

DOI: <https://doi.org/10.34921/amj.2025.2.010>**POSTOPERASİON VENTRAL YIRTIĞI VƏ PIYLƏNMƏSİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ
SİMULTAN HERNİOALLO- VƏ ABDOMİNOPLASTİKADAN SONRA YERLİ
STATUSUN GÖSTƏRİCİLƏRİ VƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİ****İ.T.Axundov, Z.İ.Rzayev, G.T.Hüseynova***Azərbaycan Tibb Universitetinin 3-cü cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Postoperasion ventral yırtığı (W1 – W4) və piylənməsi (1-3 dərəcə) olan 64 xəstədə yeni sintetik materiallardan (monokrilprolenkompozitli tor və absorbsiya olunan adheziv baryer “İTERCEED-TC7) istifadə etməklə müştərək simultan hernioallo- və abdominoplastika əməliyyatının nəticələri (yerli statusun vəziyyəti və həyat keyfiyyəti) araşdırılmış və həmin materiallardan istifadə edilməklə abdominoplastikasının təkcə hernioalloplastikanın nəticələri ilə müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir.

Müəyyən edilmişdir ki, simultan hernioallo- və abdominoplastika əməliyyatı təkcə hernioalloplastika ilə müqayisədə əməliyyatdan 1 il və daha çox sonra yırtıqların residivini 2 dəfə azaltmış, xəstələrin həyat keyfiyyətini xeyli yaxşılaşdırmış və bədən kütləsini 24% azaltmışdır.

Açar sözlər: postoperasion ventral yırtıqlar, piylənmə, hernioallo- və abdominoplastika, həyat keyfiyyəti

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, ожирение, герниоаллопластика, абдоминопластика, качество жизни

Key words: postoperative ventral hernias, obesity, simultaneous hernioallo-and abdomenoplastic, quality of life

**ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ОЖИРЕНИЕМ
ПОСЛЕ СИМУЛЬТАННОЙ ГЕРНИОАЛЛО- И АБДОМИНОПЛАСТИКИ****И.Т.Ахундов, З.И.Рзаев, Г.Т.Гусейнова***Кафедра хирургических болезней 3 Азербайджанского Медицинского Университета,
Баку, Азербайджан*

У 64 больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) и ожирением (1-3 степени) проведено сравнительное изучение отдаленных результатов (показателей местного статуса и качества жизни) симультанного хирургического лечения путем применения усовершенствованной герниоаллопластики с использованием новых синтетических материалов (монокрилпроленком-позитной сетки и абсорбируемого адгезионного барьера «İTERCEED (TC7)») в сочетании с абдоминопластикой в сравнении с герниоаллопластикой этими же материалами.

Было установлено, что симультанная герниоалло- и абдоминопластика способствовала достоверному снижению числа рецидивов грыж (в 2 раза) и неудовлетворительного уровня качества жизни, а также массы тела (на 24%) через год и более после операции у этой категории больных с симультанной патологией (послеоперационными вентральными грыжами и ожирением), в сравнении с больными, которым производилась только аллопластика.

Лечение больных с грыжами передней брюшной стенки остается актуальной проблемой хирургии. Это обусловлено тем, что число грыженосителей на протяжении последних десятилетий остается практи-

чески неизменным, составляя около 5% всего населения планеты [1], а удельный вес послеоперационных грыж в структуре наружных грыж живота постоянно растет, достигая в настоящее время 20-30% от всех

операций на органах брюшной полости. Это обусловлено увеличением числа сложных, травматичных и продолжительных операций на органах брюшной полости, распространением онкозаболеваний, ростом числа этапных, повторных операций, а также постоянным увеличением среди оперируемых лиц пожилого и старческого возраста [2].

Одной из причин возникновения послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) является наличие ожирения. Пациенты, имеющие ожирение различной степени, составляют от 50 до 70% всех больных с ПВГ. Частота рецидивов ПВГ у больных с ожирением, может достигать 64%, а по данным отдельных сообщений – до 92% [3,4].

