(19) **O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI**

ADLIYA VAZIRLIGI

(12) Ixtiro patentiga tavsif

(11) Ro‘yxatdan o‘tkazish raqami

UZ IAP 8449

(13)

C

(15) Ro'yxatdan o'tgan sana

06.03.2026

(21) Talabnoma raqami

IAP 20260076

(22) Talabnoma kelib tushgan sana

04.02.2026

(51) XPK tasnifi (lari)

A61B17/00 (2006.01)

(30) Konvension ustuvorlik

(63) Avval topshirilgan talabnoma raqami va sanasi

(65) Ilgari nashr qilingan patent raqami

(85) Milliy bosqichda PCT talabnomasi ekspertizasining boshlanish sanasi

(86) PCT talabnoma

(87) PCT talabnomasining e’lon qilingan raqami va sanasi

(43) Axborotnomada chop etilgan sana va raqami

30.03.2026, Byul., № 3(299)

(71) Talabnoma topshiruvchi(lar)

XALIMOV OLIMBAY ASHIRBAYEVICH;
RAXMANOV QOSIM ERDANOVICH;
DAVLATOV SALIM SULAYMONOVICH;
KURBANOV OBID MAXSUDOVICH

(72) Muallif(lar)

XALIMOV OLIMBAY ASHIRBAYEVICH;
RAXMANOV QOSIM ERDANOVICH;
DAVLATOV SALIM SULAYMONOVICH;
KURBANOV OBID MAXSUDOVICH

(73) Huquq egasi(lar)

XALIMOV OLIMBAY ASHIRBAYEVICH;
RAXMANOV QOSIM ERDANOVICH;
DAVLATOV SALIM SULAYMONOVICH;
KURBANOV OBID MAXSUDOVICH

(56)

(54) Ixtiro nomi (UZ)

Qorin old devorining katta va gigant ventral churralari uchun tortiqsiz gernioalloplastika usuli

(54) Ixtiro nomi (RU)

Способ ненатяжной герниоаллопластики при больших и гигантских вентральных грыжах передней брюшной стенки

IXTIRONING FORMULASI

(57) Qorin old devorining katta va gigant ventral churralari uchun tortiqsiz gernioalloplastika usuli churra qopini ajratish, uni ochish yoki uning tarkibini qorin bo‘shlig‘iga solish, chandiqli o‘zgargan to‘qimalarni kesish, churra teshigini reviziya qilish va aponevroz chetlarini kamida 4-5 sm ga yopib to‘rsimon implantatni «onlay» holatida qo‘llash bilan qorin old devorining yaxlitligini tiklash va uni

UZ IAP 8449

UZ IAP 8449

tugun choklar bilan 2/0 o‘lchamli so‘rilmaydigan polipropilen tikuv materiali yordamida aponevrozga fiksatsiyalash bilan jarrohlik aralashuvini amalga oshirishni o‘z ichiga olgan bo‘lib, sh u b i l a n f a r q l a n a d i k i, unda churra teshigi reviziyasidan keyin churra nuqsonining perimetri bo‘ylab 6-7 sm masofada oziqlantiruvchi perforant tomirlarni saqlagan holda va teri-yog‘ laxtagini keng teri ostiga ajratmasdan qorin old devori aponevrozining sirkulyar mobilizatsiyasi bajariladi, mobilizatsiya qilingan aponevrozdan har birida churra nuqsonining chetida joylashgan oziqlantiruvchi tomir pedikulasini saqlagan holda ikkita laxtak hosil qilinadi, hosil qilingan aponevrotik laxtaklarning chetlari 1, 2 yoki 3/0 o‘lchamdagi polipropilen (masalan, Prolen) asosidagi so‘rilmaydigan monofilamentli tikuv materiali yordamida to‘qimalarning sezilarli tarangligisiz uzluksiz chok bilan bir-biriga tikiladi, aponevroz chetlarini kamida 4-5 sm ga yopilib to‘rsimon implantat «onlay» holatida joylashtirilgandan keyin tiklangan aponevrotik qatlam ustidan to‘rsimon implantatni aponevrozga fiksatsiyalash tugun choklar bilan 2/0 o‘lchamli so‘rilmaydigan polipropilen tikuv materiali yordamida choklar orasida 4-5 sm interval bilan amalga oshiriladi, **bunda choklar aponevrotik chok chizig‘iga nisbatan radial yoki ko‘ndalang yo‘naltiriladi,** operatsiya umumiy qabul qilingan tartibda yakunlanadi.

