

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZIRLIYI
AZƏRBAYCAN TİBB UNIVERSİTETİ**

Əlyazması hüququnda

ANAR ELXAN OĞLU NAMAZOV

**QARININ ÖN DIVARININ YIRTIQLARININ
LAPAROSKOPIK PLASTİKASINDA AĞIRLAŞMALARIN
PROFİLAKTİKASI**

3213.01 – “Cərrahiyyə”

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru
elmi dərəcəsi almaq üçün dissertasiyanın**

A V T O R E F E R A T I

BAKİ - 2013

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

Tibb elmləri doktoru, professor

N.Y. Bayramov

Rəsmi opponentlər:

Tibb elmləri doktoru, professor

M.M. Kərimov

Tibb elmləri doktoru

Z.T. Şirinov

Aparıcı müəssisə: Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun ümumi cərrahiyyə kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi “_17_” _04_ 2013-cü il tarixdə Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D.03.011 Dissertasiya Şurasında keçiriləcəkdir.

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “___” _____ 2013-cü il tarixdə göndərilmişdir.

D03.011 Dissertasiya Şurasının
elmi katibi, Tibb elmləri doktoru,
professor

Ş.F. İbrahimli

Problemin aktuallığı. Qarının ön divarının yırtıqları əhali arasında geniş yayılmış cərrahi patologiyadır və dünya əhalisinin 2-7%-də rast gəlinir [Kaufman M., Weissberg D., 1980; Дарвин В.В., Шпичка А.В., Онищенко С.В., 2008]. Onların yayılması tendensiyası artmaqda davam edir və 40 yaşdan yuxarı kişilərin 13-15%-də, yaşlı kişilərin 60%-ə qədərində müşahidə olunur [Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р., 2002; Ягудин М.К., 2003]. Qasıq yırtıqları rastgəlmə tezliyinə görə ilk pilləni tutur və qarın divarının bütün yırtıqlarının 75%-ni təşkil edir [Corbitt J.D., 1994; Гасымов Э.М., 2006; Ağayev B.A., Əliyev F.X., Nəcəfquliyeva P.H., 2009]. Sonrakı yerlər göbək, ağ xətt və bud yırtıqlarına məxsusdur [Brenner J., 1991; Ağayev B.A., Məmmədov Ə.Ə., Nəcəfquliyeva P.H., 2006]. Ümumi cərrahi şöbələrdə icra edilən planlı əməliyyatların 25%-ə qədəri qarının ön divarının yırtıqlarının payına düşür [Eisner L., Harder F., 1997; Джафаров Ч.М., 2004]. 2000-ci ildə ABŞ-da 2,5 milyon, Avropada 1 milyon yırtıq plastikası əməliyyatları icra edilmişdir. Hər il Rusiyada 200 mindən, Ukraynada 20 mindən artıq yırtıq əməliyyatları yerinə yetirilir [Савченко Ю.П., Замулин Ю.Р., Левко Ю.А., 2001; Воскресенский П.К., Емельянов С.И., Ионова Е.А., 2002]. Bu əməliyyatlardan sonra 5-40% [Phillips E. H., Carrol B. J., Fallas M., 1994; Bay-Nielsen M., Nordin P., Nilsson E., Kehlet H., 2001], ixtisaslaşmış hernioloji mərkəzlərdə isə 1-5% hadisələrdə residivlər baş verir [Paul A., Korenkov M., Peters S. et al., 1997; Федоров И.В., 2001-2002]. Konkret olaraq, ixtisaslaşmış Chouldice klinikasında (Kanada, Toronto) 6000 plasikadan sonra 0,6% hadisələrdə residiv inkişaf etmişdir [Jenkins S.D., Klamer T.W., Parteka J.J., 1983]. Schumpelick-ə görə (2004) qasıq yırtıqlarının plastikası əməliyyatlarından sonra Almaniyada hər il 10% residiv meydana çıxır və bu səbəbdən 10000 cərrahi əməliyyat yerinə yetirilir. Böyük qasıq-xaya yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyatlardan sonra 10-14%, təkrar yırtıq əməliyyatlarından sonra 30-35% hallarda yırtığın residivi baş verir [Schumpelick V, Klinge U., Junge K., Stumpf M., 2004; Гвенатадзе Т.К., 2006; Пушкин С.Ю., Белоконев В.И., 2010]. Təkrar yırtıqlar bütün lokalizasiyalarda, yırtıqlara görə aparılmış istənilən cərrahi əməliyyatdan sonra 5-45% hallarda meydana çıxır [Nyhus L.M., 1998; Lichtenstein I.L., Amid P.K., Shulman A.G., 1992; Amid P.K., 2003; Искендеров Ф.И., Искендеров Н.А., 2009]. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların yayılması açıq cərrahi əməliyyatların kəmiyyət və keyfiyyət tərkibinin artması səbəbindən çoxalmağa meyllidir.

