qarının böyük residiv yırtığının plastikasının yeni ü ulu //Azərbaycan Tibb Jurnalı. 1988. № 5. -s.12-15
2. Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının müasir cərrahi müalicəsində optimal hernioplastika üsulunun seçilməsi: Tibb üzrə fəls. dok. müd etmək üçün dissertasiya. Bakı. 2012. -140 s.
3. Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının cərrahi müalicəsinin ənənəvi və müasir aspektləri (Ədəbiyyat icmal) //Cərrahiyyə. 2010. №4 - c.87-93
4. Ağayev B.A., Əliyev F.X., Nəcəfquliyeva P.H. Qarının ön divarının alloplastikasi əməliyyatından sonrakı dövrdə yarada gedən morfoloji xüsusiyyətləri //Cərrahiyyə. 2009. №3(19). -c.7-13
5. Ağayev B.A., Məmmədov Ə.Ə., Nəcəfquliyeva P.H. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların kompleks cərrahi müalicəsi //Cərrahiyyə. 2006. №1. -c.3-6
6. Ağayev B.A., Rustamov E.A., Rustamov E.G. Ventral yırtıqların laparoskopik hernioplastikasi zamanı torun istifadəsi // Cərrahiyyə. 2011. №3. -c.38-40
7. Əliyev M.Y. Göbək yırtığının tikişsiz alloplastika üsulu /Prof. H.A. Sultanovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2012. –s. 23-24
8. Əliyev M.Y., Cəfərov Ç.M., Kərimova E.S., Quliyev E.A., Yusubov M.Ö., Qasımov E.M. Qarının ventral yırtıqlarının yeni plastika üsulu /Prof. Ş.B. Quliyevin 75-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. 2006. –s. 37-38
9. Hadıyev S.İ., Cəlilov R.Ş. Qarın divarının əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarında alloplastika //Cərrahiyyə. 2005. №2. -c. 22-23
10. İsayev H.B., Bədəlov E.A. Lichtenşteyn üsulu ilə hernioplastika //Cərrahiyyə. 2005. №2. -c. 115-119
11. İsayev H.B., Bədəlov E.A. Xroniki koliti olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə hernioplastikadan əvvəl və sonra qarındaxili təzyiqin tənzimlənməsi //Cərrahiyyə. 2005. №3. -c.29-32

12. Qasimov N.A., Mirzəliyev İ.B. Böyük həcmli ventral yırtıqlar zamanı in-lay metodu ilə alloplastika //Cərrahiyyə. 2011. № 4. -с. 92-94
13. Quliyev N.H. Postoperasion ventral yırtıqların cərrahi müalicəsində plastika növünün seçilməsi //Cərrahiyyə. 2009. №3(19). -с.65-68
14. Quliyev R.Y., Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının cərrahi müalicəsində inqilab. Bakı. 2007. -120 s.
15. Quliyev R.Y., Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının müalicə üsullarından asılı olaraq xayanın qan təchizatının vəziyyəti //Sağlamlıq. 2008. № 2. -с.47-54
16. Quliyev R.Y., Rəsulov E.M., Abasov N.A. Qasıq yırtıqları və spermatogenez funksiyası //Azərbaycan Tibb Yurnalı. 2008. № 3. -с.78-80
17. Məmmədov Ə.M., Rəhimli Ş.İ. Qarın divarının nadir təsadüf olunan yırtığı /Yeni informasiya texnologiyalarının elmi-tədqiqat işlərinin informasiya təminatına tətbiqi IV Respublika elmi-praktiki seminarının materialları. Bakı. 2009. –s. 128-129
18. Məmmədov Ə.M., Rəhimli Ş.İ. Boğulmuş yırtıqların müalicəsinin uzaq nəticələri /T. Əliyevin 90-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı. 2011. –s. 138-139
19. Абасов Б.Х., Шадлинский А.Б., Аслан-заде Р.А. Пластика при огромных рецидивных грыжах методом аутопластики //«Ученые записки» АМИ им. Н. Нариманова. Баку. 1979. Том II. -с. 156-159
20. Абасов Б.Х., Аслан-заде Р.А., Гаджиев Дж.Н. Новый способ пластики больших рецидивирующих грыж живота //Азмеджурнал, 1988, №4, -с. 12-15
21. Абасов Н.А. Аллопластические материалы, используемые при хирургическом лечении грыж //Центрально-Азиатский мед. журнал. (Бишкек). 2010. Том XVI. № 3. -с. 190-194
22. Абдуллаев Э.Г., Суханов М.Ю., Феденко А.В. Использование полипропиленового сетчатого эндопротеза при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки //Эндоскопическая хирургия. 2003. № 7. -с.60-61

- 23.Абдул Вали, Кисляков В.В. Оценка эффективности современных методов оперативного лечения первичных и рецидивных паховых грыж /Мат. I Межд. конф. Москва. 2003. -с. 128-129
- 24.Абоев А.С., Кульчиев А.А. Хирургическое лечение паховых грыж //Хирургия. 2006. № 3. –с.55-58
- 25.Абрамов В.А., Мухин А.С., Буровкин Б.А. и др. Опыт применения дубликатурного шва для профилактики и лечения послеоперационных вентральных грыж //Герниология. 2008. № 1. -с.5
- 26.Алекперзаде А.В., Сундуков И.В., Липницкий Ю.М. Отдаленные результаты открытой аллопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж //Азербайджанский медицинский журнал. 2004. № 4. -с.45-48
- 27.Аляутдинов Р.Р. Герниопластика по Лихтенштейну (показания, техника операции): Автореф. дисс. к.м.н.. Москва. 2004. -19 с.
- 28.Андреев С.Д. и др. Принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж //Хирургия. 1991. № 10. -с. 114-120
- 29.Андреев С.Д. Пластика обширных дефектов брюшной стенки биосинтетическими протезами //Хирургия. 1993. № 9. -с.30-35
- 30.Арий Е.Г., Широкопояс А.С., Шпилевой М.С. Этиологические предпосылки грыжевой болезни. Новосибирск: Сиб. мед. унив-тет, 2000, - 215 с.
- 31.Ахмедов Н.И., Юсубов М.О. Морфо-гистохимическая оценка функциональной адекватности структур передней стенки живота при аллопластике проленовой сеткой /Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları. Bakı. “Təbib”. 2010. –s. 118-119
- 32.Бабаев Т.А., Мурсалов Р.С., Мамедзаде А.И. Применение вычислительной техники и математической теории эксперимента в научных исследованиях (Учебное пособие). Баку. 1999. – 34 с.
- 33.Багирова А.Р. Аспекты абдоминопластики //Хирургия, 2001, №1, с.64-66

