



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2201637

(22) 14.02.2022

(46) Бюл. 204, 2024

(71)(72) Назаров Ш.К. (TJ); Назаров Х.Ш. (TJ);
Ганиев А.Э. (TJ)

(73) Назаров Ш.К. (TJ)

(54) **СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕ-
ОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫ-
ЖАМИ**

(56) Головин Р.В. Оценка результатов различных
способов комбинированной протезирующей пласти-
ки и критерии прогнозирования развития ранних ра-
невых осложнений при послеоперационных вен-
тральных грыжах срединной локализации / Р.В.
Головин, Н.А. Никитин// СТМ.-2015.-Том 7.-№2.-
С.105-112.

2

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к
хирургии, и может быть использовано для лечения
послеоперационных вентральных грыж.

Целью изобретения является улучшение резуль-
татов хирургического лечения больных с большими
послеоперационными вентральными грыжами.
Для релаксации мягких тканей и облегчения процесса
ликвидации грыжевых ворот в течение 2 недели до
планируемой операции проводят порционным введе-
нием в мягкие ткани вокруг дефекта брюшной стенки
по 5 мл заранее добавленной в 50,0 мл 0,9% NaCl, по 1
лечебной дозы ботулотоксина А в общей дозе 100 ЕД,
а также за неделю до и после операции назначают по
одной таблетке мидокалма в день.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано для лечения послеоперационных вентральных грыж.

Прототипом изобретения является способ продольного рассечения передней стенки влагалища прямых мышц живота на всю длину грыжевых ворот, отступив от краев ворот на $\frac{1}{2}$ их ширины, со сшиванием между собой по линиям, расположенным на расстоянии 1,5–2,0 см от краев лоскутов, полученные медиальные лоскуты апоневроза без отсепаровки от мышц с последующим сшиванием трансплантата в образовавшиеся над прямыми мышцами апоневротические диастазы и дополнительной фиксацией его к срединной линии [1].

Недостатком данного способа, в основном, является её травматичность и нарушение целостности тканей, которое вызывает развитие более выраженного воспалительного процесса и может стать причиной накопления экссудата в области ран, что нарушает процесс обеспечения необходимых условий для заживления раны, особенно при присутствии синтетического материала (сетки).

Цель изобретения - улучшение результатов хирургического лечения больных с большими послеоперационными вентральными грыжами.

Поставленная цель достигается проведением порционной (по 5 мл) инъекции заранее добавленной в 50,0 мл 0,9% NaCl 1 лечебной дозы (100 ЕД) ботокса (ботулотоксин типа А) в мышцы, окутывающие дефект брюшной стенки (грыжевые ворота), под воздействием которой химически денервируется поперечнополосатую мускулатуру путем расщепления белков, необходимых для высвобождения ацетилхолина, вследствие чего возникает блокада высвобождения последнего из пресинаптических окончаний холинергических нейронов, что вызывает мышечное расслабление. Дополнительно этим пациентам за неделю до операции, а также после него в течение недели назначают по 1 таблетке мидокалма в день. С целью профилактики развития анафилактического шока до операции больному проводят пробу по Безредко с разведением препарата 1:100, и до начала введения основной дозы препарата внутривенно вводят 60-90 мг преднизолона.

Эффективность проведенного способа оценивали по клиническому течению заживления послеоперационных ран (мало выраженные болевые ощущения, отсутствие признаков воспаления ран), лабораторным показателям (отсутствие патологических сдвигов показывающие воспалительные реакции организма), а также эхопризнакам ультразвукового исследования (отсутствие признаков отёчности мягких тканей и накопление жидкости в области послеоперационной раны), свидетельствующих о нормальном процессе заживления послеоперационной раны.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. простота и доступность проведения;
2. расслабление мышц вокруг грыжевого ворота даёт возможность провести пластику с наименьшим натяжением, что облегчает процесс операций;

3. уменьшение степени натяжения мягких тканей при ликвидации грыжевых ворот вызывает меньшее нарушение кровообращения и иннервации тканей в данной области тела, что способствует раннему восстановлению функционального состояния тканей в области послеоперационной раны;

4. улучшение процесса заживления раны способствует снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Изложенное выше находит своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной Г., 49 лет. Госпитализирована через 13 лет с момента появления первых признаков заболевания с диагнозом - большая вправимая послеоперационная грыжа белая линия живота выше пупка. Из анамнеза 13 лет тому назад перенесла лапаротомию по поводу перфорации язвы желудка, распространённой перитонитом, после 2 месяцев в области послеоперационной раны отмечалось появление грыж.