Qarının ön divarının yırtıqlarının, onların residivlərinin, xüsusilə

postoperasion yırtıqların etiopatogenezinin təsnifləndirilməsi, sistemləşdirilməsi cəhdləri uğursuzluqlarla nəticələnməkdə davam edir. Bu yırtıqların bütün növlərinin anatomik lokalizasiyasının rəngarəngliyi, anatomik-fizioloji xüsusiyyətləri, cərrahi əməliyyatların və onların modifikasiyalarının çoxsaylı olması ilə əlaqədardır [Eisner L., Harder F. 1997; Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К., 2003]. Sonuncu onilliklərdə yırtıqların istər açıq, istərsə də qapalı (videoendoskopik, videolaparoskopik) plastikası zamanı sintetik tor istifadəsinə üstünlük verilməsi, yırtıq qapısının (qapılarının) Lichtensteyn üsulu ilə gərginliksiz plastikası üsulu və onun modifikasiyalarının geniş tətbiqi təkrar yırtıqların əmələ gəlməsi səviyyəsinə əhəmiyyətli dərəcədə müsbət təsir göstərmişdir [Федоров В.Д., Гогия Б.Ш., 2000; Усов С.А., Носов В.Г., 2004]. Lakin həmin torların da istifadəsindən sonra qüsurlar, ağırlaşmalar meydana gəlməkdədir. Torların toxumalara uyğunsuzluğu, toxumalar tərəfindən rədd edilməsi, dislokasiyası, deformasiyası, büzülməsi, hətta qarın boşluğuna miqrasiyası, tora söykənən orqanlarla bitişmələrin, fistulların əmələ gəlməsi, torun fiksasiyası üçün istifadə edilmiş metal (titan) tikiş sancaqlarının yerdəyişməsi, miqrasiyası kimi ağırlaşmaların rast gəlməsi hadisələri az deyildir [Кулиев Р.А., Джавадов Ф.Г., Аббасов Н.А., 2006; Гасымов Э.М., 2006]. Bu ağırlaşmaların, o cümlədən əməliyyatdan sonrakı infeksiyon-iltihabi ağırlaşmaların aradan qaldırılması üçün əməliyyatı hazırlıq metodikalarının, əməliyyat texnikasının, sintetik torların istifadəsinə göstərişlərin, əks-göstərişlərin yırtığın anatomik lokalizasiyasına və digər anatomo-topoqrafik xüsusiyyətlərinə görə seçiminin dəqiqləşdirilməsi, əməliyyatdan sonrakı dövrün aparılması metodikalarının təkmilləşdirilməsi və digər məsələlərin həll edilməsi böyük əhəmiyyətə malikdir. İstər birincili, istər residiv, istərsə də cərrahi əməliyyatdan sonrakı qarın yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyatların bir çox texniki məsələləri, rəşional əməliyyat üsulunun seçimi, cərrahi və infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası və terapiyası məsələləri bu günədək həllini tapmamışdır, və təbii olaraq bu istiqamətdə elmi tədqiqatların aparılmasını zəruri edir.

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

Bu məqsədə çatmaq üçün aşağıdakı **vəzifələrin** yerinə yetirilməsini labüd etmişdir.

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

Elmi yeniliklər:

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

Müdafiəyə çıxarılan əsas müddəalar:

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

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

İşin əsas nəticələrinin **müzakirəsi.** Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə, uşaq cərrahiyyəsi, anesteziologiya və reanimatologiya kafedralarının birgə elmi konfransında, əsas elmi tezislər isə Prof. İ.M. Məmmədovun 90 illik

yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfrans (Bakı. 2009), Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfrans (Bakı. 2010), 18-ci Ulusal Cerrahi Kongresi (İzmir. 2012), Prof. H.A. Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfrans (Bakı. 2012) və Azərbaycan Tibb Universitetinin dissertasiyaların aprobasiyası komissiyasında (Bakı. 2012) müzakirə edilmişdir.

