



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2402030

(22) 09.12.2024

(46) Бюл. 220, 2025

(71) (72) (73) Маликов М.Х. (ТJ); Бокиев Ф.Б. (ТJ);
Карим-заде Г.Дж. (ТJ); Махмадкулова Н.А. (ТJ);
Саидов М.С. (ТJ)

(54) **СПОСОБ УКРЫТИЯ ДЕФЕКТА
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ
ГИГАНТСКИХ ГРЫЖАХ**

(56)

1. Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И.,
Аяпбергенов Е.Б. Лечение наружных грыж живота.
Вестник КазНМУ, 2014.-№3(3)- С.74-78.

2. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Мичуров
Е.И., Назарьянц Ю.А. Современные способы
хирургического лечения грыж и послеоперационная
реабилитация больных с грыжами передней
брюшной стенки. Современные проблемы науки и
образования, 2019.- №2.-с. 124

3. Strigård K, Clay L, Stark B, Gunnarsson U,
Falk P. Giant ventral hernia-relationship between
abdominal wall muscle strength and hernia area. BMC
Surg. 2016 Aug 2;16(1):50. doi: 10.1186/s12893-016-
0166-x. PMID: 27484911; PMCID: PMC4970278.

4. Knaapen L, Buyne O, Slater N, Matthews B,
Goor H, Rosman C. Management of complex ventral
hernias: results of an international survey. BJS Open.

2

2021 Jan 8;5(1):zraa057. doi: 10.1093/bjsopen/zraa057.
PMID: 33609388; PMCID: PMC7893472.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к
хирургии абдоминальных грыж.

Целью изобретения – снижение риска осложнений,
связанных с контактом полипропиленовых сеток с
органами брюшной полости двойное укрепление
передней брюшной сетки со снижением рецидива
патологии.

Поставленная цель достигается способом
укрытия дефекта передней брюшной стенки при
гигантских грыжах, включающий проведение
приемов герниопластики с использованием
сетчатого эндопротеза по типу «onlay», причем
предварительно выкраивают два прямоугольных
лоскута, один с латерального края грыжевых ворот,
другой – с нижнего края дефекта, при этом первым
лоскутом укрывают дефект брюшной полости,
поверх которого размещают сетчатый эндопротез по
типу «onlay», после чего вторым лоскутом
накрывают установленный эндопротез и фиксируют
его.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии абдоминальной области.

Лечение наружных грыж живота остаётся актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии, что обусловлено большой распространённостью заболевания, так грыженосителями являются до 7% взрослого населения, высокой частотой развития осложнений в виде ущемления до 20%, и летальностью до 8% [1]. Лица пожилого и старческого возраста страдают чаще – грыжи регистрируются в 15–17% случаев [2]. Гигантские вентральные грыжи могут развиваться после абдоминальной хирургической операции, но может также возникнуть спонтанно, например, из пупочной или эпигастральной грыжи. Факторами, predisposing к образованию грыжи, являются послеоперационная инфекция, плохая хирургическая техника, плохие привычки, такие как курение, и другие заболевания, такие как диабет, ожирение и изменённый метаболизм коллагена. Послеоперационная грыжа возникает у 10–23 % пациентов после абдоминальной хирургии и ещё чаще после экстренных процедур [3].

Хирургическое лечение наружных грыж живота остаётся актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. В мире ежегодно выполняется более 1,5 млн грыжесечений при наружных грыжах живота [1]. До сих пор применяются операции с методами аутопластики, рецидив при этом достигает от 5 до 60%, при применении методов аллопластики – в среднем от 3 до 20% [3]. Неудовлетворительные результаты герниопластики вентральных грыж местными тканями и внедрение в герниологию современных протезов показали, что герниопластика «без натяжения» с применением аллопластических материалов позволяет значительно снизить частоту осложнений и рецидивов грыж [4]. Несмотря на то, что аллопластические методы герниопластики более эффективны, чем аутопластика, пока до конца не разработаны показания, противопоказания и виды их применения. В связи с этим, остаются не до конца решёнными вопросы хирургического лечения гигантских грыж передней брюшной стенки.

