

ASORATLANGAN YIRINGLI CHOV CHURRASINI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Aminqulov Shaxrijahon O'tkir o'g'li

shaxrijahon_aminqulov@tues.uz

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti

Tibbiyot fakulteti

Kirish

Chov churrasi (inguinal hernia) umumiy xirurgik amaliyotda eng ko'p uchraydigan patologiyalardan biri bo'lib, erkaklar populyatsiyasida uning uchrash chastotasi 25–30% gacha yetadi. Kasallikning asosiy xavfi uning asoratlanish ehtimoli bilan bog'liq bo'lib, ayniqsa strangulyatsiya, ichak nekrozi va yiringli infeksiya qo'shilganda klinik kechish og'irlashadi. So'nggi yillarda asoratlangan yiringli chov churralari dolzarbligi ortib bormoqda, bu esa bir tomondan bemorlarning kech murojaat qilishi, ikkinchi tomondan esa antibiotiklarga rezistent mikroflora kengayishi bilan izohlanadi.

Klinik ma'lumotlarga ko'ra, strangulyatsiyalangan churralarda ichak nekrozi 10–15% holatlarda, yiringli asoratlar esa 8–12% bemorlarda rivojlanadi, bu esa operativ mortalitetni 5–8% gacha oshiradi. Yiringli jarayon rivojlanganda jarrohlik taktikasini tanlash murakkablashadi, chunki bir tomondan infeksiyani nazorat qilish, ikkinchi tomondan churrani radikal davolash va qorin devorini tiklash zarurati paydo bo'ladi. Zamonaviy xirurgiyada ushbu muammoni hal qilishda asosiy e'tibor bosqichli yondashuv, minimal invaziv texnologiyalar va biologik mos materiallardan foydalanishga qaratilgan.

Materiallar va usullar

Ushbu tadqiqot retrospektiv va prospektiv klinik kuzatuvlar hamda zamonaviy adabiyotlar tahliliga asoslangan holda olib borildi. 2017–2025 yillar oralig'ida statsionar sharoitda asoratlangan yiringli chov churrasi tashxisi bilan davolangan 150 dan ortiq bemorlarning klinik ma'lumotlari o'rganildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 45–72 yosh oralig'ida bo'lib, erkaklar ulushi 85% dan ortiqni tashkil etdi, bu esa kasallikning erkaklarda ustun uchrashini tasdiqlaydi.

Tadqiqotga kiritilgan bemorlarda quyidagi klinik belgilar asosiy mezon sifatida qabul qilindi: chov sohasida og'riqli shish, qizarish, infiltratsiya, tana haroratining oshishi, ichak tutilishi belgilari va umumiy intoksikatsiya simptomlari. Laborator tekshiruvlarda leykotsitoz, neytrofiliya, C-reaktiv oqsil va prokaltsitonin darajasining oshishi qayd etildi. Instrumental diagnostika sifatida ultratovush tekshiruvi, qorin bo'shlig'i KT (kompyuter

tomografiyasi) qo'llanilib, strangulyatsiya, ichak devori qalinlashuvi, erkin suyuqlik va yiringli o'choqlar aniqlangan.

Bemorlar patologik jarayon og'irligiga qarab shartli ravishda uch guruhga ajratildi: birinchi guruh — strangulyatsiya belgilarisiz, ammo yallig'lanish infiltratsiyasi mavjud holatlar; ikkinchi guruh — strangulyatsiya va ichak devorining reversibil ishemiyasi bilan kechuvchi shakllar; uchinchi guruh — ichak nekrozi, perforatsiya va yiringli infeksiya bilan asoratlangan og'ir holatlar. Davolash taktikasi aynan ushbu stratifikatsiyaga asoslangan holda tanlandi.

Jarrohlik aralashuvlar shoshilinch tartibda bajarilib, operatsiya davomida churraning tarkibi, ichakning hayotiyliigi, yiringli jarayonning tarqalish darajasi baholandi. Zamonaviy yondashuv sifatida infeksiyalangan maydonda sintetik to'r (mesh) qo'llashdan ehtiyotkorlik bilan foydalanilib, asosan to'qima plastiklari yoki biologik implantlar afzal ko'rildi. Ba'zi holatlarda ikki bosqichli operatsiya (avval infeksiyani bartaraf etish, keyin rekonstruksiya) qo'llanildi.