Dissertasiyanın **strukturu və həcmi**. Dissertasiya 133 standart kompüter səhifəsində yazılmış, 18 cədvəl və 11 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur. O, giriş, ədəbiyyat icmalı, tədqiqat metodlarına dair fəsil, şəxsi tədqiqatlardan ibarət 3 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 232 mənbəni (22 - vətən, 210 - əcnəbi) əhatə etmişdir.

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

İşin məzmunu

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

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

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

Xəstələrin cinsə və yaşa görə paylanması

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

Yırtıqların lokalizasiyası 2 saylı cədvəldə təqdim edilmişdir. Birincili və residiv yırtıqların etiopatogenezi tərəfimizdən öyrənilmişdir. Əməliyyat üsulunun yanlış seçilməsi, əməliyyat yaralarının irinli-infeksion ağırlaşmaları residivvermənin əsas səbəbləri olmuşdur. İlk dəfə baş vermiş residiv yırtıqlar təxminən 1,5 dəfə çox rast gəlməmişdir (3 saylı cədvəl).

Cədvəl 2

Yırtıqların lokalizasiyasına görə xəstələrin paylanması

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

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

Cədvəl 3

Müxtəlif lokalizasiyalı yırtıqların etiopatogenetik mexanizmlərə görə rast gəlməsi

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

Əksər xəstələrdə yırtıq möhtəviyyətinin həcmi yırtıq qapısının ölçüləri ilə mütənasib olmuşdur. Lakin yırtıq qapısına müvafiq olmayan orta, böyük, hətta nəhəng yırtıqlara da rast gəlinmişdir. Sonuncu yırtıqlar adətən düzəlməyən olmuşdur. Bud və qasıq yırtıqlarının qapısı xəstələrin böyük hissəsində kiçikölçülü olmuşdur.

Statistik hesablamalar. Tədqiqat işində alınmış riyazi göstəricilər müasir metodikalara əsaslanmaqla və “Statistica” proqramı vasitəsi ilə statistik təhlil olunmuşdur. Hər bir qrupun göstəriciləri variasion sıraya düzülmüş, hər variasion sıra üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Qrupların kəmiyyət göstəriciləri arasında fərqlər qeyri-parametrik üsul – Wilkoxson (Mann-Wytni) meyarı (W) ilə hesablanmışdır. Keyfiyyət analizi aparmaq üçün Pirso-nun uyğunluq me-

yarı (χ^2 -meyarı) istifadə olunmaqla tetraxorik və polixorik əlaqə göstəriciləri istifadə edilmişdir.

Əksər xəstələrdə yırtıq möhtəviyyatının həcmi yırtıq qapısının ölçüləri ilə mütənəşib olmuşdur. Lakin yırtıq qapısına müvafiq olma-yan orta, böyük, hətta nəhəng yırtıqlara da rast gəlinmişdir. Sonuncu yırtıqlar adətən düzəlməyən olmuşdur. Bud və qasıq yırtıqlarının qapısı xəstələrin böyük hissəsində kiçikölçülü olmuşdur.

Yırtıq qapılarının ölçüləri əməliyyatönu dövrdə manual (palpator), USM vasitəsi ilə müəyyən edilmiş və əməliyyat vaxtı dəqiqləşdirilmişdir. Xəstələrin 44,3%-də həmin ölçülər 5 sm-ə qədər təşkil etmişdir (cədvəl 4).

Cədvəl 4

Yırtıq qapılarının ölçülərinə görə xəstələrin bölgüsü
(intraoperation məlumatlar)

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

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

Açıq üsulun nəticələri: I qrupun xəstələrinin açıq atenzion cərrahi müalicəsi həyata keçirilmiş və müalicənin nəticələri təhlil edilmişdir. Birincili və residiv qasıq yırtıqları za-manı yırtıq qapısının Lichtenstein üsulu ilə gərilməsiz plastikası aparılmışdır. Protezləşdirici vasitə kimi polipropilen tor istifadə edilmişdir

Əməliyyatdan sonrakı və residiv yırtıqlar bir qayda olaraq əməliyyat çağığı nahiyyəsində əmələ gəlmişdir. Bu qrupda orta və böyük ölçülü yırtıqlar daha çox müşahidə edilmişdir. Sərbəst yırtıqlar düzəlməyən yırtıqlarla müqayisədə 1,5 dəfə çox, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar zamanı isə əksinə, düzəlməyən yırtıqlar xeyli çox rast gəlmişdir. Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlara görə uğurla nəticələnmiş 7 atenzion plastika əməliyyatları icra edilmişdir. Bu xəstələrdə həmin yırtıqların defektlərinin plastikası Stoppa üsulu ilə yerinə yetirilmişdir. Bu xəstələrdən yalnız 1-də 2 ildən sonra residiv baş vermiş və təkrar əməliyyat icra olunmuşdur.

