



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2401958

(22) 16.05.2024

(46) Бюл. 214, 2024

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

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

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

(54) **СПОСОБ ДУБЛИКАТУРЫ БРЮШИНЫ ПРИ ГИГАНТСКИХ НЕВПРАВИМЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА**

(56)

1. Nho R. Le Huu, Mege D., Ouaiïssi M., Sielezneff I., Sastre B. Incidence and prevention of ventral incisional hernia. J of Visceral Surgery. 2012, V 149, Issue 5, P. S3-S15
2. Yang S, Wang MG, Nie YS, Zhao XF, Liu J. Outcomes and complications of open, laparoscop-

2

ic, and hybrid giant ventral hernia repair. World J Clin Cases 2022; 10(1): 51-61

3. Белоконов В.И., Пономарева Ю.В., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В., Губский В.М., Терехин А.А. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах. Хирургия, 2018; № 5.- С.45-50.
4. Алиев Р.А., Одишелашвили Г.Д. Новый способ герниопластики при гигантских вентральных грыжах. Медицинский вестник Юга России. 2014. С.23-28

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

Способ создания дубликатуры брюшины при гигантских невосправляемых грыжах живота заключается в комбинированной пластике грыжевых ворот путем выкраивания двух П-образных лоскутов из элементов грыжевого мешка и мышечно-апоневротического слоя с последующим эндопротезированием по типу onlay.

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

Гигантские вентральные грыжи являются наиболее частым осложнением гастроинтестинальной хирургии. Частота послеоперационных грыж живота колеблется от 2 до 20% с экстремальной вариацией от 0 до 90% [1]. Общая частота невосправляемых грыж живота после лапаротомии составляет 9,9%, причем частота выше при срединных разрезах по сравнению с поперечными разрезами (11% против 4,7%) [2]. Лапаротомия явно увеличивает риск появления послеоперационной грыжи по сравнению с лапароскопией. Наиболее частыми факторами риска являются общее состояние пациентов, пожилой возраст, коморбидные заболевания и пристеночная раневая инфекция. Укрытие грыжевого дефекта с использованием медленно рассасывающегося шовного материала приводит к наименьшему риску появления послеоперационной грыжи [3,4]. Систематическое использование полипропиленовых сеток является интересным подходом в плане минимизации риска послеоперационной вентральной грыжи, но ее фактическая эффективность пока не подтверждена в исследованиях с большим числом участников пациентов с более длительным периодом наблюдения. В связи с этим остаются не до конца решенными вопросы хирургического лечения рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки и вопросы профилактики рецидивов.

Наиболее близким способом к изобретению является способ укрытия дефекта при невосправляемых гигантских грыжах путем ненатяжной пластики использованием полипропиленовых сеток предбрюшиной по типу inlay и позади прямых мышц по типу sublay. 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 inlay и sublay [3]. Известный способ пластики грыжевых ворот имеет ряд недостатков:

1. Использование сетчатых протезов имеет риск развития гнойных осложнений с последующим рецидивом заболевания.
2. Сетчатые эндопротезы по типу inlay, непосредственно контактируя с органами брюшной полости, могут вызвать воспалительную тканевую реакцию, которая распространяется на мышцы, брюшины и органы брюшной полости и привести к таким осложнениям, как спаечный процесс и кишечная непроходимость
3. Сетчатый эндопротез inlay может вызвать самоконтракцию и привести к рецидиву грыжи.

ЦЕЛЮ ИЗОБРЕТЕНИЯ является снижение риска осложнений, связанных с контактом полипропиленовых сеток с органами брюшной полости и укрепление слабой зоны передней брюшной стенки.

При данной операции после выделения грыжевого мешка, мобилизации его элементов низведения грыжевого содержимого в брюшную полость проводят пластическое закрытие грыжевых ворот выкраиванием двух прямоугольных лоскутов с латерального и нижнего края грыжевых ворот за счет элементов грыжевого мешка и апоневроза передней брюшной стенки с созданием дубликатуры, поверх которой проводят дополнительное над апоневротическое укрепление полипропиленовой сеткой он-лай.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми графическими изображениями (Фиг. 1-6). На Фиг. 1 показано фото больного с гигантской рецидивной грыжей передней брюшной стенки до операции. На Фиг. 2. показан доступ к грыже, мобилизация грыжевого мешка и окружающих тканей. На Фиг. 3. Показано грыжесечение и выкраивание 2 прямоугольных лоскутов. На Фиг. 4. Показано выкраивание двух прямоугольных лоскутов и создание дубликатуры мобилизованными тканями. Фиг. 5. Показана фиксация полипропиленовой сетки (эндопротеза). На Фиг. 6. Показан вид брюшной стенки после операции.

