

Получена: 30 Сентября 2021 / Принята: 06 Декабря 2021 / Опубликовано online: 30 Декабря 2021

DOI 10.34689/SH.2021.23.6.013

УДК 616.681-007.43-089.168.7

РЕЦИДИВТІ ШАП ЖАРЫҒЫН ЕМДЕУ ӘДІСІ

Мейрбек Ж. Аймагамбетов¹, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>

Медет Ә. Әуенов¹, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>

Саматбек Т. Абдрахманов¹, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>

Назарбек Б. Омаров¹, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>

Есенгазы О. Масалимов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6236>

Ринат К. Тайбуиров², <https://orcid.org/0000-0002-1404-0949>

Алдияр Е. Масалов¹, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Ерасыл Ә. Мұқаш¹, <https://orcid.org/0000-0002-3337-7643>

Шынғыс О. Орынбасаров³, <https://orcid.org/0000-0002-9321-1426>

¹ Госпиталды және балалар хирургия кафедрасы, «Семей Медицина университеті» ҚеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

² Университеттік госпиталь «Семей Медицина университеті» ҚеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

³ Эскери кафедра, «Семей Медицина университеті» ҚеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

Түйіндеме

Кіріспе: Герниологияның қазіргі жетістіктеріне және шап жарығының хирургиялық емінң көптеген әдістерінің болуына қарамастан алдыңғы құрсақ қабырғасының жарықтарын хирургиялық емдеу әлі күнге дейін абдоминалді хирургияның өзекті мәселесі болып табылады, оған себеп алыстатылған кезеңдегі асқынулардың жоғары болуы мен рецидив жиілігі 5-47%-ды құрауы.

Рецидивті шап жарықтармен науқастардың операция барысында қиындық туғызатыны анатомиялық құрылымдардың өзгеруіне, тіңдердегі тыртықтық үрдістеріне, жарықтың сырғымалы түрінің пайда болуына, п. ilioinguinalis және репродуктивті аймақтың зақымдану қауіптілігіне негізделген, осының бәрі операция орындаудағы ерекше әдісті ойлап табуды қажет етеді [5, 16].

Жоғарыдағы мәселелерге сүйене отырып, зерттеуді жүргізуге негіз болған операциядан кейінгі рецидивті шап жарықтарымен науқастарды хирургиялық емдеу нәтижелерін жақсарту үшін оны ары қарай клиникалық зерттеу қажет.

Мақсаты: Клиникада жетілдірілген тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісін қолдана отырып рецидивті шап жарықтарының хирургиялық емдеу әдістерін талдау.

Зерттеу әдістері: «Семей медицина университеті» Коммерциялық емес Акционерлік Қоғамы Университеттік госпиталінің («СМУ» ҚеАҚ УГ) госпиталды және балалар хирургия кафедрасына қарасты ересектер хирургия бөлімшесінде 2013 - 2020 жылдар аралығында рецидивті шап жарығына байланысты операция жасалынған 158 науқастың хирургиялық ем нәтижелерін талдау. Науқастардың жасы 24 – 74 жас, орташа жасы $58,8 \pm 5,2$ құрады. Рецидивті шап жарығын тасымалдау ұзақтығы - 9 айдан 12 жыл. Жарықтың оң жақта - 83 (52,6%), сол жақта - 62 (39,2%) және екі жақты орналасуы – 13 (8,2%) науқаста анықталған. Барлық науқастарға тіңдердің тартылуынсыз аллопластика әдісі қолданылуына байланысты негізі және бақылау тобына бөлінді.

Нәтижелері: Зерттеу нәтижелерін бағалау операциялық араласу, операциядан кейінгі ауырсыну синдромы, қозғалыс белсенділігі, операциядан кейінгі тігіс аймағындағы тіңдердің асқынуы, стационардағы төсек күндері, асқынулардың болуы сипатына байланысты жүргізілді. Осы критерийлер рецидивті шап жарығы бар науқастардың операцияларына негізделген басым мәнге ие болды. Операцияның орташа ұзақтығы $48,3 \pm 2,2$ мин. Біздің зерттеуіміз бойынша клиникада жетілдірілген тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісімен операция жасалған науқастардың орташа төсек-күндері $7,4 \pm 0,8$ күнді құраса, бақылау тобындағы Лихтенштейн бойынша тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісімен операция жасалған науқастардың орташа төсек-күндері $9,5 \pm 1,1$ күнді құрады.

Қорытынды: Лихтенштейн әдісі бойынша тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдістерінен кейін асқыну жиілігі 22,5%, ал ұсынылған клиника әдісі бойынша тіңдердің тартылуынсыз герниопластикасының асқынуы 9% - ды құрады.

Алыстатылған нәтижелерді талдағанда негізі топта өте жақсы нәтижелер бақылау тобына қарағанда 2,2 есеге жоғары. Сондай-ақ клиникада жетілдірілген тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісі сан жарықтарының алдын алады.

Түйінді сөздер: шап жарығы, рецидив, тіңдердің тартылуынсыз герниопластика, аллопластика, өмір сүру сапасы.

Abstract

METHOD OF TREATMENT FOR RECURRENT INGUINAL HERNIAS**Meyrbek Zh. Aimagambetov¹**, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>**Medet A. Auyenov¹**, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>**Samatbek T. Abdrakhmanov¹**, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>**Nazarbek B. Omarov¹**, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>**Есенгазы О. Масалимов¹**, <https://orcid.org/0000-0001-6236>**Rinat K. Taiburov²**, <https://orcid.org/0000-0002-1404-0949>**Aldiyar Y. Masalov¹**, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>**Yerasyl A. Mukash¹**, <https://orcid.org/0000-0002-3337-7643>**Shyngys O. Orynbasarov³**, <https://orcid.org/0000-0002-9321-1426>¹Department of Hospital and Pediatric Surgery, NCJSC «Semey Medical University», Semey, Republic of Kazakhstan;²University Hospital NCJSC «Semey Medical University», Semey, Republic of Kazakhstan;³Military Department, NCJSC «Semey Medical University», Semey, Republic of Kazakhstan.

Introduction: Despite modern achievements in herniology and the availability of a large number of methods of surgical treatment of inguinal hernia, surgical treatment of hernias of the anterior abdominal wall is still an urgent problem in abdominal surgery, which is caused by a high rate of complications and recurrences in the long-term period of 5-47%.

In patients with recurrent inguinal hernias during the operation, there are difficulties with changing the anatomical structures, cicatricial processes in the tissues, the appearance of a sliding form of a crack, n. ilioinguinalis and is based on the risk of damage to the reproductive zone, all this requires the invention of a special method for performing the operation [5, 16].

Based on the above questions, in order to improve the results of surgical treatment of patients with postoperative recurrent inguinal hernias, which served as the basis for the study, further clinical research is needed.

Aim of the study: Analysis of the results of surgical methods for the treatment of recurrent inguinal hernias using non-stretch hernioplasty according to the clinical method.

Materials and research methods: Analysis of the results of surgical treatment of 158 patients admitted in the period from 2013 to 2020 to the Department of Adult Surgery at the Department of Hospital and Pediatric Surgery of the University Hospital of the Non-Commercial Joint Stock Company "Semey Medical University" (UG NJSC "IUS"). The age of patients ranged from 24 to 74 years, the mean age was 58.8 ± 5.2 . The duration of carriage of recurrent inguinal hernias in patients ranged from 9 months to 12 years. Right-sided location of hernias was found in 83 (52.6%) patients, left-sided - in 62 (39.2%) and bilateral - in 13 (8.2%) patients. All patients, depending on the application of the alloplasty method of non-stretch hernioplasty, were divided into the main and control groups.

Results: The evaluation of the results of the study was carried out depending on the nature of the surgical intervention, postoperative pain syndrome, motor activity, tissue edema in the area of the postoperative suture, bed days in the hospital, and the presence of complications. These criteria were prioritized based on the operations of patients with inguinal hernia. The average duration of the operation was 48.3 ± 2.2 minutes. According to our study, the average bed-days of patients operated on by non-stretch hernioplasty according to the clinic method was 7.4 ± 0.8 days, and the average bed-days of patients operated on by the Liechtenstein non-stretch hernioplasty method in the control group was 9.5 ± 1.1 day.

Conclusions: The complication rate after non-stretch hernioplasty using the Lichtenstein method was 22.5%, and the complication of hernia repair from non-stretch hernioplasty using the clinic method was 9%.

When analyzing long-term results, very good results in the group are 2.2 times higher than in the control group. Also in the clinic, an improved non-stretch hernioplasty prevents the appearance of a hernia in the hips.

