

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AKAD. M.A.TOPÇUBAŞOV ADINA ELMI
CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

Əlyazması hüququnda

SƏHRATOV NƏSİB XUDDAM OĞLU

**AHIL VƏ QOCA YAŞLARINDA XƏSTƏLƏRDƏ QASIQ
YIRTIĞININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN
MÜASİR ASPEKTLƏRİ**

32.13.01 – Cərrahlıq

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın
A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2014

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb üzrə elmlər doktoru, professor

H.B.İSAYEV

Rəsmi opponentlər:

tibb üzrə elmlər doktoru, professor

M.M.MƏMMƏDOV

tibb üzrə elmlər doktoru, professor

Ş.F.İBRAHİMLİ

Aparıcı müəssisə: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, ümumi cərrahiyyə I kafedrası.

Müdafiə “_19_”_05_____ 2014-cü ildə saat “_” Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD.03.061 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: Az1122, Bakı ş., Şərifzadə küç., 196, konfrans zalı.

Dissertasiya ilə akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “_”_____ 2014-cü ildə göndərilmişdir

FD. 03.061 Dissertasiya Şurasının
elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru

İ.L.KAZIMOV

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı: qasıq yırtığına görə aparılan əməliyyatlar abdominal cərrahiyyə üzrə yerinə yetirilən müdaxilələrin 10-21%-ni təşkil etməkdədir (İsayev H. B. 2005; A. Luca, F. Catena, F. Coccolini, F. Gazzotti, et al. 2009; Dogru O, Girgin M, Bulbulla N, et al. 2006; Paaanen H. , J. Kössi, S. Silvasti, T. Hulmi, T. Hakala, 2011)

Bu günə qədər 300-dən çox qasıq kanalının plastika üsulu təklif edilsə də residivlərin sayı son 100 ildə cüzi azalmışdır və ədbiyyat mənbələrinə əsasən 8-22% təşkil etməkdədir (Бекоев В. Д., Криль В. А., Троянов А.А. 2003; Богданов А.А. 2007; Bernard C., Polliand C., Mutelica L., Champault G. 2007; Chen S., Lai DM, Yang B., et al. 2006; P. Hannu, T. Scheinin, J. Vironen, 2011)

Residivlərdəki yüksək rəqəmlər əsasən ahıl və qoca şəxslərdə aparılan plastikalardan sonra qeyd edilir (Бекоев В. Д., Криль В. А., Троянов А.А., 2003; Богданов, А. А. 2007; C. Bellows, A. Smith, J. Malsbury, W. S. Helton 2012; Eker H.H, Langeveled H.R, Kiltsie P.J, et al. 2012; Jia-Uei Wong, Tsz-Ho Leung, Chi-Cheng Huang, Ching-Shui Huang, 2011).

Onlarda bir və ya bir neçə xroniki xəstəliklərin mövcudluğu, ahıl və qoca yaşa xas olan immun və mübadilə-reparasiya proseslərindəki regressiv dəyişikliklər aparılacaq hernioplastikanın nəticəsini şübhə altına salır (Наси́ев Д. В. , Нидəyəтов Y. X1997; Давыдовский И. В,1966;_Чеканова Э. 2007; Tuveri M. , R. Demontis, E. Nicolò, S. Pisu,2012).

Ahıl və qoca yaşında olan xəstələrdə nisbətən daha tez-tez qeyd edilən xroniki xəstəliklər qarındaxili təzyiqin(QDT) yüksəlməsinə səbəb olur ki, bu amilin özü də yırtıqların yaranmasında və plastikadan sonra residiv verməsində mühüm rol oynayır (Ковшов А. С. , 2005; Burch J. M. , Moore B. E. , Moore F. A. , Franciose R. 1976; Cheatham, M. L. 2009).

Baxmayaraq ki, son illərdə bir sıra klinisistlər QDT–in yaratdığı patofizioloji problemlər barədə bir sıra elmi-tədqiqat işləri aparıblar, fəqət yenə də QDT-in herniologiyada rolu lazımı dərəcədə araşdırılmamışdır (Исаев Г. Б. . 2005. ; Тимирбулатов В. М. , Фаязов Р. Р. , Сахаутдинов Р. М. . 2008; Cheatham, M. L. 2009).

20-ci əsrin ortalarından başlayaraq hernioplastikada sintetik torlardan geniş istifadə olunmağa başlamışdır. (Борисов А. Е. , Чистяков Д. Б. , Яценко А. С. Эвалюция 2011; Жуковский В. А. 2011; N. J. Slater, M. van der Kolk, T. Hendriks, H. van Goor, Robert P. 2013).

Təklif edilən allotransplantlar nə qədər inert hesab edilsə də onlar yerli toxuma reaksiyasına, orqanizmin immun göstəricilərinə təsir etməyə

bilməzlər; digər tərəfdən yad cisim kimi onların ətrafında iltihab prosesinin inkişaf etməsi və kənarlaşdırılması prosesi də az rast gəlmir. Allotransplantantların tətbiqi ilə yerinə yetirilən hernioplastikadan sonra baş verən fəsadlar ahıl və qoca yaşlı insanlarda təbii ki daha tez-tez görünür. (Нестеренко Ю.А. 2005 ; Тимербулатов В.М. , Труханов О. Г. 2011; Li J-F, Lai D-D, Zhang X-D, et al. 2012)

Allotransplantat nə qədər inert olsa da orqanizmin öz toxumasını bioloji uyumluq baxımından tam mənasında əvəz edə bilməzlər. O səbəbdən ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə hernioplastika üsulunun seçilməsi məsələsi cərrahiyyənin aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır (Narezkin D. V. , Alibeqov R. A. , İqnatğev S. V. , 2011).

Qeyd edilən problemlərin həllinə yönəlmiş elmi-tədqiqat işlərinin yerinə yetirilməsi kliniki cərrahiyyənin ən aktual problemlərindən biridir.

İşin məqsədi: ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri : 1. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qarın daxili təzyiqin dinamikasını öyrənmək; qasıq yırtığı və hernioplastikadan sonra baş vermiş residivlə abdominal hipertenziya arasında asılılığın ehtimalını araşdırmaq.

2. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə yanaşı gedən xroniki xəstəliklərin strukturunu və tezliyini aşkar edərək, onların QDT-in səviyyəsinə təsirini təyin etmək.

3. Ahıl və qoca yaşlı qasıq yırtığı olan xəstələrdə hemokoaqulyasiyada mövcud olan dəyişiklikləri aşkar edərək, hernioplastikadan əvvəl və sonrakı dövrlərdə onun adekvat korreksiya metodikasını təklif etmək.

4. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə ənənəvi üsullarla yerinə yetirilən hernioplastika ilə Lixtenşteyn metodu ilə aparılan alloplastikanın xəstələrin immün göstəricilərinə, yara ekssudatının miqdarına və tərkibinə təsirini öyrənmək.

5. Xəstələrin ümumi vəziyyətindən, Abdominal Kompartman Sindromu səviyyəsindən və yırtığın növündən asılı olaraq konkret xəstə üçün hernioplastikanın adekvat növünü seçməyə imkan verən mümkün qədər sadə alqoritmi işləyib hazırlamaq.

İşin elmi yeniliyi. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə QDT-in dinamikası, onu artıran amillər öyrənilmiş, qasıq yırtığı və hernioplastikadan sonra yaranan residivlə abdominal hipertenziya arasındakı asılılıq təsdiq edilmişdir; yanaşı gedən xroniki xəstəliklərin abdominal hipertenziyadakı rolu təyin edilə bilər.

Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə Lixtenşteyn metodu ilə aparılan alloplastikanın ənənəvi üsullarla yerinə yetirilən hernioplastikaya nisbətən yerli və ümumi immun göstəricilərin səviyyələrinə, yara ekssudatının miqdarına və tərkibinə mənfi təsir etməsi təsdiq edilmiş və müvafiq korrelyativ müalicə tədbirləri təklif edilmişdir. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə abdominal hipertenziyanı, orqan və sistemlərin labil olan fəaliyyətlərini hernioplastikadan əvvəl və sonra kompensasiya səviyyəsində saxlaya bilən adekvat müalicə tədbirləri işlənib hazırlanıbdır.

Ahıl və qoca yaşlı xəstələrin ümumi vəziyyətindən, qasıq yırtığının növündən və QDT-in səviyyəsindən asılı olaraq hernioplastikanın, alloplastika da daxil olmaqla, bu və ya digər üsüluna göstərişin kriteriləri təyin edilib.

İşin praktik əhəmiyyəti: Elmi tədqiqatın nəticələrinin praktiki cərrahiyyəyə tətbiqi ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verir.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

- Qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə ürək-damar sisteminin xroniki xəstəlikləri 33%, hiperkoagulyasiyaya meyillik 56%, şəkərli diabet 20%, I-II dərəcəli piylənmə 16%, tənəffüs yollarının xroniki xəstəlikləri 12%, defekasiyanın pozulması ilə müşahidə olunan yoğun bağırsağ xəstəlikləri 22,5% halda qeyd edilir.

- Qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə QDT yüksəkdir; onlarda müşahidə edilən xroniki xəstəliklərin (xroniki bronxit, xr. kolit, divertikulyoz, sidik ifrazının ləngiməsi, ürəyin işemik xəstəliyi, hipertoniya) bir çoxu QDT-in yüksək səviyyədə olmasına şərait yaradır.

- QDT-nin səviyyəsinə görə qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələri şərti olaraq 3 qrupa bölərək (yüngül, orta və ağır dərəcəli abdominal hipertenziya olan xəstələr) müalicə taktikasını hər qrupa uyğun şəkildə seçmək lazımdır.

- Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə hernioplastikaya başlamadan öncə 7-15 gün ərzində, xroniki prosesləri kompensasiya vəziyyətinə gətirmək, hiperkoagulyasiyanı aradan qaldırmaq, karbohidrat mübadiləsini tənzimləmək və abdominal hipertenziyanı təhlükəsiz səviyyəyə endirmək vacibdir.

- I dərəcəli abdominal hipertenziya(AH) qeyd edilən və QDT-ə təsir edə bilən yanaşı gedən xroniki xəstəlikləri olmayan çəp qasıq yırtığı qeyd edilən xəstələrdə qasıq kanalının ön divarının plastikasını yerinə yetirmək olar.

I və II dərəcəli abdominal hipertenziya qeyd olunan xəstələrdə qasıq kanalının arxa divarının plastikasını nəzərdə tutan üsullar tətbiq edilməsi zəruridir.

III dərəcəli AH olan və residiv qasıq yırtıqlarında Lichtensteyn üsulu ilə hernioplastika yerinə yetirilməsi məqsədə uyğundur.

- Allotransplantat immunitetin göstəricilərinə zəiflədici təsir göstərdiyindən immun göstəriciləri aşağı olan xəstələrə hernioplastika əməliyyatından öncə immunokorreksiya apardıqdan sonra hernioplastika etmək olar.

Elmi işin aprobeiası.

Dissertasiya işi akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrəhiyyə Mərkəzinin və Azərbaycan Tibb Universitetinin cərrahi xəstəliklər II kafedrasının əməkdaşlarının iştirak etdikləri laboratoriyalararası iclasında (2013 il), Avro-Asiya cərrahlarının və qastroenteroloqlarının XIII Konqresində (Bakı 12-15 sentyabr 2013 il) və akademik M.A.Topçubaşov adına ECM-nin nəzdində fəaliyyət göstərən Aprobeiasıya Şurasında 14.12.2013-cü il tarixdə müzakirə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələrinin çap olunması

Dissertasiyanın mövzusu əsasında 1 metodiki tövsiyyə, 8 məqalə və 1 tezis çap edilib.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi

Dissertasiya 156 səhifə kompüter çap vərəqindən ibarət olub, girişdən, ədəbiyyat icmalı və 5 başlıqdan, yekun, nəticələr, praktiki tövsiyyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir;

21 cədvəl və 33 şəkillərlə illustrasiya olunubdur.

Tədqiqatın material və metodları

2000-cü ildən 2012-c1 ilə kimi akad.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrəhiyyə Mərkəzində və Şirvan Müalicə Diaqnostika Mərkəzində qasıq yırtığına görə ahıl və qoca yaşlı 154 xəstə müalicədə olmuşdur. Bunlardan 125-i kişi, 29-u qadın idilər (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Xəstələrin yaşa və cinsə görə bölünməsi.

Cins	Yaş					Cəmi
	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	
Qadın	14 9,1%	5 3,2%	7 4,55%	2 1,3%	1 0,6%	29 18,8%
Kişi	23 14,9%	22 14,3%	38 24,75%	40 26,0%	2 1,3%	125 81,2%

Cəmi	37 24,0%	27 17,5%	45 29,3%	42 27,3%	3 1,9%	154 100%
------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------	-------------

Qasıq yırtığının növünə və xəstələrin yaşına görə bölünməsi 2-ci cədvəldə əks etdirilmişdir.

Cədvəl 2.