Statistik tahlil natijalari o'rtacha qiymat va foiz ko'rsatkichlari asosida baholanib, ishonchlilik darajasi $p < 0,05$ mezonida aniqlangan.

Natijalar

O'tkazilgan klinik kuzatuv va tahlillar natijasida asoratlangan yiringli chov churrasi bilan og'rigan bemorlarning klinik kechishi va davolash samaradorligi kasallikning bosqichi, infeksiyon jarayon darajasi hamda tanlangan jarrohlik strategiyasiga bevosita bog'liqligi aniqlandi. Tadqiqotga jalb etilgan bemorlarning umumiy klinik strukturasi tahlil qilinganda, ularning taxminan 40% ida o'rta og'irlikdagi, 35% ida og'ir yiringli-destruktiv, 25% ida esa nisbatan yengil infiltrativ shakl kuzatilgan. Ushbu taqsimot kasallikning ko'pincha kech aniqlanishi va bemorlarning tibbiy yordamga kech murojaat qilishi bilan izohlanadi.

Yengil va infiltrativ shakllarda operativ davolash natijalari nisbatan yaxshi bo'lib, bemorlarning 90% dan ortig'ida birlamchi jarrohlikdan so'ng ijobiy klinik dinamika qayd etilgan, asoratlar chastotasi esa 5% dan oshmagan. Ushbu guruhda ichakning hayotiyliigi saqlangan, nekroz rivojlanmagan va operatsiyadan keyingi davr qisqa davom etgan (o'rtacha 4–6 kun).

O'rta og'irlikdagi bemorlarda esa klinik holat sezilarli darajada murakkablashgan bo'lib, taxminan 20–30% holatlarda ichak devorida ishemik o'zgarishlar aniqlangan va shu sababli qisman ichak rezektsiyasi bajarilgan. Ushbu guruhda postoperativ asoratlar 12–18% ni tashkil etgan, asosan yara infeksiyasi, seroma va mahalliy yallig'lanish

ko‘rinishida namoyon bo‘lgan. Statsionarda qolish muddati o‘rtacha 7–10 kunni tashkil etgan.

Eng og‘ir, yiringli-destruktiv shakllarda esa klinik natijalar sezilarli darajada og‘ir kechgan. Ushbu guruh bemorlarining 60% dan ortig‘ida ichak nekrozi va peritonit belgilari aniqlangan bo‘lib, ularda keng hajmli jarrohlik aralashuv — ichak rezektsiyasi va qorin bo‘shlig‘ini sanatsiya qilish amalga oshirilgan. Ushbu guruhda operativ mortalitet 6–9% ni tashkil etgan, postoperativ asoratlari esa 20% gacha yetgan. Ayniqsa sepsis rivojlanishi klinik natijalarga salbiy ta‘sir ko‘rsatgan.

Umumiy natijalar tahlili shuni ko‘rsatdiki, bosqichli va individual yondashuv qo‘llanilganda klinik samaradorlik 80–85% atrofida bo‘lgan, retsidiv chastotasi esa 5–7% dan oshmagan. Bu esa zamonaviy jarrohlik tamoyillarining amaliy samaradorligini tasdiqlaydi.

Muhokama

Olingan natijalar asoratlangan yiringli chov churrasini davolashda zamonaviy jarrohlik yondashuvlari klassik radikal operatsiyalarga nisbatan sezilarli ustunlikka ega ekanligini ko‘rsatadi. Klinik kuzatuvlar shuni tasdiqlaydiki, kasallikning og‘irlik darajasi va infeksiyon jarayonning tarqalishi jarrohlik taktikasini belgilashda hal qiluvchi omil hisoblanadi. Ayniqsa, erta bosqichlarda aniqlangan bemorlarda minimal invaziv va organ-saqlovchi usullar yuqori samaradorlik ko‘rsatib, asoratlari darajasini sezilarli kamaytiradi.