Способ ненатяжной герниоаллопластики при больших и гигантских вентральных грыжах передней брюшной стенки, включающий выполнение хирургического вмешательства с выделением грыжевого мешка, его вскрытием или вправлением содержимого в брюшную полость, иссечением рубцово-изменённых тканей, ревизией грыжевых ворот и восстановлением целостности передней брюшной стенки с применением сетчатого имплантата в положении «onlay» с перекрытием краёв апоневроза не менее чем на 4-5 см, и его фиксацию к апоневрозу узловыми швами нерассасывающимся полипропиленовым шовным материалом размером 2/0, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что после ревизии грыжевых ворот выполняют циркулярную мобилизацию апоневроза передней брюшной стенки по периметру грыжевого дефекта на протяжении 6-7 см с сохранением питающих перфорантных сосудов и без широкой подкожной отслойки кожно-жирового лоскута, из мобилизованного апоневроза формируют два лоскута с сохранением у каждого питающей сосудистой ножки, расположенной по краю грыжевого дефекта, края сформированных апоневротических лоскутов сшивают между собой непрерывным швом без значительного натяжения тканей с использованием нерассасывающегося монофиламентного шовного материала на основе полипропилена (например, Prolene) размером 1, 2 или 3/0, после размещения сетчатого имплантата в положении «onlay» с перекрытием краёв апоневроза не менее чем на 4-5 см над восстановленным апоневротическим слоем фиксацию сетчатого имплантата к апоневрозу осуществляют узловыми швами нерассасывающимся полипропиленовым шовным материалом размером 2/0 с интервалом между швами 4-5 см, при этом швы ориентируют радиально либо поперечно относительно линии апоневротического шва, завершают операцию в общепринятом порядке.

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

UZ IAP 8449

Foydalanish sohasi: tibbiyotga, xususan, jarrohlik va abdominal jarrohlikka tegishli. ***Vazifasi:*** **rekonstruksiyaning tortiqsiz tamoyilini ta'minlash, qorin devorining** anatomo-funksional yaxlitligini yaxshilab, **qorin bo'shlig'i va** implantat orasida qo'shimcha to'siqni shakllantirish bilan uzluksiz **aponevrotik qatlamni tiklash, aponevrotik laxtaklarning oziqlantiruvchi** pedikulalarini saqlab qolish, bu ular vaskulyarizatsiyasini qo'llab-quvvatlaydi, reparatsiyani potensial ravishda yaxshilaydi va plastika zonasidagi ishemik asoratlar ehtimolini pasaytiradi, to'rning visseral tuzilmalar bilan bevosita kontaktini hamda bu bilan bog'liq asoratlar xavfini kamaytirish. ***Ixtiro mohiyati***: Qorin old devorining katta va gigant ventral churralari uchun tortiqsiz gernioalloplastika usuli taklif etilgan bo'lib, usul churra qopini ajratish, uni ochish yoki uning tarkibini qorin bo'shlig'iga solish, chandiqli o'zgargan to'qimalarni kesish, churra teshigini reviziya qilish bilan jarrohlik aralashuvini amalga oshirishni o'z ichiga oladi. Shundan keyin churra nuqsonining perimetri bo'ylab 6-7 sm masofada oziqlantiruvchi perforant tomirlarni saqlagan holda va teri-yog' laxtagini keng teri ostiga ajratmasdan qorin old devori aponevrozining sirkulyar mobilizatsiyasi bajariladi. Mobilizatsiya qilingan aponevrozdan har birida churra nuqsonining chetida joylashgan oziqlantiruvchi tomir pedikulasini saqlagan holda ikkita laxtak hosil qilinadi. Hosil qilingan aponevrotik laxtaklarning chetlari 1, 2 yoki 3/0 o'lchamdagi polipropilen (masalan, Prolen) asosidagi so'rilmaydigan monofilamentli tikuv materiali yordamida to'qimalarning sezilarli tarangligisiz uzluksiz chok bilan bir-biriga tikiladi. Aponevrotik qatlam tiklangandan keyin to'rsimon implantat aponevroz ustidan «onlay» holatida joylashtiriladi va tikish zonasi butun perimetr bo'yicha kamida 4-5 sm ga yopiladi. To'rsimon implantatni aponevrozga fiksatsiyalash tugun choklar bilan 2/0 o'lchamli so'rilmaydigan polipropilen tikuv materiali yordamida choklar orasida 4-5 sm interval bilan amalga oshiriladi, bunda choklar **aponevrotik chok chizig'iga nisbatan radial yoki ko'ndalang yo'naltiriladi**. Operatsiya umumiy qabul qilingan tartibda yakunlanadi.