Yırtığın növünə və xəstənin yaşına görə bölünməsi

Cins	Yaş					Cəmi
	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	
Qadın	14 9,1%	5 3,2%	7 4,5%	2 1,3%	1 0,6%	29 18,8%
Kişi	23 14,9%	22 14,3%	38 24,7%	40 26,0%	2 1,3%	125 81,2%
Cəmi	37 24,0%	27 17,5%	45 29,5%	42 27,5%	3 1,9%	154 100%

2-ci cədvəldən görüldüyü kimi 39 residiv vermiş yırtıqdan 27-si 70 yaşından yuxarı olan xəstələr arasında qeyd olunubdur. Düz yırtıqların əksəri (36 halda 20-i) 66 yaşından sonra olan xəstələrdə təyin edilə bilər.

Xəstələrin 70%(108) –də yırtıq yaranandan cərraha müraciət etmələri arasında olan müddət 5 il təşkil edirdi. 10 ilə qədər yırtıq daşıyıcısı olanlar ümumi xəstələrin 11%(17)-ni təşkil edirdi. Yerdə qalan 19%(29) xəstələrin yırtıq mövcud olma anamnezi 3 il təşkil edirdi.

Ölçüləri 5 sm-ə qədər olan qasıq yırtığı 31 (20%) xəstədə təyin olunurdu. 81(52,6%) xəstələ qasıq yırtığının ölçüləri 6-9 sm arasında tərəddüd edirdi. 36 (23,6%) xəstədə yırtığın böyüklüyü 10-15 sm arasında idi; 6 (3,8%) xəstədə isə yırtığın böyüklüyü 15 sm-dən çox idi.

Xəstələrin ümumi sayından (154) 51,3% və ya 79 xəstə çəp; 23,4%(36 xəstə)-i düz və 25,3% və ya 39 xəstə residiv vermiş qasıq yırtığı ilə qəbul edilmişdir .

Laborator və instrumental müayinələr xəstələr müraciət edərkən, müalicədən əvvəl, müalicə zamanı və ondan sonrakı dövrlərdə, dinamik olaraq aparılırdı.

Ümumi kliniki və biokimyəvi analizlər hamılıqla qəbul edilmiş standart metodika əsasında yerinə yetirilmişdir. Hernioplastika aparılan xəstələrdə hüceyrəvi, humoral immunitetin və qeyri-spesifik rezistentliyin göstəricilərini əməliyyat öncəsi, əməliyyatdan sonra 3,5 və 7-ci günlərdə təyin edirdik. **Yara eksudatının müayinəsi** üçün materialı hernioplastika zamanı yaraya yeridilən mikroirriqatordan xaric olan gəlimin şprislə aspirasiyası vasitəsi ilə toplayırdıq.

Yara eksudatında və qan zərdabında limfositlərin fenotiplərinin - (CD3+(T-limfosit), CD4(T helper), CD8(Tsuppressor), CD19 (B limfosit), CD4/CD8(immun reaktivlik indeksi -IRI) təyini İmmunofluoresent sınağı vasitəsi ilə yerinə yetirilibdir.

Neytrofillərin faqositoz qabiliyyətini öyrənmək üçün faqositoz obyektinə kimi oponsizasiya etmiş maya göbələyindən istifadə edirdik.

Instrumental müayinələr döş qəfəsinin və qarın boşluğunun müayinəsindən, EKQ-dən sonra həyata keçirilirdi. Bütün xəstələrdə USM-dən istifadə olunmuşdur.

Qarındaxili təzyiqi (QDT) ölçmək üçün biz sidik kisəsinin katterizasiyasından istifadə edirdik.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi

Tədqiqatımızın əvvəlində ahil və qoca yaşlı qasıq yırtığı olan xəstələrdə QDT-in səviyyəsini dinamikada təyin edərək, onun yanaşı gedən xroniki xəstəliklərdən asılılığını öyrənmişik.

Müayinə olunan 154 xəstədən 19-nun cərrahi müalicəsi qarındaxili təzyiq (QDT) nəzərə alınmadan, 135-də isə cərrahi müalicədən öncə və sonra qarındaxili təzyiqin dinamikasını öyrənərək yerinə yetirilibdir.

QDT ölçülən xəstələrdən 23-ü qadın və 112-i isə kişi idi. QDT-in dinamikası 60-65 yaşında olan 30 xəstədə, 66-70 yaşında – 23, 71-75 yaşında – 41, 76-80 – 39 və 81 yaşından yuxarı 3 xəstədə təyin edilmişdir.

QDT təyin edilən 135 xəstədən 39-u qasıq yırtığının residivi, onlardan 7 isə təkrar residivi ilə qəbul olunmuşdurlar.

Yanaşı gedən xroniki xəstəliklərin hansının daha çox QDT-yə təsir edə bilməsinə görə şərti qruplara bölmüşük; onlarda QDT-in səviyyəsi dinamikada öyrənilərək 3-cü cədvəldə alınan nəticələr əks etdirilmişdir. Bu nəticələr nəzarət qrupunda olan xəstələrin QDT göstəriciləri ilə müqayisəli xarakterizə etmişik.

Cədvəl 3.

*Qasıq yırtığı və yanaşı gedən xroniki xəstəlikləri olan şəxslərdə
QDT-in əməliyyat önü səviyyəsi(cm su sütunu)*

Yanaşı gedən xəstəliklərə görə xəstələr qrupu	QDT (sm. sütünü)	P	A
Nəzarət qrupu (n= 20)	11,9±0,8 (7-19)		
Ürəyin işemik xəstəliyi (n=16)	15,2±1,5 (10-22)	>0,05	+8,4% (1,1 dəfə)
Hiperoniya(n=19)	12,9±1,6 (10-16)	<0,05	+27,7% (1,3 dəfə)
Siqaret çəkənin bronxiti (n=20)	22,1±2,7 (14-38)	<0,01	+85,7 (1,9dəfə)
Xroniki spastik kolit (n= 15)	28,7±3,5 (17-39)	<0,01	+141,2% (2,4 dəfə)
Yoğun bağırsağın divertikulyozu (n= 12)	47,9±4,2 (26-59)	<0,01	+302,5% (4,0 dəfə)
Adenomektomiyadan sonrakı vəziyyət (n= 15)	29,7±3,8 (15-39)	<0,01	+149,6% (2,5 dəfə)
Böyrək daşı xəstəliyi (n=9)	14,5±1,6 (10-19)	>0,05	+21,8% (1,2 dəfə)
Şəkərli diabet (n= 13)	11,7±0,4 (10-13)	>0,05	-

Hipertoniya qasıq yırtığı ilə yanaşı gedərkən, qarındaxili təzyiğin göstəricilərinə, nəzarət qrupundakı xəstələrə nisbətən hiss olunacaq səviyyədə (1,3 dəfə) təsir etməsinin şahidi olmuşuq.

