

Paraprotezli Retsidivlanuvchi Ventral Churralar Va Ularni Xirurgik Korrektsiyalash

Xaitov A. A., Mustafakulov I. B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Rezyume: Operatsiyadan keyingi ventral churra bilan og'rig'an 78 bemorni davolash tahlili o'tkazildi. Surunkali qorin churrasi bo'lgan bemorlarda kasallikning klinik ko'rinishi oldingi hernioplastika texnikasiga bog'liq edi. Protezli gernioplastikadan so'ng kasallikning to'liq qaytalanishi ko'pincha rivojlanadi. Plastik jarrohlikning kuchlanishsiz protezlash usuli protezning to'qimalarga mahkamlanishining pastki va yuqori konturlari bo'ylab churralarning qisman takrorlanishi, shuningdek, shikastlangan protezning nuqsonlari orqali churralar bilan tavsiflanadi. Bemorlarda kuchlanish protezlash usullaridan so'ng, sintetik protez atrofida bo'shliqlar paydo bo'lishi bilan biriktiruvchi to'qima rivojlanadi, bu protezning tolalari atrofida yallig'lanish reaksiyasiga olib keladi; plastik jarrohlikning kuchlanishsiz kombinatsiyalangan usullaridan so'ng - tolali transformatsiya belgilari, diffuz fokal lipomatoz va o'rtacha limfotsitar infiltratsiya belgilari bilan etuk biriktiruvchi to'qima. Yuqoridagi omillar qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan birgalikda takroriy churra shakllanishiga asos bo'ladi.

Kalit so'zlar: Operatsiyadan keyingi ventral churra, protezli plastika, retsidiv.

Dolzarblik. Oxirgi 20 yil ichida birlamchi va operatsiyadan keyingi churra bilan og'rig'an bemorlarni davolash natijalarining yaxshilanishi turli materiallardan tayyorlangan sintetik protezlarning amaliyotga joriy etilishi bilan bog'liq. Ventral churralarning avtoplastik usullar yordamida tuzatilgandan keyin takrorlanish darajasi 20 dan 46% gacha, protezlash usullaridan keyin bemorlarning 8 dan 15,3% gacha (1,3,4). Hozirgi vaqtda takroriy churralarning patogenezi protez atrofida to'qimalarda doimiy progressiv mahalliy yallig'lanish jarayonining rivojlanishi nuqtai nazaridan ko'rib chiqiladi, bu takroriy operatsiyalar paytida yaraning asoratlari xavfi ortishidan dalolat beradi (2,6). Biroq, kasallikning asoratlari va qaytalanishining oldini olish usullari etarli darajada ishlab chiqilmagan (5).

Gernioplastikaning avtoplastik va protez usullaridan keyin takroriy ventral churrasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik usulini tanlash bo'yicha aniq shakllangan tavsiyalarning yo'qligi ushbu tadqiqotni o'tkazish uchun asosiy turtki bo'ldi.

Tadqiqot maqsadi. Har xil plastik jarrohlik usullaridan so'ng qorin bo'shlig'i churrasi takrorlangan bemorlarda to'qimalarda makro va mikroskopik morfologik o'zgarishlarning qiyosiy tahlilini o'tkazish va qorin bo'shlig'ining takroriy churralarini jarrohlik yo'li bilan davolash usullarini takomillashtirish.

Materiallar va usullar. Operatsiyadan keyingi takroriy qorin churrasi bo'lgan 28 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yoshi $57,2 \pm 9,02$ yosh) barcha 78 nafar bemor 2 guruhga bo'lingan. I guruhga churra alloplastikasining kuchlanish usullaridan keyin takroriy churra paydo bo'lgan 52 bemor kiritilgan. II guruhga sintetik protezlardan foydalangan holda kuchlanishsiz kombinatsiyalangan usullardan foydalangan holda operatsiyalardan so'ng kasalligi qaytgan 26 nafar bemor kiritilgan.

Ko'pincha ginekologik operatsiyalardan keyin hosil bo'lgan churralar - 23,2%, boshqa kasalliklar, shu jumladan qorin bo'shlig'i travmasi - 22,1%, gepatobiliar tizimga aralashuvlar 16,2% va kindik churrasi uchun churra tuzatish - 15,1% va boshqalar.

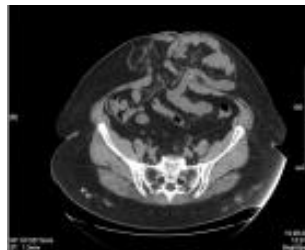
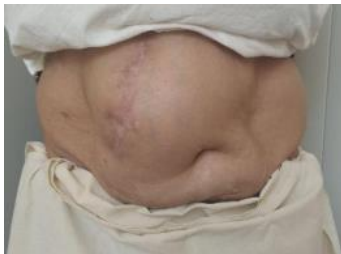
J.P. Chevrel va A.M. Rath (SWR - tasnifi 2000). tasnifi bo'yicha bemorlar churrasining o'lchami, joylashuvi va takroriy churralarning chastotasi bo'yicha taqsimlanishi.