При первом обращении в вертикальном положении в области послеоперационной раны выше пупка отмечалось грыжевое выпячивание размером 20 x 15 см, которое при горизонтальном положении исчезало. Кожа над выпячиванием без изменения, при пальпации безболезненное, имеет мягко-эластическую консистенцию. Симптом кашлевого толчка положительный. На УЗИ в области послеоперационных ран отмечались грыжевые ворота размером 10x12см, содержимым грыжи являлись петли кишечника. С целью исключения процесса натяжения мягких тканей брюшной стенки при ликвидации грыжевых ворот больному под контролем УЗИ внутримышечно вокруг грыжевого дефекта в 10 точках был введен разведённый Ботулотоксин А по 5 мл в общей дозе 100 ЕД. За неделю до операции принимал по 1 таблетке мидокалма в день. Больная поступила для проведения плановой операции через 2 недели с момента получения Ботулотоксин А. Со стороны лабораторных показателей отклонение от нормы не отмечалось. После соответствующей предоперационной подготовки больная была взята на операцию. Под общей анестезией больной была проведена гернио-лапаротомия, при которой установлено наличие петли тонкой кишки в грыжевом мешке, последний был вправлен в брюшную полость. Размер грыжевых ворот составлял 12 x 14 см. Учитывая размер грыжевых ворот и повышенный риск натяжения тканей при ликвидации грыжевых ворот при использовании местных тканей самого организма больной с дополнительным укреплением ликвидированных ворот грыжи полипропиленовыми сетками. После операции в течение недели принимала по 1 таблетке мидокалма в день.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана заживала первичным натяжением. На 8-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценки общего состояния, больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Больная М., 61 лет. Госпитализирована через 8 лет с момента появления первых признаков заболе-

вания с диагнозом - большая вправимая послеоперационная грыжа белая линия живота ниже пупка. Из анамнеза 8 лет тому назад перенесла операцию по поводу острой кишечной непроходимости, распространённой перитонитом, после 3 месяцев в области послеоперационной раны отмечалось появление опухолевого образования.

При обращения за медицинской помощью в ходе осмотра в вертикальном положении в области послеоперационной раны ниже пупка отмечалось грыжевое выпячивание размером 25 x 20 см, которое при горизонтальном положении исчезало. Кожа над выпячиванием без изменения, при пальпации безболезненное, имеет мягко-эластическую консистенцию. Симптом кашлевого толчка положительный. На УЗИ в области послеоперационного рубца ниже пупка отмечались грыжевые ворота размером 14x10см, содержимым грыжи являлись петли кишечника и часть большого сальника. С целью исключения процесса натяжения мягких тканей брюшной стенки при ликвидации грыжевых ворот больному при контроле УЗИ внутримышечно вокруг грыжевого дефекта в 10 точках была введен разведённый Ботулотоксин А по 5 мл в общей дозе 100 ЕД. За неделю до операции принимала по 1 таблетке мидокалма в день. Больная госпитализированна для проведения плановой операции через 3 недели с момента получения процедуры. Со стороны лабораторных показателей отклонений от нормы не отмечалось. После соответствующей

щей предоперационной подготовки больная была взята на операцию. Под общей анестезией больной была проведена гернио-лапаротомия, при которой установлено наличие петли тонкой кишки и часть большого сальника в грыжевом мешке, последние были вправлены в брюшную полость. Размер грыжевых ворот составлял 18 x 14 см. Проведено уменьшение размера грыжевых ворот путём ушивания верхнего и нижнего краев дефекта с использованием собственных тканей самого организма больного и ликвидация грыжевых ворот с использованием полипропиленовыми сетками. После операции в течение недели принимала по 1 таблетке мидокалма в день.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана заживала первичным натяжением. На 7-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценки общего состояния, больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, предлагаемый способ лечения больных с большими послеоперационными вентральными грыжами, позволяет уменьшить степени травматизации и натяжения тканей при ликвидации грыжевых ворот, что способствует снижению риска нарушения кровообращения и иннервации тканей в данной области тела, и тем самым даёт возможность для раннего восстановления функционального состояния тканей в области послеоперационной раны.

Формула изобретения

Способ лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами, включающий уменьшение степени натяжения тканей при ликвидации больших грыжевых ворот, **отличающийся тем**, что для релаксации мягких тканей и облегчения процесса ликвидации грыжевых ворот в течение 2 недели до

планируемой операции проводят порционным введением в мягкие ткани вокруг дефекта брюшной стенки по 5 мл заранее добавленной в 50,0 мл 0,9% NaCl, по 1 лечебной дозы ботулотоксина А в общей дозе 100 ЕД, а также за неделю до и после операции назначают по одной таблетке мидокалма в день.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		