Bu qrupda birincili yırtıqlar 18 xəstədə rast gəlmişdir. Onların 10-u qasıq, 4-ü bud, 3-ü göbək, 1-i isə ağ xətt yırtığı olmuşdur. 1 xəstədə bud yırtığı ikitərəfli olmuşdur. Bu xəstələrdə 19 açıq atenzion hernioplastika əməliyyatı yerinə yetirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə bu xəstələrdə aşağıdakı ağırlaşmalar rast gəlməmişdir: seroma – 4, dərin hematoma və onun irinləməsi – 2, əməliyyat yarasının irinləməsi -2, liqatur (tor) fistulu – 1. Seromalar USM müayinəsi ilə təsdiq olunmuş, bir neçə punksiyon boşalmadan və sərt sarğıdan sonra aradan qalxmışdır. İrinləmiş hematoma sahəsi təkrar drennlənmiş, boşluğun mütəmadi lavajı aparılmış və 2 həftə ərzində aradan qalxmışdır. 2 xəstədə irinli-infeksiyon ağırlaşmalara görə yara ikincili sağalmışdır. Həmin xəstələr ambulator şəraitdə fiziki üsullarla (yerli lazer-mağnit terapiyası kursu) uğurlu müalicə olunmuşdur. Liqatur (tor) fistuluna görə fistulun dərinliyində polipropilen sintetik tor hissəsi bir neçə dəfə kəsilsə də həmin fistul yenidən formalaşmışdır. İşemik orxit və kəskin sidik ləngiməsi ambulator qaydada konservativ müalicə ilə aradan qalxmışdır.

Residiv yırtıqlara (qasıq – 5, ağ xətt - 3, göbək -2, əməliyyatdan sonrakı -1) görə 11 xəstədə (1 xəstədə ilk əməliyyat bizim tərəfimizdən icra edilmişdir) atenzion plastika əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Bu xəstələrdən 2-də 2 dəfə, 1-də isə 3 dəfə residiv baş vermişdir. 2 və daha çox residiv qasıq yırtıqları da təsadüf etmişdir. Bu əməliyyatlardan sonra 2 xəstədə seroma, 1-də isə əməliyyat yarasının irinləməsi baş vermişdir. Hər 3 hadisədə müalicə konservativ yolla sona çatdırılmışdır. Əməliyyat yarasının irinləməsi baş vermiş xəstədə (ağ xətt yırtığı) 3 ay sonra keyfiyyətsiz fiksasiya səbəbindən polipropilen torun büzüşməsi hesabına yenidən residiv əmələ gəlmiş, xəstə bir daha Stoppa üsulu ilə açıq əməliyyat olunmuşdur.

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

Ümumi ağırlaşmalar 3 xəstədə inkişaf etmişdir. Kəskin pnevmoniya (1 xəstədə), reaktiv plevrit (1) və kəskin böyrək çatmazlığına (1) görə kompleks konservativ müalicə aparılmış, klinik yaxşılaşmadan sonra xəstələr evə buraxılmışdır.

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

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

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

Laparoskopik transabdominal hernioplastika: Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 18 xəstənin (II qrup) videolaparoskopik transabdominal atenzion cərrahi rekonstruksiyası həyata keçirilmiş və alınmış nəticələr təhlil edilmişdir (5 sayılı cədvəl).

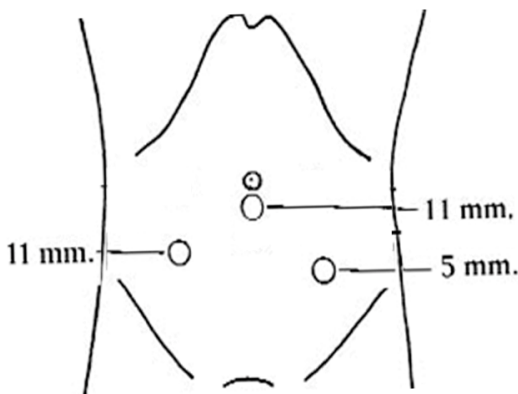
Yırtıqların lokalizasiyasına və klinik-anatomik xüsusiyyətlərinə
görə xəstələrin bölgüsü

