

Paraprotezli Qaytalanuvchi Ventral Churralarining Sabablari Va Xirurgik Davolash Usulini Tanlash

Xaitov Akmal Aliyarovich

Mustaqil izlanuvchi, Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich

T.f.d., dotsent, Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Rezyume: Operatsiyadan keyingi ventral churra bilan og'rigan 78 bemorni davolash tahlili o'tkazildi. Surunkali qorin churrasi bo'lgan bemorlarda kasallikning klinik ko'rinishi oldingi gernioplastika texnikasiga bog'liq edi. Protezli taranglashgan gernioplastikadan so'ng kasallikning to'liq qaytalanishi ko'pincha rivojlanadi. Plastik jarrohlikning taranglashmagan protezlash usuli protezning to'qimalarga mahkamlanishining pastki va yuqori konturlari bo'ylab churralarning qisman qaytalanishi, shuningdek, shikastlangan protezning nuqsonlari orqali churralar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bemorlarda tarang 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 taranglashmagan kombinatsiyalangan usullaridan so'ng - tolali transformatsiya belgilari, diffuz o'choqli lipomatoz va o'rtacha limfotsitar infiltratsiya belgilari bilan yetuk biriktiruvchi to'qima hosil bo'ladi. Yuqoridagi omillar qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan birgalikda qaytalanuvchi churra shakllanishiga asos bo'ladi.

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

Dolzarblik. Oxirgi 20 yil ichida birlamchi va operatsiyadan keyingi ventral churra bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalarining yaxshilanishi turli materiallardan tayyorlangan sintetik protezlarning amaliyotga joriy etilishi bilan bog'liq. Ventral churralarning autoplastik usullar yordamida tuzatilgandan keyin takrorlanish darajasi 20 dan 46% gacha, protezlash usullaridan keyin bemorlarning 8 dan 15,3% gacha (1,3,4). Hozirgi vaqtda retsidiv 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 yetarli darajada ishlab chiqilmagan (5).

Gernioplastikaning autoplastik va protez usullaridan keyin retsidiv 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. Turli xil plastik jarrohlik usullaridan so'ng retsidiv qorin churrasi bilan og'rigan bemorlarda to'qimalarda makro- va mikroskopik morfologik o'zgarishlarni qiyosiy tahlil qilish va qorin devorining retsidiv churralarini jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.

Materiallar va usullar. Operatsiyadan keyingi retsidiv 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 retsidiv churra paydo bo'lgan 52 bemor kiritilgan. II guruhga sintetik protezlardan foydalangan holda kuchlanishsiz

kombinatsiyalangan usullardan foydalangan holda operatsiyalardan so'ng kasallikning qaytalanishi sodir bo'lgan 26 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.

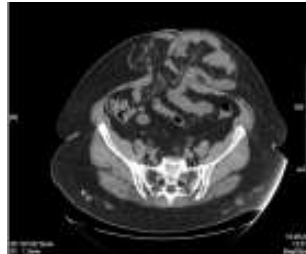
J.P. Chevrel va A.M. Rath (SWR - tasnifi 2000) tasnifi bo'yicha bemorlarning o'lchami, joylashuvi va retsidiv churralarning chastotasi bo'yicha taqsimlanishi.

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) retsidiv churralar bemorlarning 18,6% da, o'rta (W2) - 34,9%, katta (W3) - 31,4%, gigant (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, churra tarkibidagi elementlarni aniqlashga, teri osti yog'ining qorin old devori qalinligini va mushak aponevrozining holatini aniqlashga imkon berdi.