Shu bilan birga, muhim o'rinni o'rtacha lokalizatsiya churrasi (87,2%), keyin esa - anterolateral churrasi (8,1%) va lateral churrasi (4,7%) egalladi.

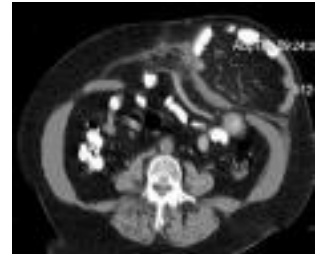
Kichik o'lchamdagi (W1) takroriy churralar bemorlarning 18,6% da, o'rta (W2) - 34,9%, katta (W3) - 31,4%, katta (W4) - 15,1%.

Instrumental tadqiqot usullarini ro'yxatdan o'tkazishga alohida ahamiyat berildi: operatsiyadan oldin va keyin aralashuv sohasidagi ultratovush, KT.

OKVCh bilan og'rikan bemorlarda kompyuter tomografiyasi churra protruziyasining proektsiyasidagi nuqsonni, uning o'lchamini ishonchli tarzda ko'rishga, qorin old devori churra tarkibidagi elementlarni aniqlashga, teri osti yog'ining qalinligini va mushak aponevrozining holatini aniqlashga imkon berdi.



1-rasm. Operatsiyadan keyingi takroriy qorin churrasi (M2W3R1) bilan og'rikan 56 yoshli bemor P.ning qorin old devorining ko'rinishi va kompyuter tomografiyasi.



2-rasm. Operatsiyadan keyingi takroriy qorin churrasi (L1W3R2) bilan og'rikan 54 yoshli bemor G.ning qorin old devori ko'rinishi va kompyuter tomografiyasi.

Interoperatsion paytda takroriy churrasi bo'lgan bemorlarda morfologik tadqiqot uchun, ilgari o'rnatilgan protezning bo'laklari, churra teshigi sohasidagi to'qimalar to'g'ridan-to'g'ri takroriy churra joyida va ulardan 5-15 sm masofada (belgilangan holda aniqlanadi). birlamchi churraning o'lchami), suyuqlik hosil bo'lishining devorlari va ularning mavjudligi olingan.

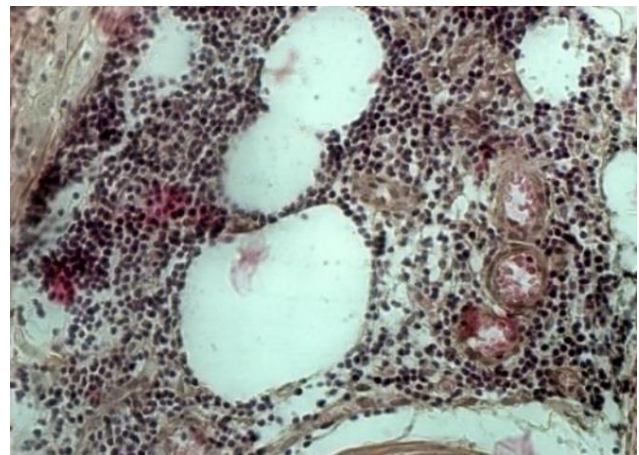
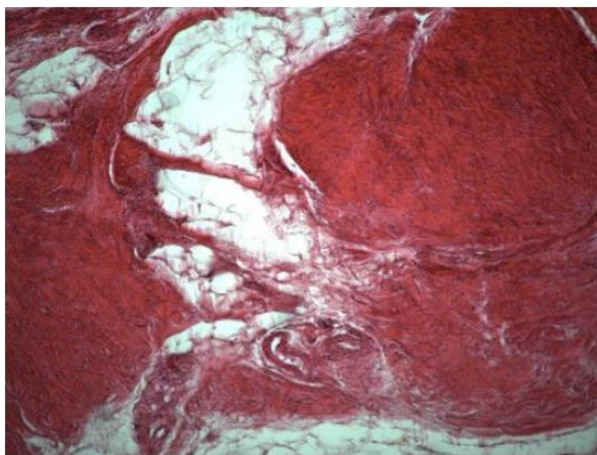
Protezlash usullaridan so'ng takroriy churra bilan og'rikan bemorlarda plastik zonani o'rab turgan to'qimalar, shuningdek takroriy operatsiyalar paytida olingan protez-to'qima interfeysi o'rganildi. Gistologik bo'limlar Samarqand davlat tibbiyot universitetining gistologiya kafedrasida Olympus BX 41 mikroskopiga asoslangan vizualizatsiya tizimidan foydalangan holda o'rganildi, Morfologiya 5.2 dasturi yordamida tasvirlar olingandan so'ng tuzilmalarning morfometriyasi amalga oshirildi.