Anatomik göstəricilər	Transabdominal laparoskopik hernioplastika (n=18)
Qasıq yırtıqları:	
Sağtərəfli birincili	2
Soltərəfli birincili	1
İlk dəfə əmələ gəlmiş residiv	1
3 dəfə əmələ gəlmiş residiv yırtıq	1
Sağtərəfli birincili bud yırtığı	1
Birincili göbək yırtıqları	4
Residiv göbək yırtıqları	2
Residiv ağ xətt yırtıqları	2
Əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar	4

Birincili qasıq yırtığına görə 3, residiv qasıq yırtığına görə 2 xəstədə yırtıq qapısının (qasıq kanalının arxa divarının) gərilməsiz plastikası aparılmışdır. Digər yırtıqların (residiv ağ xətt (2) və göbək (2), əməliyyatdan sonrakı – 4) alloplastikası Stoppa üsulu ilə icra edilmişdir. Protezləşdirici vasitə kimi sellüloza tərkibli sintetik tor istifadə edilmişdir.

Videolaparoskopik TAP əməliyyatı zamanı troakarlara yerləşdirilməsi sxemi belə olmuşdur (şək.1).

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



Şək.1. Troakarların yerləşdirilməsi nöqtələri (sxem)

Qapalı cərrahi hernioplastikadan sonra cəmi 2 xəstədə yerli ağırlaşmalar inkişaf etmişdir. 1 xəstədə göbək yaxınlığındakı troakar yarası irinlənmişdir. Yırtığın erkən müddətdə (1-ci həftənin sonunda) baş vermiş residivi sellüloza tərkibli sintetik torun fiksasiyasının aparılmaması hesabına meydana çıxmışdır. Bu xəstədə torun miqasiyası baş vermişdir. Təkrar əməliyyat açıq üsulla yerinə yetirilmiş, Lixtenşteyn plastikası icra edilmişdir.

TAP əməliyyatından sonra 2 xəstədə ümumi ağırlaşmalar (kəskin pnevmoniya – 1, aşağı ətraf venalarının tromboflebiti – 1) inkişaf etmişdir. Həmin ağırlaşmalara görə xəstələr konservativ müalicə olunmuşdur. Aşağı ətrafların səthi venalarının varikoz mənşəli tromboflebiti ilə xəstə 3 aydan sonra damar cərrahlığı şöbəsində cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

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

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

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

Videoendoskopik ekstraperitoneal hernioplastika: Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqları olan 17 xəstənin (III qrup)) gərginliksiz total ekstraperitoneal plastikası (TEP) qapalı üsulla (videoendoskopik) həyata keçirilmişdir. Cərrahi müalicənin nəti-cələri müqayisli surətdə təhlil edilmişdir. Birincili və residiv qasıq yırtıqları olan xəstələrdə yırtıq qapısının Nyhus üsulu ilə gərginliksiz rekonstruksiyası aparılmışdır. Ağ xəttin

birincili yırtığına görə 1, residiv yırtığına görə 1 və əməliyyatdan sonrakı yırtığa görə 2 xəstədə Stoppa üsulu ilə alloplastika əməliyyatı icra olunmuşdur (6 sayılı cədvəl). Protezləşdirici vasitə kimi sellüloza tərkibli tor istifadə edilmişdir.

Cədvəl 6

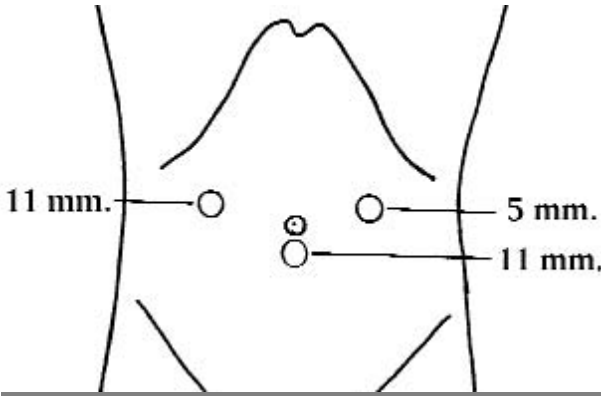
Yırtıqların lokalizasiyasına və anatomik xüsusiyyətlərinə
görə xəstələrin bölgüsü

Anatomik göstəricilər	Laparoskopik ekstraperitoneal hernioplastika (n=17)
Qasıq yırtıqları:	
Sağtərəfli birincili	5
Soltərəfli birincili	1
İkitərəfli qasıq	2
İlk dəfə əmələ gəlmiş residiv	3
İkinci dəfə əmələ gəlmiş residiv	2
Ağ xəttin birincili yırtığı	1
Residiv ağ xətt yırtığı	1
Əməliyyatdan sonrakı yırtıq	2