34. Баязитов М.Р. Эффективность аллопластики при лечении гигантской послеоперационной и рецидивной грыжи живота //Клиническая хирургия, 2000, №5, с.19-21
35. Баязитов М.Р. Эффективность аллопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж: Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Тернополь, 2001, - 18 с.
36. Бекшонов А.С. Лечение паховых грыж методом герниопластики по Лихтенштейну: Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Москва, 2005, - 21 с.
37. Белоконев В.И., Федорина Б.А., Ковалёва З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. Самара: ГП «Перспектива». 2005. – 208 с.
38. Белослудцев Д.Н. Применение углеродного имплантата в лечении больных с послеоперационными и рецидивными грыжами //Вестник хирургии, 2000, №5, -с. 90-91
39. Белослудцев Д.Н. Выбор метода аллопластики при лечении послеоперационных вентральных грыж: Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Нижний Новгород. 2007. —111 с.
40. Бижев А.А. Место герниопластики по I.L.Lichtenstein в лечении паховых грыж: Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Москва, 2002. -23 с.
41. Борисов А.Е., Малкова С.К. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки //Вестник хирургии, 2002, №6, -с.76-78
42. Ботет Азу А.А. Хирургическое лечение больших и гигантских послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки: Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Москва, 2004. —108 с.
43. Веронский Г.И., Демин С.А., Тетерин Г.В., Ершов К.Г. Пластика передней брюшной стенки с применением сетчатого эндопротеза /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября

2003 г.. -с.56-57

- 44.Веронский Г.И., Зотов В.А. Применение никелид-титановых сплавов при пластике передней брюшной стенки //Вестник хирургии им. И. И. Грекова., 2000. №5. -с. 92-97
- 45.Винник Ю.С., Петрушко С.И., Миллер С.В. и др. Сравнительная характеристика вживаемости сетчатых эндопротезов в лечении послеоперационных вентральных грыж //Сибирское медицинское обозрение. 2007. № 4. -с. 32-35
- 46.Винокурова Т.И., Острцова Н.И. Показатели качества сетчатых эндопротезов для герниопластики /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. -с.63-65
- 47.Власов В.В. Этиология, патогенез, профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Львов: ЛМУ им. Д. Галицкого. 2003. -с.9-20
- 48.Воскресенский П.К., Емельянов С.И., Ионова Е.А. Ненатяжная герниопластика. М. Медпрактика, 2002, - 148 с.
- 49.Гадиев С.И., Кулиева Н.Г. Применение герниопластики при ущемленных вентральных грыжах //Анналы хирургии (Москва). 2009. №1. -с.25-28
- 50.Гадиев С.И., Османов С.С., Кулиева Н.Г. Профилактика послеоперационных вентральных грыж //Sağlamlıq. 2010. №2. -с.25-31
- 51.Гайнанов М.А. Лапароскопическая герниопластика при больших и рецидивных паховых грыжах: Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Казань 2003, - 22 с.
- 52.Гасымов Э.М. Современные подходы к хирургическому лечению послеоперационных грыж передней брюшной стенки: Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Баку. 2006. -132 с.
- 53.Гасымов Э.М., Багиров Г.С., Рустамов Ф.Б., Гумматов А.Ф. Применение крупноячеистых облегченных имплантатов с целью предупреждения риска рецидивов грыж, в результате эффекта рубцового сморщивания эндопроте-

- зов в отдаленном послеоперационном периоде /Prof. H.A. Sultanovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2012. –s. 21-23
54. Гасымов Э.М., Мамедов Р.А., Алиев М.Я. и др. Целесообразность сочетания герниопластики с абдоминопластикой в хирургии больших и гигантских вентральных грыж /Prof. H.A. Sultanovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2012. –s. 24-25
55. Гвенатадзе Т.К. Ненатяжная герниопластика по Гвенатадзе в лечении паховых грыж //Сәrrahiyyə, 2006, №1, -с. 67-71
56. Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р. Герниопластика с применением сетчатых имплантатов и без них у больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки //Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». Москва. 2002. –с. 13
57. Гогия Б.Ш., Барвынь О.В. Выбор протезного материала при лечении послеоперационных вентральных грыж //Материалы 4-ой Международной конференции «Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов». Москва, 2001. -с. 278-280
58. Грубник В.В., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С., Венгер Н.Д. Применение абдоминопластики в лечении большой гигантской грыжи брюшной стенки //Клиническая хирургия, 2003, № 11, с.14-15
59. Гузев А.И. Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов //Хирургия. 2001. № 12. - с.38-41
60. Дарвин В.В., Шпичка А.В., Онищенко С.В. Аллопластика в лечении обширных и гигантских послеоперационных грыж //Герниология. 2008. № 1. -с. 10
61. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Лобжанидзе Г.В., Хуцишвили К.Р., Лабаури Л.З. Лечение послеоперационных вентральных грыж //Хирургия. 2008. № 11.-с. 44-46
62. Дерюгина М.С. Отдаленные результаты лечения гигантских послеопера-

- ционных грыж после акушерско-гинекологических операций //Хирургия. 1997. № 6. -с. 62-63
63. Дерюгина М.С. Способ пластики обширных дефектов передней брюшной стенки //Хирургия. 2001. №3. -с. 52-54
64. Дерюгина М.С. 35-летний опыт применения полимерных имплантатов в реконструктивно-пластической герниологии /Мат. IV Межд. конференции “Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов”. Москва. 2001. -с. 272-274
65. Джафаров Ч.М. Факторы риска рецидивов грыж передней брюшной стенки //Анналы хирургии (Москва). 2004. №6. -с.69-71
66. Джафаров Ч.М., Гасымов Э.М. Современные аспекты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки //Сәғраһиуә. 2006. №1. -с. 6-9
67. Джафаров Ч.М., Гасымов Э.М., Джафаров Э.Ч. Предоперационная подготовка желудочно-кишечного тракта у больных с грыжами передней брюшной стенки //Сәғраһиуә. 2005. № 2. -с.43-46
68. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. Москва. Медпрактика. 2002. -148 с.
69. Егиев В.Н., Лядов К.В., Богомазова С.Ю. Сравнительная оценка материалов для внутрибрюшинной пластики вентральных грыж: экспериментальное исследование //Хирургия. 2010. №10. -с. 36-41
70. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. Москва. Медпрактика. 2003.-228 с.
71. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Святковский Н.В. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж //Хирургия, 2000, №6, с.18-22
72. Егиев В.Н., Чизов Д.В., Рудакова М.Н. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах //Хирургия. 2000. №1. -с. 19-21
73. Емельянов С. И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. Санкт-Петербург, 2000. - 174 с.
74. Еремеев А.Г., Волков С.В., Евтифеев Л.К. Использование синтетических