Key words: *inguinal hernia, recurrence, non-stretch hernioplasty, alloplasty, quality of life.*

Резюме

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ**Мейрбек Ж. Аймагамбетов¹**, <https://orcid.org/0000-0003-4699-8200>**Медет Ә. Әуенов¹**, <https://orcid.org/0000-0002-1809-9091>**Саматбек Т. Абдрахманов¹**, <https://orcid.org/0000-0002-4270-3498>**Назарбек Б. Омаров¹**, <http://orcid.org/0000-0002-6201-8263>**Есенгазы О. Масалимов¹**, <https://orcid.org/0000-0001-6236>**Ринат К. Тайбуров²**, <https://orcid.org/0000-0002-1404-0949>**Алдияр Е. Масалов¹**, <https://orcid.org/0000-0003-3386-1416>

Ерасыл Ә. Мұқаш¹, <https://orcid.org/0000-0002-3337-7643>

Шынғыс О. Орынбасаров³, <https://orcid.org/0000-0002-9321-1426>

¹ Кафедра госпитальной и детской хирургии НАО «Медицинский университет Семей»,

г. Семей, Республика Казахстан;

² Университетский госпиталь НАО «Медицинский университет Семей»,

г. Семей, Республика Казахстан;

³ Военная кафедра, НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан;

Введение: Несмотря на современные достижения герниологии и наличие большого количества методов хирургического лечения грыжи паховой области, хирургическое лечение грыжи передней брюшной стенки до сих пор является актуальной проблемой абдоминальной хирургии, причиной которой является высокая частота осложнений и рецидивов в отдаленном периоде 5-47%.

У больных с рецидивными паховыми грыжами в процессе операции возникают трудности с изменением анатомических структур, рубцовыми процессами в тканях, появлением скользящей формы трещины, п. ilioinguinalis и основано на опасности поражения репродуктивной зоны, все это требует изобретения особого способа выполнения операции [5, 16].

Исходя из выше изложенных вопросов, для улучшения результатов хирургического лечения больных послеоперационными рецидивными паховыми грыжами, что послужило основанием для проведения исследования, необходимо его дальнейшее клиническое исследование.

Цель: Анализ результатов хирургических методов лечения рецидивных паховых грыж с использованием ненатяжной герниопластики по методу клиники.

Материалы и методы исследования: Анализ результатов хирургического лечения 158 больных, поступивших в период с 2013 по 2020 годы в отделение взрослой хирургии при кафедре госпитальной и детской хирургии Университетского госпиталя Некоммерческого Акционерного Общества «Медицинский университет Семей» (УГ НАО «МУС»). Возраст больных от 24 до 74 лет, средний возраст составил $58,8 \pm 5,2$. Продолжительность носительства рецидивных паховых грыж у больных составила - от 9 месяцев до 12 лет. Правостороннее расположение грыж выявлено у 83 (52,6%), левостороннее - у 62 (39,2%) и двустороннее - у 13 (8,2%) больных. Все больные, в зависимости от применения метода ненатяжной герниопластики, были разделены в основную и контрольную группы.

Результаты: Оценка результатов исследования проводилась в зависимости от характера оперативного вмешательства, послеоперационного болевого синдрома, двигательной активности, отека тканей в области послеоперационного шва, постельных дней в стационаре, наличия осложнений. Эти критерии имели приоритетное значение, основанное на операциях пациентов с паховой грыжей. Средняя продолжительность операции $48,3 \pm 2,2$ мин. Согласно нашему исследованию, средние койко-дни больных, оперированных ненатяжной герниопластикой по методу клиники составили - $7,4 \pm 0,8$ дня, а средние койко-дни больных, оперированных методом ненатяжной герниопластики по Лихтенштейну в контрольной группе - $9,5 \pm 1,1$ дня.

Выводы: Частота осложнений после методов ненатяжной герниопластики по методу Лихтенштейна составила 22,5%, а осложнение после применения ненатяжной герниопластики по методу клиники - 9%.

При анализе отдаленных результатов очень хорошие результаты в основной группе в 2,2 раза выше, чем в контрольной группе. Так же клиника усовершенствованной ненатяжной герниопластики предотвращает появление грыжи в бедрах.

Ключевые слова: паховая грыжа, рецидив, ненатяжная герниопластика, аллопластика, качество жизни.

Библиографическая ссылка:

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Абдрахманов С.Т., Омаров Н.Б., Масалимов Е.О., Тайбуров Р.К., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә., Орынбасаров Ш.О. Рецидивті шап жарығын емдеу әдісі // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2021. 6 (Т.23). Б. 111-122. doi 10.34689/SH.2021.23.6.013

Aimagambetov M.Zh., Auyenov M.A., Abdrakhmanov S.T., Omarov N.B., Masalimov E.O., Taiburov R.K., Masalov A.Y., Mukash Ye.A., Orynbasarov Sh.O. Method of treatment for recurrent inguinal hernias // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2021, (Vol.23) 6, pp. 111-122. doi 10.34689/SH.2021.23.6.013

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Абдрахманов С.Т., Омаров Н.Б., Масалимов Е.О., Тайбуров Р.К., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә., Орынбасаров Ш.О. Метод лечения при рецидивных паховых грыжах // Наука и Здравоохранение. 2021. 6(Т.23). С. 111-122. doi 10.34689/SH.2021.23.6.013

Өзектілігі. Бүгінгі күнде жарық ауруларының ішінде шап жарығымен сыртқаттанған науқастар саны бірінші орында. Шап жарығы брахи- және мезоморфты дене бітімді ер адамдарда 73,5%, әйелдерде 26,5% кездеседі [6].

Wang H. және басқа да ғалымдардың айтуы бойынша жылына әлемде 20 млн. астам жарықты тілу операциясы жасалуда, бұл құрсақ қуысы мүшелеріне жасалатын барлық операциялық араласулардың 10-15% құрайды [19].

Н.А. Ермаковтың (2018) айтуы бойынша соңғы 10 жыл ішінде шап жарығы бар науқастарды емдеу тәсілдері айтарлықтай өзгерді. Герниопластиканың әртүрлі әдістерінен кейін жарықтардың қайталану мәселелеріне, статистикаға сәйкес, әр 8-10 операция жасалған науқаста байқалады және көп көңіл бөлінеді [2, 12].

Синтетикалық импланттарды қолданумен тартылуынсыз герниопластика енгізгеннен кейін шап жарығының қайталану жиілігі 1-5% - ға дейін төмендеді. Қазіргі уақытта рецидивті шап жарығының пайда болуы көбінесе операцияны орындау кезіндегі техникалық қателіктерге, сондай-ақ имплантацияланаты материалға ағзаның қарсы реакциясына байланысты [23].

Хребтов В.А (2015) айтуы бойынша Қазақстанда шап жарығына байланысты жоспарлы тәртіпте жасалатын герниопластика саны, ургентті кезекте жасалатындар саны есебінен аз және 10000 тұрғынға шаққанда 3-ке тең. Бұған тағы бір себеп, герниопластиканың дәстүрлі әдістерінен кейінгі ұзаққайта қалпына келу кезең және рецидивтердің жоғары жиілігі [8].

Рецидивті шап жарықтармен науқастардың операция барысында қиындық туғызатыны анатомиялық құрылымдардың өзгеруіне, тіңдердегі тыртықтық үрдістеріне, жарықтың сырғымалы түрінің пайда болуына, п. ilioinguinalis және репродуктивті аймақтың зақымдану қауіптілігіне негізделген, осының бәрі операция орындаудағы ерекше әдісті ойлап табуды қажет етеді [1, 4].

Шап жарығы қазіргі уақытқа дейін ең жиі кездесетін хирургиялық патология қатарына жатады. Оның үлесіне барлық хирургиялық операциялардың 10-25% тиесілі. Авторлардың басым көпшілігінің статистикалық мәліметтері бойынша шап жарығына шалдыққан науқастардың 85,7% жұмысқа қабілетті жастағы адамдар. Бұл үлкен әлеуметтік -экономикалық мәнге ие [14]. Герниологияның қазіргі даму кезеңінде шап жарықтарының жеңіл түрлерінің рецидивтер жиілігі 3-15% төмендетуге мүмкіндік берді, шап жарықтарын емдеуде айтарлықтай жетістіктерге қол жетті. Статистика мәліметтеріне сүйенсек, ауру рецидиві операция жасалған әр 10-шы науқаста кездеседі екен [21]. Заманауи герниологияның соңғы жетістіктері мен табыстары біріншілік және рецидивті шап жарықтары кезінде хирургиялық тәжірибеге синтетикалық полипропиленді материалдарды кең көлемде пайдаланумен байланысты [7, 18].

«Тіндердің тартылуынсыз» герниопластика концепциясын (the tension free hernioplasty) алғаш болып И.Л. Лихтенштейн (1989) ұсынылып, әлемдегі хирургтардың көпшілігі қазіргі күнге дейін қолдануда, алайда әдістің бірқатар кемшіліктері де бар [22]. Оған көптеген тәжірибелік зерттеулермен және соңғы жылдардағы баспаларда жарияланғандай, ұрық шылбырының фиброзды өзгерістері, обструктивті азооспермия, олигоспермия патологиялары жатады. Көрсетілген асқынулар тордың ұрық шылбырымен тығыз жанасуына байланысты дамиды. Алайда, басқа да зерттеулердің мәліметтері бойынша операцияға дейінгі және одан кейінгі зерттеу нәтижелерін

салыстыру барысында тордың салуымен жасалған науқастарда фертильділіктің бұзылысына ешқандай әсері бар екені дәлелденбеген. Бұл мәселе шешімін табуды қажет етеді [13, 17].

Еңбекке қабілетті адамдар арасында шап жарығының жиі кездесі мен артуы, дәстүрлі герниопластика әдісінен кейінгі рецидивтің болмайтынына сенімсіз болуы, операциядан кейінгі кезеңде ауырсыну, физикалық белсенділігінің шектелуімен және асқынулардың салыстырмалы түрде жоғары болуы себеп [20, 24].