Ürəyin işemik xəstəliyi olan 16 xəstədən 15-də 1-ci dərəcəli abdominal hipertenziya olmuşdur.

Siqaret çəkənin bronxiti qarındaxili təzyiqə çox ciddi şəkildə təsir etmişdir. . Siqaret çəkənin bronxiti olan xəstələrdən 14 –də II dərəcəli AH, 6-da isə III dərəcəli AH qeyd edilmişdir.

Spastik koliti olan xəstələrin QDT-in təyin edilməsindən əldə edilən nəticələri yekunlaşdırdıqda 15 xəstədən 12-də II dərəcəli abdominal hipertenziya, 3 xəstədə isə III dərəcəli abdominal hipertenziya olması təsdiq edilmişdir.

Aparılan müayinələrin nəticələri göstərdi ki, yoğun bağırsağın divertikulyozu olan xəstələrdə QDT yüksəkdir; 12 xəstədən 6 – da(50%) 2-ci dərəcəli abdominal hipertenziya və 6 xəstədə(50%) isə 3-cü dərəcəli abdominal hipertenziya mövcud idi.

Adenomektomiyadan sonrakı vəziyyət qeyd edilən 15 xəstədən 4-də 1-ci dərəcəli abdominal hipertenziya, 9-da isə 2-ci dərəcəli, 2-də isə III dərəcəli abdominal hipertenziya olması aşkar edildi

Böyrək daşı xəstəliyi olan 9 xəstədə 1-ci dərəcəli abdominal hipertenziya olması qeyd olunurdu .

Şəkərli diabet xəstəliyi QDT-nin yüksəlməsinə səbəb olmaması təsdiq edildi.

Aparadığımız müayinələr təsdiq etmişdir ki, qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə mövcud olan yanaşı gedən xəstəliklər qarındaxili təzyiğin səviyyəsinə təsir etməkdə eyni tərzdə rol oynayırlar; belə ki, şəkərli diabet qarındaxili təzyiği dəyişmədikləri halda, ürəyin işemik xəstəliyi, siqaret çəkənin bronxiti, xroniki spastik kolit, yoğun bağırsağın divertikuliti, prostat vəzisinin adenoması və adenomektomiyadan sonrakı vəziyyət qarındaxili təzyiğin artmasına çox ciddi təsir göstərirlər.

Ona görə də ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə baş verən qasıq yırtığında müalicə taktikasını seçəndə həmin yanaşı gedən xəstəliklər ciddi şəkildə araşdırılmalı və aşkar edilərək müvafiq operasiyaönu və sonrası kompleks müalicə tədbirləri yerinə yetirilməlidir.

Digər tərəfdən adenomektomiya keçirmiş xəstələrdə planlı sürətdə qasıq yırtığının plastikası ənənəvi üsullarla aparılacaqsa bunun yalnız prostatın adenoması xaric edildikdən keçən 2,5-3 il ərzində yerinə yetirilməsi məqsədə uyğun sayılmalıdır.

QASIQ YIRTIĞI OLAN AHIL VƏ QOCA YAŞLI XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK-DAMAR SISTEMİNİN VƏZİYYƏTİ.

Qeyd olunduğu kimi 154 xəstədən 18-də ürəyin işemik xəstəliyi, 27-də hipertoniya xəstəliyi və 9 xəstədə postinfarkt kardiosklerozu qeyd edilirdi ki, bunların da hamısı birlikdə qasıq yırtığı ilə bizə müraciət etmiş xəstələrin ümumi sayının 35%-ni təşkil etmişdir.

Ürək və qan damarlarında mövcud olan həmin patoloji proseslər operasiyaönu bizim tərəfimizdən olduqca dəqiqliklə araşdırılır və kardio-loqun iştirakı ilə xüsusi müayinə və müalicə tədbirləri həyata keçirilirdi. Biz tədqiqat apardığımız xəstələr qrupunda sistolik qan təzyiqinin 150 mm c. s. və diastolik qan təzyiqinin 90 mm olduğu hallarda, cərrahi əməliyyat öncəsi hipotenziv preparatların təyin edilməsini lazım bilirdik. Bu zaman «qan təzyiği normaya nə qədər yaxındırsa kardiovaskulyar risk o qədər azdır» prinsipini əsas tuturduq.

Hansı preparata (və ya qruplara) ilk öncə təyinatda üstünlük verilməsi məsələsində isə hamılıqla qəbul olunmuş beta-blokatorlar və diuretiklərə üstünlük verirdik. Müalicə prosesində xəstələrin əvvəllər hansı

antihipertenziv dərman qəbul etmələri ilk növbədə nəzərə alınır. Belə ki, 27 hipertoniya qeyd edilən xəstələrdən 19-u qan təzyiqini müalicə etmək üçün əvvəllər müalicə almışdılar. Bunlardan 14-ü reqlulyar olaraq kalsium antoqonistləri qəbul etməklə qan təzyiqini onlar üçün adekvat olan səviyyədə saxlayırdılar; 5 xəstə isə özünü pis hiss etdikdə ACE inhibitorlarından 1-2 gün ərzində istifadə etmişlər.

Biz qeyd edilən sxem əsasında 3-5 gün müddətində 27 xəstədən 23-də arterial təziqi orta hesabla 150/80 mm c. s. səviyyəsinə sala bildik; digər 4 xəstə isə 7-9 gün müddətində müalicə aldıqdan sonra hemodinamikası sabitləşərək, operasiya oluna biləcək hala düşdülər (A/t 150-155/80-85 mm c. s.).

Ürəyin işemik xəstəliyi qeyd edilən 16 xəstələrə uzun müddət təsirə malik nitrat preparatları (sustaq, nitronq) 1 həftə müddətində operasiya önu təyin edirdik; bunlardan əlavə sedativ preparatlar (seduksen 0,005, elenium 0,01 gündə 2-3 dəfə) və antikoagulyantlar da təyinatə əlavə olunurdu. Miokardın işemik xəstəliyində biz 2%-1-2 ml papaverin əzələ daxilinə yeridirdik; vena daxilinə gündə 1 dəfə eufillin 24%-1-2 ml, 0,25%-izoptin 1-2 ml və kokorboksilaza təyin edirdik. 3 xəstədə isə qeyd edilən müalicələrə 20-40 mq anaprilin (obzidan) daxil etmişik.

9 xəstədə keçirilmiş infarktdan sonra kardioskleroz əlamətləri qeyd olunurdu. Biz bu xəstələri infarktdan 2-2,5 il sonra qasıq yırtığına görə əməliyyata götürmüşük. Bu zaman ürək fəaliyyətinin adekvat olması əsas şərt kimi qəbul olunubdur. Həmin xəstələrin kardioqrammasında miokardın infarktdan sonrakı çapıq dəyişikliyi aşkar qeyd olunurdu. Bu xəstələri də miokardın işemik xəstəliyində apardığımız müalicə tədbirləri ilə əməliyyata 7-9 gün ərzində hazırlayırdıq.