- имплантатов при наружных грыжах живот //Мат. IV Межд. конференции. Москва. 27-28 ноября 2001. -с.284-286
75. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Симферополь: Изд. центр КГМУ. 2000. – 688 с.
76. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Грыжи живота. Новый хирургический архив. 2002. Т.1. № 4, -с.
77. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Салах Ахмед М.С. Опыт реконструктивных операций при послеоперационных вентральных грыжах с применением аутопластических и протезирующих методов //Вестник герниологии, 2004, - с.46-51
78. Жебровский В.В., Мохаммед Эль Башир. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь. "Бизнес-информ", 2002. -440 с.
79. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж //Вестник хирургии им.И.И. Грекова. 2005. № 6. -с. 33-37
80. Зезарахова М.Дж. Выбор рационального способа лечения паховых грыж у больных факторами риска /Автореф. дис. к.м.н., Краснодар. 2007. - 24 с.
81. Зубцов В.Ю., Шулутко А.М., Моисеев А.Ю. Полипропиленовые сетчатые эндопротезы – метод выбора при послеоперационных вентральных грыжах. /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. -с.49-50
82. Искендеров Ф.И., Искендеров Н.А. Применение никелид-титанового имплантата в герниопластике /Prof. İ.M. Məmmədovun 90-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2009. –s. 26-27
83. Исмаилов А.А., Руиндеж Т.Г. Закрытие дефекта передней брюшной стенки консервированной фасцией //В помощь практическому врачу. Баку. 1967. -с. 36-39

84. Исмаилов А.А., Руиндеж Т.Г., Кулиев Р.А. Результаты применения консервированной аутофасции при лечении гигантских, многократно рецидивировавших грыж /Мат. VIII Всесоюзной конференции по пересадке органов и тканей. Баку. 1979. -с. 92
85. Истомин Н.П., Иванов Ю.В., Сазонов О.В. Современные аспекты герниопластики с использованием полипропиленовых эндопротезов /Мат. IV Межд. конференции. Москва. 27-28 ноября 2001. -с.274-276
86. Ким В.Ю., Волков В.В., Карашуров Е.С., Ванюков А.В., Карашуров С.Е. Герниопластика аутодермальным лоскутом при рецидивных и послеоперационных грыжах //Хирургия, 2001, №8, с.37-40
87. Кирпичев А.Г., Сурков Н.А. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки. Москва. 2001. -86 с.
88. Ковалева З.В. Выбор экспланта для герниопластики /Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. ... к.м.н. Самара. 1999. -26 с.
89. Ковалева З.В., Белоконев В.И. Варианты и показания к применению углеродных имплантатов при пластике грыж /Материалы IV Межд. конференции "Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов". Москва. 2001. -с. 297-299
90. Корнилаев П.Г. Плечев В.В. Применение сетчатого эндопротеза с антибактериальным действием в хирургии сложных форм паховых грыж /Мат. IV Межд. конференции. Москва. 27-28 ноября 2001. - с.307-308
91. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Лапароскопическая герниопластика //Эндоскопическая хирургия. 1995. №2-3, -с.42-47
92. Кузин А.А. Хирургическое лечение паховых грыж аллосухожильным биоматериалом (клинико-экспериментальное обоснование) /Автореф. дисс. На соиск. уч. ст. к.м.н.. Уфа. 1996. – 22 с.
93. Кузин Н.М., Далгатов К.Д. Современные методы лечение паховых грыж //Вестник Хирургии, 2002, №5, 107-109 с.
94. Кузнецов В.А., И.Н.Травина, Барвitenко Н.Т. Результаты применения по-

лимерных материалов в хирургии грыж в сравнении с традиционным плановым и экстренным грыжесечением у больных различных возрастных групп /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. -с.72-74.

95. Кулиев Р.А., Джавадов Ф.Г., Аббасов Н.А.. Влияние современных методов лечения паховых грыж на репродуктивную функцию //Сәғһаһиуә. 2006. №1. -с.10-14

96. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Интраперитонеальная лапароскопическая герниопластика /Материалы научной конференции «Лапароскопическая хирургия органов брюшной полости». Москва, 20-21 мая 1996. –с.48-49

97. Лювянский В.Г., Насонов СВ., Кожемяцкий В.И. и др. Хирургическое лечение рецидивных послеоперационных вентральных грыж //Хирургия. 2004. № 11. -с. 22-25

98. Магамадов Р.Х., Протасов А.Б., Хачмамук Ф.К. Результаты лечения паховых грыж в центре амбулаторной хирургии /Проблемы амбулаторной хирургии: материалы IX науч.-практич. конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. Москва. 2008. -с. 60-63

99. Мамедов А.М., Иванов С.В., Мамедов Р.А. и др. Морфологическая реакция при «onlay» пластике брюшной стенки синтетическим материалом «Эсфил» /Prof. İ.M. Məmmədvan 90-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2009. –s. 30-31

100. Мамедов А.М., Иванов С.В., Мамедов Р.А. и др. Морфология тканей в эксперименте при «onlay» протезировании передней брюшной стенки использованием синтетического протеза «Эслан» /Prof. İ.M. Məmmədvan 90-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2009. –s. 32-33

101. Мачабели А.Н. Закрытие обширных вентральных грыж методом транс-

- плантации кожного рубца под брюшину передней брюшной стенки //Хирургия. 1961. № 6. -с. 80-83
102. Митин С.Е., Краснощека А.И., Баранчук В.Н., Егореинов М.В. Использование различных полимерных материалов при герниопластике /Мат. I Межд. конференции. Москва. 25-26 ноября 2003. -с. 135-136
103. Нарциссов Т.В., Брежнев В.П. Аутодермальная пластика при послеоперационных грыжах //Вестник хирургии. 1991. № 5-6. -с. 40-42
104. Насиров М.Я., Сеидов В.Д. Ультразвуковое и компьютерно-томографическое слежение за раной после герниотомии с применением проленовой сетки //Метаболизм. 2004. №2. Том ., -с. 16-19
105. Насиров М.Я., Сеидов В.Д. Выбор места расположения проленовой сетки при грыжах передней брюшной стенки //Азербайджанский медицинский журнал. 2004. № 4. -с. 85-88
106. Нестеренко Ю.А., Шляховский И.А. Выбор метода операции при паховой грыже /Сборник научных трудов, посвященный 95-летию со дня рождения В.С.Маята. 1998. -с.69-85
107. Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М., Мударисов Р.Р. Результаты операции Шулдайса в плановой и экстренной хирургии //Хирургия. 2005. №2. –с.49-53
108. Нетяга А.А., Бежин А.И., Сековатый Б.С. Использование нового сетчатого эндопротеза «Эсфил» для пластики грыж брюшной стенки /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминоластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. -с.50-51
109. Онопориев В.И., Генрих С.Р., Помазанова Н.Ф. Герниопластика при лечении сложных и рецидивных паховых грыж //Хирургия. 2006. №4. –с.28
110. Островский В.К., Филимонов И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж //Хирургия. 2010. №3. –с.45-48
111. Пак В.Н. Оптимизация методики герниопластики рецидивных вентральных

грыж с применением имплантатов ""Линтекс"" и ""Карбоникус И" /Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Москва, 2007, -23 с.