Formulaning 1 ta m. b.

Использование*:** относится к медицине, а именно к хирургии и абдоминальной хирургии. ***Задача*:** обеспечить ненатяжной принцип реконструкции, восстановить непрерывный апоневротический слой с формированием дополнительного барьера между брюшной полостью и имплантатом, улучшая анатомо-функциональную целостность брюшной стенки, сохранить питающие ножки апоневротических лоскутов, что поддерживает их васкуляризацию, потенциально улучшает репарацию и снижает вероятность ишемических осложнений в зоне пластики, уменьшить риск прямого контакта сетки с висцеральными структурами и связанных с этим осложнений. ***Сущность изобретения: предложен способ ненатяжной герниоаллопластики при больших и гигантских вентральных грыжах передней брюшной стенки, включающий выполнение хирургического вмешательства с выделением грыжевого мешка, его вскрытием или вправлением содержимого в брюшную полость, иссечением рубцово-изменённых тканей и ревизией грыжевых ворот. Затем выполняют циркулярную мобилизацию апоневроза передней брюшной стенки по периметру грыжевого дефекта на протяжении 6-7 см с сохранением питающих перфорантных сосудов и без широкой подкожной отслойки кожно-жирового лоскута. Из мобилизованного апоневроза формируют два лоскута с сохранением у каждого питающей сосудистой ножки, расположенной по краю грыжевого

UZ IAP 8449

дефекта. Края сформированных апоневротических лоскутов сшивают между собой непрерывным швом без значительного натяжения тканей с использованием нерассасывающегося монофиламентного шовного материала на основе полипропилена (например, Prolene) размером 1, 2 или 3/0. После восстановления апоневротического слоя сетчатый имплантат размещают поверх апоневроза в положении «onlay» с перекрытием зоны ушивания не менее чем на 4-5 см по всему периметру. Фиксацию сетчатого имплантата к апоневрозу осуществляют узловыми швами нерассасывающимся полипропиленовым шовным материалом размером 2/0 с интервалом между швами 4-5 см, при этом швы ориентируют радиально либо поперечно относительно линии апоневротического шва. Завершают операцию в общепринятом порядке.

1 н. п. ф-лы.

IXTIRONING TAVSIFI

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии и абдоминальной хирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами передней брюшной стенки с применением ненатяжной протезной герниоаллопластики.

Большие и гигантские вентральные грыжи передней брюшной стенки представляют собой одну из наиболее сложных категорий в абдоминальной хирургии и требуют дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики. Значительные размеры грыжевого дефекта, выраженные рубцово-дистрофические изменения тканей, частое сочетание с ожирением и сопутствующей соматической патологией, а также феномен «потери домена» создают условия для повышения внутрибрюшного давления и развития специфических послеоперационных осложнений (Жебровский В.В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж / В.В. Жебровский, К.Д.Тоскин, Ф.Н. Ильченко // Вестник хирургии. – 2006. – №2. С. 105-108).