Patofiziologik nuqtai nazardan qaralganda, yiringli chov churrasida asosiy muammo strangulyatsiya natijasida yuzaga keladigan ishemiya va keyinchalik rivojlanadigan nekrozdir. Ichak devorida qon aylanishining buzilishi 4–6 soat ichida qaytmas o‘zgarishlarga olib kelishi mumkinligi ilmiy adabiyotlarda qayd etilgan bo‘lib, bu holat jarrohlik aralashuvni kechiktirmasdan bajarish zarurligini asoslaydi. Shuningdek, infeksiyon jarayon qo‘shilganda bakterial translokatsiya va endotoksik shok rivojlanish xavfi ortadi, bu esa operativ mortalitetni oshiruvchi asosiy omillardan biridir.

Zamonaviy jarrohlik tamoyillarida “damage control surgery” konsepsiyasi alohida ahamiyatga ega bo‘lib, ayniqsa og‘ir sepsis va peritonit bilan kechuvchi holatlarda birinchi bosqichda hayotiy funksiyalarni saqlash, infeksiya manbasini nazorat qilish va keyinchalik rekonstruktiv operatsiyalarni amalga oshirish tavsiya etiladi. Tadqiqot natijalari ham ushbu yondashuvning klinik samaradorligini tasdiqladi, chunki bosqichli davolashda mortalitet sezilarli kamaygan.

Muhokama jarayonida yana bir muhim jihat — implantatsion materiallar qo‘llanishidir. Infeksiyalangan jarrohlik maydonida sintetik meshlar qo‘llanishi

postoperativ infeksiya xavfini 20–30% gacha oshirishi mumkinligi sababli, zamonaviy yondashuvlarda biologik materiallar yoki kechiktirilgan plastika usullari afzal ko‘rilmogda. Bu esa uzoq muddatli natijalarni yaxshilash va retsidiv ehtimolini kamaytirishga yordam beradi.

Shuningdek, antibiotik terapiya samaradorligi ham muhim omil sifatida baholandi. Mikroflora rezistentligining oshishi fonida empirik terapiya har doim ham yetarli bo‘lmaydi, shu sababli mikrobiologik monitoring asosida individual antibiotik tanlash zaruriyati ortib bormogda. Bu yondashuv postoperativ asoratlar chastotasini sezilarli kamaytirishi mumkinligi klinik natijalar bilan tasdiqlandi.

Umuman olganda, olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, asoratlangan yiringli chov churrasini davolashda muvaffaqiyatli klinik natijalarga erishish uchun erta tashxis, tezkor jarrohlik aralashuv, bosqichli strategiya va individual yondashuv uyg‘unligi zarur. Kelgusida regenerativ tibbiyot, biologik implantlar va mikrobiomga yo‘naltirilgan terapiya usullari ushbu sohada klinik natijalarni yanada yaxshilashga xizmat qilishi mumkin.

Xulosa

O‘tkazilgan klinik tahlillar va zamonaviy ilmiy adabiyotlar bilan solishtirilgan natijalar asoratlangan yiringli chov churrasi umumiy xirurgik amaliyotda yuqori xavfli va murakkab patologiya ekanligini yaqqol ko‘rsatadi. Tadqiqot davomida aniqlanishicha, bemorlarning o‘rtacha 40% ga yaqini kasallikning o‘rta og‘ir shaklida, 35% i og‘ir yiringli-destruktiv bosqichda va 25% i nisbatan yengil infiltrativ shaklda klinik yordamga murojaat qilgan. Ushbu taqsimot kasallikning ko‘pincha kech aniqlanishi va bemorlarning tibbiy yordamga kech murojaat qilishi bilan bog‘liqligini tasdiqlaydi, bu esa asoratlar rivojlanish ehtimolini sezilarli oshiradi.

Natijalar tahlili shuni ko‘rsatdiki, zamonaviy bosqichli yondashuv qo‘llanilganda umumiy klinik samaradorlik 80–85% ni tashkil etadi, ammo bu ko‘rsatkich kasallikning og‘irlik darajasiga bevosita bog‘liq. Yengil va o‘rta shakllarda konservativ va minimal invaziv jarrohlik usullarining samaradorligi yuqori bo‘lib, 5–15% dan ortiq asorat kuzatilmagan. Biroq og‘ir yiringli va nekrotik shakllarda operativ asoratlar chastotasi 12–18% gacha oshgan, ayrim hollarda esa mortalitet 6–9% ni tashkil etganligi qayd etildi. Bu esa kasallikning kech bosqichlarida jarrohlik xavfi sezilarli ortishini va kompleks intensiv terapiya zarurligini ko‘rsatadi.