Qorin devoridagi nuqsonlarni mahalliy to'qimalar bilan plastik yopib qo'yish va ularni sintetik protez bilan mustahkamlashdan so'ng bemorlarda churraning qaytalanishi sabablarini aniqlash uchun davolangan bemorlarda operatsiyalarning retrospektiv tahlili o'tkazildi.

Mahalliy to'qimalar bilan tuzatilganidan keyin takroriy churrasi bo'lgan bemorlarda kasallikning to'liq qaytalanishi sodir bo'ldi. Operatsiya paytida, ilgari tikilgan to'qimalarning qirralari ajralish chizig'i bo'ylab, ip va tugunning yaxlitligi saqlanib qolgan ligaturalar topildi, bu ipning yorilishi emas, balki to'qimalarning otilishidan dalolat beradi. Mahalliy to'qimalar bilan plastik jarrohlikdan so'ng, churraning takrorlanishi va protrusion hajmi o'rtasida bog'liqlik qayd etildi, bu esa, o'z navbatida, operatsiyadan keyin qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan bog'liq. Bu qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga hissa qo'shadigan katta churralarni tuzatishning qo'llaniladigan usulining etarli emasligini ko'rsatadi.

Ushbu guruhdagi bemorlarda mahalliy to'qimalar bilan plastik jarrohlikdan so'ng to'qimalarning mikroskopik tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, chandiqliq bilan ifodalangan retsidiv zonasi churra elementlarini shakllantirish jarayonida qorin old devorining anatomiyasini o'zgartirib, operatsiya davomida texnik qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. 2 oydan 6 oygacha qaytgan taqdirda, chandiqliqning asosini tolali transformatsiya belgilarisiz etuk biriktiruvchi to'qima tashkil qiladi. Kollagen tolalari asosan to'plamlarda to'plangan, ammo ulardagi tolalarning qalinligi va zichligi notekis edi. Past zichlikdagi joylarda to'qimalarning shishishi va diffuz o'choqli limfotsitar infiltratsiya bilan yallig'lanish belgilari mavjud (3-rasm). Bunday o'zgarishlar retsidiv zonasidan uzoq masofada kuzatilgan va churraning qaytalanishining rivojlanish joyida, mavjud yallig'lanish fonida, pishmagan granulyatsiya to'qimalarining kichik o'choqlari mavjud edi.

Plastik jarrohlikning kuchlanish protez usullaridan keyin takroriy churrasi bo'lgan bemorlarda quyidagi o'zgarishlar makroskopik tarzda aniqlandi. Asosiy farqlar, retsidiv vaqtiga qarab, to'g'ridan-to'g'ri implant joylashgan hududda kuzatildi, bu sintetik protez atrofida biriktiruvchi to'qima kapsulasining etishmovchiligi va notekis shakllanishida namoyon bo'ldi. Plastik jarrohlikdan 6 oy o'tgach, sintetik material "on lay" holatiga qo'yilganda, protezning patologik integratsiyasi, uning atrofida aylana kapsula deyarli yo'qligi aniqlandi. U yallig'lanish hujayralari bilan intensiv infiltratsiya qilingan granulyatsiya to'qimalariga asoslangan bo'lib, ularning aksariyati limfotsitlar, shuningdek, sintetik materialning to'qimalari va tolalari o'rtasida sezilarli "bo'shliqlar" hosil qiluvchi bir nechta degranulyatsiyalangan mast hujayralari (5b-rasm). Protezning dumaloq kapsulasini tashkil etuvchi kollagen tolalari tolali transformatsiya belgilarini ko'rsatdi. Shunday qilib, morfologik nuqtai nazardan, churra teshigini mahalliy to'qimalar yoki protez taranglik usullari bilan yopish holatida mavjud to'qimalarning kuchlanishining belgisi surunkali aseptik yallig'lanish bo'lib, chandiqlarni qayta qurish jarayonlarini keltirib chiqaradi, ular orasida "bo'shliqlar" paydo bo'ladi. protez va to'qimalarning tolalari, uning to'qimalarga mahkamlash kuchini kamaytiradi.