Несмотря на широкое внедрение ненатяжной протезной герниоаллопластики с использованием сетчатых имплантатов и различных вариантов их размещения (onlay, sublay, underlay и др.), частота рецидивов при больших и гигантских грыжах остаётся значимой. Это обусловлено как биомеханическими причинами, включая несоответствие прочностных характеристик тканей действующим нагрузкам, смещение или миграцию имплантата и недостаточную фиксацию, так и инфекционно-воспалительными осложнениями послеоперационной раны, формированием сером, хроническим болевым синдромом и нарушением репаративных процессов (Алиев Р. А., Одишелашвили Г. Д. Новый способ герниопластики при гигантских вентральных грыжах // Медицинский вестник Юга России. 2014. №4).

Повторные хирургические вмешательства при рецидивных грыжах технически существенно сложнее первичных операций вследствие выраженного спаечного процесса, деформации анатомических слоёв, наличия ранее имплантированного протеза и повышенного риска интраоперационных повреждений, что закономерно увеличивает травматичность вмешательства, его длительность и частоту осложнений (Мариночкин А.С., Авакимян С.В., Попандопуло К.И., Авакимян В.А. Новый метод ненатяжной пластики гигантских и больших

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

послеоперационных вентральных грыж с использованием грыжевого мешка. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2022;11(1):181–185).

Выбор способа устранения послеоперационной вентральной грыжи должен отвечать: 1) профилактике рецидива грыжи, лечение которого связано с очередной госпитализацией и отрывом пациента от трудовой деятельности; 2) предотвращению инвалидизации пациента, связанной с повторными хирургическими вмешательствами; 3) уменьшению экономических затрат по обеспечению лечебного процесса; 4) улучшению психоэмоционального статуса пациента, способствующего его быстрой реабилитации и возвращению к трудовой деятельности (Синченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В., Курыгин А.А. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема. Вестник хирургии 2006; 1: 15-18).

Рецидив грыжи является одним из наиболее значимых осложнений, сводящим на нет все усилия по устранению грыжи. Неадекватно выполненная операция по устранению послеоперационной вентральной грыжи приводит к рецидиву, как правило, уже в 1-й год после оперативного лечения у 72% пациентов.

Одним из нерешенных вопросов оперативного лечения послеоперационных грыж живота является летальность, достигающая у отдельных категорий больных 12,5% (Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. Патогенез и лечение послеоперационных вентральных грыж. Самара 2005; 204). Основная ее причина - непрогнозируемое предельное увеличение объема содержимого брюшной полости после погружения в нее грыжевого содержимого. Повышение внутрибрюшного давления вызывает каскад патофизиологических процессов в различных системах органов (De Santis L., Frigo F., Bruttocao A. Pathophysiology of giant incisional hernias with loss of abdominal wall substance. Acta Bio Medica 2003; 74 (Suppl. 2): 34-37).

Серьезной проблемой в хирургии вентральных грыж является наличие раневых осложнений, частота которых может достигать 20,9-49,2%.

Эти осложнения в значительной мере дают плохие отдаленные результаты. Местные осложнения после различных видов герниопластики: Аутопластика: 1) Нагноение 4,34%. 2) Рецидив 54%. 3) Гематома 2,17%. 4) Лигатурные свищи 4,34%. 4) Гематома 1,94%. 5) Лигатурные свищи 2,91%. Пластика полипропиленовым имплантатом: 1) Нагноение 22,7%. 2) Серома 18,7%. 3) Рецидив 8,95%. 4) Гематома 3,3%. 4) Лигатурные свищи 9,4%. 5) Отторжение имплантата 7,14% (аривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Сравнительная оценка результатов лечения больших и гигантских послеоперационных грыж. Вестник хирургии 2005; 6: 33-37).