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

Qasıq yırtıqlarının videoendoskopik TEP zamanı adətən laparoskop üçün troakar göbəklə qasıq bitişməsi arasındakı xəttin ortasında yerləşdirilmişdir. İşçi alətlər üçün göbəkdən bir qədər yuxarıda, pararektal xətt üzərində, yırtıq tərəfdə 5 mm-lik, əks tərəfdə 12 mm-lik troakarlar yeridilmişdir. Troakarların belə yerləşdirilməsi hətta ikitərəfli qasıq yırtıqlarını TEP üsulu ilə eynimomentli plastikasına imkan vermişdir (şək. 2).

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



Şək. 2. Endovideoskopik TEP zamanı trokarların yerləşdirilməsi

İkitərəfli qasıq yırtıqları, çoxkameralı və çoxsaylı yırtıqların TEP texniki cəhətdən olduqca çətin, əməliyyat uzun müddətlidir. Ona görə də belə yırtıqların atenzion açıq və ya laparoskopik TAP üsulu ilə plastikası daha məqsədəuyğundur. Lakin təcrübə toplandıqca bu yırtıqlar zamanı da tərəfimizdən endoskopik TEP əməliyyatı yerinə yetirilmişdir.

“On lay” plastika cəmi 4 xəstədə (birincili qasıq yırtığı – 2, residiv qasıq yırtığı - 1 və postoperasion yırtıq – 1) yerinə yetirilmişdir. Bu xəstələrdə yırtığın həcmi və yırtıq qapısı kiçik ölçülərdə olmuş, dərialtı toxumanın geniş separasiyasına ehtiyac yaranmamışdır. Bu hallarda protezin yırtıq qapısından 1,-1,5 sm kənar-da perimetr boyunca tikilməsi bizim fikrimizcə kifayətdir. TEP-nin bu texnikası əməliyyatın qısa müddətlərdə və az travmatik həyata keçirilməsini tamamilə təmin etmişdir.

Sintetik torun sellüloza ilə örtülməsi toxumalar tərəfdən qıcıqlanmanı, müvafiq surətdə yerli eksudasiyanı aradan qaldırmış, və təbii olaraq, seromaların inkişafı demək olar ki, minimal səviyyəyə enmişdir. Protezin qapı ətrafına əllə tikilməsi tərəfimizdən daha məqsədəuyğun hesab edilmişdir. Bu bir tərəfdən əməliyyat xərclərini azaltmış, digər tərəfdən isə keyfiyyətli vizualizasiya şəraitində mühüm anatomik strukturların zədələnməsi təhlükəsini aradan qaldırmışdır.

TEP-dan sonra 1 xəstədə laparoskop üçün istifadə edilmiş trokar yarasının irinləməsi (10%), 1 xəstədə (5,9%) dərin toxumaların infiltrasiyası, 1 xəstədə (5,9%) seroma, 1 xəstədə (5,9%) isə işemik orxit inkişaf etmişdir. Digər müəlliflərə görə TEP-dən sonra irinli ağrılar 1-5,9% hallarda rast gəlinir.

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

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

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

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

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

Uzaq nəticələr: Tədqiqat prosesində qarının ön divarının yırtıqlarına görə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 31 xəstədə 1-3 il müddətlərində bilavasitə baxış zamanı uzaq nəticələr öyrənilmişdir. 24 xəstə tərəfimizdən hazırlanmış anket sorğusuna telefon və ya internet vasitəsi ilə cavab vermiş və cavabların bal qiymətləndirilməsi yolu ilə uzaq nəticələr öyrənilmişdir. 11 xəstə ilə əlaqə yaratmaq mümkün olmamışdır. Son 4 xəstə isə yaxın aylarda cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

Bu xəstələrdən 26-ı I, 13-ü II, 16-ı isə III qrupa aid olmuşdur. Həmin xəstələrdən 31-i özləri və ya bizim dəvətimiz əsasında mütəmadi olaraq xəstəxanaya gəlmiş və tərəfimizdən müayinə edilmişlər.

Sorğu suallarının cavablarının nəticələri toplanılmış, sistemləşdirilmiş və bal qiymətləndirilməsi aparılmışdır.