Применение аллопластики уменьшает частоту рецидивирования вентральных грыж до 0-10% [5-7].

Однако аллопластика не решает всех проблем лечения грыженосителей. Любой синтетический материал является чужеродным для организма и инициирует в окружающих протез тканях асептическую воспалительную реакцию. Результатом этой реакции является высокая частота развития осложнений заживления послеоперационных ран, которая, по данным литературы, колеблется в пределах 10-30%. В литературе имеются сообщения о возможности образования спаек, кишечных фистул, пенетрации импланта в просвет кишечника, аррозии сосудов – раневых осложнений, связанных с применением сетчатых протезов [8-10].

Учитывая все вышеизложенное, а также недостаток данных о системных исследованиях по применению симультанных (герниоалло- и абдоминопластики) операций у больных с ПВГ, страдающих ожирением, основной **целью** нашего исследования являлся поиск путей улучшения отдаленных результатов хирургического лечения больных с ПВГ и ожирением путем применения усовершенствованной герниоаллопластики с использованием новых синтетических материалов (монокрипроленкомпозитной (МПК) сетки и абсорбируемого адгезионного барьера «INTERCEED (TC7)») [12,13] в сочетании с абдоминопластикой.

Материал и методы исследования. Для достижения указанной цели нами проведен

анализ результатов хирургического лечения 64 больных с ожирением и ПВГ, которые, в зависимости от примененных методов оперативного лечения были разделены на 2 основные лечебные группы: контрольная – 33 больных, которым проводилась герниоаллопластика частично сорбируемой МПК-сеткой и «искусственной брюшиной» отдельно и в сочетании с абдоминопластикой – основная (31 больной).

Возраст больных колебался от 24 до 82 лет, а средний составил $58,5 \pm 10,4$ лет. Соотношение мужчин и женщин составило около 1:2.

Для характеристики грыж использовалась классификация, принятая на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде в 1999 г. – SWR classification, разработанная J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR-classification).

Для объективной оценки результатов применения герниоаллопластики в сочетании с абдоминопластикой в лечении больных с ПВГ и ожирением в динамике нами были исследованы такие основные антропометрические показатели как масса тела (МТ, кг) и индекс массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$).

ИМТ определяли по соотношению массы тела (кг) к квадрату роста (м). В зависимости от величины ИМТ, согласно критериям, разработанным Международной группой по изучению ожирения ВОЗ (International Obesity Task Force – IOTF, 1997 год), выделяли: нормальную массу тела – $18-24,9 \text{ кг}/\text{м}^2$, избыточную массу тела – $25,0-29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$, ожирение I степени – $30,0-34,9 \text{ кг}/\text{м}^2$, ожирение II степени – $35,0-39,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ (выраженное) и ожирение III степени (морбидное ожирение) – $40,0 \text{ кг}/\text{м}^2$ и более.

Из табл. 1 видно, что распределение больных с ПВГ в контрольной и основной лечебных группах в зависимости от размеров грыжевых ворот, избыточного веса и степени ожирения было примерно одинаковым, достоверно не отличалось друг от друга, что свидетельствует о сопоставимости исследуемых групп ($p > 0,05$).

В контрольной группе 9 (27,3%) больным аллопластика грыжевых ворот МПК-сеткой была произведена по методу «онлай», 6 (18,2%) – по методу инлай и 18 (54,5%) – по «сублай» технологии. 18 (54,5%) наряду с МПК-сеткой для профилактики ее импрегнации в органы брюшной полости и образования спаек между ними при аллопластике по «сублай» методике был применен абсорбируемый адгезионный барьер «INTERCEED (TC7)».

