



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ

Мирходжаев И.А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Резюме. По статистике после лапаротомии в 5-20% случаев развивается послеоперационных вентральных грыж. В статье использованы истории болезни лечение 167 больных находившихся в клиники факультетской хирургии. Основная группа больных составила 22 (2,6%) пациентов, которым была выполнена аллопротезирование грыжевых ворот. 95 больных выполнена аллогерниопластика способом «on lay». В группы сравнения 50 (30%) больных грыжесечение с пластикой по методу «sub lay» с ретромышечным расположением имплантата. У 7 больных, у которых малые размеры грыж выполнение грыжесечение с пластикой местной тканью. Исходы лечение показывают, что при больших грыжах использовать грыжевой мешок для аллоперитонеопластика или субмышечное расположение сетчатых эндопротезов.

Ключевые слова: вентральные грыжи, грыжевые ворота, аллогерниопластика, эндопротез.

TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS USING SYNTHETIC ENDOPROSTHESES

Mirkhodjaev I.A.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Resume. According to statistics, postoperative ventral hernias develop in 5-20% of cases after laparotomy. This article includes case histories of 167 patients treated at the Faculty Surgery Clinic. The main group consisted of 22 (2.6%) patients who underwent hernial orifice alloprosthesis. Ninety-five patients underwent on-lay allohernioplasty. The comparison group included 50 patients (30%) who underwent sublay hernia repair with retromuscular implant placement. Seven patients with small hernias underwent hernia repair with local tissue grafting. Treatment outcomes suggest that for larger hernias, a hernia sac for alloperitoneoplasty or submuscular mesh placement should be used.

Keywords: ventral hernia, hernial orifice, allohernioplasty, endoprosthesis.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ДАВОЛАШДА СИНТЕТИК ЭНДОПРОТЕЗЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Мирходжаев И.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

Резюме. Статистикага кўра, операциядан кейинги вентрал чурралар лапаротомиядан кейин 5-20% ҳолларда ривожланади. Ушбу мақолада Факультет жарроҳлик клиникасида даволанган 167 беморнинг клиник тарихи келтирилган. Асосий гуруҳ чурра дарвозасини аллогернипротезлаш амалга оширилган 22 (2,6%) бемордан иборат. 95 беморда эса аллогернипротезлаш «on-lay» усулда қўлланилган. Таққослаш гуруҳида чурра дарвозасини ретромышечлар имплант қўйиши «sub-lay» усули қўлланилган 50 бемор (30%) кирган. Кичик чурралари бўлган 7 беморда чурра дарвозаси маҳаллий тўқима ёрдамида пластика қилиши қўлланилган. Даволаш натижалари шуни кўрсатдики, каттароқ чурралар учун аллоперитонеопластика ёки субмышечлар тўрни жойлаштириши учун чурра халтасидан фойдаланиши керак.

Калит сўзлар: вентрал чурра, чурра дарвозаси, аллогернипротезлаш, эндопротез.

e-mail: mirkhodjayev.islam@bsmi.uz

Введение. По статистическим данным частота развития послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) после лапаротомии составляет 5-20% [1,3]. При этом наиболее оптимальным методом пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки (ПБС) является протезирование синтетическими имплантатами (4,5). Использование протезирующих материалов не исключают развитие рецидивных форм грыж. Рецидив при использовании пластики местными тканями через 3 года составила 43% а после использования протезных материалов по типу ; sub lay; составила до 24% [6]. Наряду с этим встречается множество послеоперационных осложнений при протезной герниопластики в виде

гнойных осложнений: лигатурных и кишечных свищей, которые могут причиной рецидивирования грыж.

Цели исследования: изучить причины развития рецидива ПОВГ и повысить эффективность аллопластики при лечении данной патологии.

Материалы и методы исследования: проведено ретроспективное исследование историй болезни 167 больных находившихся на лечение в клинике факультетской и госпитальной хирургии БухМИ с неосложненными послеоперационными вентральными грыжами оперированных местной тканью и с использованием полипропиленового сетчатого имплантата.

В зависимости от расположения полипропиленового эндопротеза по отношению к апоневрозу в исследовании выделены следующие группы больных: основная группа (ОГ) составили 22 (2,6%) пациента, которым выполнялась протезирующая пластика ПБС по предложенной нами методике с изоляцией эндопротеза от подкожной клетчатки тканями грыжевого мешка. В группу клинического сравнения 1 (ГКС-I) вошли 95 (56,8%) пациентов, которым применялся способ «on lay» с надапоневротическим расположением эндопротеза. В группу клинического сравнения 2 (ГКС-II) вошли 50 (30,0%) пациентов, оперированных по методике «sub lay» с ретромускулярным расположением имплантата. При всех оперативных вмешательствах использовали сетчатый полипропиленовый эндопротез производство "Эсфил-Линтекс" легкий или стандартный тип, г. Санкт-Петербург.