112. Паршиков В.В., Самсонов А.А., Романов Р.В., Самсонов А.В, Градусов В.П., Треушников В.В., Успенский И.В., Сорокина О.В. Оперативное лечение ущемленных грыж с применением сетчатых эндопротезов //Нижегородский Медицинский Журнал, 2008, №6. –с. 19-22
113. Петровский Б.В., Крылов В.С., Боровиков А.М. Грыжесечение как причина бесплодия у мужчин //Хирургия. 1985, №9, с.3-5.
114. Помазанова Н.Ф. Реконструктивная герниопластика при лечении сложных и рецидивных форм паховых грыж /Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н.. Краснодар. 2005. - 21 с.
115. Протасов А.В. Паховая грыжа: фактор, влияющий на сперматогенез. [http://medpom.ru/articles/surgery/article 40](http://medpom.ru/articles/surgery/article40)
116. Протасов А.Б., Бадма-Горяев О.В., Мацак В.А., Богданов Д.Ю., Хачмамук Ф.К., Табуйка А.В. Особенности классификации грыж в современной хирургии (обзор литературы) //Эндоскопическая хирургия. 2007. №4. -с. 49-52
117. Протасов А.Б., Богданов Д.Ю., Кутин А.А., Табуйка А.В., Хачмамук Ф.К. Необходимость и возможности совершенствования способов герниопластики /Новые технологии в хирургии: материалы науч.-практ. конференции ФМБА РФ. Москва. Русаки. 2005. -с.83-84
118. Протасов А.Б., Богданов Д.Ю., Хачмамук Ф.К., Табуйка А.В., Пономарев В.А., Бадма-Горяев О.В. Влияние герниопластики на репродуктивную функцию //Эндоскопическая хирургия. 2007. № 3. -с. 60-64
119. Протасов А.В., Кривцов Г.А., Михалева Л.М., Табуйка А.В., Шухтин Н.Ю. Влияние сетчатого имплантанта на репродуктивную функцию при паховой герниопластике (экспериментальное исследование) //Хирургия. 2010. №8. –с.28-32
120. Протасов А.Б., Табуйка А.В., Караганова Л.Н., Хачмамук Ф.К. Осложне-

ния при различных видах герниопластики /Новые технологии в хирургии: материалы науч.-практ. конференции ФМБА РФ. Москва. Русаки. 2005. -с. 116

121. Пушкин С.Ю., Белоконев В.И. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов //Хирургия. 2010. №6. -с. 43-45
122. Рольщиков И.М., Кравцов Ю.А., Григорюк А.А., Ковалев В.А., Сичинова З.А. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных грыж //Хирургия, 2001, №4, с.43-45
123. Рустамов Э.Г. Оценка эффективности лапароскопической пластики послеоперационных и вентральных грыж живота //Сәғраһиууэ. 2011. №2. -с. 107-111
124. Савченко Ю.П., Замулин Ю.Р., Левко Ю.А. Опыт лечения грыж передней брюшной стенки с использованием полипропиленового имплантата /Мат. IV Межд. конференции. Москва. 27-28 ноября 2001. -с.286-288
125. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Современные направления открытой пластики грыж брюшной стенки //Клиническая хирургия. 2001. №6. -с.59-64
126. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Выбор метода лечения грыж брюшной стенки //Клиническая хирургия. 2002. №1. -с.5-9
127. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Современные принципы реконструктивно-восстановительной пластики грыж больших размеров /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. -с.46-47
128. Седов В.М., Гостевской А.А., Тарбаев С.Д. и др. Сетчатые имплантаты из поливинилиденфторида в лечении грыж брюшной стенки //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2008. №2. -с.17-21
129. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С. Эффективность

герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2005. № 3. -с 85-87

130. Седов В.М., Тарбаев С.Д. Пинаев Г.П., Иванова Г.В. Экспериментальное изучение биоимплантатов для пластики грыжевых дефектов брюшной стенки /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. -с.22-24
131. Сеидов Ф.В. Улучшение результатов герниотомии с применением пролено-вой сетки //Азербайджанский Медицинский журнал. 2004. №3. -с.145-147
132. Сеидов Ф.В. Экстраперитонизация полипропиленовой сеткой при пластике вентральных грыж //Хирургия. 2004. № 11. -с. 26-29
133. Сеидов Ф.В. Выбор места расположения проленовой сеткой при послеоперационных грыжах передней брюшной стенки /Автореф. дис. к.м.н. Баку. 2005. -21 с.
134. Синенченко Г.И., Гайворонский И.В., Курыгин А.А. и др. Выбор способа пластики передней брюшной стенки у больных с послеоперационными вентральными грыжами //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2005.№ 6. – с. 29-32
135. Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В. Опыт лечения паховых и вентральных грыж с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезов /Материалы I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов». Москва. 25-26 ноября 2003 г.. с.114-115
136. Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В. Опыт лечения паховых и вентральных грыж с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезов. /Мат. I Межд. конференции. 2003. - с.114-115
137. Совцов С.А., Пряхин А.Н., Шестопалова И.С., Миляева О.Б. Наш опыт лапароскопической коррекции наружных грыж живота /III Международная

- конференция "Актуальные вопросы эндоскопической хирургии". 2008.
138. Суковатых Б.С., Нетяга А.А., Валйская Н.М., Жуковский В.А. Превентивная пластика брюшной стенки эндопротезом «Эсфил» при операциях на органах брюшной полости //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006. №3. -с. 61-66
139. Султанов Г.А., Зейналов С.М., Аббасов А.Г. Пластика брюшной стенки при вентральных и паховых грыжах /Материалы IV Межд. конф. “Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов”. Москва. 2001. с. 289-290
140. Сурков Н.А., Кирпичев А.Г. Принципы хирургического лечения послеоперационных грыж с использованием сетчатых эндопротезов //Новый хирургический архив. 2002. № 2. –с. 19-20
141. Тимошин А.Д., Галлингер Ю.И., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Арзикулов Т.С. Осложнения лапароскопической герниопластики /Российский симпозиум осложнений эндоскопической хирургии. 1996. - с.159-160
142. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Особенности ведения операционной раны после аллогерниопластики //Анналы хирургии. 2003. № 2. с. 77-80
143. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. Москва. Триада-Х. 2003, - 101 с.
144. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Колесников С.А. Аллопластика обширной и гигантской послеоперационной грыжи брюшной стенки //Клиническая хирургия. 2003. №11. -с. 31-32
145. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. Москва. Триада-Х. 2010. - 216 с.
146. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Арзикулов Т.С. Трехлетний опыт лапароскопической герниопластики при грыжах паховой области //Эндоскопическая хирургия. 1996. № 4.- С.32.

147. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков., А.Л., Федоров Д.А. Современные методики хирургического лечения паховых грыж /Методические рекомендации. Москва. 2003. – 26 с.
148. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Чернооков А.И. Опыт выполнения сочетанных операций с использованием лапароскопической техники //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1995.- том 5.- № 3.- с. 230. Приложение № 1. Материалы 1-й Российской гастроэнтерологической недели в Санкт-Петербурге, 27 ноября-2 декабря 1995
149. Титаров Д.Л., Табуйка А.В., Хачмамук Ф.К. Осложнения безнатяжной герниопластики в послеоперационном периоде //Вестник РГУМ. 2006. № 2. -с. 188-189
150. Госкин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки.2-е изд., перераб. и доп. Москва. Медицина, 1990. -272 с.
151. Травина И.Н., Кузнецов В.А., Барвитенко Н.Т. Традиционная герниопластика и грыжесечения с эндопротезированием у больных различных возрастных групп /Мат. I Межд. конференции. Москва. 25-26 ноября 2003 г. - с.62-64
152. Туркина Н.В., Жолтиков В.В. Современные варианты паховой герниопластики больных пожилого и старческого возраста //Вестник герниологии. 2006, №2. -с.185-189
153. Усов С.А., Носов В.Г. Хирургическая профилактика инфекционных осложнений аллопластики послеоперационных грыж //Герниология. 2004. № 3. - с. 49
154. Федоров В.Д. Предисловие //Мат. Межд. конференции. Москва. 25-26 ноября 2003. -с. 5-6
155. Федоров И.В. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция //Новый хирургический архив. 2001-2002. Т I. № 4. -с.8
156. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских

- послеоперационных вентральных грыж //Хирургия. 2000. № 1. -с. 11-14
157. Федоров В.Д., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж //Хирургия, 2000, №1, с.11-14
158. Федоров И.В., Чугунов А.Н. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция //Герниология. 2004. №2. -с. 45-53
159. Хачмамук Ф.К. Сравнительная характеристика операции Лихтенштейна, её модификации и комбинированной пластики /Автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Москва. 2010. -24 с.
160. Черепанин А.И., Доброщицкая Ю.А., Галлямов Э.А., Бармин Е.В. Тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в зависимости от степени операционно-анестезиологического риска //Хирургия, 2008, №5, с.46-51
161. Чиж С.Ф. Пересадка мышц для закрытия стенки живота //Хирургия, 1903, Т.14, №79, с.45-51
162. Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Речковский Л.Р. Аллопластика полипропиленовым протезом послеоперационных вентральных грыж //Герниология. 2004. № 1. -с. 18-20
163. Чукардин А.В. Сравнительный анализ результатов операций и качества жизни после различных вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж /Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Воронеж. 2009. – 20 с.
164. Шулутко А.М., Эль-Соед А.Х., Данило А.И. и др. Результаты пластики "без натяжения" по методу Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами //Анналы хирургии. 2003. № 2. - с.77-80
165. Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки /Автореф.дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н.. Москва. 2002. -46 с.
166. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Тимошин А.Д. Варианты фиксации протеза по Ramirez. Всеукраинская научно-практическая конференция «Хирургическое лечение грыж живота с использованием пластических материалов».

Алушта, 2004

167. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Фёдоров Д.А., Бондаренко А.В. Реконструкция брюшной полости методом разделения анатомических компонентов брюшной стенки (первый опыт) /Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». Москва, 2002, с.76-77
168. Ягудин М.К. Прогнозирование и профилактика раневых осложнений после пластики вентральных грыж //Хирургия. 2003. №11. -с. 54-60
169. Янов В.Н. Аутодермальная пластика брюшной стенки при послеоперационных грыжах //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 1974. № 7. -с. 66-71
170. Янов В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах //Хирургия. 2000. № 6. -с. 23-26
171. Ярцев П.А., Пахомова Г.В., Селина И.Е., Радыгина М.В., Жиганов А.В. Осложнение лапароскопической герниопластики при вентральной грыже //Хирургия. 2010. № 8. -с. 54-56
172. Abrahams J.I., Ionassen O.T. The use polyvinyl sponge in the repair of abdominal wall hernias //Surgery. 1961. Vol. 48. –p. 430-434
173. Ahmad M., Niaz W.A., Hussain A., Saeeduddin A. Polypropylene mesh repair of incisional hernia //J. Coll. Physicians. Surg. Pak., 2003, Vol. 13, No 8, -p.440-442
174. Amid P.K. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty //Hernia. 2003: 7: 13-16
175. Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L. Selecting synthetic mesh for the repair of groin hernia //Postgrad Gen. Surg. 1992. 4: 150-155
176. Aufnacker T.J., van Geldere D., van Merberg T. The role of antibiotic prophylaxis in prevention of wound infection after Lichtenstein open mesh repair of primary inguinal hernia: a multicentre double-blind randomized controlled trial //Ann Surg. 2004: 240: 955-961
177. Bay-Nielsen M., Nordin P., Nilsson E., Kehlet H. Operative findings in