QASIQ YIRTIGI OLAN AHIL VƏ QOCA YAŞLI XƏSTƏLƏRDƏ HEMOKOAGULYASIYANIN DINAMİKASI.

Operasiyaönu təyin edilmiş koaquloqrammaların nəticələrinə əsasən biz 89 xəstəni 3 qrupa böldük. I qrupa yüngül dərəcəli hiperkoagulyasiya göstəriciləri olan 21 xəstə; II qrupa orta ağırlıqda hiperkoagulyasiya qeyd edilən 40 xəstə və 3-cü qrupa ağır dərəcədə hiperkoagulyasion dəyişikliyi olan 28 xəstə daxil etdik. Xəstələrin koaquloqrammasını analiz edib qeyd edilən hiperkoagulyasion vəziyyəti tənzimlənməsi taktikasını həmin ağırlıq qrupuna uyğun şəkildə seçirdik.

I qrup xəstələrə operativ müdaxilədən sonra gündə 3 dəfə qarın dərisinə 0,3 kleksan təyin edirdik və əməliyyatın 5-ci günündən etibarən kleksanın inyeksiyasını dayandırıb, gündə 2 dəfə 0,5 aspirin 10 gün ərzində qəbul etməsini məsləhət görürdük.

II qrupda olan xəstələrə hernioplastikadan sonra 0,3 kleksan 3 dəfə 7 gün ərzində təyin edirdik; 8-ci gündən etibarən xəstələr 0,5 aspirin 2 dəfə 2 həftə ərzində qəbul edirdilər.

III qrup xəstələrdə əməliyyat öncəsi 3-5 gün ərzində heparinoterapiya (kleksan 0,6 x 3) alır və protrombin indeksi 80%, laxtalanma müddəti 5 dəqiqə və ondan çox olduqdan sonra hernioplastika əməliyyatına götürülürdülər; əməliyyatdan sonra onlara gündə 3 dəfə 0,3 kleksan 10-12 gün ərzində davam etdirilirdi. Aparılan heparinoterapiya protrombin indeksi 88-90% səviyyəsində və laxtalanma müddətini 4,5-5 dəqiqə saxlamağa imkan verirdi. Heparinoterapiyanın 10-12-ci günündən etibarən xəstələrə kiçik molekullu heparin yeridilməsini dayandırdıqdan sonra, protrombin indeksi, trombosit sayı və LM nəzarəti altında kumarin preparatları təyin olunurdu; bu xəstələr ambulator nəzarətində daha 2 həftə saxlanaraq (sidikdə eritrositlər, qanda protrombin indeksi təyin etməklə), tədricən kumarin preparatı kəsilib, daha 1 ay ərzində aspirin (0,5x2 dəfə) qəbul edilməsi tövsiyə olunurdu.

Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsi.

Qasıq yırtığı ilə bizə müraciət edən 154 xəstədən 135-ni QDT-ni ölçməklə, 19 xəstəni isə ənənəvi üsulla (QDT-ni nəzərə almadan) hernioplastika yerinə yetirmişik. Bu xəstələrdən 113 (73,4%) xəstəni regional-spinal anesteziya altında və 41 (26,6%) xəstəni isə 0,5%-li novokainlə yerli anesteziya tadbq etməklə cərrahi müalicə etmişik.

Qeyd edildiyi kimi ənənəvi üsulla, 19 ahıl və qoca yaşda olan xəstə qasıq yırtığına görə cərrahi müalicəyə uğrayıblar; onlardan 4 xəstədə şəkərli diabet qeyd edilirdi.

Qarındaxili təzyiqi nəzərə almadan hernioplastika keçirmiş 19 xəstədən çəp yırtığı olan 11 xəstədə Jirar üsulu, 4 düz və 4 residiv yırtığı olmuş xəstələrdə isə Bassini üsulu ilə plastika yerinə yetirmişik.

19 xəstədən 2-də (10,5i7,0%) residiv qeyd etmişik (bunlardan 3 il ərzində - 1, və 5 il ərzində – 1residiv baş vermişdir). Baş verən residivlərdən 1-i residiv vermiş qasıq yırtığı ilə qəbul edilmiş 4 xəstə arasında müşahidə edilmişdir. Digər residiv qasıq kanalının ön divarının plastikasından sonra qeyd olundu. QDT təyin edilən 135 xəstədən 48(35,6%-də I dərəcəli abdominal hipertenziya, 47(34,8%-də II dərəcə və 40(29,6%-da isə III dərəcə abdominal hipertenziya qeyd olunurdu.

Qasıq yırtığı olan və I dərəcəli abdominal hipertenziya qeyd edilən xəstələrdə QDT-in səviyyəsini normal rəqəmlərə endirə bilmək məqsədi ilə operasiya önü korreksiya edici müalicə tədbirləri 3-5 gün, II dərəcəli abdominal hipertenziya qeyd edilən xəstələrdə 7-10 və III dərəcəli

abdominal hipertenziyası olan xəstələrdə 12-15 gün(bəzən də 30 gün) ərzində müvafiq müalicə tədbirlər aparmaq lazım gəlirdi.

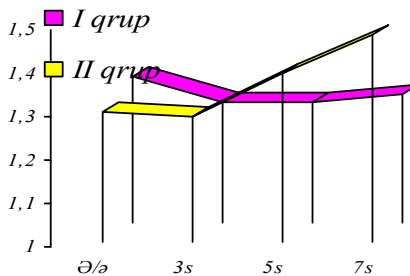
Ahıl və qoca yaşlı xəstələrə xas olan patofizioloji dəyişikliklər və onlarda mövcud olan çoxsaylı yanaşı gedən xəstəliklər qasıq yırtığının plastikasının aparılmasında ciddi problemlər yaradaraq operasiyadan sonrakı fəsadların(xüsusən də residivlərin) sayını artırır. Bunun profilaktikası kimi son zamanlar sintetik materiallardan istifadə etməklə hernioplastikanın aparılması geniş yayılıbdir. Biz də Lixtenşteyn üsulundan istifadə etmişik. Lixtenşteyn üsulu ilə aparılan hernioplastikanın yerli toxuma reaksiyasına, immunitetin əsas göstəricilərinə və qan zərdabında immunitetin göstəricilərinə təsirini təyin etmək məqsədi ilə biz qasıq yırtığı olan(təxminən cinsə, yaşa və bədən çəkisinə görə eyni səviyyədə olan) hərəsinə 10 xəstə olmaqla 2 qrupa bölünmüş xəstələr üzərində tədqiqat aparmışıq.