Наиболее близким способом к изобретению является способ укрытия дефекта передней брюшной стенки при гигантских грыжах путем ненатяжной пластики с применением сеток предбрюшинно по типу *in lay*. При данной операции после выделения грыжевого мешка, низведения органов в брюшную полость и оценки дефекта передней брюшной стенки используют эндопротезирование передней брюшной стенки полипропиленовыми сетками *in lay* [1]. Известный способ пластики грыжевых ворот имеет ряд недостатков:

использование полипропиленовой сетки при герниопластике вентральных грыж, как инородное тело, имеет высокий риск отторжения; эндопротезирование по типу «*in lay*», непосредственно, которая распространяется на

мышцы передней брюшной полости, брюшину и органы брюшной полости может привести к таким осложнениям, как нагноение, кишечная непроходимость; имеется высокий риск рецидива грыжи при самоконтракции сетчатого эндопротеза.

Целью изобретения – снижение риска осложнений, связанных с контактом полипропиленовых сеток с органами брюшной полости двойное укрепление передней брюшной сетки со снижением рецидива патологии.

Поставленная цель достигается способом укрытия дефекта передней брюшной стенки при гигантских грыжах, включающий проведение приемов герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза по типу «*onlay*», причем предварительно выкраивают два прямоугольных лоскута, один с латерального края грыжевых ворот, другой – с нижнего края дефекта, при этом первым лоскутом укрывают дефект брюшной полости, поверх которого размещают сетчатый эндопротез по типу «*onlay*», после чего вторым лоскутом накрывают установленный эндопротез и фиксируют его.

Заявляемый способ поясняется графическими изображениями, где:

на фиг. 1 и 2. – показан выполненный доступ к грыже и мобилизация грыжевого мешка и окружающих тканей с выкраиванием 2 прямоугольных лоскутов;

на фиг. 3 - укрытие грыжевого дефекта первым лоскутом с размещением поверх него сетчатого эндопротеза по типу «*onlay*» с его фиксацией;

на фиг. 4. показано укрытие вторым лоскутом из мобилизованных тканей грыжевого мешка поверх эндопротеза с созданием дубликатуры.

Под общим обезболиванием через доступ по технологии абдоминопластики производят острым и тупым путем выделение грыжевого мешка до грыжевых ворот, мобилизуют местные ткани, осуществляют вскрытие грыжевого мешка и оценку грыжевого содержимого, выполняют низведение петель кишечника или сальника с частичной/или без резекции большого сальника при необходимости. После выкраивают два прямоугольных лоскута с латерального и нижнего краев грыжевых ворот, представляющие собой утолщенные стенки грыжевого мешка и мышечно-апоневротических местных тканей, затем проводят пластику грыжевых ворот с созданием дубликатуры из 2 выкроенных лоскутов с размещением поверх первого лоскута полипропиленовой сетки по типу «*onlay*» с последующим укрытием сетки вторым выкроенным из элементов грыжевого мешка прямоугольным лоскутом. Редон-дренаж. Послойные швы на рану.

Изобретение имеет ряд преимуществ:

5

1609

6

1. Использование мобилизованных местных тканей при гигантских грыжах позволяет избежать контакта с петлями кишечника и большого сальника, что резко снижает риск осложнений, связанных с контактом полипропиленовых сеток с органами брюшной полости, таких как нагноение, отторжение, кишечная непроходимость, перитонит.

2. Применение сетчатого эндопротеза по типу «on lay» между двумя листками аутопластичных тканей позволяет провести двойное укрепление передней брюшной стенки с практической изоляцией эндопротеза как от органов брюшной полости, так и от подкожно-жировой клетчатки с минимизацией риска осложнений.

3. Использование комбинированной пластики передней стенки живота при гигантских грыжах с применением полипропиленовой сетки «on lay» между листками сформированной дубликатуры позволяет укрепить брюшную стенку со снижением рецидива патологии.