Возникновение рецидива грыж ведет к снижению качества жизни у 40% больных, нарушению физического состояния, социальных функций и психологической гармонии. У 30-40% из всех оперированных пациентов снижается качество жизни, вследствие развития болевого синдрома в месте пластики. Таким образом актуальной остается проблема разработки способов, для улучшения качества жизни больных после герниопластики.

В связи с этим существующие методы герниоаллопластики при больших и гигантских вентральных грыжах нуждаются в дальнейшей оптимизации, направленной на улучшение биомеханической устойчивости реконструкции передней брюшной стенки, снижение частоты рецидивов и раневых осложнений, а также повышение воспроизводимости и стандартизации хирургической техники.

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

Известен способ ненатяжной реконструкции передней брюшной стенки при больших дефектах по методу разделения компонентов (components separation), предложенный Ramirez O.M. и соавт. (Ramirez OM, Ruas E, Dellon AL. “Components separation” method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. Plast Reconstr Surg. 1990;86(3):519-526), заключающийся в мобилизации мышечно-апоневротических компонентов брюшной стенки с целью медиализации и закрытия дефекта.

Однако данный способ имеет ряд существенных недостатков, прежде всего связанных с необходимостью широкого подкожного расслаивания и мобилизации кожно-жировых лоскутов с повреждением перфорантных сосудов, что приводит к нарушению трофики тканей и увеличению частоты раневых осложнений, включая серомы, инфекцию, ишемию и некроз кожи, особенно у пациентов с ожирением и сопутствующей патологией. Кроме того, описаны функциональная слабость латеральных отделов брюшной стенки («bulging») и сохраняющийся риск рецидива, что в ряде случаев требует дополнительного протезирующего усиления и строгого отбора показаний.

Известен способ sublay Bridge, характеризующийся тем, что отделить грыжевой мешок от апоневроза как правило, не удается, поэтому вскрывают передние листки фасций прямых мышц живота и отделяют задние части этих фасций от прямых мышц. Если грыжевой мешок ранее вскрывался, его ушивают, по возможности сводя края прямых мышц живота. Сетчатый имплантат помещают на грыжевой мешок позади прямых мышц живота и фиксируют трансдермальными или трансапоневротическими швами. Как правило, по возможности стараются сшить края в верхней и нижней частях грыжевого дефекта, не вызывая повышения внутрибрюшного давления.

Недостатками этой пластики являются частые местные осложнения (серомы, инфицирование сетчатого импланта, лигатурные свищи) за счет отслойки подкожно-жировой клетчатки и ее широкого соприкосновения с сетчатым имплантатом. Этот вид пластики является более травматичной потому, что производится сепарация прямых мышц живота (В.Н. Егиев, П.К. Воскресенский. Грыжи. Москва: Издательский Дом "Медпрактика-М", 2015, 480 с., с. 310.)

Известен способ Тоскина - Жебровского, который предлагает укрытие протеза с обеих сторон грыжевым мешком. После выделения грыжевого мешка из него выкраивают два лоскута. Первым лоскутом отграничивают брюшную полость, затем производят фиксацию сетчатого имплантата к краям апоневротического дефекта. Вторым лоскутом грыжевого мешка накрывают трансплантат. Эта локализация сетчатого имплантата уменьшает возможность его инфицирования.

Недостатком этой пластики является нефизиологичность расположения сетчатого имплантата, сокращение имплантата в процессе его инкорпорации в тканях с последующим отрывом от края апоневроза, рецидивы, что обусловливает пересмотр отношения к этому способу большинства хирургов (Жебровский В. В., Ильченко Ф. Н. Атлас операций при грыжах живота. - Симферополь, 2004. - 316 с., с. 227-229).