Көптеген шетелдік және еліміздің ғалымдарының қорытындылары бойынша рецидивті шап жарықтарын емдеу кезінде айтарлықтай қиындықтар болады. Осы категориядағы науқастарда жарық қабын өңдеу, сонымен қатар жарық қақпасының хирургиялық емдеу әдісін таңдау қиындықтар туындатады және ол шешімін әлі таппаған мәселе [3, 15].

Жоғарыдағы ғалымдардың зерттеулеріне және біздің қорытындыларға сүйене отырып, зерттеуді жүргізуге негіз болған операциядан кейінгі рецидивті шап жарықтарымен науқастарды хирургиялық емдеу нәтижелерін жақсарту әлде клиникалық зерттеулерді қажет етеді.

Мақсаты

Клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісін қолдана отырып рецидивті шап жарықтарының хирургиялық емдеу әдістерінің нәтижелерін талдау.

Зерттеу әдістері

Зерттеу барысында Хельсинг декларациясының принциптері толықтай сақталған. Мақала адамды зерттеудің институционалдық басшылық принциптеріне сәйкес келеді және зерттеу негізіне «Семей медицина университетінің» Коммерциялық емес Акционерлік Қоғамының Университеттік госпиталінің («СМУ» КеАҚ УГ) ересектер хирургия бөлімшесімен, госпиталды және балалар хирургиясы кафедрасының клиникалық базасының жұмыс тәжірибесіне енгізілген. Зерттеу 27.02.2013 ж. №6 Этикалық комитеттің мақұлдауынан өтті.

Зерттеу жұмысына қатысқан барлық науқастардан ақпараттандырылған ерікті келісім алынды. Барлық науқастарға операция барысы және операциядан кейінгі кезеңдер толықтай түсіндірілді.

Зерттеу дизайны – бір орталықты клиникалық проспективті зерттеу.

«Семей медицина университеті» Коммерциялық емес Акционерлік Қоғамы Университеттік госпиталінің («СМУ» КеАҚ УГ) госпиталды және балалар хирургия кафедрасына қарасты ересектер хирургия бөлімшесінде 2013 жылдың қаңтарынан 2020 жылдың желтоқсан айына дейін рецидивті шап жарығына байланысты 158 науқастың хирургиялық ем нәтижелеріне талдау жүргізілді. Науқастардың жасы 24 – 74 жас, орташа жасы $58,8 \pm 5,2$ құрады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) ұсыныстарына сәйкес жас бойынша (2016) зерттеуге қатысушылардың жас құрылымының сипаттамалары 1-ші кестеде көрсетілген.

Науқастардағы рецидивті шап жарығының тасымалдау ұзақтығы - 9 айдан 12 жыл. Жарықтың оң

жақта орналасуы 83 (52,6%), ал сол жақты - 62 (39,2%) және екі жақты - 13 (8,2%) науқаста анықталған. Барлық рецидивті шап жарықтары Шығыс Қазақстан облысының аудандарынан және басқада облыстардан келген науқастар, 2-ші кестеде көрсетілген. Оң жақтық шап жарығы сол жақ жап жарығына қарағанда көбірек тараған. Жарықтардың орналасуы мен клиникалық белгілері бойынша науқастардың сипаттамасы 3-ші кестеде көрсетілген.

Зерттеуге енгізілген критерийлер: тіндердің тартылуы герниопластика әдісі, зерттелуші топтардың барлығы ер адамдар, науқастардың жасы 18 жастан - 74 жас аралығы, L.M. Nyhus жіктеуі бойынша II, IIIA, IIIB, сонымен қатар IVA, IVB шап жарығы бар ер адамдар жатады, оларға канал ішілік типтен басқа (L.M. Nyhus жіктеуі бойынша I тип) барлық шап жарықтары (комбинацияланған, сырғымалы, шап-ұма және аралас жарық) кірді [26].

Зерттеуден алып тастау критерийлері: L.M. Nyhus жіктеуі бойынша I, III C және IV C типі әйел және ер адамдар, 18 жасқа дейінгі ер балалар, әйел адамдар, тіндердің тартылымды пластикасы, зерттеуге қатысудан бас тартқан науқастар, жедел миокард инфарктісі және жедел ми қан айналымының бұзылуы, психикалық аурулары бар науқастар.

Барлық науқастарға тіндердің тартылуынсыз аллопластика әдісі қолданылуына байланысты негізі және бақылау тобына жасырын конверттің көмегімен бөлінді.

Негізгі топта (НТ) - 78 (49,4%) науқас құрады. Бұл топтағы науқастарға рецидивті шап жарықтарына байланысты клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісі қолданылынды (ҚР инновациялық патенті №28996). Негізгі топтағы науқастардың жасы 24 жастан 73 жасқа дейін, топтағы орташа жас $58,6 \pm 3,2$. Жарықтардың орналасуына байланысты: оң жақ шап жарығы - 42 (53,8%), сол жақ шап жарығы - 28 (35,9%), екі жақты шап жарығы - 8 (10,3%) науқаста кездесті.

Бақылау тобына (БТ) - 80 (50,6%) науқас. Бақылау тобындағы емделушілерге Лихтенштейн әдісі бойынша тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісі қолданылынды.

Бақылау тобында науқастардың жасы 27 жастан 74 жасқа дейін, топтағы орташа жас $59,1 \pm 1,4$. Жарықтардың орналасуына байланысты: оң жақ шап жарығы - 41 (51,3%), сол жақ шап жарығы - 34 (42,5%), екі жақты шап жарығы - 5 (6,2%) науқаста кездесті.

Рецидивті шап жарығының дамуының негізгі қауіп факторы шап каналын құрайтын тіндердің морфологиялық құрылысын ескерусіз пластика әдісін таңдау. Кимбаровский тігісімен Жирар-Спасокуокский әдісі бойынша шап каналының алдыңғы қабырғасының пластикасы 92 (58,2%) науқаста жүргізілсе, Бассини бойынша артқы қабырғаның пластикасы 14 (8,4%) науқаста, Постемский бойынша артқы қабырғаның пластикасы 21 (13,3%) науқаста, 31 (19,6%) - біріншілік операция кезіндегі пластиканың түрі анықталмады. Қиғаш шап жарығы бойынша біріншілік операция 116 (73,4%) науқаста, тура бойынша - 42 (26,6%) жүргізілген.

Негізгі топтағы (НТ) - 77 науқасқа шап жарығына байланысты клиникада ұсынылған тіндерді тартусыз герниопластика (ҚР инновациялық патент №28996) [10] әдісімен операция жасалған. Операция келесі кезеңдерден тұрады: операцияның негізгі кезеңінен кейін шап каналының артқы қабырғасының формасына сәйкес келтіріліп, полипропиленді тор пластика үшін моделденеді (рационализациялық ұсыныс ҚР №2402) [9].

Бақылау тобындағы (БТ) - 80 науқасқа Лихтенштейн әдісі бойынша шап каналының артқы қабырғасының пластикасы жасалды. Лихтенштейн әдісі бойынша шап каналының артқы қабырғасы дәстүрлі герниопластика әдісі хирургиялық тәжірибеде ең жиі қолданылатындықтан емдеудің тікелей және алыстылған нәтижелері жеткілікті түрде зерттелген, сондықтан салыстырмалы топ ретінде алынды.

Біздің ұсынған операция әдісінде жарық қабын ашудың өзіндік ерекшелігі бар, тіндерді тартусыз протездеуші герниопластика ретінде жарық қабын ашудың бір нұсқасы деп есептейміз. Ұсынылған әдіс салыстырмалы аспектіде емнің нәтижелерін бағалауға мүмкіндік береді. Барлық топтағы науқастар клиникалық көріністеріне, жарық түріне, жасы және жынысына, сырқаттану ұзақтығына, қосалқы ауруларына байланысты топтарды салыстыруға сай. Диагноз қою және шап жарығының типін анықтау үшін L.M. Nyhus (1993) бойынша шап жарықтарының жіктелуін қолдандық [11, 25].

1-ші кестеде көрсетілгендей шап жарығымен ең көп науқастар 45-59 жас аралығында кездеседі. Негізгі топқа және салыстыру тобына кіретін науқастардың жас құрылымында айтарлықтай айырмашылықтар болған жоқ ($\chi^2=0,595$, $p>0,1$).

Кесте 1. Зерттеуге қатысушылардың жас құрылымы.
(Table 1. Age structure of study participants).

Жасы	Негізгі топ		Бақылау тобы		Қорытынды
	Абс.	%	Абс.	%	
Жас – 18-44 жас	10	12,8	12	15	22
Орта – 45-59 жас	47	60,3	38	47,5	85
Егде – 60-74 жас	21	26,9	30	37,5	51
Қорытынды	78		80		158 (100%)

Кесте 2. L.M. Nyhus жіктелуі бойынша жарықтың типіне байланысты бөлу.

(Table 2. Distribution depending on the type of inguinal hernia according to the classification of L.M. Nyhus).

