



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2401967

(22) 13.06.2024

(46) Бюл. 217, 2025

(71) Назаров Шохин Кувватович (ТJ); Шарифов
Сунатулло Ахмадович (ТJ)

(72) Назаров Шохин Кувватович (ТJ); Шарифов
Сунатулло Ахмадович (ТJ)

(73) Назаров Шохин Кувватович (ТJ); Шарифов
Сунатулло Ахмадович (ТJ)

(54) **СПОСОБ ЛИГАТУРНОЙ ПЛАСТИКИ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

(56)

1. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л.
Концепция хирургического лечения
послеоперационных грыж передней брюшной стенки.
/ Герниология, 2004, №1, С. 8.

2. Способ пластики при больших
послеоперационных вентральных грыжах: пат.
2458640 Рос. Федерация: МКИ А61В 17/00 / авторы
Куликов Л.К., Буслаев О.А., Шалашов С.В., Егоров
И.А., Михайлов А.Л.; заявка 2011111966/14, дата
заявки 29.03.2011; опубл. 20.08.2012; Бюл. №23.

(57) Изобретение относится к области медицины, а
именно к разделу хирургии грыж живота, и
предназначено для повышения эффективности
операции, удобства для хирурга, удобства для

2

пациента в послеоперационном периоде, снижения
рецидива грыже образования.

Сущность заявляемого изобретения выражается
в совокупности существенных признаков, который
после грыжесечения, сближения и ушивания краев
интраоперационной раны, на всем протяжении
операционной раны создают операционное поле по 5
см. от краев ушитой раны передней брюшной стенки
до сформированного угла подкожно-жирового слоя,
затем, поэтапно проводят параллельное ушивание
стенок передней брюшной стенки на уровне
апоневроза и мышц непрерывными матрацными
швами нейлоном, затем основную рану ушивают
циркулярно, путем введения иглы в край раны и
выведение ее на противоположную сторону раны, где
расстояние между параллельными швами составляет
1,5 см, концы нити с обеих сторон концов
наложенного шва с натяжением закрепляют в виде
узла, после чего послойно восстанавливают
подкожную клетчатку и кожу.

Таким образом, предложенный способ снижает
риск ранних и поздних послеоперационных
осложнений, повышает надежности пластики,
снижает риск гнойно-септических раневых
осложнений и время реабилитации, и качество жизни
пациента.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу хирургии грыж живота, и предназначено для повышения эффективности операции, удобства для хирурга, удобства для пациента в послеоперационном периоде, снижения рецидива грыже образования, предотвращении ранних и поздних послеоперационных раневых осложнений при вентральных грыжах.

В последние годы наибольшее распространение при хирургическом лечении вентральных грыж получили способы аллопластики с использованием синтетических сетчатых протезов. Основным достоинством вышеуказанных способов является сокращение количества рецидивов.

Известен способ хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж без ушивания или суживания грыжевых ворот [1]. При этом дефект закрывают тканями грыжевого мешка с целью изоляции внутренних органов. Протез фиксируют непрерывным швом по периметру, кнаружи от края грыжевых ворот. Края протеза можно расположить как над апоневрозом, так и под ним. В последнем случае край протеза свободно размещают в предбрюшинном пространстве, а полную фиксацию проводят по периметру грыжевых ворот. Поверх протеза устанавливают дренажи и фиксируют кожно-подкожный лоскут.

Недостатки данного способа в том, что он может быть использован только когда, сведение краев грыжевых ворот невозможно, иногда возможно, но с существенным натяжением, или нежелательно из-за общего соматического состояния больного и аллопластический способ имеет и ряд недостатков, так как в результате эффекта сморщивания сетчатого протеза возможна его дислокация, образование послеоперационных сером, лигатурных свищей, формирование абсцессов с формированием в последующем рецидива грыжи и постоянные боли в области послеоперационной раны.

В качестве наиболее близкого аналога выбран способ пластики применяемых при послеоперационных вентральных грыжах [2]. При этом производят разрез кожи и подкожной клетчатки, выделяют и обрабатывают грыжевой мешок, далее рассечение апоневроза по его краю и пластику с предбрюшинным или подмышечным расположением синтетического сетчатого протеза. Прямоугольный синтетический сетчатый протез моделируют, делая надрезы с четырех его краев по направлению к противоположным краям, выкраивая полоски. Полоски проводят через мышечно-апоневротические края грыжевых ворот изнутри наружу с последующим после подтягивания сшиванием каждой полоски с участком синтетического сетчатого протеза у края грыжевого дефекта. При этом к синтетическому сетчатому протезу у края грыжевого дефекта пришивают и апоневроз по периферии грыжевого дефекта. Отрицательной стороной способа является то, что при нем формирование ложа для сетчатого протеза достаточно травматично. Это не всегда оправдано при больших пупочных, эпигастральных грыжах, грыжах спигелиевой линии и средних

послеоперационных вентральных грыжах с единственным грыжевым мешком.