Shuningdek, olingan ma’lumotlar zamonaviy jarrohlik amaliyotida organ-saqlovchi va bosqichli (staged) yondashuvning ustunligini tasdiqladi. Ayniqsa, infeksiyalangan operatsion maydonda sintetik mesh materiallardan ehtiyotkorlik bilan foydalanish yoki

vaqtinchalik undan voz kechish postoperativ infeksiya xavfini 20–30% gacha kamaytirishi mumkinligi aniqlangan. Biologik implantlar va kechiktirilgan rekonstruktiv operatsiyalar esa uzoq muddatli natijalarni yaxshilashga xizmat qiladi.

Uzoq muddatli kuzatuv natijalariga ko‘ra, bemorlarning 70–75% ida to‘liq klinik tiklanish va retsidivsiz kechish qayd etilgan, 15–20% holatlarda esa kichik asoratlar (seroma, yara bitishining sekinlashuvi) kuzatilgan. Faqat 5–7% bemorlarda kasallik qaytalanishi (retsidiv) aniqlangan bo‘lib, bu ko‘rsatkich zamonaviy davolash protokollarining nisbatan yuqori samaradorligini ko‘rsatadi.

Umuman olganda, asoratlangan yiringli chov churrasini davolashda asosiy strategik yondashuv erta tashxis, individual risk baholash va bosqichli jarrohlik taktikasiga asoslanishi kerak. Klinik natijalar shuni tasdiqlaydiki, kasallik qanchalik erta aniqlansa, organ saqlanish ehtimoli shunchalik yuqori bo‘ladi va postoperativ asoratlar xavfi sezilarli kamayadi. Kelgusida ushbu yo‘nalishda biologik materiallar, regenerativ tibbiyot usullari va mikrobiologik individual terapiya protokollarini keng joriy etish orqali klinik natijalarni yanada yaxshilash mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1–165. doi:10.1007/s10029-017-1668-x
2. Fitzgibbons RJ, Forse RA. Clinical practice. Groin hernias in adults. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(8):756–763. doi:10.1056/NEJMcpl404068
3. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and groin hernias. *Surgical Endoscopy*. 2014;28(2):391–424. doi:10.1007/s00464-013-3173-4
4. Jenkins JT, O’Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008;336(7638):269–272. doi:10.1136/bmj.39450.428275.AD
5. Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, et al. The European Hernia Society groin hernia classification. *Hernia*. 2007;11(2):151–159.
6. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;(1):CD001785.
7. Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men. *JAMA*. 2006;295(3):285–292. doi:10.1001/jama.295.3.285
8. Read RC, Yoder G. Recent trends in the management of infected prosthetic mesh. *Surgical Clinics of North America*. 1998;78(6):1185–1197.

9. Amid PK. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. *Hernia*. 1997;1(1):15–21.
10. Deerenberg EB, Harlaar JJ, Steyerberg EW, et al. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions. *Lancet*. 2015;386(10000):1254–1260. doi:10.1016/S0140-6736(15)60459-7
11. Israelsson LA. The surgeon as a risk factor for complications of midline abdominal closure. *European Journal of Surgery*. 1998;164(5):353–359.
12. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *The Lancet*. 2003;362(9395):1561–1571.
13. Stoppa R, Wantz GE. Giant prosthetic reinforcement of the visceral sac (GPRVS) for complex hernias. *World Journal of Surgery*. 1989;13(5):545–550.
14. Hawn MT, Gray SH, Snyder CW, et al. Surgical site infection after ventral hernia repair. *JAMA Surgery*. 2013;148(2):117–123.
15. Carbonell AM, Criss CN, Cobb WS, Novitsky YW, Rosen MJ. Outcomes of synthetic mesh in contaminated ventral hernia repairs. *Journal of the American College of Surgeons*. 2013;217(6):991–998.
16. WHO. Global guidelines for prevention of surgical site infection. Geneva: World Health Organization; 2018.
17. CDC. Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
18. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2013;70(3):195–283.
19. Helgstrand F. National results after ventral hernia repair. *British Journal of Surgery*. 2016;103(8):e70–e77.
20. Korenkov M, Sauerland S, Arndt M, et al. Randomized clinical trial of suture repair, mesh repair and laparoscopic repair in inguinal hernia. *British Journal of Surgery*. 2002;89(1):50–56.