Наиболее близким аналогом выбран патент РФ № 2685636 C1 - способ герниопластики обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж, при котором выполняют доступ к грыжевым воротам путем рассечения кожи и подкожно-жировой клетчатки над грыжевым выпячиванием с иссечением послеоперационного рубца. Выделяют грыжевой мешок от окружающих

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

тканей до шейки без его вскрытия. Отслаивают подкожно-жировую клетчатку от апоневроза на расстоянии 4-5 см от края грыжевых ворот. Затем грыжевой мешок рассекают на 2 лоскута. При этом один из лоскутов - меньшего размера и соответствует размеру грыжевых ворот. Спайки между органами брюшной полости и грыжевым мешком разобщают, а содержимое грыжевого мешка погружают в брюшную полость. После чего лоскутом меньшего размера укрывают грыжевые ворота и его фиксируют к краю апоневрозу узловыми швами. На лоскут меньшего размера укладывают сетчатый имплантат, с условием его выхода за край грыжевых ворот на 2-3 см, и фиксируют его к неизмененному апоневрозу узловыми швами, обеспечивают тщательный гемостаз. Затем сетчатый имплантат укрывают лоскутом большего размера, с выходом последнего по всему периметру имплантата на 1-2 см, который так же фиксируют узловыми швами к апоневрозу, рану ушивают.

Однако в способе прототипе реконструкция передней брюшной стенки при больших и гигантских вентральных грыжах не в полной мере обеспечивает оптимальное сочетание биомеханической надёжности, сохранение васкуляризации собственных тканей и снижение частоты послеоперационных осложнений.

Таким образом, поставленная задача – обеспечить ненатяжной принцип реконструкции, восстановить непрерывный апоневротический слой с формированием дополнительного барьера между брюшной полостью и имплантатом, улучшая анатомо-функциональную целостность брюшной стенки, сохранить питающие ножки апоневротических лоскутов, что поддерживает их васкуляризацию, потенциально улучшает репарацию и снижает вероятность ишемических осложнений в зоне пластики, уменьшить риск прямого контакта сетки с висцеральными структурами и связанных с этим осложнений.

Поставленная задача решена тем, что в способе ненатяжной герниоаллопластики при больших и гигантских вентральных грыжах передней брюшной стенки, включающем выполнение хирургического вмешательства с выделением грыжевого мешка, его вскрытием или вправлением содержимого в брюшную полость, иссечением рубцово-изменённых тканей, ревизией грыжевых ворот и восстановлением целостности передней брюшной стенки с применением сетчатого имплантата в положении «onlay» с перекрытием краёв апоневроза не менее чем на 4-5 см, и его фиксацию к апоневрозу узловыми швами нерассасывающимся полипропиленовым шовным материалом размером 2/0, после ревизии грыжевых ворот выполняют циркулярную мобилизацию апоневроза передней брюшной стенки по периметру грыжевого дефекта на протяжении 6-7 см с сохранением питающих перфорантных сосудов и без широкой подкожной отслойки кожно-жирового лоскута, из мобилизованного апоневроза формируют два лоскута с сохранением у каждого питающей сосудистой ножки, расположенной по краю грыжевого дефекта, края сформированных апоневротических лоскутов сшивают между собой непрерывным швом без значительного натяжения тканей с использованием нерассасывающегося монофиламентного шовного материала на основе полипропилена (например, Prolene) размером 1, 2 или 3/0, после размещения сетчатого имплантата в положении «onlay» с перекрытием краёв апоневроза не менее чем на 4-5 см над восстановленным апоневротическим слоем фиксацию сетчатого имплантата к апоневрозу осуществляют узловыми швами

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

нерассасывающимся полипропиленовым шовным материалом размером 2/0 с интервалом между швами 4-5 см, , при этом швы ориентируют радиально либо поперечно относительно линии апоневротического шва, завершают операцию в общепринятом порядке.

Основные этапы выполнения способа:

Выполняют стандартный хирургический доступ в проекции грыжевого выпячивания. Послойно рассекают кожу и подкожную клетчатку с минимальной отслойкой кожно-жировых лоскутов. Производят выделение грыжевого мешка, вскрытие его или вправление содержимого в брюшную полость, иссечение рубцово-изменённых тканей и ревизию грыжевых ворот.