1-ci qrup xəstələrə hernioplastika sintetik tor (İtaliyanın «Gallini» firmasının polipropilen torundan istifadə edilmişdir) vasitəsi ilə, ikinci qrupa isə bədən özünün toxumalarından istifadə etməklə(ənənəvi üsulla) yerinə yetirilmiş və hər 2 qrupda dərialtı sahədə diametri 3mm olan silikon boru saxlanılmışdır.

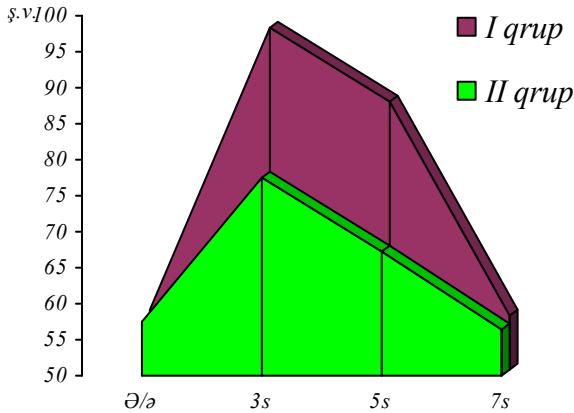
Postoperasion dövrdə 1,3, 5 və 7-ci günlər borudan şprislə aspirasiya edilərək alınan mayədə toxuma və humoral immunitetin göstəricilərinin səviyyəsini, eksudatda olan qanın formalı elementlərinin miqdarını və qan zərdabında toxuma və humoral immunitetin səviyyələrini təyin edirdik.

T helperlərin Tsupressorlara olan nisbəti (CD4+/CD8+) immunitetin informatik göstəricisidir (İRİ) təyin edilirdi;alınan nəticələr aşağıdakı diaqramlarda əks etdirilmişdir.

Polipropilen torundan istifadə ilə yerinə yetirilən hernioplastika (1-ci qrup) ilə autohernioplastika(2-ci qrup) aparılan xəstələrdə immunitetin informatik göstəricisinin (İRİ) dinamikası.



Polipropylen torundan istifadə ilə yerinə yetirilən hernioplastika (1-ci qrup) ilə autohernioplastika(2-ci qrup) aparılan xəstələrdə dövr edən immunokomplekslərin (DİK) dinamikası



Diqramlardan görüldüyü kimi, sintetik materialdan istifadə edilməsi xəstələrdə toxuma və humoral göstəricilərin səviyyəsini ənənəvi üsulla hernioplastika aparılan xəstələrin göstəricilərinə nisbətən azaltmaqla bərabər, yerləşdirildikləri toxumalarda daha çox reaktiv cavaba səbəb olaraq, İtixab faktorlarının daha çox yaranmasına gətirib çıxarır.

Tədqiqatların nəticələri əsasında biz ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsində qarındaxili təzyiqin səviyyəsini, yanaşı gedən xəstəlikləri, immunitet göstəricilərinin vəziyyətini və yırtığın növünü nəzərə almaqla bir **alqoritm işləyib hazırlayaraq** ona uyğun şəkildə əksər xəstələrin müalicəsini həyata keçirməyə başladırıq:

1-ci dərəcəli abdominal hipertenziya fonunda çəp qasıq yırtığı olan və immun göstəriciləri adekvat səviyyədə olan xəstələrə tərəddüd etmədən Jirar üsulu ilə hernioplastika yerinə yetirirdik; amma bu xəstələrdə immunitet göstəriciləri normadan hiss olunan dərəcədə aşağı səviyyədə olduqda onlara Bassini və ya Lixtenşteyn üsulunu tətbiq edirdik.

AH I təyin edilən və düz qasıq yırtığı təyin edilən xəstələrdə Bassini üsuluna üstünlük verilir, immunitet səviyyəsi azalanlarda isə Bassini üsulu ilə Lixtenşteyn üsulu arasında seçim olunurdu.

2-ci dərəcəli abdominal hipertenziya qeyd edilən xəstələrdə çəp və düz qasıq yırtığının Bassini üsulu ilə hernioplastika aparırıq(xroniki yanaşı gedən xəstəliklərin xüsusiyyətini nəzərə almaqla bəzi hallarda Lixtenşteyn

üsuluna əl atırdıq). Bu qrupa daxil olan residiv qasıq yırtığı təyin edilmiş xəstələrə Lixtenşteyn üsulunun tətbiqini göstəriş sayırıq.

3-cü dərəcəli AH olan xəstələrdə və residiv yırtıqlarda immuno-korreksiyadan istifadə etməklə Lixtenşteyn üsulunu tətbiq edirdik. Bu xəstələrdə iltihabi prosesin qarşısının alınması üçün postoperasion dövrdə müvafiq immunkorreksiyedici, antibakterial və AH-nı tənzimləyici konservativ terapiyanın təyin edilməsi zərurəti vardır.

Antibiotikoterapiyanın dozası və müddəti xəstələrin ümumi vəziyyətindən, operasiya önu aşkar edilmiş yanaşı gedən xroniki xəstəliklərdən və lazım gəldikdə aparılan mikrobioloji analizlərin nəticələrindən asılı olaraq dəyişirdi.

Tətbiq edilən fərqli müalicənin nəticələri:

QDT, nəzərə alınmadan 19 xəstədə aparılan cərrahi müalicədən sonra 2 xəstədə residiv baş vermişdir; yaranan irinləməsi 2 halda və onun seroması 1 xəstədə qeyd edildi. QDT nəzərə alınmaqla cərrahi müalicə aparılan 135 xəstədən 3(2,2%)-də yaranın irinləməsi, 5(3,7%) xəstədə yaranın «seroması», 2(1,5%) xəstədə isə tikişlərin çıxarılmasından sonra yara kənarlarının aralanması qeyd ediləlibdir.

154 qasıq yırtığına görə hernioplastika keçirmiş xəstələrdən 123-də uzaq nəticələri öyrənə bilmişik. Bunlardan 5 ilə qədər 51 xəstə (2 residiv), 3 ilə qədər – 39 (2 residiv), 2 ilə qədər – 33 (2) xəstə təkrar müayinə olunublar.

Xəstələr ahıl və qoca yaşlarında olduğundan, cərrahi əməliyyatdan keçən 3-5 il sonra 22 xəstə dünyasını dəyişmişlər, 9 xəstə isə nəzarətimizdən itmişdir.