Жарық типі	Зерттеу тобы n=78		Бақылау тобы n=80		Барлығы n=158	
	саны	%	саны	%	Саны	%
II тип	3	3,8	5	6,2	8	5,1
III a тип	9	11,5	4	5	13	8,2%
III b тип	47	60,3	51	63,8	98	62%
IV a тип	11	14,1	8	10	19	12%
IV b тип	8	10,3	12	15	20	12,7%
Барлығы:	78	49,4	80	50,6	158	100%

2-ші кестеде көрсетілгендей L.M. Nyhus жіктемесі бойынша шап жарығымен ең көп кездескен III b типі, ол негізгі топта 47 (60,3%) науқаста, бақылау тобында 51 (63,8%) науқаста.

Кесте 3. Рецидивті шап жарығы туындаған аудандар мен қалалар.

(Table 3. Districts and cities in which recurrent inguinal hernia occurred).

Обылыс, қала және аудандар	Негізгі топ, n=78		Бақылау тобы, n=80	
	саны	%	Саны	%
Тарбағатай ауданы	4	5,1	3	3,8
Абай ауданы	6	7,7	7	8,7
Аягөз қаласы және ауылдарынан	11	14,2	7	8,7
Үржар ауданы	9	11,5	4	5
Мақаншы ауылы	4	5,1	6	7,5
Шар қаласы	5	6,4	7	8,7
Семей қаласы, ЖЖМА	5	6,4	4	5
Семей қаласы, темір жол ауруханасы	3	3,8	5	6,3
Семей қаласы, «СМУ» КеАҚ УГ	1	1,3	3	3,8
Бесқарағай ауданы	5	6,4	3	3,8
Бородулиха ауданы	6	7,7	8	10
Жарма ауданы	4	5,1	7	8,7
Зайсан қаласы	2	2,6	-	-
Күршім ауданы	-	-	2	2,5
Көкпекті ауданы	5	6,4	5	6,3
Шемонаиха ауданы	5	6,4	7	8,7
Өскемен қаласы, №1 қалалық ауруханасы	-	-	2	2,5
Алматы обылысы	2	2,6	-	-
Қызылорда обылысы	1	1,3	-	-
Барлығы	78	100	80	100

Обылыс, қала, аудан науқастарына жергілікті жердің хирургтары алғаш операция жасаған. Операциядан кейінгі рецидивті шап жарықтарының пайда болуы жергілікті хирургтардың тәжірибесіздігінен емес, ауыл және аудан тұрғындарының ауыр жұмыс атқаруына байланысты.

Лихтенштейн әдісі бойынша тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдістерінен кейін асқыну жиілігі 22,5%, ал клиникада ұсынылған әдіс клиника бойынша тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдістерінің асқынуы – 9% құрады.

Операциядан кейінгі науқастардың өмір сүру сапасын бағалау критерийлері. Науқастарда өмір сүру

сапасын бағалауда The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) версиясы көмегімен жүргізілді. SF-36 – орыс респонденттерге мәдени бейімделудің барлық циклін өткен жалпы сұрастыру және әр түрлі нозологияға әмбебап болып табылады. Өмір сүру сапасы операция алдында және одан кейін 1, 6 және 12 айларда науқаспен сұрастыруды өздігінен толтыру немесе емдеуші дәрігердің жеке сөйлесу немесе телефон арқылы хабарласу арқылы толтырылды.

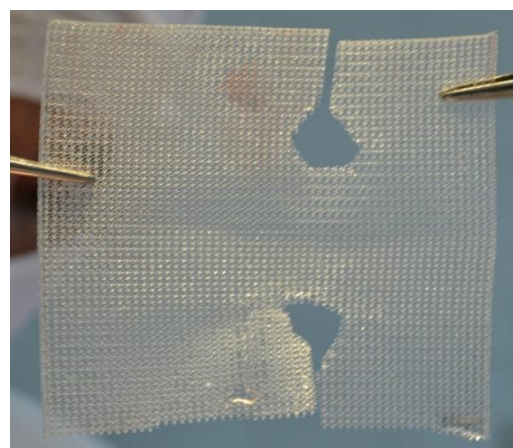
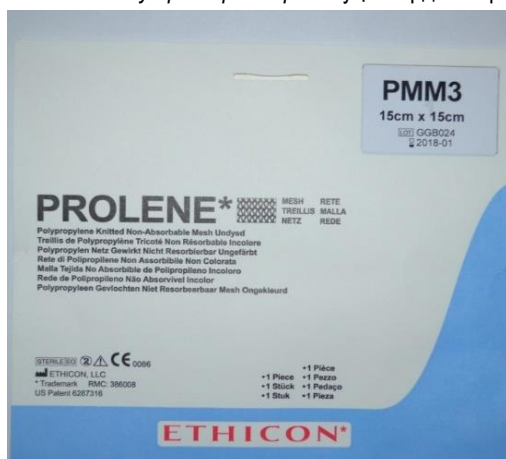
Кесте 4. Зерттелуші топтар арасындағы операцияларынан кейінгі ерте асқынулар.

(Table 4. Early complications after surgery between study groups).

Асқынуы	Лихтенштейн әдісі бойынша герниопластика n=80		Клиника әдісі бойынша герниопластика n=78	
	Саны	%	Саны	%
Теріастылық гематома	6	7,5	3	3,8
Сушемен	1	1,2	0	0
Серома	5	6,3	2	2,6
Жара инфильтраты	4	5	2	2,6
Неврит	2	2,5	0	0
Барлығы	18	22,5	7	9

Алынған нәтижелерді статистикалық өңдеу әдісі. Сандық материалды тіркеу, өңдеу және талдау дербес компьютердің көмегімен жүргізілді. Зерттеу кезінде алынған сандық көрсеткіштер. Microsoft Excel 2010, Microsoft Word, IBM SPSS Statistics 20.0 бағдарламалары көмегімен статистикалық өңдеу жүргізілді. Алынған шамалардың айырмашылығының нақтылығының статистикалық бағасы Пирсонның χ^2 критерийі немесе Стюдент коэффициентін есептеу жолымен шығарылды. Топтарды бөлудің қалыптылығын тексеру үшін. Колмогоров-Смирнов критерийі қолданылды. Әр түрлі топтағы биіктігін салыстыруға тәуелсіз таңдама үшін Стюденттің t-критерийі қолданы, дәлелдеу критерийі (p) есептелді.

Рецидивті шап жарықтарында қолданылатын аллотрансплантты модельдеу әдісі. Барлық науқасқа PROLENE 15x15 см, аллотрансплантты қолданылды (Сурет 1). Полипропиленді тордың латералды және медиалды бос жиіктерінен ұрық шылбыры өтетін арнайы саңылау жасалады (рационализаторлық ұсыныстың куәлігі № 2402).

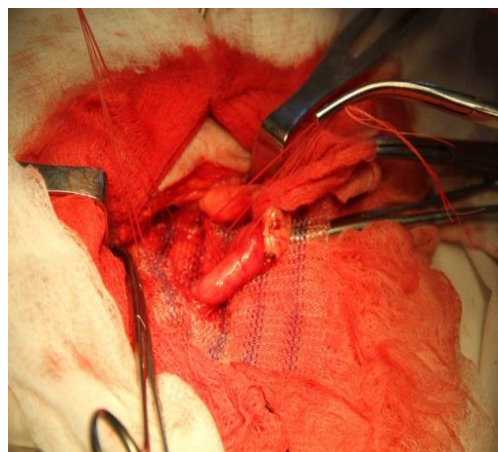
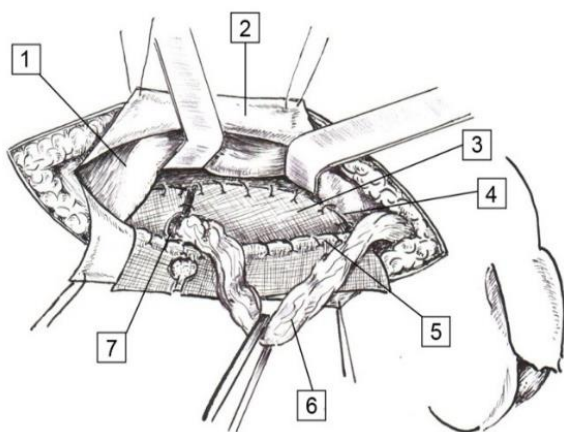
**Сурет 1. Полипропиленді торды модельдеу әдісі.**

(Figure 1. Polypropylene mesh modeling method).

Рецидивті шап жарықтары кезіндегі тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісі. Жергілікті өткізгіштік анестезия техникасы науқасқа премедикация мақсатында операция алдында 10-15 минут ерте бұлшықетке 2% - 1мл промедол ерітіндісі енгізеді. Жергілікті жансыздандыруды мықын қырқасының жоғарғы алдыңғы ось деңгейінен 2 см медиальды 0,5 % новокаинмен жүргізілді.

Әдістің жүргізілу тәсілі: бірінші кезеңде дәстүрлі шаптық ену жолы қолданылады және ұсынылған әдіспен шап қабын өңдейміз. Тілік шап қатпарынан 2 см жоғары және параллельді жүргізіледі, рецидивті шап жарық кезінде операциядан кейінгі тыртық тілінеді.