Осуществляют циркулярную мобилизацию апоневроза передней брюшной стенки по периметру грыжевого дефекта на протяжении 6-7 см с сохранением питающих перфорантных сосудов. Подкожную отслойку выполняют ограниченно, без формирования обширных кожно-жировых лоскутов.

Выполняют циркулярную мобилизацию апоневроза передней брюшной стенки по периметру грыжевого дефекта на протяжении 6-7 см с сохранением питающих перфорантных сосудов и без широкой подкожной отслойки кожно-жирового лоскута.

Из мобилизованного апоневроза формируют два лоскута с сохранением у каждого питающей сосудистой ножки, расположенной по краю грыжевого дефекта. Края сформированных апоневротических лоскутов сшивают между собой непрерывным швом без значительного натяжения тканей с использованием нерассасывающегося монофиламентного шовного материала на основе полипропилена (например, Prolene) размером 1, 2 или 3/0.

После восстановления апоневротического слоя сетчатый имплантат (полипропиленовая сетка «Эсфил») размещают поверх апоневроза в положении «onlay» с перекрытием зоны ушивания не менее чем на 4-5 см по всему периметру. Фиксацию импланта к апоневрозу осуществляют узловыми швами нерассасывающимся полипропиленовым шовным материалом размером 2/0, накладываемыми по периметру импланта с интервалом 4-5 см, при этом швы ориентируют радиально либо поперечно относительно линии апоневротического шва.

При необходимости устанавливают активный или пассивный дренаж в подкожное пространство. Производят гемостаз, послойное ушивание подкожной клетчатки и кожи стандартным способом.

Преимущества способа:

Ненатяжной принцип реконструкции за счёт медиализации апоневротических лоскутов и протезирующего усиления снижает риск несостоятельности швов и рецидива.

Восстановление непрерывного апоневротического слоя формирует дополнительный барьер между брюшной полостью и имплантатом, улучшая анатомо-функциональную целостность брюшной стенки.

Сохранение питающей ножки апоневротических лоскутов поддерживает их васкуляризацию, что потенциально улучшает репарацию и снижает вероятность ишемических осложнений в зоне пластики.

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

Увеличение площади контакта собственных тканей (за счёт мобилизации на 6-7 см) обеспечивает более физиологичное распределение нагрузки и повышает устойчивость реконструкции.

Протезирующее укрепление полипропиленовой сеткой повышает прочность пластики при больших и гигантских дефектах, где собственные ткани недостаточны для надёжного закрытия.

Создание апоневротического «покрова» над органами брюшной полости уменьшает риск прямого контакта сетки с висцеральными структурами и связанных с этим осложнений.

Техническая воспроизводимость (чёткая последовательность этапов без сложных компонентных релизов) облегчает стандартизацию методики и внедрение в клиническую практику.

Адаптивность к размерам дефекта: объём мобилизации и конфигурация лоскутов могут варьировать в зависимости от ширины грыжевых ворот и состояния тканей.

Технический результат

Техническим результатом предлагаемого способа является повышение прочности и надёжности реконструкции передней брюшной стенки при больших и гигантских вентральных грыжах за счёт сочетания ненатяжного ушивания апоневроза с протезным усилением, снижение частоты послеоперационных осложнений и рецидивов грыжи, улучшение функциональных и отдалённых клинических результатов хирургического лечения.

Перечень фигур

Фиг. 1. Реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц

Фиг. 2. Мобилизация апоневроза (т.е. передняя стенка прямой мышцы живота) по периметру грыжевого дефекта

Фиг. 3. Сопоставление края сформированных лоскутов «край в край» и соединение между собой непрерывным швом

Фиг. 4. Фиксация полипропиленовой сетки над мобилизованными мышцами и восстановленным апоневротическим слоем по методу «on lay»

Фиг. 5. Вид больной до операции в передней (А) и боковой (Б) проекциях.