- recurrent hernia after a Lichtenstein procedure //Am. J. Surg. 2001; 182: 134-136
178. Bassini E. Uber die Behandlung des Leistenbruches// Arch. Klin. Chir. 1890. Vol. 40.-p .429
179. Bauer T., Harris M., Corfine S., Kreel J. Rives-Stoppa procedure for repair of lase incisional hernias: experience with 57 patients //Hernia. 2002. No 6. -p. 120-123
180. Bauer-Burke G.L. The corrosion of metals in the tissues; and an introduction to tantalum //Can. Med. Assoc. J. 1940. Vol. 43. -p.125-8
181. Bendavid R. The Shouldice Repair. In: Hernia /Edited by L.M.Nyhus, R.E.Condon; with 75 contributors; foreword by K.Kelly. 4th ed. 1995.-p. 217-227
182. Brenner J. Implantation of Vicryl patch for inguinal hernia. Presented at the International Fascia Congress. Hamburg. may 1991
183. Brown R.B. Laparoscopic hernia repair: a rural perspective //Ibid. 1994. Vol.4.-p.106-9
184. Bringman S., Ramel S., Heikkinen T.J. et al. Tension-free inguinal hernia repair: TEP versus mesh-plug versus Lichtenstein: a prospective randomized controlled trial //Ann. Surg. 2003; 237:142
185. Bringman S., Heikkinen T-J., Wollert S., Osterberg J., Smedberg S., Granlund H., Ramel S., Fellander G., Anderberg B. Early results of a single-blinded, randomized, controlled, internet-based multicenter trial comparing prolene and Vypro II mesh in Lichtenstein hernioplasty //Hernia. 2004; 8 : 127-4
186. Campos L.L. Pediatric laparoscopic herniorrhaphy (Ultrahigh ligation). In: Arregui M.E., Nagan R.F., eds. Inguinal Hernia: Advances or Controversies? Oxford. England: Radcliffe Medical Press Ltd. 1994.
187. Campos L.L., Sipes E. Laparoscopic hernia repair: use of a fenestrated PTFE graft with endo-clips //Surg. Laparosc. Edosd. 1993. Vol. 3. -p.35-38
188. Carter J E; C Mizes et al. Laparoscopic diagnosis and repair of spigelian hernia:

- report of a case and technique //American journal of obstetrics and gynecology
1992. Vol. 167. No 8. -p. 77
189. Corbitt J.D. Laparoscopic herinorrhaphy //Surg. Laparosc. Endosc. 1991. Vol. 1.
-p.23-25
190. Corbitt J.D. Transabdominal preperitoneal hernioraphy //Surg. Laparosc.
Endosc. 1994. Vol. 4. -p.410
191. Corbitt J.D. Transabdominal preperitoneal laparoscopic herniorrhaphy: method,
complications and re-explorations.In: Arregui ME, Nagan RF, eds. Inguinal
Hernia: Advances or Controversies? Oxford. England: Radcliffe Medical Press
Ltd. 1994
192. Devlin H. Managment of abdominal hernias. London: Butterworths. 2000. -
430 p.
193. Deysine M. Hernia Repair with expended polytetrafluoroethylene //Am. J. Surg.
1992.Vol. 163. -p. 422-424
194. de Bord J.R. The historical development of prosthetics in hernia
surgery //Surg. Clin. N. Amer. 1998. Vol. 78. -p. 1089-1102
195. di Bello I., Moore J. Sliding myofascial flap of the closure of recurrent ventral
hernias //Plast. Reconstr. Surg. 1996. Vol. 98. No 3. -p.464-469
196. Eisner L., Harder F. Insicional hernias //Chirurg. 1997. Vol. 68. No 4. -p. 304-
309
197. Elsebae M.M., Nasir M., Said M. Tension-free repair versus Bassini technique
for strangulated inguinal hernia: A controlled randomized study //Int. J. Surg.
2008; 6:302
198. Fitzgibbons R. Jr. et al. A multicentered clinical trial on laparoscopic inguinal
hernia repair: preliminary results. Presented at 1993 Scientific Session and
Postgraduate Course, March 31-April 3, Phoenix. Arizona.
199. Flament J., Palot J., Lubrano D., Levy-Chazal N. et al. Retromuscular prosthetic
repair: experience from France //Chirurg. 2002. Vol.73. No 10. -p. 1053-1058
200. Ger R. Laparoskopische Hernien operation //Chirurg. 1991. Vol. 62. -p. 266

201. Gilbert A.I. Inguinal Hernia Repair: Biomaterials and Sutureless Repair //Perspectives in general surgery. 1991. Vol.2. No 1. -p. 113-129
202. Gonzales A., de la Portlier, Dejuon F., Albarran G. Large incisional hernia repair using intraperitoneal placement of expanded polytetrafluoroethylene //Am. J. Surg. 1999. Vol. 177. -p. 291-293
203. Hawasli A. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy: the mushroom plug repair //Ibid. 1992. Vol. 2. -p. 111-116
204. Hetzer F.H. et al. Gold Standard for inguinal hernia repair: Shouldice or Lixtenstein // Hernia: 1999 3(3): 117-120
205. Hoer J., Laway G., Klinge U., Schumpelick V. Factors influencing the development of incisional hernia. A retrospective study of 2.983 laparotomy patients over a period of 10 years //Chirurg. 2002. Vol. 73. No 5. - p.47-480
206. Hoffman H., Traverso V. Laparoscopic Mesh Versus Open Preperitoneal Mesh Versus Conventional Technique for Inguinal Hernia Repair//Ann. Surg. 1999 August; 230(2): 225
207. Hachisuka T. Femoral hernia repair //Surg. Clin. North. Am. 2003; 83:1189.
208. Himpens J., Cadiere G.B., Bruyns J.A. Laparoscopic hernioplasty using a regular or a self-expanding prosthesis. In: Arregui ME, Nagan RF, eds. Inguinal Hernia: Advances or Controversies? Oxford. England: Radcliffe Medical Press Ltd. 1994
209. Hurst R.E. Abdominal adhesions and laparoscopic hernia repair //Surg. 1989. Endosc. 1995. Vol. 9. -p. 90-91
210. Jacobs D.O. Mesh repair of inguinal hernias-redux //New Engl. Med. 2004. 350: 1895-1897
211. Jagad R.B. Laparoscopic ventral hernia repair: a new method for fixation of the mesh with sutures. Surg Laparosc Endosc Percutan //Tech. 2008; 18: 3: 277-279
212. Jarell M.A. Human dura mater allografts in repair of pelvic floor and abdominal wall defects //Obst.Gyn. 1987. Vol. 70. No 2. -p. 280-285
213. Jenkins S.D., Klamer T.W., Parteka J.J., Condon R.E. A comparison of