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

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

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

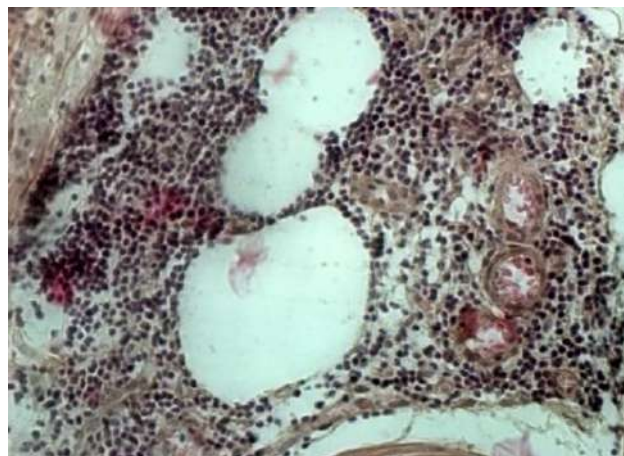
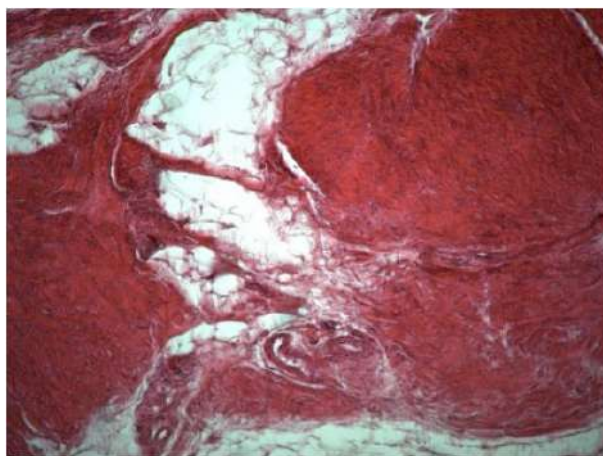
Protezlash usullaridan so'ng retsidiv churra bilan og'rikan bemorlarda plastik zonani o'rab turgan to'qimalar, shuningdek takroriy operatsiyalar paytida olingan protez-to'qima interfeysi o'rganildi. Gistologik bo'limlar Samqand davlat tibbiyot universitetining gistologiya kafedrasida Olympus BX 41 mikroskopiga 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, ularni sintetik protez bilan mustahkamlagandan so'ng bemorlarda churraning qaytalanishi sabablarini aniqlash uchun davolangan bemorlarda operatsiyalarning retrospektiv tahlili o'tkazildi.

Mahalliy to'qimalar bilan tuzatilganidan keyin retsidiv 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, chandiq bilan ifodalangan retsdiv zonasi churra elementlarini shakllantirish jarayonida qorin old devorining anatomiyasini o'zgartirib, operatsiya davomida texnik qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. 2 oydan 6 oygacha qaytgan taqdirda, chandiqning 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 zichlikli hududlarda to'qimalarning shishishi va diffuz o'choqli limfotsitar infiltratsiya bilan yallig'lanish belgilari mavjud (3-rasm). Bunday o'zgarishlar retsdiv 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 so'ng retsdiv churrasi bo'lgan bemorlarda quyidagi o'zgarishlar makroskopik tarzda aniqlandi. Asosiy farqlar, retsdiv 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 bilan yopish yoki protez taranglik usullari bilan mavjud bo'lgan to'qimalarning kuchlanishining belgisi surunkali aseptik yallig'lanishdir, bu chandiqlarni qayta qurish jarayonlarini keltirib chiqaradi, chandiqlar o'rtasida "bo'shliqlar" paydo bo'ladi. protez va to'qimalarning tolalari, uning to'qimalarga mahkamlash kuchini kamaytiradi.



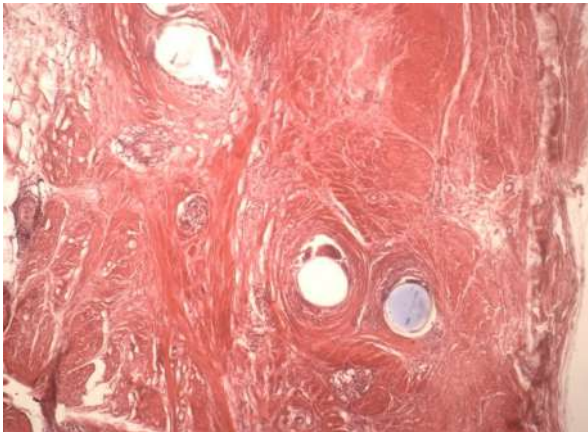
5-rasm. Ia (a), Ib (b) guruhidagi bemorlarda retsdiv zonasi to'qimalarida mikroskopik o'zgarishlar. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash: a - shish va yallig'lanish belgilari bilan plastik jarrohlik joyida chandiqning lipomatozi (100 katt.); b - sintetik polipropilen protez tolalari atrofida aniq yallig'lanish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