СУЩНОСТЬ ИЗОБРЕТЕНИЯ. Предложенный способ ненатяжной герниопластики гигантской невосправляемой грыжи передней стенки живота достигается путем: 1)обеспечения хирургического доступа путем Т-образным разрезом по технологии абдоминопластики; 2)выделения грыжевого мешка до уровня грыжевых ворот, мобилизация окружающих местных тканей и выполнения внутрибрюшного этапа, т.е. оценка грыжевого содержимого и низведения петель кишечника или сальника в брюшную полость 3)проведения пластики грыжевых ворот посредством создания дубликатуры из 2 выкраенных прямоугольных лоскутов с латерального и нижнего краев грыжевых ворот, включающих элементы утолщенных стенок грыжевого мешка и мышечно-апоневротических местных тканей. Сначала подшивается латеральный лоскут с узловой фиксацией к медиальному краю грыжевых ворот, далее поверх него укладывается нижний лоскут и также фиксируется узловыми швами. Для профилактики рецидива поверх созданной дубликатуры укрывают полипропиленовой сеткой соответствующего размера с фиксацией к подлежащим тканям, таким образом, выполняется ненатяжная герниопластика.

Подобным обезболиванием через Т-образный доступ по технологии абдоминопластики производится острый и тупым путем выделение грыжевого мешка до грыжевых ворот, мобилизация местных тканей, вскрытие грыжевого мешка и оценка грыжевого содержимого, выполняется низведение петель кишечника или сальника с частичной резекцией большого сальника при необходимости. Далее проводится пластика грыжевых ворот с созданием дубликатуры из 2 выкраенных прямоугольных лоскутов с латерального и нижнего краев грыжевых ворот, представляющие собой

утолщенные стенки грыжевого мешка и мышечно-апоневротических местных тканей. Первоначально подшивается латеральный лоскут с узловой фиксацией к медиальному краю грыжевых ворот, далее поверх него укладывается нижний лоскут и также фиксируется узловыми швами, таким образом создается дубликатура. Для профилактики рецидива поверх дубликатуры используется эндопротезирование полипропиленовой сеткой соответствующих размеров по технологии on lay. Послойные швы на рану.

Изобретение имеет ряд преимуществ:

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. Двойная пластика грыжевых ворот выкроенными прямоугольными лоскутами за счет местных тканей и элементов грыжевого мешка укрепляют слабую зону передней брюшной стенки.
3. Использование полипропиленовой сетки on-lay создает дополнительную защиту области, сформированной дубликатуры с профилактической целью.

Все вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Б-ная К.З., 1966 г.р., ИБ № 3107, адрес: р-н Рудаки, чамоат- поступила в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с диагнозом: Послеоперационная гигантская рецидивная грыжа передней брюшной стенки.

Больная поступила через 9 лет после многократных операций: нефрэктомии, перитонит, ампута-

ции матки (2010, 2014гг.). По поводу грыжи обратилась в РНЦССХ, куда был госпитализирован в РНЦССХ.

При осмотре живота форма ассиметрична из-за опухолевидного образования по передней стенке живота, по средней линии которого имеется широкий послеоперационный рубец. Грыжевое образование размерами 28 x 24 см без признаков воспаления, пальпаторно отмечается незначительная болезненность, содержимое частично вправляется в брюшную полость. Кашлевой толчок положительный, в вертикальном положении образование увеличивается в размере.

20.07.2022 г. больному в плановом порядке выполнена операция – Абдоминопластика. Лапаротомия. Хернитомия и пластика передней брюшной стенки живота слева П-образными лоскутами и полипропиленовой сеткой.

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 грыжа размерами 15x 16 см 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 поверх дубликатуры используется полипропиленовая сетка по технологии on-lay 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 создания дубликатуры брюшины при гигантских невосправляемых грыжах живота, заключающийся в пластике грыжевых ворот, **отличающийся тем**, что проводят комбинированную пластику путем выкраивания двух П-образных лоскутов из элемен-

тов грыжевого мешка и мышечно-апоневротического слоя с последующим эндопротезированием по типу onlay.