Стандартты тілік ұзындығы теріасты қабатының қалыңдығына байланысты 5 - 8 см дейін жүргізілді. Іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозы талшықтар бойымен, шап байламынан 2-3 см жоғары тілінеді. Іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозын жанасатын тіңдерден ажыратады. Ұрық шылбыры абайлап бөліп алып, турникетке алынады. Кейін ұрық шылбырын айналасындағы тіңдерден ажыратылады және соңынан жарық түрін анықтайды. Жарық қабын түбінде тілу арқылы ажырату, кейіннен жарық қабы дәстүрлі әдіспен өңделіп мойын деңгейінде тігіледі, байланады және алынып тасталады.



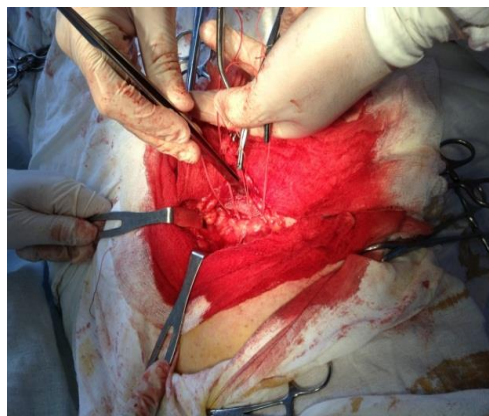
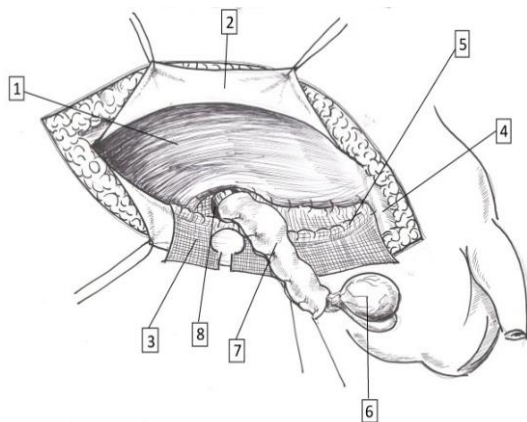
Сурет 2. Полипропиленді тордың бос медиалды жиегінің шап аралықтың артқы қабырғасы дефектісіне орнату және бекіту кезеңі.

(Figure 2. Stage of installation and fastening of the free medial edge of the polypropylene mesh to the defect of the posterior wall of the inguinal septum).

- 1 – ішкі қиғаш бұлшықет; 2 – іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозы;
3 – полипропиленді тор; 4 – қасаға төмпешігі; 5 – шап байламы; 6 – аталық без;
7 - айналдырылғын жарық қабымен ұрық шылбыры; 8 - шап каналының ішкі сақинасы;

Полипропиленді торды көлденең бұлшықет астыңғы қырына және көлденең фасцияға медиальды, жоғары, ал латеральды қыры шап байламына тігіледі (Сурет 3). Ішкі

қиғаш бұлшықеттің шеті полипропиленді торға тартусыз тігіледі. Осыдан шап каналының артқы қабырғасының дефектісі бекиді және шап байламы қатады.

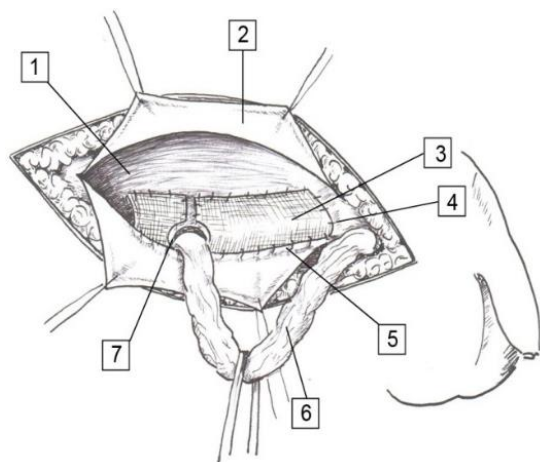


Сурет 3. Полипропиленді торға ішкі қиғаш бұлшықетті тартусыз бекітіп тігу.

(Figure 3. Sewing polypropylene to the mesh with fixation of the internal oblique muscle without tension).

- 1 – ішкі қиғаш бұлшықет; 2 – іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозы;
3 – полипропиленді тор; 4 – қасаға төмпешігі; 5 – шап байламы; 6 – аталық без;
7 - айналдырылғын жарық қабымен ұрық шылбыры; 8 - шап каналының ішкі сақинасы.

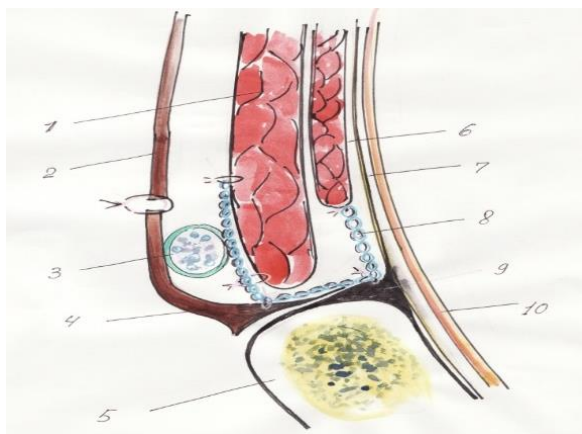
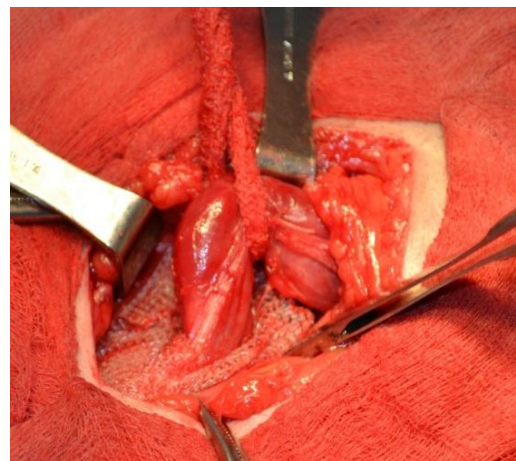
Кейін шап каналының артқы қабырғасының формасына сәйкес келтіріліп, полипропиленді тор пластика үшін моделденеді. Полипропиленді тордың медиальды бос жиегін шап аралығының артқы қабырғасындағы дефектке жатқызып, ұрық шылбыры астына полипропиленді торды қояды, қасаға төмпешігіне 2 бекітуші тігіс және қасаға сүйегі қырқасының сүйек қабына 2-3 бекітуші тігіс салынады, осыдан кейін шап және сан каналдары берік бекиді, ол болашақта сан жарығының пайда болуын алдын алады (Сурет 2).



Сурет 4. Полипропиленді тордың латеральды бос жиегін ішкі қиғаш бұлшықеті үстінен орнату және бекіту кезеңі.

(Figure 4. Stage of installation and fastening of the lateral free edge of the polypropylene mesh over the internal oblique muscle).

1 – ішкі қиғаш бұлшықет; 2 – іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозы; 3 – полипропиленді тор; 4 – іштің тік бұлшықетінің қынаптық қыры; 5 – шап байламы; 6 – аталық без; 7 – айналдырылғын жарық қабымен ұрық шылбыры; 8 – шап каналының ішкі сақинасы;



Сурет 5 - Полипропиленді торды орналастырудың көлденең көрінісі.

(Figure 5. Horizontal view of polypropylene mesh placement).

1 – ішкі қиғаш бұлшықет; 2 – іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозы; 3 - ұрық шылбыры; 4 – шап байламы; 5 – мықын сүйек; 6 – көлденең бұлшықет; 7–көлденең фасция; 8 – полипропиленді тор; 9 – мықын сүйек қырқасы; 10 – іш астар.

Кейіннен полипропиленді тордың бос латеральды жиегін ішкі қиғаш бұлшықет үстіне жабады және бекітеді. Ескеретін жайт бұлшықеттің үстіне қойылатын полипропиленді тордың латеральды бос жиегі 3 см кем болмауы тиіс (сурет 4).

Осы кезде шап каналының дефектісі тіңдердің тартусыз жойылады, ішкі шап каналы түзіледі және бекітіледі. Кейін, операцияны қорытынды кезеңінде сыртқы қиғаш бұлшықеттің апоневрозына және теріге тігіс салады (сурет 5).

Нәтижелері. Топтар арасында зерттеу нәтижелерінің қорытындыларын талдауда «Семей медицина университеті» Коммерциялық емес Акционерлік Қоғамы Университеттік госпиталінің госпиталды және балалар хирургия кафедрасына қарасты ересектер хирургия бөлімшесінде жетілдірілген тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісіне ерекше мән берілді.

Нәтижелерді бағалау операциялық араласу, операциядан кейінгі ауырсыну синдромы, қозғалыс белсенділігі, операциядан кейінгі тігіс аймағындағы тіңдердің ісінуі, стационардағы төсек күндері, операциядан кейінгі асқынулардың болуы сипатына байланысты жүргізілді.