Tarangliksiz protezli kombinatsiyalangan plastik jarrohlikdan so'ng retsdiv 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 churrada qorin to'g'ri ichakning old devorlarini hosil qiladi. Joylashuvidan qat'iy nazar (epi-, mezo-, gipogastrik, shuningdek, anterolateral, lateral) retsdiv 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

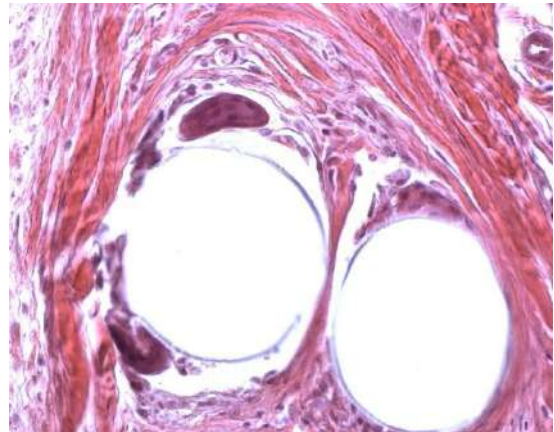
aniqlashning iloji bo'lmadi, chunki bemorlarda operatsiya vaqtida so'rilishi mumkin bo'lgan tikuv materiali (vikril yoki poliglikolid) ishlatilgan.

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 retsidivlar 6 oydan 1,5 yilgacha rivojlanadi. Operatsiya davomida barcha retsidiv 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. Retsidivning 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 retsidiv churra paytida to'qimalarning holati. Bemor K. Tashxis: operatsiyadan keyingi qorincha churra MW4R2. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. Katt. 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. Katt. 400

Qayta tiklash joyidan uzoqda joylashgan hududlarda protez materialining tolalari bilan birinchi "o'zaro ta'sir qiluvchi 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 atrofida granulyatsiya to'qimalarining qalinligi $263+44,5$ mikronga yetdi.

Retsidiv 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 atrofida granulyatsiya to'qimalarining qalinligi $488+38,5$ mkm ga yetdi.

Protez materialining tolalari atrofida granulyatsiya to'qimalari, atrofida to'qimalarga shikast

etkazuvchi, implantatsiya qilingan material yuzasida reaksiya bilan birgalikda bo'shliqlarning rivojlanishiga olib keldi, ularning kattaligi granulyatsiya to'qimalarining qalinligiga teng edi. Retsidiv zonasida protez atrofidagi butunlik va umumiy biriktiruvchi to'qima kapsulasi buzilganligi 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 protez taranglik plastikasi 4 nafar bemorda takrorlangan, ulardan keyin kasallikning qaytalanishi 1 nafarida (25%) kuzatilgan. 2 (3,8%) bemorda retsidiv bilan 48 bemorda takomillashtirilgan usullardan foydalangan holda protez kuchlanishsiz plastik jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Shu bilan birga, 30 nafar bemorga II shaklidagi choklar bilan endoprotez implantatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan "on lay" gernalloplastika (qaytalanish – 1), 18 nafar bemorda dublikat hosil qilib nuqsonni tikmasdan "onlay+sublay" gernalloplastika amalga oshirildi. bemorlar (retsidiv 1).

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

| Retsidiv churraning lokalizatsiyasi | Takroriy operatsiya variantlari | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|----------------|
| | Protezli taranglashgan plastika n=4 | Taranglashmagan protezli plastika n=52 | | |
| | Gernialloplastika "on lay" usulida, nuqsonni oldindan tikish bilan | II shaklidagi choklar bilan endoprotezni implantatsiya qilish orqali nuqsonni tikmasdan "On lay" usulida gernalloplastika | Dublikat yaratish orqali nuqsonni tikmasdan "onlay+sublay" gernalloplastika | 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: maxrajdagi son churraning takrorlanish sonini bildiradi