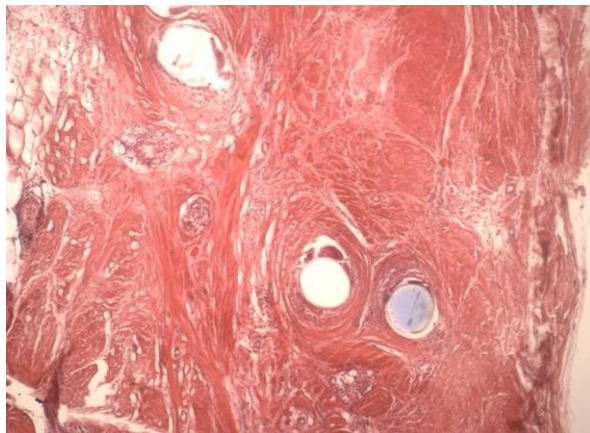
5-rasm. Ia (a), Ib (b) guruhidagi bemorlarda retsidiv zonasi to'qimalarida mikroskopik o'zgarishlar. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash: a - shish va yallig'lanish belgilari bilan plastik jarrohlik joyida chandiqliqning lipomatozi (Kat. 100); b - sintetik polipropilen protezning tolalari atrofida aniq yallig'lanish hodisalari (Kat. 400);

Tarangliksiz protezli kombinatsiyalangan plastik jarrohlikdan so'ng takroriy churrasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik amaliyotini o'tkazishda va teri osti to'qimasida terini kesishda to'qimalarga birlashtirilgan protez aniq aniqlangan bo'lib, o'rta churralarda qorin to'g'ri ichakning old devorlarini hosil qiladi. . Joylashuvidan qat'i nazar (epi-, mezo-, gipogastrik, shuningdek, anterolateral, lateral) takroriy churralar 20 bemorda pastki, 4 bemorda inferolateral kontur bo'ylab va 2 bemorda yuqori kontur bo'ylab joylashgan. ta'mirlash. Shuning uchun yuqori yoki pastki kontur bo'ylab churra teshigi protez bilan, pastki va yuqori kontur bo'ylab - mos ravishda qorinning to'g'ri mushaklarining aponevrozi bilan ifodalangan va churra xaltasi ortiqcha cho'zilgan qorin parda va gipertrofiyalangan ko'ndalang fastsiyadan hosil bo'lgan. 26 ta holatning hech birida churra xaltasida oldingi operatsiya vaqtida o'rnatilgan protez bo'lmagan. Protezni mahkamlash joyida churra teshigida tikuv materialini

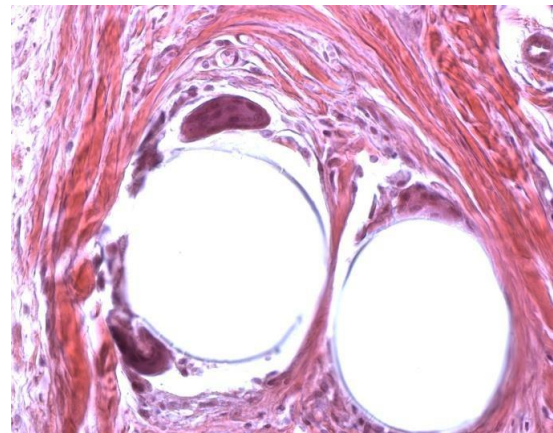
aniqlashning iloji bo'lmadi, chunki bemorlarda operatsiya vaqtida so'rilishi mumkin bo'lgan tikuv materiali (vikril yoki poliglikolid) ishlatilgan.

Bundan tashqari, churraning kattaligi uning paydo bo'lish vaqtiga bog'liq edi. Davr qancha ko'p bo'lsa, churraning o'lchami shunchalik katta bo'lib, churra teshigi va churra xaltasi tufayli kattalashadi. Bundan tashqari, churra teshigi to'qimalarning cho'zilishi va yorilishi tufayli pastki kontur bo'ylab kengayib, protezning sirpanib ketishiga olib keldi. Bu uning pastki va lateral konturlari bo'ylab zich tolali halqa bilan tasdiqlanadi. Yuqori kontur bo'ylab churra halqasi protezning chetida joylashgan bo'lib, unda tolali to'qimalar o'smaydi.

Klinik kuzatishlar shuni ko'rsatdiki, II guruh bemorlarida relapslar 6 oydan 1,5 yilgacha rivojlanadi. Operatsiya davomida barcha takroriy churralar to'liq bo'lmaganligi va ko'pincha protezni mahkamlashning pastki konturi bo'ylab rivojlanganligi tasdiqlandi. Qaytarilish joylarining morfologik tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, protez atrofida tolali transformatsiya va diffuz o'choqli lipomatoz belgilari bo'lgan etuk biriktiruvchi to'qimaning qalin kapsulasi bor. Materialning tolalari bilan birinchi "o'zaro ta'sir chizig'i" yadrolari soni 18 dan 38 gacha bo'lgan va gistologik bo'limning faqat bitta tekisligida joylashgan begona jismlarning ulkan hujayralari edi. Granulyomatoz yallig'lanish belgilari barcha kuzatuvlarda mavjud bo'lgan, lekin tolalar bir-biriga bog'langan joylarda eng aniq namoyon bo'lgan, bu esa $263+44,5$ mkm teskari tebranish mavjudligini aniqladi. Relapsning bevosita maydoni limfotsitlar bilan o'rtacha darajada infiltrlangan to'liq qonli granulyatsiya to'qimalari bilan ifodalangan (7, 8-rasm).