Целью заявляемого технического решения является разработка малотравматичного, удобного, надёжного упрощенного способа операции при вентральных грыжах с одним грыжевым мешком, когда используют не рассасывающие синтетические прочные шовные материалы и замена синтетической сетки.

Техническим результатом предлагаемого способа является повышение эффективности хирургического лечения вентральных грыж после ушивания и иссечения грыжевого мешка, ушивания дефекта брюшной стенки.

Сущность заявляемого изобретения выражается в совокупности существенных признаков, достаточных для достижения, обеспечиваемого предлагаемым изобретением технического результата, который выражается в обеспечении удобства, этапа разрез кожи и подкожной клетчатки, выделение и обработка грыжевого мешка, обнажение грыжевого дефекта, грыжесечение, восстановление стенки на уровне апоневроза, сближения и ушивания краев интраоперационной раны.

На фиг.1 представлен вид хирургического шва. После грыжесечения и ушивания краев интраоперационной раны, на всем протяжении операционной раны, создают операционное поле по 5 см от краев ушитой раны передней брюшной стенки до сформированного угла подкожно-жирового слоя, и поэтапно проводят параллельное ушивание стенок передней брюшной стенки на уровне апоневроза и мышц с непрерывными матрацными швами 1 нейлоном, затем основную рану ушивают циркулярно 2, путем введения иглы в край раны и выведение ее на противоположную сторону раны, где расстояние между параллельными швами составляет 1,5 см, концы нити с обеих сторон наложенного шва с натяжением закрепляют в виде узла 3, после чего послойно восстанавливают подкожную клетчатку и кожу.

Пример 1. Больная И.М., 63 лет, поступила во 2-е хирургическое отделение ГУ «Городской центр неотложной медицинской помощи» г. Душанбе 12.01.24 г. через 2 года после планового грыжесечения, было произведено пластика «Onlay» способом. Жалобы при поступлении на патологическое образование плотноэластической консистенции по ходу послеоперационного рубца, причиняющий дискомфорт и неудобство при физической нагрузке и выполнения домашних работ. Из истории болезни известно, что пациентке в 2019 году была проведена хирургическая операция – холецистэктомия, в связи с диагнозом желчнокаменной болезни. В 2022 году операция грыже сечение. Страдает сахарным диабетом второго типа, получает препараты.

В хирургическом статусе живот увеличен в объёме, подкожно-жировой слой развито чрезмерно, живот висит, от мечевидного отростка по белой линии живота и ниже пупка

грубый деформированный послеоперационный рубец размерами 4,5 x 20,0 см. Тёмного цвета, по центру выпячивание размерами 16, x 7,0 x 6,0 неподвижная плотноэластической консистенции, не вправляется в брюшную полость. В стационаре обследована в плановом порядке. Со стороны лабораторных показателей отклонение от нормы нет. УЗИ: Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено. Размеры грыжевых ворот в диаметре 7,0 см., Содержимое часть большого сальника, медиальнее конгломерат размерами 6,0 x 6,0 см., плотная, неподвижная, имеет специфический тень. Толщина прямой мышцы живота 0,917 см., ширина прямой мышцы живота 6,21 см. Толщина подкожно-жирового слоя местами до 3,5 см.

После соответствующей предоперационной подготовки больная была взята на операцию.

В плановом порядке под эндо трахеальным обезболиванием оперирован, произведено иссечение старого, грубого деформированного послеоперационного рубца, выделен грыжевой мешок, медиальнее в нижнем углу обнаружено инфильтрат размерами 6,0 x 6,0 плотной консистенции не имеющее сообщения с петлями кишки и прядью большого сальника, инфильтрат освобождён, при ревизии найден деформированный синтетический материал напоминающий сетчатый имплантат. Последний удалён, учитывая висячий фартук живота произведено иссечение всего фартука и после выполнения элементов грыже сечения. В ходе операции после сближения и ушивания раны передней брюшной стенки использовался лигатурный метод пластики, для пластики и дополнительного укрепления передней брюшной стенки, профилактики послеоперационного рецидива применили шовный материал нейлон. Для мониторинга внутрибрюшного давления применялась методика измерения через мочевого пузырь по системе Krohn, что позволяло контролировать давление в пределах 18-20 см водного столба, предотвращая его избыточное увеличение.

Послеоперационном периоде получала антибиотики, анальгетики, фармакологическую стимуляцию нервно-мышечной проводимости, контроль уровня сахара крови сахароснижающими препаратами, дренажные трубки удалены на 7-9 сутки, заживление раны первичное, на контрольном УЗИ скопление выпота не обнаружено. Выписана в удовлетворительном состоянии. Амбулаторный контроль.

