

**Б. И. АЙБЕРГЕНОВ**

*ҚазҰМУ №2 хирургиялық интернатура  
және резидентура кафедрасы*

## **ҚЫСЫЛҒАН ҚАЙТАЛАМА ҚҰРСАҚ ЖАРЫҚТАРЫНА АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЖАСАЛҒАН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҢ KEЙІНГІ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Құрсақ жарығын емдеу мәселесі бұрынғы уақыттан бері зерттеліп қарастырылғанымен, бүгінгі күнде де маңызды мәселе болып қала беруде.

Жарықтың қайталауының жиілігі орташа 10-42,6% құрайды.

Біздің зерттеуіміз бойынша, өзгеріске ұшыраған тіндермен пластикалау, тіндердің айқын морфологиялық тұрақтылығы жеткіліксіздігінен, күш түскен сәтте тіндер бір-бірінен ажырай бастайды. Нәтижесінде жарықтың қайта пайда болуына мүмкіндік туады. Жарық ауруына жасалған операциялардан кейін, қайталану пайызының өршіп кетуінің себебін мына жағдаймен түсіндіруге болады: бұл коллаген талшықтарының жеткіліксіздігінің нәтижесінде болатын дәнекер тіндерінің ақауы.

Қазіргі таңда тіндерді синтетикалық материалдармен алмастыру қолайлы екендігі дәлелденген.

Эксперименталдық және клиникалық материалдар Мультифиламент торын қолдану арқылы екі жынысты 15 ақ тышқанға эксперимент жүргізілді.

Эксперимент 2 кезеңде жүргізілді.

Бірінші кезеңде: жануарлардың құрсағының терісі 2-3 см кесілді. Апоневрозға 0,5см ақау жасалып оған кисет тігісі салынды. Іш пердесімен ащы ішек жасалған ақау арқылы шығарып, кисет тігісі қысылып байланды. Тері қалыпына келтірілді.

Екінші кезеңде: жасанды қысылған жарықты ашу, 12-сағаттан 3 күнге дейін әртүрлі мерзімде жүргізілді. Жарық қабын ашу кезіндегі барлық жағдайда қуысында экссудаттың пайда болғаны анықталды. Операция аймағы озонмен тазаланды. Тор қолдана отырып жарық қақпасына пластинка жасалды.

Жарық қабының экссудатын бактериологиялық зерттеу барысында бактериялардың өсіп-таралу деңгейінің жоғарғы көрсеткішінде стрептококк пен стафилококктың, ішек таяқшаларының штамдары табылды.

Эксперименттен 7-14 тәуліктен кейін және бір айдан кейін шығарылды.

7-ші тәулікте тордың айналасында әлсіз асептикалық қабыну және грануляциялық тіндердің өсуі байқалды. Бірақ жарада іріңді қабыну белгілері байқалмады.

14-ші тәулікте тордың жиегінен ортасына дейін коллаген талшықтарының пайда болуымен грануляциялық тіндердің толық өсуі байқалды. Викрил талшықтарының таралуы және оның орнына коллаген талшықтарының қалыптасуы байқалды.

1 айдан соң тордың грануляциялық тінмен толық жабылғандығы байқалды, яғни торды жай көзбен көру мүмкін болмай қалды. Морфологиялық зерттеу кезінде тор аймағында ешқандай қабыну белгілері жоқ, коллаген талшықтарымен көрініс берді. Мұндағы тігіс – коллаген талшықтарына бай дәнекер тіндерін құраған.

Құрсақтың қысылған жарығымен 116 науқасқа зерттеулер жасалған болатын. Ол науқастар екіге бөлінді: негізгі және бақылау топтары болып. Негізгі топтағы 62 науқастарды хирургиялық жолмен емдеу барысында мультифиламент торын қолдану арқылы «керілмейтін

герниопластика» жасалды. Операция аймағы озонмен тазаланды. Бақылау тобындағы 54 науқасқа дәстүрлі жергілікті тіндермен пластика жасалды.