7-rasm. Mikrofotosurat. Sintetik protez joylashgan hududda takroriy churra paytida to'qimalarning holati. Bemor K. Tashxis: operatsiyadan keyingi qorincha churra MW4R2. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. Kat. 100



8-rasm. Mikrofotosurat. Polipropilen protezning tolalari va atrofdagi granulyatsiya to'qimalari dumaloq kapsulaning bir qismi sifatida begona jismlarning ulkan hujayralari bilan. Bemor L. Tashxis: operatsiyadan keyingi ventral churra MW3R1. Gematoksilin-eozin bilan bo'yash. Kat. 400

Qayta tiklash joyidan uzoqda joylashgan hududlarda protez materialining tolalari bilan birinchi "o'zaro ta'sir qilish hujayralari" gistologik bo'limning bir tekisligida 16 dan 28 gacha yadrolarni o'z ichiga olgan ko'p sonli gigant begona jismlar hujayralari va asosiy tarkibni tashkil etdi. dumaloq kapsulalar ko'plab yangi hosil bo'lgan tomirlar, infiltrlangan yagona limfotsitlar va makroflaglardan iborat granulyatsiya to'qimasi edi. Protez tolalari atrofidagi granulyatsiya to'qimalarining qalinligi $263+44,5$ mikronga yetdi.

Takroriy churra hududidan olingan gistologik preparatlarda begona jismlarning gigant hujayralarining soni uzoq hududlardagi kabi bo'lgan, ammo bitta kesma tekisligida ko'rilgan yadrolar soni 20 dan 42 gacha bo'lgan. protez materialining tolalari aniq surunkali yallig'lanish belgilari bilan bo'lgan, undagi tomirlar kengaygan va ulardagi qizil qon tanachalari stazasi bilan to'la qonli. Tolalar atrofidagi granulyatsiya to'qimalarining qalinligi $488+38,5$ mkm ga yetdi.

Protez materialining tolalari atrofidagi granulyatsiya to'qimalari, atrofdagi to'qimalarga shikast

etkazuvchi, implantatsiya qilingan material yuzasida reaksiya bilan birgalikda bo'shliqlarning rivojlanishiga olib keldi, ularning kattaligi granulyatsiya to'qimalarining qalinligiga teng edi. Relaps zonasida protez atrofidagi yaxlitlik va umumiy biriktiruvchi to'qima kapsulasining buzilishi ham aniqlandi. Barcha kuzatuvlarda hosil bo'lgan nuqson kengaygan qon tomirlari bilan granulyatsiya to'qimalari bilan to'ldirilgan va surunkali yallig'lanish hujayralari bilan infiltratsiya qilingan.

To'qimalardagi bu o'zgarishlar protezning qorin bo'shlig'i devoridagi eng katta taranglik joylarida uning mahkamlash chizig'i bo'ylab chetdan chetga siljishi uchun zarur shartdir.

Natijalar va muhokama. I guruh bemorlari orasida 4 nafar bemorda protez taranglik plastikasi takrorlangan, ulardan 1 nafarida (25%) kasallikning qaytalanishi kuzatilgan. 2 (3,8%) bemorda relaps bilan 48 nafar bemorda takomillashtirilgan usullardan foydalangan holda protez kuchlanishsiz plastik jarrohlik amaliyoti amalga oshirildi. Shu bilan birga, 30 nafar bemorga U shaklidagi choklar bilan endoprotez implantatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan "onley" gernalloplastika (qaytalanish – 1), 18 nafar bemorda dublikat hosil qilib nuqsonni tikmasdan "onlay+sublay" hernialloplastika amalga oshirildi. bemorlar (relaps 1).