Клиникада жетілдірілген тіңдердің тартылуынсыз герниопластика әдісі барлық науқастарда жергілікті жансыздандырумен жүргізілген. Тілімнің ұзындығы жарықтың мөлшерінен, жарық тасымалдаушылықтың ұзақтығынан және рецидивтің болуына байланысты 10 см. Негізгі топтағы операцияның орташа ұзақтығы $43,4 \pm 2,2$ мин. Ал бақылау тобындағы Лихтенштейн әдісінің орташа ұзақтығы $53,3 \pm 5,6$ мин. Операциядан кейінгі ауырсыну синдромы қарастырылды. Зерттеуге ауырсыну дәрежесін, клиникалық зерттеуді бағалау кірді. Ауырсыну интенсивтілігі гримас Ванг-Бейкердің визуальды аналогты шкаласы бойынша сандық градация 0-ден 10 балл аралығында есептелген.

Кесте 5.

Клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісінен кейінгі ауырсыну синдромының интенсивтілігінің сипаттамасы.

(Table 5. Characteristics of the intensity of the pain syndrome after the method of non-stretch hernioplasty according to the clinic method).

Ауырсыну интенсивтілігі	Балл	I тәулік	II тәулік	III тәулік	V тәулік	VII тәулік
Ауырсыну жоқ	0	0	0	0	32,6% (46)	69,9% (97)
Аздаған ауырсыну	2	11,6% (16)	11,8% (17)	20,2% (29)	62,1% (89)	23,1% (33)
Шамалы ауырсыну	4	20,8% (59)	26,6% (75)	29,1% (82)	5,3% (15)	7,1% (20)
Шыдатарлық ауырсыну	6	42% (118)	38,7% (109)	42,2 (119)	0	0
Айқын ауырсыну	8	25,6% (72)	23,1% (65)	8,5% (24)	0	0
Шыдатпайтын ауырсыну	10	0	0	0	0	0

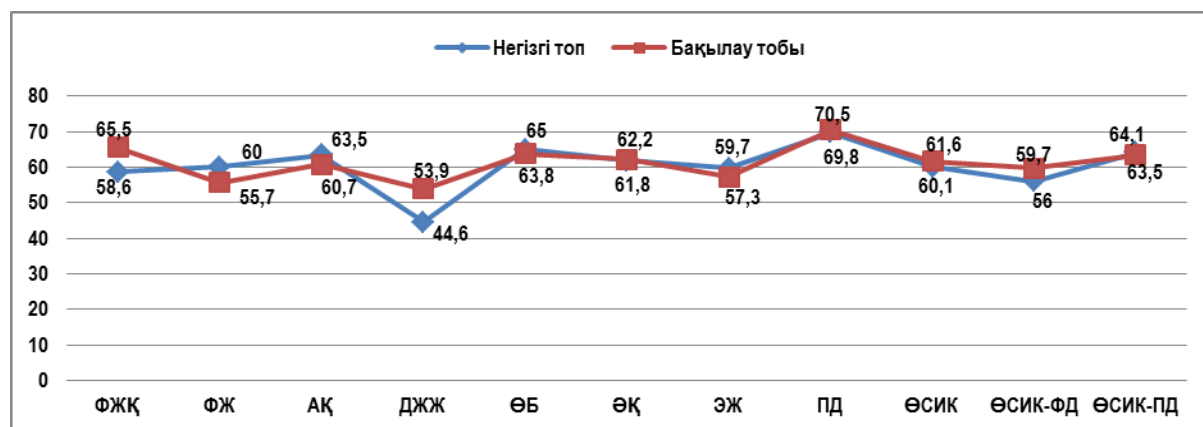
Клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісімен операциядан кейін ауру тарихы, күнделікте жазылған мәліметтеріне сүйенсек физикалық белсенділіктің қалпына келуі тек 5 тәулікте болған, сол уақытқа дейін ауырсыну синдромы азайған. 3-ші тәулікте шамалы ауырсыну 102 (71,4%) науқастарда, ал 5-ші тәулікте тек 20 (14,3%) науқаста болған. (Ауырсыну сезімі тіндердің тартылуымен жасалатын операция кезінде мықын-шап нервсінің қысылуымен байланысты).

Стационардан клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісімен операциядан кейін 3 тәулікте – 1 (0,7%) науқас, 4 тәулікте – 3 (1,8%) науқас, 6 тәулікте – 2 (1,4%) науқас, 7 тәулікте – 20 (13,6%) науқас, 8 тәулікте – 75 (52,8%) науқас, 9 тәулікте – 27 (19,1%) науқас, 10 тәулікте – 7 (5%) науқас, 11 тәулікте – 4 (3,2%) науқас, 12 тәулікте – 1 (1,1%) науқас, 13 тәулікте – 1 (0,4%) науқас, 14 тәулікте – 1 (0,7%) науқас, 16 тәулікте – 1 (0,4%) науқас шығарылған. Оларға жарадан тігіс шешіліп және кейінгі амбулаторды емге нұсқаулар мен қорытынды қарау уақыты белгіленген.

Біздің зерттеуіміз бойынша клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісінен

операция жасалған науқастардың орташа төсек-күндері 7,4±0,8 күнді құраған.

Операция жасалған науқастарда өмір сүру сапасын (ӨС) сауалнама көмегімен жүргізілді TheMOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), ол өмір сүру сапасын балл қою арқылы келесі критерийлер бойынша бағалауға мүмкіндік берді: физикалық жұмысқа қабілеттілік (ФЖҚ), физикалық жағдай (ФЖ), ауырсыну қарқындылығы (АҚ), денсаулықтың жалпы жағдайы (ДЖЖ), өмірлік белсенділік (ӨБ), әлеуметтік қабілеттілігі (ӨҚ), эмоционалды жағдай (ЭЖ), психикалық денсаулық (ПД), өмір сапасының интегралды көрсеткіші (ӨСИК) және оның құрамдас бөлігі (ӨСИК-ФЖ және ӨСИК-ПД). Зерттеу жоспарлы операцияға дейін және операциядан кейін 1, 6 және 12 айларында жүргізілді. Негізінде операцияға дейінгі өмір сүру сапасы негізгі және бақылау тобында сәйкес деп санауға болады, 6-шы суретті талдау кезінде негізгі топта, сонымен қатар бақылау тобында өмір сүру сапасының көрсетілген барлық критерийлері ФЖҚ, ФЖ, АҚ, ДЖЖ, ӨБ, ЭЖ, ПД, ӨСИК-ФД және ӨСИК-ПД бірдей болды, ол статистикалық өңдеуде қолдауын тапты ($P < 0,05$).

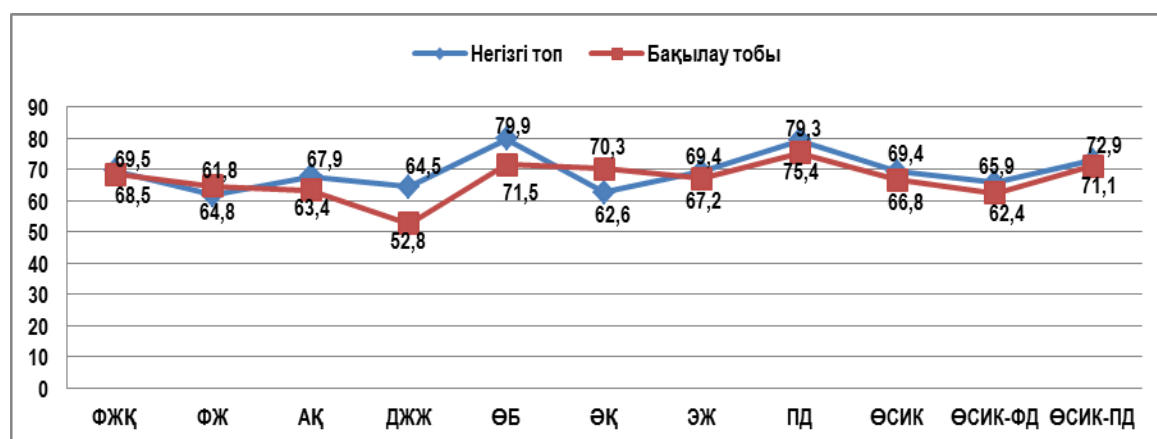


Сурет 6. Зерттелуші топтардың операцияға дейінгі науқастардың өмір сапасы

(Figure 6. Quality of life of preoperative patients of the studied groups).

Операциядан кейін науқастардың өмір сүру сапасын талдауда біз операция жасалған уақыттан кейінгі бірдей уақыт аралығында (1, 6 және 12 айларында) ӨС-сының параметрлерінің негізгі және бақылау топтары арасындағы айырмашылықтың қаншалықты болғанын зерттеуден бастауды шештік.

Негізгі және бақылау тобындағы науқастардың герниопластикадан кейінгі әрбір көрсетілген уақытта және одан кейін ӨС-ын көрсеткіштерін салыстыру жүргізілді. Негізгі және бақылау тобының ӨС көрсеткіші операциядан кейін 1 айдан соң 7-ші суретте көрсетілген.