Заявленный способ подтверждается клиническим примером.

Пример. Больная Р., 1969 г.р., ИБ № 207, поступила в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с диагнозом: Послеоперационная гигантская грыжа передней брюшной стенки.

Больная поступила через 3 года холецистэктомии доступом из срединной лапаротомии (2019г). По поводу грыжи обратилась в РНЦССХ, куда была госпитализирована в ОПРМХ РНЦССХ.

При осмотре живота форма ассиметрична из-за образования по передней стенке живота, по средней линии которого имеется широкий послеоперационный рубец. Грыжевое образование

размерами 20 x 18 см без признаков воспаления, пальпаторно отмечается незначительная болезненность, содержимое частично вправляется в брюшную полость. Кашлевой толчок положительный, в вертикальном положении образование увеличивается в размере, при УЗИ и КТ содержимым грыжевого мешка являются сальник и петли тонкой кишки без признаков неврастимости.

Пример 2. 20.12.2023 г. больной в плановом порядке выполнена операция – Абдоминопластика. Лапаротомия. Хернитомия и пластика передней брюшной стенки комбинированным способом.

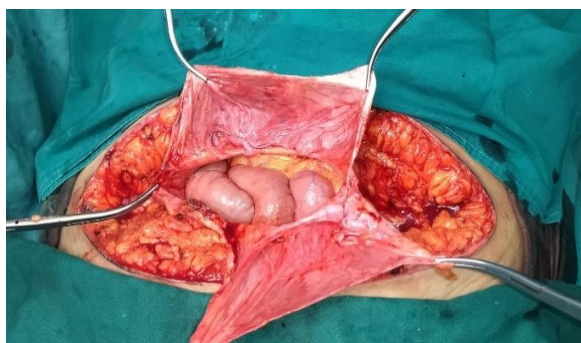
Под эндотрахеальным наркозом доступом по технологии абдоминопластики произведено постепенное выделение кожно-жирового лоскута в каудальном направлении с осторожным выделением острым и тупым путями элементов грыжевого мешка. При ревизии имеется грыжа размерами 16x 14 см, и после рассечения грыжевого мешка содержимым оказался большой сальник и часть тонкого кишечника. После низведения элементов грыжи проводится пластика грыжевых ворот посредством создания дубликатуры из двух П-образных лоскутов из элементов грыжевого мешка и мышечно-апоневротического слоя. Для профилактики рецидива между листками сформированной дубликатуры используется полипропиленовая сетка по типу

«onlay» размерами 15 x 15 см. Гемостаз во время операции. Редон–дренаж. Послойный подкожный шов на рану Vicryl 3/0. Внутрикожный шов Nylon-3/0. Гемостаз во время операции.

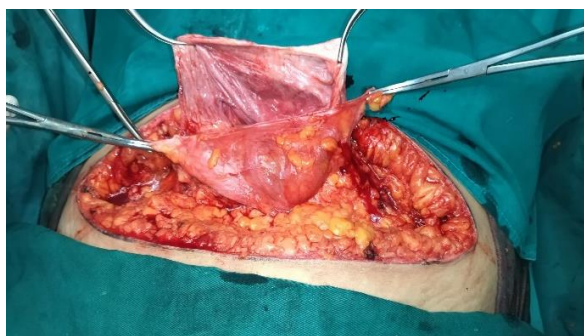
Формула изобретения

Способ укрытия дефекта передней брюшной стенки при гигантских грыжах, включающий проведение приемов герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза по типу «onlay», отличающийся тем, что предварительно выкраивают два прямоугольных лоскута, один с латерального края грыжевых ворот, другой – с

нижнего края дефекта, при этом первым лоскутом укрывают дефект брюшной полости, поверх которого размещают сетчатый эндопротез по типу «onlay», после чего вторым лоскутом накрывают установленный эндопротез и фиксируют его.



Фиг 1



Фиг. 2



Фиг 3



Фиг.4

Компьютерный набор: Газиев М.