1-jadval. Churraning joylashishiga va qayta operatsiya qilish variantiga qarab takroriy OKVCh (Ib guruhi) bo'lgan bemorlardagi natijalar

Takroriy churraning lokalizatsiyasi	Takroriy operatsiya variantlari			
	Protezli tarang tortishli plastika n=4	Protezli tarang tortishsiz plastika n=52		
	"onlay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikish bilan	"onlay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan endoprotezni II-simon choklar yordamida implantatsiyasi bilan	"onlay+sublay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan dublikatura hosil qilib	Hammasi bo'lib
M	4/1	14	4	18
M1	-	2	-	2
M2	-	4	6/1	10/1
M3	-	6/1	4	10/1
M4	-	4	-	4
ML	-	-	2	2
L	-	-	2	2
Jami	4/1	30/1	18/1	48/2

* Eslatma: maxrajda churraning takrorlanish sonini bildiradi

2-jadval. Qaytalanuvchi OKVCh (Ib guruhi) bo'lgan bemorlarda churra hajmiga va qayta operatsiya qilish variantiga qarab natijalar

Takroriy churraning lokalizatsiyasi	Takroriy operatsiya variantlari			
	Protezli tarang tortishli plastika n=1	Protezli tarang tortishsiz plastika n=24		
	"onlay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikish bilan	"onlay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan endoprotezni II-simon choklar yordamida implantatsiyasi bilan	"onlay+sublay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan dublikatura hosil qilib	Hammasi bo'lib
W1	2	2	-	2
W2	2/1	10/1	4	14/1

W3	-	14	8	22
W4	-	4	6/1	10/1
Jami	4/1	30/1	18/1	48/2

* Eslatma: maxrajda churraning takrorlanish sonini bildiradi

3 va 4-jadvallarda plastik jarrohlikning takomillashtirilgan tarangliksiz protezlash usullaridan so'ng takroriy churrasi bo'lgan bemorlarda o'tkaziladigan operatsiyalar usullari va soni haqida ma'lumot berilgan.

3-jadval. Surunkali qorin churrasi (II guruh) bilan og'rigan bemorlarni protezli kombinatsiyalangan plastik jarrohlik usullaridan so'ng, ularning joylashishiga qarab davolash natijalari

Plastika usullari	Churralar lokalizatsiyasi						
	M	M1	M2	M3	ML	L	Hammasi bo'lib
"onlay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan endoprotezni П-simon choklar yordamida implantatsiyasi bilan	2	6	2	8/1			18/1
"onlay+sublay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan dublikatura hosil qilib	2			2	2	2	8
Jami	4	6	2	10/1	2	2	26/1

Таблица 4 Результаты лечения больных с рецидивами вентральных грыж (группа 2) после протезирующих комбинированных способов пластики в зависимости от их размера

4-jadval. Ventral churra bilan og'rigan bemorlarni (2-guruh) protezli kombinatsiyalangan plastik jarrohlik usullaridan so'ng, ularning hajmiga qarab davolash natijalari

Plastika usullari	Churra o'lchami				Hammasi bo'lib
	W1	W2	W3	W4	
"onlay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan endoprotezni П-simon choklar yordamida implantatsiyasi bilan	8	4	6/1	-	18/1
"onlay+sublay" usulida gernalloplastika, nuqsonni oldindan tikmasdan dublikatura hosil qilib	2	3	1	2	8
Jami	10	7	7/1	2	26/1

Протезирующая ненатяжная пластика усовершенствованными способами проведено всем 26 больным с рецидивом у 1 (3,8%) больных. При этом герниоаллопластика «onlay» без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами 18 больным (рецидив – 1), герниоаллопластика «onlay+sublay» без ушивания дефекта созданием дубликатуры 8 пациентам.

Анализ данных таблиц 3 и 4 показывает, что у всех больных II группы при наличии рецидива грыжи проводилась повторная ненатяжная пластика усовершенствованными способами по 1 и 2 вариантам. При выполнении операций у больных сложностей не было. Исключения были у пациентов с рецидивными переднебоковыми грыжами, страдающих ожирением 4 степени.

Клинико-статистический анализ результатов показал, что применение ненатяжных усовершенствованных способов пластики у больных с рецидивными вентральными грыжами после операций, протезирующей ненатяжной пластики значительно сокращает риск развития повторного рецидива заболевания до 3,8%.

Результаты исследования позволяют сделать заключение, что в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж рекомендуется использование усовершенствованных

методов герниопластики – “on lay” без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами (при W1-W2) или “on lay+sub lay” с созданием дубликатуры протеза (при W3-W4), что выполнено в 56,9% и 19,8% пациентов соответственно.

Предложенные усовершенствованные способы ненатяжных протезирующих пластик у больных с рецидивными вентральными грыжами позволили значительно улучшить результаты лечения сокращением рецидива заболевания с 15% до 3,8%.

1 (3,8%) bemorda retsidiv bilan barcha 26 bemorda takomillashtirilgan usullardan foydalangan holda protez kuchlanishsiz plastik jarrohlik amalga oshirildi. Shu bilan birga, 18 nafar bemorga U shaklidagi choklar bilan endoprotez implantatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan “onley” gernalloplastika (qaytalanish – 1), “onlay+sublay” gernalloplastika 8 nafarida dublikat hosil qilib, nuqsonni tikmasdan amalga oshirildi. bemorlar.