В основной группе 7 (22,6%) больным была произведена аллопластика грыжевых ворот по «онлай» методике, 4 (12,9%) – по «инлай», а 20 (64,5%) – по «сублай». 17 (54,8%), наряду с

Таблица 1. Распределение пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в зависимости от размеров грыжевых ворот (W) и степени ожирения в лечебных группах (n=64)

Размер грыжевых ворот (W) Степень ожирения	Группы больных	
	Контрольная (n=33)	Основная (n=31)
W1	2 (6,1%)	2 (6,5%)
W2	5 (15,2%)	3 (9,7%)
W3	13 (39,4%)	15 (48,4%)
W4	13 (41,9%)	11(35,5%)
Избыточный вес	7 (21,2%)	4 (12,9%)
I степень	10 (30,3%)	8 (25,8%)
II степень	6 (18,2%)	8 (25,8%)
III степень	5 (15,2%)	7 (22,6%)

МПК-сеткой, для профилактики ее импрегнации в органы брюшной полости и образования спаек между ними при аллопластике по «сублай» методике, был применен абсорбируемый адгезионный барьер «INTERCEED (TC7)».

Таким образом, и по примененным методикам аллопластики грыжевых ворот статистически значимых различий между пациентами контрольной и основной лечебных групп не было ($p>0,05$).

Отдаленные результаты хирургического лечения ПВГ различными методами пластики грыжевых ворот были изучены путем анкетирования, опроса и осмотра больных в сроки до 3-х лет после выполнения оперативного вмешательства.

При контрольном обследовании больные отвечали на специфические вопросы, отражающие **местный статус** и связанные непосредственно с перенесенной операцией:

- 1) боль в области операции;
- 2) ограничение подвижности брюшной стенки;
- 3) ощущение инородного тела в области операции,

У больных с ПВГ, оперированных нами, **качество жизни** оценивали непосредственно перед операцией и через 3 года после герниопластики.

Для этого больные заполняли специальный вопросник, который включает в себя 13 вопросов для оценки качества жизни по 4 шкалам — физического, социального, эмоционального и

функционального благополучия. На каждый специфический вопрос следовал один из двух альтернативных ответов (есть, нет) (табл. 2).

Результаты до 19 баллов расценивались как неудовлетворительные, от 19 до 33 баллов – как удовлетворительные, от 34 до 49 баллов – как хорошие и от 50 до 54 баллов – как отличные.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью методов вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента, альтернативного анализа Фишера, корреляционного анализа на компьютере с использованием пакета прикладных программ для вычисления t-критерия по Стьюденту-Фишеру. Различие между двумя средними величинами считалось статистически достоверным при значении $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе отдаленных результатов герниопластики по показателям местного статуса нами было установлено, что **боль в области операции** в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалась у 21,2% (7) больных с ПВГ контрольной и 26,9% (7) больных основной лечебной группы (табл. 3).

Ограничение подвижности брюшной стенки наблюдалось у 21,2% (7) больных с ПВГ контрольной и 29,0% (9) больных основной лечебной группы.

Таблица 2. Вопросник для оценки качества жизни после герниопластики

№	Вопросы	Варианты ответов	Баллы
1	В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья как:	Отличное Очень хорошее Хорошее Посредственное Плохое	5 4 3 2 1
2	Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было до операции?	Значительно лучше, чем до операции Несколько лучше, чем до операции Примерно так же, как до операции Несколько хуже, чем до операции Гораздо хуже, чем до операции	5 4 3 2 1
3	Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении физических нагрузок?	Да, значительно ограничивает. Да, немного ограничивает. Нет, совсем не ограничивает	1 2 3
4	Пришлось ли Вам сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела?	Да Нет	1 2
5	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности?	Да Нет	1 2
6	Были ли трудности при выполнении своей работы или других дел, что потребовали дополнительных усилий?	Да Нет	1 2
7	Испытываете ли Вы физическую боль в области операции?	Совсем не испытываю Очень слабую Слабую Умеренную Сильную Очень сильную	6 5 4 3 2 1
8	Приходилось ли Вам после операции принимать обезболивающие средства?	Не приходилось ни разу Приходится редко Приходится часто	3 2 1
9	В какой степени боль мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?	Совсем не мешала Немного Умеренно Сильно Очень сильно	5 4 3 2 1
10	Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние после операции мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?	Совсем не мешало Немного Умеренно Сильно Очень	5 4 3 2 1
11	Могли ли Вы обойтись без чужой помощи при уходе за собой?	Могу очень хорошо Могу хорошо Могу немного Почти не могу Совсем не могу	5 4 3 2 1
12	Как часто ваше физическое или эмоциональное состояние мешает Вам активно общаться с людьми (посещать друзей, родственников и т.п.)?	Не мешает Редко Иногда Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1
13	Вы чувствуете себя полным (ой) сил и энергии?	Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу	6 5 4 3 2 1