Фиг. 6. Мобилизация апоневроза по периферии грыжевого дефекта

Фиг. 7. Сшивание краев сформированных апоневротических лоскутов между собой.

Фиг. 8. Размещение эксплантата впереди мышечно-апоневротического слоя «без натяжения».

Клинический пример.

Пациентка Х., 50 лет, № ИБ 3298/276, поступила в хирургическое отделение Бухарского филиала Республиканского специализированного научно – практического Центра экстренной медицинской помощи 12 июня 2023 года с жалобами на наличие грыжевого выпячивания по белой линии живота выше пупка, боли.

Из анамнеза известно, что грыжевое выпячивание появилось 8 лет назад, и в 2020 году была проведена герниопластика по месту жительства, однако через год произошло рецидивирование грыжи. В течение последующего времени грыжа постепенно увеличивалась в размерах. В последние три дня усилились боли в области грыжевого выпячивания, рвота.

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

При пальпации в положении стоя на передней брюшной стенке, по средней линии живота, выше пупка, определяется грыжевое выпячивание размером 12×10 см, напряженной консистенции, болезненное. При пальпации в горизонтальном положении грыжа невправляется в брюшную полость. Размеры грыжевых ворот не удается точно определить. Состояние пациентки при поступлении оценивается как среднетяжелоее. Отмечается ожирение III степени. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, с удовлетворительным наполнением. АД 160/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, что связано с выраженным подкожно-жировым слоем (фиг. 5).

Клинический диагноз: Рецидивная вентральная грыжа (W2, M1, R1) осложненная ущемлением. Ожирение III степени.

Через 4 часа, после предоперационной подготовки, пациентке была проведена операция: герниолапаротомия с последующей герниоаллопластикой — имплантацией эндопротеза «on lay» без ушивания дефекта (ненатяжная герниоаллопластика).

После обработки операционного поля, послойно вскрыта передняя брюшная стенка до уровня грыжевого мешка, с последующим вскрытием последнего и проведением интраоперационной ревизии грыжевого содержимого. Далее расширен грыжевой дефект. После тщательной санации и обработки грыжевого содержимого произведена резекция грыжевого мешка, из-за наличия признаков воспаления или инфицирования его стенок. Далее осуществлёна мобилизация апоневроза по периферии грыжевого дефекта на протяжении приблизительно 6–7 см в каждую сторону (фиг. 6).

Из мобилизованного апоневроза формировали два лоскута, каждый из которых сохранил питающую сосудистую ножку, расположенную по краю грыжевого дефекта. Края сформированных апоневротических лоскутов сшиты между собой непрерывным швом (рис. 3), что позволило создать прочную биологическую мембрану, эффективно изолирующую полипропиленовую сетку от интраабдоминальных структур.

Сшивание краев сформированных апоневротических лоскутов между собой.

Завершающим этапом вмешательства явилось установка полипропиленового имплантата поверх вновь сформированной биологической мембраны с использованием метода «onlay» — размещения сетки поверх апоневроза (фиг. 8).

После дренирования надсеточной области по Редону были наложены узловые швы на кожу.

В послеоперационном периоде по дренажной трубке по Редону в сутки до 10 мл выделялась серозная жидкость. Выделение остановилось на 5 сутки, при контрольном УЗИ скопления в подкожной жировой клетчатке не выявлено, дренажная трубка удалена. Больная выписана на 7 сутки после операции.

Достигнуто обеспечение ненатяжного принципа реконструкции, восстановление непрерывного апоневротического слоя с формированием дополнительного барьера между брюшной полостью и имплантатом, с улучшением анатомо-функциональной целостности брюшной стенки, при этом сохранены питающие ножки апоневротических лоскутов для поддержания их васкуляризации, что улучшило репарацию и снизило вероятность ишемических осложнений в зоне пластики, уменьшило риск прямого контакта сетки с висцеральными структурами и связанных с этим осложнений.

UZ IAP 8449
UZ IAP 8449

IXTIRONING CHIZMASI

UZ IAP 8449

UZ IAP 8449