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

| Retsidiv churraning lokalizatsiyasi | Takroriy operatsiya variantlari | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|----------------|
| | Protezli taranglashgan plastika n=1 | Taranglashmagan protezli plastika n=24 | | |
| | Gernialloplastika "on lay" usulida, nuqsonni oldindan tikish bilan | II shaklidagi choklar bilan endoprotezni implantatsiya qilish orqali nuqsonni tikmasdan "On lay" usulida | Dublikat yaratish orqali nuqsonni tikmasdan "onlay+sublay" gernalloplastika | Hammasi bo'lib |

| | | gernioaloplastika | | |
|------|-----|-------------------|------|------|
| 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: maxrajdagi son churraning takrorlanish sonini bildiradi

3 va 4-jadvallarda plastik jarrohlikning tarangliksiz protezli takomillashtirilgan usullaridan so'ng retsidiv churra bilan og'rigan bemorlarda bajariladigan 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 usuli | Churra lokalizatsiyasi | | | | | | |
|--|------------------------|----|----|------|----|---|----------------|
| | M | M1 | M2 | M3 | ML | L | Hammasi bo'lib |
| II shaklidagi choklar bilan endoprotezni implantatsiya qilish orqali nuqsonni tikmasdan "On lay" usulida gernioaloplastika | 2 | 6 | 2 | 8/1 | | | 18/1 |
| Dublikat yaratish orqali nuqsonni tikmasdan "onlay+sublay" gernalloplastika | 2 | | | 2 | 2 | 2 | 8 |
| Jami | 4 | 6 | 2 | 10/1 | 2 | 2 | 26/1 |

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

| Plastika usuli | Churra o'lchami | | | | Hammasi bo'lib |
|--|-----------------|----|-----|----|----------------|
| | W1 | W2 | W3 | W4 | |
| II shaklidagi choklar bilan endoprotezni implantatsiya qilish orqali nuqsonni tikmasdan "On lay" usulida gernioaloplastika | 8 | 4 | 6/1 | - | 18/1 |
| Dublikat yaratish orqali nuqsonni tikmasdan "onlay+sublay" gernalloplastika | 2 | 3 | 1 | 2 | 8 |
| Jami | 10 | 7 | 7/1 | 2 | 26/1 |

1 (3,8%) bemorda retsidiv bilan barcha 26 bemorda takomillashtirilgan usullardan foydalangan holda protez taranglashmagan plastik jarrohlik amalga oshirildi. Shu bilan birga, 18 nafar bemorga II shaklidagi choklar bilan endoprotez implantatsiyasi bilan nuqsonni tikmasdan "on lay" gernalloplastika (qaytalanish – 1), "onlay+sublay" gernalloplastika bemorlarning 8 nafarida dublikat hosil qilib, nuqsonni tikmasdan amalga oshirildi.

3 va 4-jadvallardagi ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatadiki, II guruhdagi barcha bemorlarda retsidiv 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 retsidiv anterolateral churra va 4-darajali semizlik bilan og'rigan bemorlar uchun edi.

Natijalarning klinik va statistik tahlili shuni ko'rsatdiki, jarrohlikdan so'ng retsidiv qorin 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 II shaklidagi choklar bilan implantatsiya qilish bilan nuqsonni tikmasdan "on lay". W1-W2) yoki dublikat protezni yaratish bilan (W3-W4 da) "on lay + sublay" mos ravishda 56,9% va 19,8% bemorlarda bajarilgan.

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

Xulosa.

1. Surunkali qorincha churrasi bilan og'rigan bemorlarda kasallikning klinik ko'rinishi oldingi gernioplastika texnikasiga bog'liq edi. Protezli gernioplastikadan so'ng kasallikning to'liq qaytalanishi ko'pincha rivojlanadi. Plastik jarrohlikning taranglashmagan protezlash usuli protezning to'qimalarga mahkamlanishining pastki va yuqori konturlari bo'ylab churralarning qisman qaytalanishi, 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 reaksiyasiga olib keladi; plastik jarrohlikning taranglashmagan 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 birga retsdiv churra shakllanishiga asos bo'ladi.

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

4. Surunkali qorin churrasi bilan og'rigan bemorlarda taranglashmagan protezli plastikalarning tavsiya etilgan takomillashtirilgan usullari kasallikning qaytalanishini 15% dan 3,8% gacha kamaytirish orqali davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshiladi.

Adabiyot.

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.