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

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

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

Yaxşı nəticə 43 xəstədə (I qrup – 19, II qrup – 11, III qrup – 13) qeyd edilmişdir. Bu xəstələr köp və qəbizliyin, digər həzm diskomfortu hallarının aradan qalxmasını, əmək qabiliyyətinin bərpa olunmasının (yüksəlməsini), əvvəllər cinsi problem yaşayan xəstələr cinsi həyatın normallaşmasını qeyd etmişlər. II və III qrupun xəstələri incə əməliyyat çapığının estetikliyinə görə razılığını bildirmişlər. I qrupun 3 xəstəsi əməliyyat çapığının kobudluğuna görə estetik əməliyyat yerinə yetirilməsini xahiş etmişdir.

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

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

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

Nəticələr

1. Qarının ön divarının yırtıqlarına görə açıq cərrahi əməliyyatlardan sonra residiv vermə və cərrahi ağırlaşmalar bilavasitə cərrahi aqressiya, yetərsiz hemostaz, toxumaların ifrat gərilməsi, əməliyyat üsulunun yanlış seçilməsi, sintetik torun ölçülərinin yırtıq qapısına uyğunsuzluğu, torun qeyri-adekvat fiksasiyası, büzüşməsi və digər səbəblərlə əlaqədardır.
2. Qarın boşluğunun yanaşı cərrahi xəstəlikləri zamanı simultan cərrahi əməliyyatların yerinə yetirilməsi imkanlarının olması qarının ön

divarının yırtıqlarının laparoskopik transabdominal plastikası üsünün birmənalı üstünlüklərindəndir.

3. Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla laparoskopik transabdominal plastikasının yerli və ümumi postoperasion ağırlaşmalarının tezliyi açıq atenzion plastika üsullarının nəticələrindən müvafiq surətdə 21,3% və 25,1% aşağı olmuşdur.
4. Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla videoendoskopik total ekstraperitoneal plastikasının yerli və ümumi postoperasion ağırlaşmalarının tezliyi açıq plastika üsullarının nəticələrindən müvafiq surətdə 24,7% və 26,3% aşağı olmuşdur.
5. Qarının ön divarının birincili, residiv və əməliyyatdan sonrakı yırtıqlarının sellüloza tərkibli sintetik torla laparoskopik transabdominal və videoendoskopik total ekstraperitoneal plastikasından sonra stasionar müalicə müddəti müvafiq surətdə $2,3 \pm 0,7$ və $2,1 \pm 0,9$ gün təşkil etmişdir, və bu göstəricilər açıq plastika üsullarının nəticələrindən $(7,5 \pm 1,2)$ xeyli üstündür.

Praktik tövsiyələr

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

Dissertasiyaya aid dərc edilmiş elmi işlərin siyahısı

1. Sellüloza tərkibli torlarla aparılan hernioplastikaların nəticələri /İ.M. Məmmədovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın mat. Bakı. "UniPrint". 2009. -s.78-79
2. Residiv qasıq yırtıqlarının laparoskopik və Lixtenşteyn üsulu ilə plastikasının erkən nəticələri //Azərbaycan Tibb Jurnalı. 2010. №3 s. 35-37 (Həmmüəliflər: Bayramov N.Y., Qapaqov F.M.)
3. Qarının ön divarının yırtıqlarının endovideocərrahi müalicəsi üsulları //Sağlamlıq. 2010. №9. -s. 24-28
4. Hernioplastikalar zamanı qarındaxili təzyiqin monitorinqi /Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları. Bakı. 2010. –s. 18-19
5. Qarının ön divarının yırtıqlarının laparoskopik təmiri zamanı baş verən səhvlər, təhlükələr, ağırlaşmalar və onların aradan qaldırılması üsulları //Cərrahiyyə. 2011. №1. -s. 79-83
6. Videoendoskopik hernioplastika əməliyyatlarının çətinlik səviyyələrinin preoperasion qiymətləndirilməsi //Sağlamlıq. 2011. №3. -s. 20-26 (Həmmüəlif: Rüstəm Ə.M.)
7. Сравнительный анализ ранних результатов открытых и лапароскопических операций при рецидивных паховых грыжах //Лазерная медицина. Москва. 2011. №4. -с.31-32
8. Karının Ön Duvarının Boğulmuş Fıtıqlarının Laparoskopik Tedavisi: ilk Sonuçlar /18. Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir, 23-26 mayıs 2012, Sözlü bildiri, www.uck2012.org (Həmmüəliflər: Nuru Bayramov, Adalat Pustam)
9. Qarın boşluğunda cərrahi əməliyyat keçirmiş xəstələrdə qarının ön divarının yırtıqlarının videoendoskopik plastikası /Prof. H.A. Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı. "UniPrint". 2012. –s. 26 (Həmmüəliflər: Rüstəm Ə.M., Həsənov N.Ə., Əliyev R.Y., Əmirov T.C.)