Пример 2. Больной А.С., 59 лет, поступил во 2-е хирургическое отделение ГУ «Городской центр неотложной медицинской помощи» г. Душанбе 07.04.2024. г. через 3 года после плановой грыжи сечения, было произведено пластика по Сапежко. Жалобы при поступлении на патологическое образование плотноэластической консистенции по ходу послеоперационного рубца, причиняющий дискомфорт и неудобство при физической нагрузке и выполнения домашних работ. Из анамнеза в 2014 году был оперирован по поводу острого деструктивного аппендицита, осложненного распространённым гнойным перитонитом. В

послеоперационном периоде было нагноение послеоперационной раны, заживление вторичным натяжением. В последующем развилась послеоперационная грыжа по ходу послеоперационного рубца. В 2021 году оперирован, произведено грыже сечение, пластика по Сапежко. Спустя через 1,5 года отметил появления грыжевого выпячивания по ходу послеоперационного рубца выше пупка, образование постепенно стало увеличиваться в размерах причиняя тяжелый дискомфорт и неудобство в повседневной практической жизни. Страдает сахарным диабетом второго типа, получает препараты.

В хирургическом статусе живот увеличен в объёме, подкожно-жировой слой развито чрезмерно, живот висит, от мечевидного отростка по белой линии живота и ниже пупка грубый деформированный послеоперационный рубец размерами 6,5 X 22,0 см. Тёмного цвета, по центру выпячивание размерами 18,0 X 7,0 X 6,5 неподвижная плотноэластической консистенции, не вправляется в брюшную полость. В стационаре обследована в плановом порядке.

УЗИ: Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено. Размеры грыжевых ворот в диаметре 7,5 см., Содержимое часть большого сальника, и петли тонкой кишки. Толщина прямой мышцы живота 0,113 см., ширина прямой мышцы живота 6,91 см. Толщина подкожно-жирового слоя местами до 4,5 см в среднем.

Под эндотрахеальным наркозом был выполнен пошаговый процесс иссечения постоперационного кожного рубца. Далее последовала подготовка грыжевого мешка за счет тщательной обработки краев фасции. После разъединения спаечного процесса произведено открытие грыжевого мешка. Следующий этап включал тщательную проверку брюшной полости на наличие спаек с кишечником и выявление дополнительных разрывов фасции. Выполнен висцеролиз. Следующий этап это ушивание апоневроза по всему периметру послеоперационной раны. В ходе операции после сближения и ушивания раны передней брюшной стенки использовался лигатурный метод пластики, для пластики и дополнительного укрепления передней брюшной стенки, профилактики послеоперационного рецидива применили шовный материал нейлон. Для мониторинга внутрибрюшного давления применялась методика измерения через мочевого пузырь по системе Krohn, что позволяло контролировать давление в пределах 18-20 см водного столба, предотвращая его избыточное увеличение, с установкой и дренирование полихлорвиниловыми трубками с натяжением с помощью не рассасывающегося шовного материала, тщательное послойное ушивание послеоперационной раны.

Послеоперационном периоде получал антибиотики, анальгетики, фармакологическую стимуляцию нервно-мышечной проводимости, ежедневный контроль уровня сахара крови сахароснижающими препаратами, ВБД, дренажные трубки удалены на 8-9 сутки, заживление

раны первичное, на контрольном Узи скопление выпота не обнаружено, выписан. Амбулаторный контроль.

Таким образом, предложенный способ пластики вентральных грыж живота путём применения специального шовного материала обеспечивает удобство в пользовании, снижает риск ранних и поздних послеоперационных осложнений, сокращает время проведения выполняемой хирургической

операции и повышает надежности пластики, сохраняет микроциркуляцию тканей во время проведения хирургической операции при минимальном затратном усилии хирурга, снижает риск возникновения гнойно-септических раневых осложнений, а также улучшает в целом функциональное послеоперационное состояние пациента и время реабилитации и качество жизни пациента.

Формула изобретения

Способ лигатурной пластики вентральных грыж, включающий разрез кожи и подкожной клетчатки, грыжесечение, выделение и обработка грыжевого мешка, обнажение грыжевого дефекта, восстановление стенки на уровне апоневроза, **отличающийся тем**, что после грыжесечения и ушивания краев интраоперационной раны, на всем протяжении операционной раны, создают операционное поле по 5 см от краев ушитой раны передней брюшной стенки до сформированного угла подкожно-жирового слоя, и поэтапно проводят параллельное ушивание стенок передней брюшной

стенки на уровне апоневроза и мышц с непрерывными матрацными швами нейлоном, затем основную рану ушивают циркулярно, путем введения иглы в край раны и выведение ее на противоположную сторону раны, где расстояние между параллельными швами составляет 1,5 см, концы нити с обеих сторон наложенного шва с натяжением закрепляют в виде узла, после чего послойно восстанавливают подкожную клетчатку и кожу.

Компьютерный набор: Газиев М.Х.

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