154 xəstədə hernioplastikadan sonra 6 halda residiv qeyd edilmişdir ki, bu da 3,9%% təşkil edir; bunlardan QDT təyini və tənzimlənməsi ilə əməliyyata uğramış 135 xəstədən 4-də (3%) residiv qeyd edilmişdir; digər 2 residiv 19 ənənəvi üsulla hernioplastika keçirmiş xəstələr içərisində qeyd edilmişdir ki, bu da 10,5% təşkil edir. Başqa sözlə desək QDT-i ölçərək və tənzimləyərək cərrahi müdaxiləyə uğramış 135 xəstə arasında isə residiv cəmi 3% halda qeyd ediləlibdir.

Qeyd edilənlər belə bir nəticəyə gəlməyə əsas verir ki, ahıl və qoca yaşlı şəxslərdə qasıq yırtığı adətən bir neçə yanaşı gedən xəstəliklərlə birgə davam edir; bu xəstəliklərin bir çoxu qarındaxili təzyiqli artırır ki, bu da öz növbəsində qasıq yırtığının yaranmasında, böyük ölçülərə çatmasında və hernioplastikadan sonra residivin baş verməsində müəyyən rol oynayır.

Digər tərəfdən, şəkərli diabetin hər 2 qrupda residiv vermiş 6 xəstədən 4-də mövcud olması, bu patoloji prosesin yırtığın sağalmasında mənfəi rol oynamasına dəlalət edir.

Beləliklə, ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə QDT-in təyini və tənzimlənməsi ilə aparılan hernioplastikadan sonra residiv QDT nəzərə alınmadan yerinə yetirilən yırtıq plastikasından 3 dəfə az (10,8%-ə qarşı 3,4%) müşahidə olunur.

Residiv yırtıqlarda Lixtenşteyn üsulunun tətbiqi təkrar residivlərin sayını minimuma endirir. Lixtenşteyn üsulu ilə hernioplastika yerinə yetirildikdən sonra aparılan bütün profilaktik tədbirlərə baxmayaraq allotransplantatın irinləməsi təhlükəsi (xüsusən də şəkərli diabeti və immun göstəriciləri zəif olan xəstələrdə) az da olsa (bizim təcrübəmizdə 3,8%) qalmaqdadır.

Nəticələr:

1. Qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qarın daxili təzyiq(QDT) yüksəkdir və 7,5-14 sm su sütunu (norma <7,4 sm s-s) arasında dəyişməkdədir. Abdominal hipertenziya ilə qasıq yırtığının residiv verməsi arasında birbaşa asılılıq mövcuddur; residiv verən qasıq yırtıqlarında QDT-in 2-ci və 3-cü dərəcəli yüksəlməsi qeyd edilir.

2. Qasıq yırtığı qeyd edilən ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə şəkərli diabet 20,7%, hipertoniya xəstəliyi 17,5%, xroniki spastik kolit -15%, siqaret çəkənin bronxiti-13%, ürəyin işemik xəstəliyi-11,7%, yoğun bağırsağın divertikulyozu-9%, öd daşı xəstəliyi-7,2%, aşağı ətrafların varikozu-7,1%, böyrək daşı xəstəliyi-6,5% və postinfarkt kardioskleroz- 5,8% halda rast gəlinir. Yoğun bağırsağın divertikulyozu QDT-ni 4 dəfə, xroniki spastik kolit 2,4 dəfə, adenomektoniyadan sonrakı vəziyyət 2,5 dəfə, xroniki bronxit 1,9 dəfə, böyrək daşı xəstəliyi 1,2 dəfə və ürəyin işemik xəstəliyi 1,1 dəfə QDT-ni yüksəldir.

3. Qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə hiperkoagulyasiyanın yüngül dərəcəli 23,6%, orta ağırlıq dərəcəsi- 45% və ağır dərəcəli 31,4% halda qeyd edilir; həmin xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə tromboemboliyanın profilaktikası məqsədi ilə protrombin indeksinin $80 \pm 5\%$, laxtalanma müddətinin 5 dəqiqə və ondan yüksək olmasını əldə edənə kimi müvafiq antikoagulyant müalicəsi tətbiq edilməli və belə müalicə postoperasion dövrdə də davam etdirilməlidir.

4. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə Lixtenşteyn üsulu ilə yerinə yetirilən hernioplastika xəstələrin öz toxumalarından istifadə edilməklə aparılan hernioplastikaya nisbətən humoral və toxuma immunitetinin

əsas göstəricilərini 12-15% azaldır, yerli toxumalarda reaktiv cavaba səbəb olaraq, iltihab faktorlarının daha çox yaranmasına və ekssudasiyanın 1-1,5 dəfə artmasına səbəb olur.

5. I dərəcəli AH qeyd edilən çəp qasıq yırtığı qeyd edilən ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə, bəzi istisnalar olmaqla, xəstələrin öz toxumaları hesabına qasıq kanalının ön divarının, I və II dərəcəli AH olanlarda qasıq kanalının arxa divarının plastikasını nəzərdə tutan üsullar tətbiq edilməsi zəruridir; III dərəcəli AH olan çəp və düz qasıq yırtıqları, həmçinin residiv vermiş qasıq yırtıqlarının Lichtensteyn üsulu ilə henrioplastikası məqsədə uyğundur. Bu tələblərə uyğun yerinə yetirilən hernioplastikadan sonra yarada ağırlaşmalar 2, residiv isə 3 dəfə az (10,8%-ə qarşı 3,2%) müşahidə olunur.

Praktiki tövsiyələr:

1. Qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qarın daxili təzyiqin təyin edilməsinin ən sadə üsulu sidik kisəsinə yeridilən Folley kateterinin sulu manometrlə birləşdirərək ölçülməsidir.

2. Abdominal təzyiq 7,5-12 sm su sütunu səviyyəsində olduqda I(yüngül) dərəcəli abdominal hipertenziya (AH); 12-15sm su sütunu səviyyəsində 2-ci (orta) dərəcəli və 15,5 sm və yuxarı su sütunu səviyyəsində olduqda isə 3-cü (ağır) dərəcəli AH kimi qiymətləndirilməlidir.

3. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə ürək-damar,tənəffüs, həzm sisteminin və sidik yollarının xroniki xəstəlikləri,diabet, hemokoaqulyasiya pozğunluqları nisbətən çox təsadüf ediliyindən, operasiyaönu dövrdə,müvafiq mütəxəisslərlə birgə konservativ müalicə tədbirləri tətbiq edərək qarın daxili təzyiqi 7-10cm su sütunu, qlikemiya 9-12mmol/l, protrombin indeksi 80% olmasına çalışmaq lazımdır; qeyd olunan müalicə tədbirləri hernioplastikadan sonrakı dövrdə də davam etdirilməlidir.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə çap olunmuş elmi işlərin siyahısı:

1. Ahıl və qoca yaşında qasıq yırtığı olan xəstələrdə yanaşı gedən xəstəliklərin tezliyi // Cərrahiyyə, 2012, 1., S.31-35 (həmmüəllif H.B.Isayev, Ə.A.Əliyeva, N.C.İmanova)
2. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının müalicəsi. Sağlamlıq jurnalı, 2012, N 1. Səh. 15-19, (Ədəbiyyat icmalı)

3. Синдром повышенного внутрибрюшного давления (compartment syndrome)// Georgian Medical News.-Tbilisi, 3, 2012, s.11-17 (həmmüəllif H.B.İsayev)
4. Исторические аспекты лечения паховых грыж// Az.Təb.Nəal. 2012, 4,s.42-47 (həmmüəllif H.B.İsayev)
5. Sintetik torun aponevroz altına və üzərinə yerləşdirilməsi ilə aparılan qasıq yırtığı plastikasında toxuma reaksiyasının xüsusiyyətləri. Sağlamlıq jurnalı, 2012, N 5. Səh. 38-41,(həmmüəllif H.B.İsayev)
6. Qasıq yırtığı olan gerontoloji xəstələrin immun statusu. Ə.M.Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konf.məcmuəsi, Bakı, 2013, səh.132-134, ,(həmmüəllif Sadiqov R.V.,Əhmədova L.M.,Hacıyeva G.K.
7. Ahıl və qoca yaşlarında residivli qasıq yırtığı olan xəstələrin immun statusu. Azərbaycan Tibb jurnalı, 2013, N 2. Səh. 59-62, ,(həmmüəllif İsayev H.B. Sadiqov R.V.,Əhmədova L.M., Hacıyeva G.K.)
8. The influence of concomitant diseases on intraabdominal pressure at patients with inginal hernias at elderly and senyl age// Abstracts of 13 international euroasian konqreess of surgery and qastroent. Baku, 12-15.9.2013,p.34 (həmmüəllif H.B.İsayev, T.Əlləzov).
9. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsinin müasir aspektləri, Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, N 3, 2013, səh. 154-159.
10. Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsi. Metodiki tövsiyə. Bakı-2012, 17 s. (həmmüəllif H.B.İsayev. E.A.Əliyeva).

N.KH. SAHRATOV
THE CONTEMPORARY ASPECTS OF INGUINAL HERNIA
SURGICAL TREATMENT IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Between 2000 and 2012, 154 elderly and senile patients suffering from inguinal hernia were treated and evaluated. There were 29 women and 125 men. 20 volunteers served as controls. Out of 154 patients 79 (52.3%) patients developed oblique inguinal hernia, 36 (23.4%) patients developed a direct inguinal hernia and 39 (25.3%) patients developed recurrent inguinal hernia. Intra-abdominal pressure (IAP) was measured via catheter placed in the urinary bladder. Intra-abdominal pressure was measured in 135 patients. In 48 of them the stage I abdominal hypertension (AH) has been diagnosed (IAP=7.0-15.0 cm of water column), in 47 patients-stage II AH (IAP=15.0-25 cm of water column), in 40 patients-severe stage III AH (IAP>25 cm of water column). In the present study it was stated that significant rise in IAP resulted from concomitant diseases such as: ischemic heart disease, chronic bronchitis of current smokers, chronic spastic colitis, colon diverticulosis. Based on the investigations performed, we adopted the following algorithm for inguinal surgical treatment: a) in preoperative period with the participation of suitable specialists for the prophylaxis of postoperative complications and recurrences, it is recommended to lower the levels of glycemia up to 9 mmol/l, blood pressure-to 160/90 mm Hg, IAP-to 8-10 cm of water column and we feel that it is obligatory to eradicate hypercoagulation. These measures require 5-15 (sometimes 30) days before surgery. In this category of patients in the presence of stage I AH for oblique inguinal hernia with rare exclusions the operation of choice is autoplasty of the anterior wall of inguinal canal, for stage II and III AH it is recommended to use a plasty of the posterior wall of inguinal canal (according to Bassini methods). In the patients with stage III AH for all types of inguinal hernia it is recommended a hernioplasty according to Liechtenstein methods. In conclusion, the results of algorithm developed by us demonstrate that after surgery according to the requirements of above said algorithm a number of complications had been twice reduced (3.2% vs 10.8%). Moreover, it appears that after alloplasty a local tissue reaction in immune system is 12-15% higher than in the patients who underwent hernioplasty using traditional methods.

САХРАТОВ Н.Х.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
РЕЗЮМЕ

За период с 2000-2012 г.г. нами проведено обследование и лечение 154 больных пожилого и старческого возраста с паховыми грыжами. Женщин было-29, мужчин 125.

Контрольную группу составляли 20 добровольцев. Из 154 больных косая паховая грыжа установлена у 79 (52,3%), прямая у 36 (23,4%) и рецидивная паховая грыжа-у 39 (25,3%) больных.

Внутрибрюшное давление (ВБД) измеряли через катетер введенный в мочевого пузыря. У 135 больных определено ВБД: из них у 48 больных усановлен абдоминальная гипертензия (АГ) 1-й степени (ВБД= 7,0-15,0 см водяной столбы), у 47-и АГ 2-й степени (ВБД=15,0-25см вод. Ст.) и у 40 больных АГ тяжелой-3-й степени (ВБД>25 см вод.ст). Установлено, что из сопутствующих заболеваний ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит курильщиков, хронический спастический колит, дивертикульез толстого кишечника, аденома простаты и состояние после аденэктомии простаты являются причиной существенного повышения ВБД. Нами разработан алгоритм для хирургического лечения указанных больных: а)дооперационном периоде необходимо снижение уровня гликемии до 9 ммол/л, артериальное давление до 160/90 мм РТ.ст, ВБД – до 8-10 см вод.столба и устранять гиперкоагуляции. При наличие АН 1-й степени при косых паховых грыжах с редкими исключениями операцией выбора является, аутопластика передней стенки пахового канала; при 2-м и 3-м АГ- целесообразно применять пластику задней стенки пахового канала (по методу Бассини).

У больных с АГ 3-й степени при всех видах паховых грыж необходимо выполнение герниопластики по Лихтенштейну. Результаты применяемые нами алгоритма доказали что, после операций выполненной согласно требованию указанного алгоритма число осложнений сризились 2 раза, и рецидивы в 3 раза (3,2% против 10,8%).В то же время после аллопластики местная реакция тканей и общая реакция в иммунной системы на 12-15% выше, чем у больных, которым герниопластика выполнена традиционным способом.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
М.А.ТОПЧУБАШОВА

На правах рукописи

НАСИБ ХУДДАМ ОГЛЫ САХРАТОВ

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

32.13.01 – Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой
степени доктора философии по медицине

БАКУ – 2014