Профилактика осложнений при лапароскопической пластике грыж брюшной стенки

НАМАЗОВ А.Э.

РЕЗЮМЕ

За период 2008-2011 гг. на кафедре хирургических болезней-I Азербайджанского Медицинского Университета на базе Клинического Медицинского Центра г. Баку 70 больным (61 мужчин, 9 женщин) было проведено оперативное лечение по поводу первичных (34 больных), рецидивных (23), и послеоперационных (13) грыж передней брюшной стенки. Больные были разделены на 3 группы. 35 больным I группы были выполнены открытые операции по Lichtenstein и Stoppa, 18 больным II группы выполнена лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика, 17 больным III группы выполнена видеоэндоскопическая полностью внебрюшинная герниопластика.

Боли и дискомфорт в области операционной раны у больных I группы продлились в среднем $8,2 \pm 1,5$ дня. Срок стационарного лечения составил в среднем $6,5 \pm 1,3$ дней. Срок медицинской и социальной реабилитации больных, перенесших открытую ненатяжную пластику, составил в среднем $4,9 \pm 0,8$ недель. Боли и дискомфорт в области операционной раны у больных II группы продлились в среднем $3,4 \pm 0,9$ дня. Сроки стационарного лечения составил в среднем $3,1 \pm 0,6$ день, а медицинской и социальной реабилитации больных по сравнению с группой открытой ненатяжной пластики был в 2,3 раза короче. Больные возвращались к трудовой деятельности в среднем через $2,8 \pm 0,7$ недель. Боли и дискомфорт в области операционной раны у больных III группы продлились в среднем $3,2 \pm 0,6$ дня. Сроки стационарного лечения составил в среднем $3,0 \pm 0,7$ день, медико-социальной реабилитации больных по сравнению с группой открытой ненатяжной пластики был в 2,5 раза короче. Больные возвращались к трудовой деятельности в среднем через $2,7 \pm 0,4$ недель. По результатам повторного обследования все больные II и III групп и 20 больных I группы были довольны результатами лечения.

Таким образом, проведенное исследование выявило преимущество методов эндоскопической ненатяжной пластики грыж брюшной стенки по сравнению с открытой ненатяжной пластикой.

The prophylaxis of complications in laparoscopic repair of front abdominal wall herniae

NAMAZOV A.E.

SUMMARY

For the period 2008-2011 70 patients (61 males, 9 females) underwent operative treatment because of primary (34 cases), recurrent (23) and postoperative (13) herniae of front abdominal wall at I-Department of Surgical diseases of Azerbaijan Medical University based in the Clinical Medical Centre of Baku city. Patients were divided to 3 groups. 35 patients of I group underwent open operations by Lichtenstein and Stoppa; 18 patients of II group underwent laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty; 17 patients of III group underwent videoendoscopic totally extraperitoneal hernioplasty.

Pain and discomfort in the operative wound of I group patients lasted $8,2 \pm 1,5$ days mean. Hospital stay was $6,5 \pm 1,3$ days mean. The time of medical and social rehabilitation of the patients underwent open tension-free hernioplasty was $4,9 \pm 0,8$ weeks mean. Pain and discomfort in the operative wound of II group patients lasted $3,4 \pm 0,9$ days mean. Hospital stay was $3,1 \pm 0,6$ days mean. The time of medical and social rehabilitation was 2,3 times shorter than in group of open tension-free repair, patients returned to work after $2,8 \pm 0,7$ weeks mean. Pain and discomfort in the operative wound of III group patients lasted $3,2 \pm 0,6$ days mean. Hospital stay was $3,0 \pm 0,7$ days mean. The time of medical and social rehabilitation was 2,5 times shorter than in group of open tension-free repair, patients returned to work after $2,7 \pm 0,4$ weeks mean. At the follow up examination all patients of II and III group and 20 patients of I group were satisfied with the results of treatment.

Thus, the study conducted revealed the advantage of methods of endoscopic tension-free repair of abdominal wall herniae in comparison with open tension-free hernioplasty.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Ofset çap üsulu.
Kağız formatı 60x84 $\frac{1}{16}$. Tiraj 100

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

АНАР ЭЛХАН ОГЛЫ НАМАЗОВ

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

3213.01 - «Хирургия»

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине**

БАКУ - 2013