Таблица 3. Показатели местного статуса в отдаленном периоде после герниоалло- и абдоминопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами в лечебных группах

Показатели	Группы больных			
	Контрольная (n=33)		Основная (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боль в области операции	7	21,2	7	22,6
Ограничение подвижности брюшной стенки	7	21,2	9	29,0
Ощущение инородного тела в области операции	5	15,3	8	25,8

Ощущение инородного тела в области операции возникло после аллопластики у 15,2% (5) больных с ПВГ контрольной и у 25,8% (8) больных основной лечебной группы после аллопластики с абдоминопластикой.

Таким образом, в отдаленном послеоперационном периоде ограничение подвижности брюшной стенки у больных с ПВГ основной лечебной группы наблюдалось примерно в 1,36 раза, а ощущение инородного тела в области операции в 1,7 раза чаще, чем у больных контрольной.

Это было связано с имплантацией всей МПК-сетки в область и вокруг грыжевых ворот на протяжении практически всей передней брюшной стенки (для профилактики возникновения рецидивов грыж по ее краям) ввиду создания благоприятных условий для этого при осуществлении одномоментной алло- и абдоминопластики у больных основной лечебной группы, в то время как в контрольной группе укрепление грыжевых ворот осуществлялось фрагментами этой сетки меньших размеров из-за ограниченности размеров операционного поля при осуществлении только герниоаллопластики.

У больных контрольной группы за весь период наблюдения (3 года) возникло 2 (6,1%), а у больных основной – 1 (3,2%) рецидив грыжи после аллопластики различными методами и пластическими материалами.

Причем все они возникли в первые 2 года после операции.

Таким образом, вероятность развития рецидивов грыж у больных с ПВГ основной лечебной группы после аллопластики МПК-сеткой в сочетании с абдоминопластикой

снизилась примерно в 2 раза ($p<0,01$), в сравнении с контрольной, где производилась только аллопластика.

Анализ медико-социальной эффективности операций по устранению грыж (деформаций) передней брюшной стенки включает в себя не только оценку качества оказанной медицинской помощи, но и изучение влияния результатов лечения на качество жизни больного.

Оценку качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде после гернио-пластики у больных с ПВГ различных лечебных группах мы проводили в зависимости от размера грыжевых ворот, способов герниопластики, методов аллопластики и вида пластического материала.

Неудовлетворительный уровень качества жизни больных с ПВГ в отдаленном послеоперационном периоде наблюдался у 2 (6,1%) больных с ПВГ контрольной и 1 (3,2%) основной лечебной группы (табл. 4).

Т.е., неудовлетворительный уровень качества жизни у больных с ПВГ в основной лечебной группе наблюдался в 2 раза реже, чем у больных контрольной группы (табл. 4).

Удовлетворительный уровень качества жизни отмечался у 6 (18,2%) больных контрольной с ПВГ и 4 (12,9%) основной лечебной группы.

Т.е., удовлетворительный уровень качества жизни у больных с ПВГ контрольной группы встречался примерно в 1,4 раза реже, чем в основной.

Хороший уровень качества жизни отмечался у 19 (57,6%) больных с ПВГ контрольной и 19 (61,3%) основной лечебной группы.