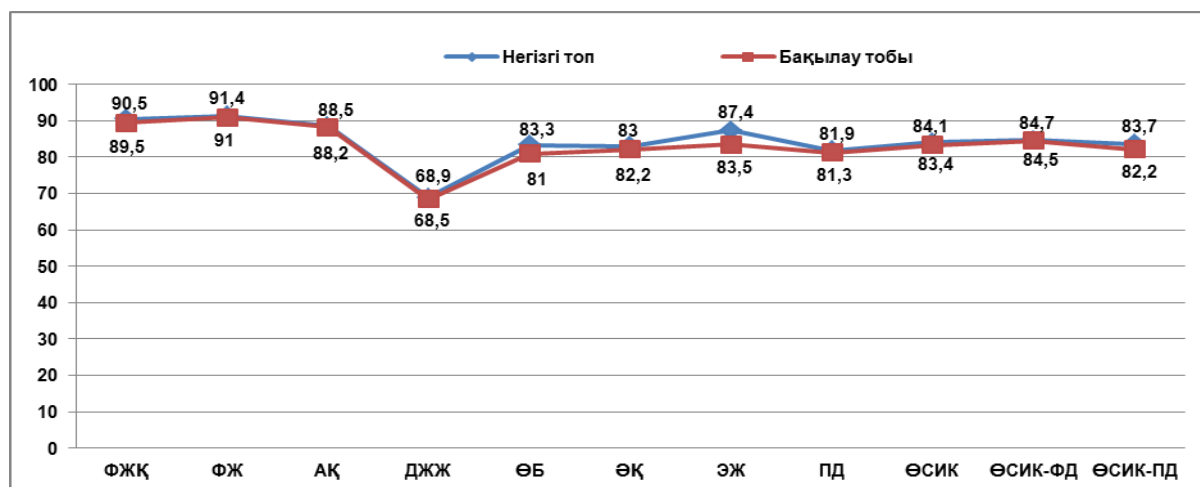
Сурет 7. Зерттелуші топтардың операциядан кейін 1 айдан соң өмір сүру сапасы

(Figure 7. Quality of life of the studied groups 1 month after surgery)

7-ші суретте негізгі және бақылау тобының операциядан кейін 1 ай уақыт аралығындағы науқастардың өмір сүру сапасының көрсеткіші көрсетілген, яғни операцияға дейінгі сауалнама жүргізген сәттен операциядан кейінгі 1 ай уақыт аралығындағы нәтижелер талданды. Операциядан кейін 1 ай өткен соң НТ-ғы науқастарында келесі көрсеткіштер бойынша статистикалық мәнді жоғарылады АҚ ($\chi^2=45,8$; $p=0,0001$), ДЖЖ ($\chi^2=62,5$; $p=0,0001$), ЭЖ ($\chi^2=7,9$; $p=0,01$), ӘСИК ($\chi^2=99,1$; $p=0,0001$).

Басқа критерийлер бойынша статистикалық мәнді айырмашылық анықталған жоқ.

Зерттелуші топтарды 6 айдан соң өмір сүру сапасын талдау кезінде негізгі топтағы өмір сүру сапасының көрсеткіштері бақылау тобынан қарағанда жоғары болды. Көрсетілген келесі критерийлері бойынша ФЖ ($\chi^2=9,3$; $p=0,002$), АҚ ($\chi^2=4,4$; $p=0,028$), ДЖЖ ($\chi^2=7,7$; $p=0,005$), ӘСИК ($\chi^2=4,8$; $p=0,02$), ӘСИК-ФД ($\chi^2=13,1$; $p=0,001$) айырмашылығы статистикалық мәнді болды. Басқа критерийлер бойынша статистикалық мәнді айырмашылық анықталған жоқ (Сурет 8).



Сурет 8. Топтардың операциядан кейінгі 6 айдан соң өмір сүру сапасы.

(Figure 8. Quality of life of the studied groups 6 month after surgery).

Зерттелуші топтарды 12 айдан соң өмір сүру сапасын талдау кезінде негізгі топта өмір сүру сапасының көрсеткіштері негізгі топта бақылау тобынан қарағанда жоғары болды. Көрсетілген келесі критерийлері бойынша ФЖҚ ($\chi^2=53,1$; $p=0,0001$), ФЖ ($\chi^2=8,4$; $p=0,002$), ДЖЖ ($\chi^2=2,9$; $p=0,05$), ОБ ($\chi^2=11,1$; $p=0,001$), ӘҚ ($\chi^2=28,0$; $p=0,0001$), ЭЖ ($\chi^2=5,5$; $p=0,012$), ПД ($\chi^2=19,2$; $p=0,0001$), ӘСИК ($\chi^2=13,4$; $p=0,0001$), ӘСИК-ФД ($\chi^2=4,8$; $p=0,017$) айырмашылығы статистикалық мәнді болды. Басқа критерийлер бойынша статистикалық мәнді айырмашылық анықталған жоқ. Түрлі тіндердің ауырсынуға сезімталдығы бірдей емес. Герниопластикалық операциялар кезінде шап каналының реконструкциялық пластикасына кіретін, тері жабындысы және фасциалді-бұлшықеттік жиынтық жағынан жоғары сезімталдық анықталады.

Қорытынды: Топтар арасындағы зерттеу нәтижелерін қорытындылайтын болсақ негізгі топта II, IIIA, IIIB, IVA, IVB типті жарықтары бар науқастарға шап каналын ұсынған әдіспен пластика жасауға рецидивті шап жарығы бар науқастарда операцияның тікелей нәтижесінің жақсаруын қамтамасыз етеді. Лихтенштейн әдісі бойынша тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдістерінен кейін асқыну жиілігі 22,5%, ал клиникада ұсынылған әдіс клиника бойынша тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдістерінің асқынуы – 9% құрады. Операциядан кейінгі асқынулардың 2,5 есе төмендеуімен, стационарлық емнің ұзақтығының қысқаруымен дәлелденді.

Алыстатылған нәтижелерді талдағанда негізі топта өте жақсы нәтижелер клиникалық салыстыру тобына қарағанда 2,2 есеге жоғары және

қанағаттандырмайтын нәтижелердің болмауымен сипатталады. Сондай-ақ клиникада жетілдірілген тіндердің тартылуынсыз герниопластика әдісі сан жарықтарының алдын алады.

Авторлардың үлесі:

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Абдрахманов С.Т., Омаров Н.Б., Тайбуров Р.К., Мұқаш Е.Ә. - науқастарды іріктеуді және оларға хирургиялық ем жүргізді.

Масалимов Е.О., Масалов А.Е., Орынбасаров Ш.О. - мақала жоспарын әзірлеуге, мәтінді редакциялауға және Аймагамбетов М.Ж. мақаланың соңғы нұсқасын бекітуге қатысты.

Келіспеушіліктер - Авторлар келіспеушіліктер жоқ деп мәлімдейді.

Қаржыландыру. Осы жұмысты жүргізу кезінде бәгде ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы болған жоқ.

Жарияланым туралы мәліметтер: осы зерттеудің нәтижелері бұрын басқа журналдарда жарияланбаған және басқа баспадарда қаралмаған.

Әдебиеттер:

1. Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Паршин Д.С. и др. Возможности использования клеевого метода фиксации сетчатого импланта при лапароскопическом лечении паховых грыж // Таврический медико-биологический вестник. 2018. Т.21, №1. С. 7-14.

2. Белоконов В.И., Гогия Б.Ш., Горский В.А., Ермаков Н.А. и др. Паховые и послеоперационные грыжи. Национальные клинические рекомендации по герниологии. Серпухов, 2018; 101 с.

3. Гаар Е.В., Гаар В.Г., Проценко Д.С. и др. Анализ рецидивов паховых грыж после ненатяжной герниопластики по Лихтенштейну // Вятский медицинский вестник. 2018. №3. С.12-13.

4. Климов А.Е., Попов В.С., Бархударов А.А., Юрий А.В. Выбор сетчатого имплантата для пластики Lichtenstein у мужчин репродуктивного возраста // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2018. 22 (3): 249–57. DOI: 10.22363/2313-0245-2018-22-3-249-257

5. Крайнюков П.Е., Скоробогатов В.М., Черных В.Г., Кулюшина Е.А., Бондарева Н.В. Способ комбинированной аллопластики при косой паховой грыже // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017. 12 (4–2). С.47–51.

6. Лесников С.М., Павленко В.В., Подолужный В.И., и др. Современная концепция генеза и лечения грыж паховой области (обзор литературы) // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2019. №1. С. 68-75.

7. Поборский А.Н., Дрожжин Е.В., Асутаев Ш.Д. Анализ «Затраты-полезность» лечения паховых грыж ненатяжными методами // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2018. Т.6, №2. С. 20-25.

8. Раимханов А.Д. и др. Результаты хирургического лечения больших и рецидивных паховых грыж с применением ненатяжной герниопластики // Аллергология и иммунология. 2014. Том15, №1. С.56-57.

9. Раимханов А.Д. и др. Совершенствование способа хирургического лечения больших пахово-машоночных и рецидивных паховых грыж // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции: Актуальные вопросы

медицины в современных условиях. 2016. №3. С.153-155.

10. Раимханов А.Д. и др. Способ герниопластики при больших и рецидивных паховых грыжах. Инновационный патент Республики Казахстан № 28996; МПК А61В 17/00; опубл. 15.10.2014.

11. Собенников И.С., Жиборев Б.Н., Котанс С.Я., Черенков А.А. Диагностика и лечение мужского бесплодия у больных распространенной патологией гениталий и паховой области // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2017. 25 (3): 460–4. DOI: 10.23888.