При распределении пациентов по полу во всех группах преобладали женщины. В ОГ вошли 19 (86,4%) женщин и 3 (13,6%) мужчин, в ГКС 1-84 (88,4%) женщин и 11 (11,6%) мужчин, в ГКС II 46 (92%) женщин и 4 (8%) мужчин. Соотношение женщин и мужчин в группах составило 6:1, 11:1. 7:1, соответственно.

При определении размеров, локализации и наличие рецидивных Повг для унификации полученных данных использовали международную классификацию J.P. Chevrel и A.M. Rath (1999). Структурный состав пациентов в зависимости от ширины грыжевых ворот (W) представлена в таблице.

Таблица №1.

Распределение пациентов с первичными ПОВГ по размерам грыжевого дефекта

Размер грыжи (W)	Количество пациентов			Итого абсол (%)
	ОГ абсол.(%)	ГКС-1 абсол. (%)	ГКС-II абсол. (%)	
Малая W ₁ (до 4 см)	1 (0,6)	4 (2,4)	2 (1,2)	7 (4,2)
Средняя W ₂ (5-10 см)	17 (10,2)	75 (44,9)	38 (22,8)	130 (77,9)
Большая W ₃ (более 10-15 см)	4 (2,4)	16 (9,5)	10 (6,0)	30 (17,9)
Всего	22 (13,2)	95 (56,8)	50 (30,0)	167 (100%)

Как видно из таблицы, что во всех группах преобладали больные с размерами грыжевых ворот 5-10 см (W₂) 130 (77,8%) и 10-15 см (W) - 30 (17,9%) пациентов. В зависимости от локализации грыжевого дефекта в ГКС-1 у большинства пациентов грыжа располагалась в околопупочной (M₁) (44,2%) и подпупочной (M₃) областях у 25 (15,0%) пациентов 42 (44,2%) и подпупочной (M₃) областях у 25 (15,0%) пациентов.

Большинство пациентов 145 (86,8%) с ПОВГ были оперированы впервые, остальные 22 (13,2%) по поводу рецидивных грыж (R1-2). Наибольшее число пациентов во всех группах имели сроки существования грыжи 1-3 года у 87 (52%) пациента, тогда как менее одного года грыжевого анамнеза встречалась у 32 (19,1%) больных. При сборе анамнеза и обследования пациентов выявлено наличие сопутствующих заболеваний, ведущее место в структуре которых занимала сердечно-сосудистая патология: гипертоническая болезнь 2-3 стадии. ишемическая болезнь сердце у 45 (27%) больных; ожирение 2-3 степени, сахарный диабет у 29 (%) больных.

В ОГ больным применён способ комбинированной пластики брюшной стенки с использованием тканей грыжевого мешка и полипропиленового эндопротеза, операция заканчивалась дренированием подкожно-жировой клетчатки по Редону. Оценивали состояние больных в раннем и позднем послеоперационном периоде (от 6 месяцев до 4 лет).

Возникновение рецидивных грыж у исследуемых группах больных отмечено в сроки от 2 месяцев до 10 лет. По данным литературы рецидив грыж в период первого года составила 11-15%, в течение последующих 9 лет число больных с рецидивом удваивается.

Нашими исследованиями установлено, что при малых размерах грыжевого дефекта у 8 (36%) больных использована пластика грыжевых ворот местными тканями являлось успешной и эффективной.

При грыжевых дефектах среднего и больших размерах нами использованы методы аллогерниопротезирования с имплантацией синтетической полипропиленовой сетки надапоневрозом "on lay" (ГК-I), и подапоневрозом "sub lay" (ГК-II). Анализируя случаи наибольшего количества рецидивов отмечено при надапоневротической пластике 12 (12,6%) больных. При подапоневротическом расположении протеза рецидив наступил у 3 (6,0%) пациентов. Риск развития рецидива при «sub lay» пластики достоверно ниже, чем при аутопластики и надапоневротическом расположении имплантата. Многие хирурги предпочитают придавать методу ретромускулярной пластике грыжевого дефекта. При этом сетчатый эндопротез вплотную примыкает к структурам передней брюшной стенки. Немаловажное значение имеет несоответствие размеров грыжевого дефекта размерами сетчатого протеза. При больших ПОВГ сетчатые имплантаты больших размеров (30x30 см) применены у 60% пациентов, данный фактор необходимо учитывать, зная то, что имплантаты в послеоперационном периоде сокращаются в размерах на 30%. Это приводит к скручиванию протеза, возникновению лигатурных свищей и в конечном итоге к рецидивированию грыж.