Таблица 4. Качество жизни больных с послеоперационными вентральными грыжами в различных лечебных группах в отдаленном послеоперационном периоде

Уровень качества жизни Число больных (n)	Группы больных			
	Контрольная (n=33)		Основная (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%
Неудовлетворительный (<19 баллов или рецидив грыжи)	2	6,1	1	3,2
Удовлетворительный (19-33 балла)	6	18,2	4	12,9
Хороший (34-49 баллов)	19	57,6	19	61,3
Отличный (50-54 балла)	6	18,2	7	22,6

Таблица 5. Динамика показателей ИМТ и массы тела у пациентов с морбидным ожирением в лечебных группах в послеоперационном периоде (M±m)

Группы больных	Показатели					
	ИМТ (кг/м ²)			Масса тела (кг)		
	До операции	После операции		До операции	После операции	
		Через месяц	Через год		Через месяц	Через год
Контрольная (n=5)	48,08±0,43	45,7±0,9	39,6±0,6	137,4±3,8	135,2 ±3,1 (p>0,05)	124,1 ±2,7 (p<0,05)
Основная (n=7)	49,47±0,55	41,2 ±0,7	34,0±0,4	140,8 ±2,6	128,6 ±2,3 (p<0,05)	106,8±1,8 (p<0,01)

Примечание: p - достоверность различий в подгруппах в сравнении с исходными данными

Отличный уровень качества жизни отмечался у 6 (18,2%) больных с ПВГ контрольной и 7 (22,6%) основной лечебной группы, т.е., несмотря на относительно больший избыточный вес и удельный вес грыж больших (W3) и гигантских (W4) размеров, хороший и отличный уровень качества жизни, встречался у больных с ПВГ основной лечебной группы на 8% чаще, чем у больных контрольной.

Наиболее важным параметром для пациентов в плане психоэмоционального и физического благополучия является объективное снижение массы тела в результате оперативного лечения.

В таблице 5 наглядно продемонстрировано прогрессивное уменьшение массы тела и ИМТ после грыжесечения с применением такого нового пластического материала как МПК-сетка в комбинации с абдоминопластикой.

Исходно средний вес больных с ПВГ и ожирением составлял 137,4±3,8 кг в контрольной и 140,8±2,6 кг – в основной лечебной группе. Через 1 месяц после операции он снизился до 135,2±3,1 и 128,6±2,3 кг, а через год уменьшился на 13,3 (10,7%) и 34 (24,1%) кг до 124,1±2,7 кг в контрольной и 106,8±1,8 кг в основной лечебной группе,

соответственно.

Соответствующие изменения характеризуют динамику показателя ИМТ: исходно он был равен 48,08±0,43 и 49,47±0,55, через 1 месяц снизился до 45,7±0,9 и 41,2±0,7, а через год – до 39,6±0,6 и 34,0±0,4 у больных контрольной и основной лечебной группы, соответственно.

Таким образом, у больных контрольной группы, несмотря на снижение массы тела на 10,7% через год после операции имелось ожирение на уровне верхней границы 2 степени. В то же время у больных основной лечебной группы оно снизилось до верхней границы ожирения 1 степени (табл.5).

Заключение. Опираясь на полученные результаты можно утверждать, что сочетанная операция герниоалло- и абдоминопластика, осуществленная в основной лечебной группе способствует статистически значимому (p<0,01) уменьшению (в 2 раза) числа рецидивов грыж, а также ИМТ и массы тела (на 24%) через год и более после операции у этой категории больных с симультанной патологией (ПВГ и ожирением).

Неудовлетворительный уровень качества жизни у больных с ПВГ и ожирением после осуществления сочетанной герниоалло- и абдоминопластики (несмотря на больший

объем и травматичность операции) наблюдался в 2 раза реже, а хороший и отличный уровень качества жизни встречался на 8%