- prosthetic materials used to repair abdominal wall defects //Surg. 1983. Vol. 94. No 2. -p. 392-398
214. Kaufman M., Weissberg D. Marlex mesh in giant ventral hernia repair //Isr. J. Med. Sci. 1980. Vol. 16. No 9-10. -p. 739-781
215. Kehlet H., Bay-Nielsen M., Kingsnorth A. Chronic postherniorrhaphy pain - a call for uniform assessment //Hernia: 2002: 6: 178-181
216. Kingsnorth A.N., Bowley D.M.G., Porter C. A prospective study of 1000 hernias: results of the Plymouth hernia Service //Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2003: 85: 18
217. Kingsnorth A.N., le Blanc K. Hernias: inguinal and incisional //Lancet. 2003: 302: 1561-1571
218. Klein S.R., Veles V., Davis I.P. Endoscopic hernia repair /Auto Suture Company. A division of Unaited States Surgical Corporation. 1992
219. Koontz A.R. Preliminary report of the use of tantalum mesh in the repair of ventral hernias //Ann. Surg. 1948. Vol.127. -p. 1079-1085
220. Ladurner R., Trupka A., Schmidbauer S., Hallfeld K. The use of an underlay polypropylene mesh in complicated incisional hernias: successful French surgical technique //Minerva Chirur. 2001. Vol. 56. No 1. -p. 111-117
221. Langer C., Schaper A., Liersch T., Kulle B., Flosman M., Füzesi L., . Becker H. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience //Hernia. March 2005.Vol. 9, Issue 1, -p. 16-21
222. le Blanc K.A., Both W.V. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafl uoroethylene:preliminary findings //Surg. Laporosc. Endosc. 1993. No 3. -p. 39-41
223. Liakakas T., Karanikas I., Panagiatidis H., Dendrinas S. Use of Marlex mesh in the repair of recurrents incisional hernia //Br. J. Surg. 1994. Vol. 8. No 2. -p. 248-249
224. Lichtenstein I. L. Herniorrhaphy: a personal experience with 6321 cases //Am. J. Surg. 1987. Vol. 153. -p. 553-559

225. Lichtenstein I.L., Amid P.K., Shulman A.G. The iliopubic tract. The key to inguinal herniorrhaphy //Int. Surg. 1990: 75: 244-246
226. Lichtenstein I.L., Amid P.K., Shulman A.G. The iliopubic tract. Is it important in groin herniorrhaphy? //Contemp. Surg. 1992. No 4. -p. 22-24
227. Lichtenstein I.L., Schulman A.C., Amid P.K. The tension-free hernioplasty //Am. J. Surg. 1989. Vol. 157. -p. 188
228. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Twenty questions about hernioplasty //American Surgeon. 1991. Vol. 57. -p. 730-773
229. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Laparoscopic hernioplasty. Commentary //Archives Surg. 1991. Vol. 126.-p. 1449
230. Maharramov P., Weise E. Laparoscopic repair of recurrent hernia: results of prospective study /Prof. H.A. Sultanovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. UniPrint. 2012. –s. 25-26
231. Mathonnet M., Antarieu S., Gainant A. et al. Postoperative incisional hernias: intra - or extraperitoneal prosthesis implantation? //Chir. 1998. Vol. 123. No 2. - p. 154-159
232. Matyja A., Solecki R., Heitzman J., Kulig J. Local reaction to polypropylene mesh - histopatological findings //Hernia recurrences. Book of Abstracts. 26 international congress of the European Hernia Society. Praga. 2004. - 63 p.
233. Mc Carthy J.D., Twiest M.W. Intraperitoneal polypropilene mesh support of incisional herniarraphy //Am.J.Surg. 1981. Vol.142. No 6. -p.707-711
234. Mc Fadyen B. V. Complications of laparoscopic inguinal herniorrhaphy //Surg. Laparosc. Endosc. 1994. Vol. 4. -p. 413-414
235. Mc Kernan J., Laws H.L. Laparoscopic prepertitoneal prosthetic repair of inguinal hernias //Surg. Rounds. 1992. Vol. 15. -p. 579-610
236. Mc Kernan J. B., Laws H. L. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach //Surg. Endosc. 1993. Vol. 7. -p. 26-28
237. Mc Vay C.B., Chapp J.D. Inguinal and famoral hernioplasty - the evaluation of a

- basic concept //Ann. Surg. 1958. Vol. 148. -p. 499-512
238. Menschig J.J., Musielewier A.J. Abdominal wall hernias //Emerg. Med. Clin. N. Amer. 1996. Vol.14. No 4. -p. 739-756
239. Miedema B. Repair techniques for major incisional hernias //Amer. J. Surg. 2004. Vol. 187. No 1. -p. 148-149
240. Milligan K.W. Incisional hernia repair //Surg. Clin. North Amer. 2003. Vol. 83. No 5. -p. 1223-1224
241. Misiakos E.P., Machairas A., Patapis P., Liakakos T. Laparoscopic ventral hernia repair: pros and cons compared with open hernia repair //JSLS. 2008. Vol 12. No 2. -p. 117-125
242. Miyauchi T., Ishikawa M., Tagami Y. Repair of incisional hernia with prolene hernia system //J. Med. Invest. 2003. Vol. 50. No 1-2. -p. 108-111
243. Narat J.K., Khedroo L.G. An Evaluation of the Usefulness of Fortisan Fabric in Hernia Repair //Ann Surg. 1954 May; 139(5): 644–649
244. Neumayer L., Giobbie-Hurder A., Jonassen O., Fitzgibbons R., Dunlop D., Gibbs J., Reda D., Henderson W. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia //N. Engl. J. Med. 2004; 350 : 1819-7
245. Neufang T. Laparoscopic repair of recurrent hernias: the German experience //Ibid. 1994. Vol. 4. -p. 411- 2
246. Nienhuijs S.W., van Oort I., Keemers-Gels M.E. et al. Randomized trial comparing the Prolene Hernia System, mesh plug repair and Lichtenstein method for open inguinal hernia repair //Br. J. Surg. 2005; 92:33
247. Nordin P., Zelterstrom H., Gunnarsson U., Nilsson E. Local, regional or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomised trial //Lancet. 2003; 362 : 853-8
248. Nyhus L.M. Herniology 1948-1998: Evolution toward excellence //Hernia. 1998; 2 (1): 1-5
249. Nyhus L.M., Condon R.E. Hernia /J.B. Lipponcott Company. Philadelphia. 1995. - 615 p.

250. Park A. Laparoscopic and open incisional hernia repair: a comparison study //Surgery. 1998. Vol. 124. -p. 816-822
251. Paul A., Korenkov M., Peters S. Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernia //Eur. J. Surg. 1998. Vol. 164. No 5. -p. 361-367
252. Payne J.H.Jr., Grininger L.M., Izawa M.T. Podoll E.F., Lindahl P.J., Balfour J. Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy? A randomized prospective trial //Archives Surg. 1994. Vol. 129. -p. 973-981
253. Phillips E.H., Arregui M., Carroll B.J., Corbitt J., Crafton W.B., Fallas M.J., Filipi C., Fitzgibbons R.J., Franklin M.J., McKernan B., Olsen D., Ortega A., Payne J.H., Jr., Peters J., Rodriguez R., Rosette P., Schultz L., Seid A., Sewell R., Smoot R., Toy F., Waddell R., Watson S. Incidence of complications following laparoscopic hernioplasty //Surg. Endosc. 1995. Vol. 9. -p. 16-21
254. Phillips E.H., Carroll B.J., Fallas M.J. Laparoscopic preperitoneal inguinal hernia repair without peritoneal incision. Technique and early clinical results //Surg. Endosc. 1993. Vol. 7. -p. 159-162
255. Picchio M., Palimento D., Attanasio U., Matarazzo P.F., Bambini C., Caliendo A. Randomized controlled trial of preservation of elective division of ilioinguinal nerve on open inguinal hernia repair with polypropylene mesh //Arch. Surg. 2004. 139: 755-758
256. Popp L.W. Endoscopic patch repair of inguinal hernia in a female patient //Surg Endosc. 1990; 4(1): 10-12
257. Popp L.W. Hernioscopic stuffing of inguinal hernia in female patient using resorbable mesh //Surg. Endosc. 1993. Vol. 7. -p. 22-25
258. Post S., Weiss B., Willer M., Neufang T. Randomised clinical trial of lightweight composite mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair //Br. J. Surg. 2004; 91: 44-8
259. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon L. 'Components separation' method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study //Plastic and