Аурулардың 78% жиілігі 20 мен 70 жас аралығында болды. Ер адамдар мен әйелдердің айырмашылығы 2,6:1-ді құрады. Аурудың 88% жедел жәрдем көмегімен ауруханаға жеткізілген, 9% қалалық емханалардан дәрігерлердің жолдамасымен келген, науқастардың 3% өздері келген. Ауруханаға жеткізілген науқастардың 41% жағдайлары қанағаттанарлық деп бағаланды, ал 40% орташа деңгейде, 24,4 % ауыр дәрежелі деп бағаланды. Аурулардың арасындағы қысылған жарық ауруының уақыты 18 (15,5%) науқаста 1 сағатқа дейін, 48 (41,4%) науқаста 2 сағатқа дейін, 21 (18,1%) науқаста 6 сағатқа дейін, 16 (13,8%) науқаста 6 сағаттан 12 сағатқа дейін, 6 (5,2%) науқаста 12 сағаттан 24 сағатқа дейін, 2 (1,7%) науқаста жарықтың қысылуынан кейін 3 күннен 5 күнге дейінгі аралықта жеткізілген. Операция кезінде 88 науқаста ішектің қысылуы анықталды, олардың ішінде 24 науқаста ішектің өлеттенуіне байланысты резекция жасалынды. Осы топтағы аурулардың ішінде 16 науқаста перитонит белгілері байқалды. Операциядан кейінгі кезеңде негізгі топтағы науқастардың жаралары алғашқы жетілумен жазылып кетті. Тек екі науқаста жараларының бет жағында іріңдіктер кездесті, бірақ тордың ыдырауы, торды алып тастау әрекеттері туындамады. Бақылау тобындағы 7 науқаста жараларының іріңдеуі байқалды. Бұл 2-3 жыл аралығындағы бақылау болатын. Аталған науқастарды 4-7 жылдан кейін бақылаған кезде негізгі науқастардың ішінде 2(3,2%) науқаста жарықтың қайталауы кездесті. Бірінші науқаста шап жарығының қайталауы. Операциядан кейін ауыр жұмыс істеген, физикалық жүктеме науқастың айтуынша шамадан тыс болған. Шап жарығына байланысты жасалған операцияда тормен бұлшықетке салынған тігістер арасынан жарық пайда болған. Бұл науқасқа екінші рет тор қолдану арқылы «керілмейтін герниопластика» жасалды. Екінші науқаста операциядан кейінгі құрсақ жарығы қайталанды. Бұл науқаста аллопластикалық материалды ығыстыру көрініс алған, себебі операция барысында пластика жасалған тор табылған жоқ, бір түйін пайда болған. Осы түйінді кесіп ашу барысында ішінде сұйықтықпен тор табылды. Осыған байланысты науқасқа аутодермопластика жасалды. Бұл науқастар екі жыл бойы бақылануда, асқын белгілері болған жоқ.

Зерттеу нәтижелері бойынша ұсыныстар: Қысылған қайталану жарығын емдеуде жартылай сіңетін тор қолдану және бекіту кезінде жиі тігіс салу ұсынылды. Пластика жасау кезінде торда қатпарлар болмауы тиіс және артық жарық қабын алып тастау қажет, себебі ол аймақта келешекте түзіліс /киста/ пайда болуы мүмкін.

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**Резюме:** Экспериментальные исследования были проведены на 15 белых крысах, в 2 этапа. На 1 этапе у всех животных формировали ущемленную грыжу белой линии живота, на 2-м этапе проводили грыжесечение. При бактериологическом исследовании экссудата высевались штаммы кишечной палочки, стафилококка, стрептококка, в высокой степени обсемененности. В клинике «ненатяжная герниопластика» с использованием мультифиламентной сетки, была применена у 62 больных с ущемленными грыжами живота. Вторую – контрольную группу составили 54 человека, после традиционного хирургического лечения.

У названных больных наблюдение через 4-7 лет выявило повторную грыжу. У одних больных паховая грыжа, у второго больного послеоперационная вентральная грыжа. У этих больных наблюдается отторжение аллопластического материала. Во время операции пластический материал превратился в образование. При вскрытии образования найдены сетки. При паховой грыже во время операции найдены дефекты между швами, откуда образовалась грыжа. Больному повторно сделана ненатяжная герниопластика.

При исследовании, опираясь на результаты, рекомендовано:

При рецидивной ущемленной грыже использовать полурассасывающиеся сетки и часто накладывать швы.

При ненатяжной герниопластике не должны оставаться складки т.к. могут быть образования или киста.

### LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT STRANGULATED HERNIAS USING ALLOGRAFT (EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY)

**Resume:** Experimental studies have been conducted on 15 white rats, in 2 stages. At one point, all of the animals formed a strangulated hernia white line of the abdomen, at the 2nd stage of a hernia repair. Bacteriological examination of fluid inoculated strains of E. coli, staphylococcus, streptococcus, a high degree of contamination. The clinic "pull hernioplastics" using multifilament mesh was applied in 62 patients with restrained abdominal hernias. The second - the control group consisted of 54 people, after traditional surgery.

In these patients after 4-7 years of observation repeated hernia revealed. Some patients had inguinal hernia, the second patient had postoperative ventral hernia. There was the rejection of alloplastic material in these patients. During the operation, the plastic material is turned into a formation. Grid was found at autopsy of the formation. During inguinal hernia surgery defects were found between the seams where herniate was formed. The patient was re-made pull hernioplastics.

The following is recommended based on the study results:

At recurrent strangulated hernia use semi-absorbable grid and often impose stitches.

At the not-pull hernioplastics there should not remain folds because formations or cyst could be formed.