чаще, чем у больных, которым производилась только аллопластика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bittner R., Bain K., Bansal V. K., Berrevoet F. [et al]. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))- Part A // Surg. Endosc. – 2019. – Vol. 33. – №10. – P. 3069–3139. – DOI: 10.1007/s00464-019-06907- 7.
2. International guidelines for groin hernia management // Hernia. – 2018. - Feb; Vol 22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. Epub 2018 Jan 12).
3. Matta J., Carette C., Rives Lange C., Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde [French and worldwide epidemiology of obesity]. // La Presse médicale. 2018;47(5):434-438. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.03.023>.
4. Veilleux E., Lutfi R. Obesity and Ventral Hernia Repair: Is There Success in Staging? // Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques. 2020;30(8):896-899. <https://doi.org/10.1089/lap.2020.0265>.
5. Bittner J.G., Alrefai S., Vy M., Mabe M., Del Prado P.A.R., Clingempeel N.L. Comparative analysis of open and robotic transversus abdominis release for ventral hernia repair // Surg. Endosc. -2018.- Vol. 32. - № 2. - P. 727–734.
6. Cobb W.S. A Current review of synthetic meshes in abdominal wall reconstruction // Plast. Reconstr. Surg. 2018;142(3 Suppl):64S-71S. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004857>.
7. Wang X., Huang G., Shen D., Lin J., Ning C., Cao X., Ji L., Lu Y., Wei W. Operative strategy and short-term efficacy of recurrent groin hernia // Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. - 2018. - Vol. 25, № 7. -P. 761-765.
8. American Society of Plastic Surgeons. Plastic Surgery Statistics Report. [cited 2021 Dec 27]. Available from: www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2020/plastic-surgery-statistics-full-report-2020.pdf.
9. Campanelli G. Incisional hernia repair: still a complex matter // Hernia.- 2021.-Vol. 25.- P. 253. Jangjoo, A., Kalantari M. E., Zandbaf T. Mesh migration following abdominal hernia repair: A case report, and literature review // Caspian J. Intern. Med. – 2022. – Vol. 13. – №4. – P. 815–817. – DOI: 10.22088/cjim.13.4.815.
10. Kryshen V.P., Nor N.N., Kudriavtsev A.V., Komchuk T.S. Laparoscopic hernioplasty as a possible choice for treatment of strangulated inguinal hernia // Azerb.Med.Y., 2024 №4, p.61-65
11. Guo W., Hu M., Huang R., Wang H. Hundred years development and future prospect of the material science for hernia // Chinese journal of 206 gastrointestinal surgery. - 2018. - Vol.21, №7. - P. 828-832.
12. Ribeiro W. G., Rodrigues D. V. S., Atta F. F. M., Ramos I. S. F., Frazão F. N. S., Torres J. M. O., Pitombo M. B. Comparative study of peritoneal adhesions after intraperitoneal implantation in rats of meshes of polypropylene versus polypropylene/polyglactone versus polyester/porcine collagen / // Acta Cir Bras. – 2019. – Vol. 34. – No. 6. – DOI: 10.1590/s0102-865020190060000003.

LOCAL STATUS INDICATORS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS AND OBESITY AFTER SIMULTANEOUS HERNIOALLO- AND ABDOMINOPLASTY

I.T.Akhundov, Z.I.Rzayev, G.T.Huseynova

III Department of Surgical Diseases, Azerbaijan Medical University, Azerbaijan, Baku

Summary. This study investigates the outcomes of simultaneous hernioalloplasty and abdominoplasty in 64 patients with postoperative ventral hernia (W1–W4) and obesity (grades 1–3), utilizing new synthetic materials such as monofilament polypropylene composite mesh and the absorbable adhesive barrier "INTERCEED-TC7." The focus of the study was to assess the local status and quality of life postoperatively, comparing the results of abdominoplasty performed with these materials to those of hernioalloplasty alone.

The findings indicate that simultaneous hernioalloplasty and abdominoplasty significantly reduced the recurrence of hernias by 50% after one year or more, when compared to hernioalloplasty. Moreover, this combined procedure led to substantial improvements in the patients' quality of life and contributed to a 24% reduction in body mass.

Müəlliflə əlaqə üçün:

Axundov İdris Turqut oğlu, Azərbaycan Tibb Universitetinin 3-cü cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

E-mail: akhundovidris@mail.ru

Təqdim edilmişdir: 02.10.2024

Qəbul edilmişdir: 15.04.2025