12. Харитонов С.В., Родоман Г.В., Харитонов С.С. Особенности интенсивности и локализации боли в раннем послеоперационном периоде у больных с паховыми грыжами после выполнения различных типов герниопластики // Эндоскопическая хирургия. 2019. Т.25, №2. С.26-34.

13. Andercou O., Olteanu G., Stancu B., et al. Risk factors for and prevention of chronic pain and sensory disorders following inguinal hernia repair // Annali italiani di chirurgia. 2019. Vol.8. P.442-446.

14. Ates E., Kazici H.G., Amasyali A.S. A rare complication of inguinal hernia repair: Total testicular ischemia and necrosis. Arch Ital Urol Androl. 2019 Mar 29. 91 (1):46–48. DOI: 10.4081/aiua.2019.1.46

15. Benlice C.A., Bilgin I.A., et al. Laparoscopic Totally Extraperitoneal vs Robotic Transabdominal Preperitoneal Inguinal Hernia Repair: Assessment of Short and Long term Outcomes // The International Journal of Medical Robotics and Computer Assisted Surgery. 2020. P. 2111.

16. Demiray O., Gonullu D., Gedik M.L., et al. Effects of suture technique on mesh shrinkage // Asian journal of surgery. 2019. Vol.42, №1. P.224-227.

17. Dong Z., Kujawa S.A., Wang C., Zhao H. Does the use of hernia mesh in surgical inguinal hernia repairs cause male infertility? A systematic review and descriptive analysis // Reprod Health. 2018. Apr 23. 15 (1):69. DOI: 10.1186/s12978-018-0510-y

18. Furtado M., Claus C.M.P., Cavazzola L.T., Malcher F., Bakonyi-Neto A., Saad-Hossne R. Systematization of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) based on a new anatomical concept: inverted Y and five triangles. Arq Bras Cir Dig. 2019 Feb 7;32 (1): e1426.DOI: 10.1590/0102-672020180001e1426

19. Guo W., Hu M., Huang R., Wang H. Hundred years development and future prospect of the material science for hernia // Chinese journal of gastrointestinal surgery. 2018. Vol.21, №7. P. 828-832.

20. Heymann F., von Trotha K.T., Preisinger C., Lynen-Jansen P., Roeth A.A., Geiger M., et al. Polypropylene mesh implantation for hernia repair causes myeloid cell-driven persistent inflammation // JCI Insight. 2019 Jan 24;4 (2). pii: 123862. DOI: 10.1172/jci.insight.123862

21. Huerta S. Inguinal hernia repair in centers of excellence. Hernia. 2019 Jul 5.DOI: 10.1007/s10029-019-01998-6

22. Ielpo B., Duran H., Diaz E., et al. A prospective randomized study comparing laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein repair for bilateral

inguinal hernias // The American Journal of Surgery. 2018. Vol.216, №1. P.78-83.

23. Ivakhov G., Kolygin A., Titkova S., et al. Development and evaluation of a novel simulation model for transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair // *Hernia*. 2020. Vol.24, №1. P. 159-166.

24. Kohl A.P., Andresen K., Rosenberg J. Male Fertility After Inguinal Hernia Mesh Repair A National Register Study. *Ann Surg*. 2018 Aug. 268 (2): 374–378. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002423

25. Nyhus L.M., Condon R.E. *Hernia* // J.B. Lipponcott Company, Philadelphia, -1995.- 615 p.

26. Nyhus L.M. *Meshes: benefits and risks* // Springer: Heidelberg. 2004. 469 p.

References [1-12]:

1. Akimov V.P., Krikunov D.Ju., Parshin D.S., i dr. Vozmozhnosti ispol'zovaniya kleevoogo metoda fiksatsii setchatogo implanta pri laparoskopicheskom lechenii pakhovykh gryzh [Possibilities of using the adhesive method of fixation of a mesh implant in laparoscopic treatment of inguinal hernias]. *Tavrisheskii mediko-biologicheskii vestnik* [Tavrichesky medico-biological bulletin]. 2018. T.21, №1. pp. 7-14. [in Russian]

2. Belokonev V.I., Gogija B.Sh., Gorskiy V.A., Ermakov N.A., i dr. *Pakhovye i posleoperatsionnye gryzhi. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii po gerniologii* [Inguinal and postoperative hernias. National clinical guidelines for herniology] Serpukhov, 2018. 101 p. [in Russian]

3. Gaar E.V., Gaar V.G., Prochenko D.S., i dr. Analiz retsidivov pakhovykh gryzh posle nenatyazhnoi gernioplastiki po Likhtenshteinu [Analysis of recurrent inguinal hernias after non-protracted hernioplasty by Liechtenstein]. *Vyatskii meditsinskii vestnik* [Vyatka Medical Bulletin]. 2018. №3. pp.12-13. [in Russian]

4. Klimov A.E., Popov V.S., Barhudarov A.A., Jurij A.V. Vybór setchatogo implantanta dlya plastiki Likhtenstein u muzhchin reproduktivnogo vozrasta [The choice of a mesh implant for Lichtenstein plastic surgery in men of reproductive age]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina* [Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine]. 2018. 22 (3): 249–57. DOI: 10.22363/2313-0245-2018-22-3-249-257 [in Russian]

5. Krajnjukov P.E., Skorobogatov V.M., Chernyh V.G., Kuljushina E.A., Bondareva N.V. Sposob kombinirovannoi alloplastiki pri kosoj pahovoj gryzhe [Method of combined alloplasty for oblique inguinal hernia]. *Vestnik Natsional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N. I. Pirogova* [Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov.]. 2017. 12 (4-2): 47–51. [in Russian]

6. Lesnikov S.M., Pavlenko V.V., Podoluzhnyi V.I., i dr. Sovremennaya kontseptsiya geneza i lecheniya gryzh

pakhovoi oblasti (obzor literatury) [Modern concept of genesis and treatment of inguinal hernias (literature review)]. *Voprosy rekonstruktivnoi i plasticheskoi khirurgii* [Questions of reconstructive and plastic surgery]. 2019. №1. pp. 68-75. [in Russian]

7. Poborskij A.N., Drozhzhin E.V., Asutaev Sh.D. Analiz «Zatraty-poleznost» lecheniya pakhovykh gryzh nenatyazhnymi metodami [Analysis of the "Cost-utility" of treatment of inguinal hernias by non-stretching methods]. *Klinicheskaya i eksperimental'naya khirurgiya* [Clinical and experimental surgery]. 2018. T.6, №2. pp.20-25. [in Russian]

8. Raimhanov A.D. i dr. Rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya bol'shikh i recidivnykh pahovykh gryzh s primeneniem nenatjazhnoj gernioplastiki [The results of surgical treatment of large and recurrent inguinal hernias with the use of non-protracted hernioplasty]. *Allergologiya i immunologiya* [Allergology and immunology]. 2014. Tom 15, №1. pp. 56-57. [in Russian]

9. Raimhanov A.D. i dr. Sovershenstvovanie sposoba khirurgicheskogo lecheniya bol'shikh pakhovomashonochnykh i retsidivnykh pakhovykh gryzh [Improving the method of surgical treatment of large inguinal and recurrent inguinal hernias]. *Sbornik nauchnykh trudov po itogam mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii: Aktual'nye voprosy meditsiny v sovremennykh usloviyakh* [Collection of scientific papers on the results of the international scientific and practical conference: Topical issues of medicine in modern conditions]. 2016. №3. pp. 153-155. [in Russian]

10. Raimhanov A.D. i dr. *Sposob gernioplastiki pri bol'shikh i retsidivnykh pakhovykh gryzhakh. Innovatsionnyi patent Respubliki Kazakhstan* [A method of hernioplasty for large and recurrent inguinal hernias. Innovation Patent of the Republic of Kazakhstan], №28996. MPK A61B 17/00. opubl. 15.10.2014. [in Russian]

11. Sobennikov I.S., Zhiborev B.N., Kotans S.Ja., Cherenkov A.A. Diagnostika i lechenie muzhskogo besplodija u bol'nykh rasprostranennoj patologiej genitalij i pahovoj oblasti [Diagnosis and treatment of male infertility in patients with common pathology of the genitals and inguinal region]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I.P. Pavlova* [Russian Medico-Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov]. 2017. 25 (3):460–4. DOI: 10.23888 [in Russian]

12. Haritonov S.V., Rodoman G.V., Haritonov S.S. Osobennosti intensivnosti i lokalizatsii boli v rannem posleoperatsionnom periode u bol'nykh s pahovymi gryzhami posle vypolnenija razlichnykh tipov gernioplastiki [Features of the intensity and localization of pain in the early postoperative period in patients with inguinal hernias after performing various types of hernioplasty]. *Endoskopicheskaya khirurgiya* [Endoscopic surgery]. 2019. T.25, №2. pp.26-34. [in Russian]

Байланыс ақпараты:

Әуенов Медет Әуенұлы – госпиталды және балалар хирургия кафедрасының ассистенті, «Семей медициналық университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Почталық индекс: Қазақстан Республикасы, 071400, Семей қ., Абай к. 103.

E-mail: medetaizat15@mail.ru

Телефон: +7775-134-14-86., +7707-655-21-07