3 va 4-jadvallardagi ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatadiki, II guruhdagi barcha bemorlarda takroriy churra mavjud bo'lganda, 1 va 2-variantlarga muvofiq takomillashtirilgan usullardan foydalangan holda takroriy kuchlanishsiz tuzatish amalga oshirildi. Bemorlar operatsiyalar davomida hech qanday qiyinchiliklarga duch kelmadilar. Istisnolar takroriy anterolateral churra va 4-darajali semizlik bilan og'rigan bemorlar uchun edi.

Natijalarning klinik va statistik tahlili shuni ko'rsatdiki, jarrohlikdan so'ng takroriy qorin bo'shlig'i churrasi bo'lgan bemorlarda tarangliksiz takomillashtirilgan tuzatish usullaridan foydalanish, protez tarangliksiz tuzatish kasallikning ikkinchi takrorlanishini rivojlanish xavfini sezilarli darajada 3,8% gacha kamaytiradi.

Tadqiqot natijalari operatsiyadan keyingi ventral churralarni jarrohlik davolashda churra alloplastikasining takomillashtirilgan usullaridan foydalanish tavsiya etiladi, degan xulosaga kelishga imkon beradi - endoprotezni U shaklidagi choklar bilan implantatsiya qilish bilan nuqsonni tikmasdan "yotqizishda". W1-W2) yoki dublikat protezni yaratish bilan (W3-W4 da) "yotqizish + yotqizishda" bemorlarning 56,9% va 19,8% da bajarilgan.

Ventral churra bilan og'rigan bemorlarda kuchlanishsiz protez plastmassalarning tavsiya etilgan takomillashtirilgan usullari kasallikning qaytalanishini 15% dan 3,8% gacha kamaytirish orqali davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilash imkonini berdi.

Выводы.

1. Клинические проявления заболевания у больных с рецидивными вентральными грыжами зависели от техники предшествующей герниопластики. После протезирующей натяжной герниопластики чаще всего развивается полный рецидив заболевания. Для ненатяжного протезирующего способа пластики характерны частичный рецидив грыж по нижнему и верхнему контурам фиксации протеза к тканям, а также грыжи через дефекты поврежденного протеза.

2. У больных после натяжных протезирующих способов развивается соединительная ткань с образованием пустот вокруг синтетического протеза, приводящих к воспалительной реакции вокруг волокон протеза; после ненатяжных комбинированных способов пластики – зрелая соединительная ткань с явлениями фиброзной трансформации, диффузно-очаговым липоматозом и умеренной лимфоцитарной инфильтрацией. Вышеописанные факторы в совокупности с повышением внутрибрюшного давления являются основами для формирования рецидива грыжи.

3. В хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж рекомендуется использование усовершенствованных методов герниопластики – “on lay” без ушивания дефекта с имплантацией эндопротеза П-образными швами (при W1-W2) или “on lay+sub lay” с созданием дубликатуры протеза (при W3-W4), что выполнено в 56,9% и 19,8% пациентов соответственно.

4. Предложенные усовершенствованные способы ненатяжных протезирующих пластик у

больных с рецидивными вентральными грыжами позволили значительно улучшить результаты лечения сокращением рецидива заболевания с 15% до 3,8%.

Xulosa.

1. Surunkali qorin churrasi bilan og'rigan bemorlarda kasallikning klinik ko'rinishi oldingi hernioplastika texnikasiga bog'liq edi. Protezli gernioplastikadan so'ng kasallikning to'liq qaytalanishi ko'pincha rivojlanadi. Plastik jarrohlikning kuchlanishsiz protezlash usuli protezning to'qimalarga mahkamlanishining pastki va yuqori konturlari bo'ylab churralarning qisman takrorlanishi, shuningdek, shikastlangan protezning nuqsonlari orqali churralar bilan tavsiflanadi.

2. Bemorlarda kuchlanish protezlash usullaridan so'ng sintetik protez atrofida bo'shliqlar paydo bo'lishi bilan biriktiruvchi to'qima rivojlanadi, bu protez tolalari atrofida yallig'lanish reaktsiyasiga olib keladi; plastik jarrohlikning kuchlanishsiz kombinatsiyalangan usullaridan so'ng - tolali transformatsiya belgilari, diffuz fokal lipomatoz va o'rtacha limfotsitar infiltratsiya belgilari bilan etuk biriktiruvchi to'qima. Yuqoridagi omillar qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan birgalikda takroriy churra shakllanishiga asos bo'ladi.

3. Operatsiyadan keyingi qorincha churralarini jarrohlik davolashda churra alloplastikasining takomillashtirilgan usullarini qo'llash tavsiya etiladi - endoprotezni U shaklidagi choklar (W1-W2 uchun) yoki "yotqizishda" implantatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan. + sub lay" protezining dublikatsiyasini yaratish bilan (W3- W4 uchun), bu bemorlarning mos ravishda 56,9% va 19,8% da bajarilgan.