В основной группе больных рецидив ПОВГ в среднем от 6 месяцев до 3-х наблюдался в 2 случаях. Данный комбинированный способ аллоперитонеопластики оказался наиболее эффективным и приемлемым. Развитие в послеоперационном периоде различных раневых осложнений, по данным литературы составляет 0,3-0,6% [1]. Необходимо отметить, что при надапоневротической пластике грыжевых ворот у 10 больных наблюдались подобные осложнения, тогда как при предложенной нами методике и ретромускулярной пластике осложнений было всего в одном случае.

Значимым фактором развития рецидива грыжи является ожирение. По данным Z. Tsereteli и соавт. [8] индекс массы тела более 30 кг/м² увеличивает риск развития рецидива ПОВГ в 4 раза. При наших исследованиях 53,6% больных с рецидивной ПОВГ страдали ожирением, средний индекс массы тела составил 34,2±2,2 кг/м².

Выбор метода пластики грыжевых ворот при повторных операциях по поводу рецидивных ПОВГ существенно отличается от такового при первичных грыжесечениях. При этом аллогерниопластика применена с учетом возраста, сопутствующих заболеваний больного и размера дефекта грыжевых ворот, использованные сетчатые протезы соответствующих размеров, чаще протез размещен на задние листки влагалища прямых мышц живота. У 6 больных одновременно выполнена корригирующая пластика, в связи большим грыжевым дефектом и угрозой развития компартмент синдрома. 0

Таким образом, причинами развития рецидива ПОВГ у 15 больных скорее всего являлось имплантация сеток недостаточных размеров, а также использование для пластики местных тканей. В 5 случаях причина рецидива грыжи можно считать вследствие развития раневых осложнений, в 2 случаях несоблюдением рекомендаций больными в послеоперационном периоде по ношению бандажа и ограничению физической нагрузки.

Выводы:

1. При ПОВГ необходимо выполнять пластику грыжевых ворот с использованием синтетических имплантатов, в частности легкого или стандартного типа. Следует полностью отказаться от метода аутопластики даже при малых размерах грыжевого дефекта.

2. Предпочтительно при реконструктивных методах пластики грыжевых ворот воспользоваться субмускулярным расположением сетчатого эндопротеза, либо использовать грыжевой мешок для аллоперитонеопластики. Последний способ при угрозе развития компартмент синдрома является наиболее эффективной и приемлемой.

3. В послеоперационном периоде необходимо строго предупреждать больных, рекомендуя ношение бандажа и ограничение физической нагрузки в течение 3-5 месяцев после операции.

4. Проводить диспансеризацию больных перенесших реконструктивно-операции по поводу ПОВГ в течение 3-5 лет амбулаторными и оперирующими хирургами, с целью раннего выявления рецидива грыж.

Список литературы:

1. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А. «Успехи и проблемы протезной герниопластики» Бухара, Узбекистан 2018-г., 243 с.
2. Пушкин С.Ю., Белоконов В.И. «Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов». Хирургия 2010, 6, с. 43-45.
3. Тимошин А.Д., Юрасов А.В. «Концепция хирургического лечения послеоперационных

вентральных грыж передней брюшной стенки». Герниология 2004. 1:5-11.

4. Цверов И.А., Базаев А.В. «Хирургическое лечение больных с вентральными грыжами: современное состояние проблемы». Современные технологии в медицине 2010, 4; 122-127.

5. Amid PK, Lichtenstein IL. "Retromuscular alloplasty of large scar hernias: a simple staple attachment technique". Der Chirurg. 1996;67(6):648-652.

Burger JW, Luijendijk RW, Hop WS, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. "Long-term follow-

up of a randomized control trial of suture versus mesh repair of incisional hernia". Annals of surgery. 2004;240(4):578-583. 6..

7. Houp WW, Watson L1, Menon R, Kotwall CA, Clancy TV. "Abdominal wall closure: resident education and human error". Hernia. 2010;14(5):463-466.

8. Tsereteli Z, Pryor B, Heniford B, Park A, Voeller G, Ramshaw B. "Laparoscopic ventral hernia repair (LVHR) in morbidly obese patients". Hernia. 2007;12(3):233-238.

Для цитирования: Мирходжаев И.А. Результаты лечения больных послеоперационными вентральными грыжами с применением синтетических эндопротезов // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 2(22). – С. 104–107. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18519926>