- Reconstructive Surgery. 1990, Vol. 86. No 3. -p. 519-526
260. Ramshaw B.J. Comparison of laparoscopic and open ventral herniorrhaphy //Am. Surg. 1999. Vol. 65. -p. 547-563
261. Ray N.K., Sreeramulu P.N., Krishnaprasad K. Spigelion hernia: fascia lata repair is an alternative option in absence of prolene mesh //J. Indian Med. Assoc. 2002. Vol. 100. No 6. -p. 370
262. Reich H. New techniques in advanced laparoscopic surgery. In Sutton (ed):Bailliere's clinical obstetrics and gynecology //Philadelphia. WB Saunders. 1989.- p. 655
263. Rios A., Rodriguez J.M., Munitiz V., Alcaraz P., Perez Florez D., Parrilla P. Antibiotic prophylaxis in incisional hernia repair using a prosthesis //Hernia. 2001. Vol. 5. No 3. -p. 148-152
264. Rosenthal D., Franklin M.E. Laparoscopic Repair of Abdominal Hernias Using an ePTFE Patch—A Modification of a Previously Described Technique //J Soc. Laparoendoscopic Surgeons. 1997 Jul-Sep; 1(3): 277–279
265. Rutkow I.M. Laparoscopic hernia repair. The socioeco-nomic tyranny of surgical technology //Arch Surg. 1992: 127: 1271
266. Sandora T., Rosiyn J. Incisional hernia //Surg Clin. N. Amer. 1993. Vol.73. No 3. -p. 557-570
267. Schultz L.S., Graber J.N., Hichok F. Transabdominal preperitoneal laparoscopic inguinal herniorrhaphy //Surg. Laparosc. Endosc. 1990. Vol. 4. -p. 410-411
268. Schumpelick V. Minimized polypropylene mesh for preperitoneal net plasty (PNP) of incisional hernias //Chirurg. 1999. Vol. 70. -p. 422-430
269. Schumpelick V. Biomaterialien zur Versorgung der Narbenhernie //Viszeralchirurgie. 2001. Vol. 36. -p. 126-130
270. Shumpelick V., Junge K., Rosch R., Klinge U., Stumpf M. Retromuscular mesh repair for ventral incision hernia in Germany //Chirurg. 2002. Vol. 73. No 9. -p. 888-894
271. Schumpelick V., Kingshorth A. Incisional hernia. Berlin: Springer. 1999. - 511

p.

272. Schumpelick V., Klinge U., Junge K., Stumpf M. Incisional abdominal hernia: the open mesh repair //Langenbecks Arch. Surg. 2004. Vol. 389. No 2. -p. 1-5
273. Stoker D.L., Spiegelhalter D.J., Singh R., Wellwood J.M. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair: randomized prospective trial //Lancet. 1994. Vol. 21. -p. 1243-1245
274. Stoppa R.E. About biomaterials and how they work in groin hernia repairs //Hernia. 2003; 7: 57-0
275. Stoppa R.E., Wertaumont C.R. The preperitoneal approach and prosthetic repair of groin hernia /In: Nyhus L.M. Condon R.E.(eds). Hernia. J.B. Lippincott. Philadelphia. 1989. -p. 199-225
276. Tons C., Schachjtrupp A., Hoer J. et al. A porcine model of the abdominal compartment syndrome //Shock. 2002. Vol. 41. No 18. - p. 316-321
277. Topart P., Ferrand L., Vandenbroucke F., Lozac'h P. Laparoscopic ventral hernia repair with the Goretex Dualmesh: long-term results and review of the literature //Hernia. 2008. Vol. 9. No 4. -p. 348-352
278. Toy F.K. Prospective, multicenter study of laparoscopic ventral hernioplasty //Surg. Endosc. 1998. No 12. -p. 955-959
279. Trupka A., Hallfepdt K., Schidbauers S., Schweiberer L. Management of complicated incisional hernias with underlay technique implanted polypropylene mesh. An effective technique in French hernia surgery //Chirurg. 1998. Vol. 69. No 7. -p. 766-772
280. Usher FC. Hernia repair with Marlex mesh. In: LM Nyhus and RE Condon ed. Hernia. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1978: 561-580
281. Usher F.C., Gannon J.P. Marlex mesh. A new plastic mesh for replacing tissue defects / Arch. Surg. 1959. Vol. 78. -p. 131
282. Voeller G.R., Mangiante E.C., Britt L.G. Preliminary evaluation of laparoscopic herniorrhaphy //Urg. Laparosc. Endosc. 1993. Vol. 3. -p. 100-105
283. Vrijland W., Jeckel J., Steyerberg E. et al. Intraperitoneal polypropylene mesh

- repair of incisional hernia is not associated with enterocutaneous fistula //Br. J. Surg. 2000. Vol. 87. -p. 348-352
284. Vironen J., Nieminen J., Eklund A., Paavolainen P. Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia Sistem for inguinal hernia repair //Br. J. Surg. 2006; 93; 33
285. Weler G., Horvath O. Results of ventral hernia repair comparison of suture repair with mesh implantation (only is sublay) using open and laparoscopic approach prospective, randomized multicenter study //Magy. Seb. 2002. Vol. 55. No 3. -p. 285-289
286. Yahchouchy-Chouillard E., Aura T., Picone O. et al. Incisional hernias. Re-lated risks factors // Dig. Surg. 2003. Vol. 20. No 1. -p. 3-9
287. Zhao G., Gao P., Ma B. et al. Open mech techniques for inguinal hernia repair: a metaanalysis of randomized controlled trials //Ann. Surg. 2009; 250: 35
288. Zivanovic V., Vasin G., Zivanovic J. et al. Does the small boüel form adhesions to the panetex double raced mesh after laparoscopic incisional hernia repair? //Hernia recurrence. Book of Abstracts. 26 Int. Congress of the European Hernia Society. Praha. 2004. -p.51