4. Surunkali qorincha churrasi bilan og'rigan bemorlarda tarangliksiz protez plastmassalarning tavsiya etilgan takomillashtirilgan usullari kasallikning qaytalanishini 15% dan 3,8% gacha kamaytirish orqali davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshiladi.

Adabiyotlar.

1. Bellows C.F., Albo D., Berger D.H., Awad S. "Abdominal wall hernias: review of hernias managed at a single institution." *Hernia*, 2013, 17(1): 109-115. DOI: 10.1007/s10029-012-1022-2.
2. Belokonev V.I., Pushkin S.Y. Simultaneous operations in patients with ventral hernias and gastrointestinal fistulas: feasibility and outcomes. *Surgery*, 2015.
3. Donnelly J.P., Hanna M., Sperry B.W., Seitz W.H. Jr. "Carpal Tunnel Syndrome: A Potential Early, Red-Flag Sign of Amyloidosis." *Journal of Hand Surgery*, 2019, 44(10): 868-876. DOI: 10.1016/j.jhsa.2019.06.016.
4. Gillion J.F., Sanders D., Miserez M., Muysoms F. Preventing incisional ventral hernias: important for patients but ignored by surgical specialities? A critical review. *Hernia*, 2013. DOI: [10.1007/s10029-013-1108-5] (<https://doi.org/10.1007/s10029-013-1108-5>)
5. Helgstrand F., Rosenberg J., Kehlet H., Jørgensen L.N., Bisgaard T. "Nationwide prospective study of outcomes after elective incisional hernia repair." *Journal of the American College of Surgeons*, 2013; 216: 217-228. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.10.013
6. Szymczak C., Keller A., Montgomery A., Claes L. "Biomechanical studies on the suture retention properties of human fasciae." *Hernia*, 2012, 16(4): 489-498. DOI: 10.1007/s10029-012-0916-6.
7. Мустафакулов И.Б. Норов М.Ч. Джураева З.А. Оптимизация диагностические и лечебные возможности эндовидеолапароскопии при сочетанной абдоминальной травме *Research Focus International Scientific Journal, Uzbekistan. Volume 2. Issue 3. 2023.*
8. Мустафакулов И.Б. Норов М.Ч. Джураева З.А. Современные методы лечения травм паренхиматических органов *FRANCE international scientific-online conference: "SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM" PART 14, 5th APRIL. P. 187-194*

9. Мустафакулов И.Б. Хаитов А.А. Морфологическая оценка изменений в тканях при рецидивных грыжах после аллопластики «Тиббиётда янги кун» 8 (70) 2024
10. Норов М.Ч. Мустафакулов И.Б. Махаматаминов А.Г. Джураева З.А. Хирургическая тактика лечения закрытых травм живота и возможности миниинвазивных вмешательств Тиббиётда янги кун. 10 (60), 2023. Стр. 457-461
11. Хаитов А.А. Мустафакулов И.Б. Патогенез рецидивных вентральных грыж «Тиббиётда янги кун» 8 (70) 2024
12. Mustafakulov I.B., Khaitov A.A. Morphological assessment of changes in tissue in recurrent hernia after alloplasty. INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY AND BIOETHICS (ISSN 2995-4924) <https://multijournals.org/index.php/valeology> VOLUME 02ISSUE 09,2024 63-68 pg.
13. Khaitov A.A., Mustafakulov I.B. Pathogenesis of recurrent ventral hernia. International journal of Integrative and Modern Medicine IJMM, Volume 2, Issue 9, 2024 ISSN:2995-5319 <http://medicaljournals.eu/index.php/IJMM/issue/view/3> 24-28 pg.
14. Турсуметов А.А., Ахмедов А.И., Хаитов А.А., Хамракулов Ш.Ф. Профилактика раневых осложнений аллогерниопластики в условиях инфицирования при вентральных грыжах. 257-260 стр. ISSN 2181-7812 ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 2022 г.
15. Турсуметов А.А., Жафаров Х.М., Хаитов А.А., Хамракулов Ш.Ф. Антимикробное действие светодиодного излучения на микрофлору, сенсibilизированную метиленовой синью при ущемленных грыжах живота. 261-264 стр. ISSN 2181-7812 ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 2022 г.
16. Турсуметов А.А., Ахмедов А.И., Хаитов А.А. Профилактики серомы и послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений аллогерниопластики при вентральных грыжах живота. 373-378 стр. Научно-реферативный, духовно-просветительский журнал НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ ISSN 2181-712X. EiSSN 2181-2187 10 (60) 2023 г.