



Республика Таджикистан

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **131**

(51) **МПК(2006) А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0800189

(22) 11.03.2008

(46) Бюл.51 (3), 2008

(71) Артыков К.П. (ТJ); Ганиев Н.Н. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ); Рузибоев Э. (ТJ).

(72) Артыков К.П. (ТJ); Ганиев Н.Н. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ); Рузибоев Э. (ТJ).

(73) Артыков К.П. (ТJ); Ганиев Н.Н. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ); Рузибоев Э. (ТJ).

(54) СПОСОБ УМЕНЬШЕНИЯ НАТЯЖЕНИЯ ЛИНИИ ШВОВ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ.

(56) 1.Адамян А.А., Накашидзе Д.К., Чернова Л.М. Профилактика и лечение послеоперационных вентральных грыж //Хирургия. - 1994. - №7. - С. 45 - 47.

2. Андреев С.Д., Адамян А.А. Принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж //Хирургия. - 1991. - №10. - С. 114 - 120.

3. Курбанов Г.Б. Возможности улучшения результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж //Казан. мед. журн.-1991.- №2. - С. 111 - 113.

4. Майстренко Н.А., Ткаченко А.Н. Негативные последствия хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Возможности прогно-

2

за и профилактики //Вестник хирургии. - 1998. - Т 154. - №4. - С. 130 - 136.

5. Рудин Э.П., Богданов А.В., Шевченко П.В. Лечение послеоперационных вентральных грыж //Вестн. хир. - 1991. - №12. - С. 76 - 78.

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно разделу герниологии и восстановительной хирургии.

Способ заключается в том, что во время операции после удаления грыжевого мешка и освежения краев апоневроза накладывают П-образные швы. По данному способу иглу проводят через апоневроз наружного края прямой мышцы живота и над брюшиной вкалывают в рану, проводят над брюшиной позади противоположной мышцы и выкалывают через наружный край апоневроза. Отступая на 1,5см. от точки выкола иглу проводят в противоположном направлении. В зависимости от длины дефекта накладывают 3-6 П-образных швов. Натягивая швы края раны сближают и свободно ушивают брюшину. Полностью стягивают и завязывают наложенные швы и выполняют пластику апоневроза двухрядными швами без натяжения краев раны.

Изобретение относится к области медицины, а именно разделу восстановительной хирургии. Пластика вентральных грыж является сложной и далеко не разрешенной проблемой современной хирургии [1,3]. Для лечения грыж передней брюшной стенки предложены множества способов, результаты которых не удовлетворяют как хирургов, так и пациентов [2,4]. Рецидивы заболевания после первичной пластики вентральных грыж достигает до 14%, а после повторной операции до 25% [3,5]. Основной причиной неудовлетворительных результатов пластики грыжевых ворот является натяжение линии швов, которое создается при сшивании непосредственно краев раны [4,5]. Кроме того, ткани вокруг грыжевых ворот имеют рубцовые изменения и при натяжении подвергаются ишемии, что отрицательно влияет на заживление раны.

Известен способ пластики грыжевых ворот средней линии живота по Сапежко (2,5). Разрез кожи по срединной линии над грыжевым выпячиванием. Грыжевой мешок выделяют и обрабатывают по обычной методике. Грыжевое кольцо рассекают кверху и вниз по белой линии живота. Края апоневроза выделяют из жировой клетчатки. После этого рассеченный апоневроз белой линии живота сшивают по принципу «сюртучного шва», т.е. края апоневроза правой стороны подшиваются к задней стенке влагалища левой прямой мышцы живота, а оставшийся свободный край апоневроза укладывают на переднюю стенку влагалища противоположной стороны и подшивают [2,5].

Преимущество предложенного способа состоит в том, что создается дубликатура из апоневроза и линия швов становится более прочным.

Недостатком способа является то, что при больших дефектах грыжевых ворот невозможно создать дубликатуру апоневроза из-за чрезмерного натяжения краев раны.

В качестве прототипа служит способ Троицкого (1,3,4), который применяется для лечения послеоперационных грыж и диастаза прямых мышц живота. Производят иссечение старого послеоперационного рубца, грыжевого мешка и измененных участков апоневроза прямых мышц живота. Отступая на 3-4 см от краев разреза, на брюшину и заднюю стенку влагалища прямых мышц живота и ниже пупка, на поперечную фасцию, накладывают П-образные швы. Промежутки между ними зашивают узловыми шелковыми швами. Вторым рядом узловыми шелковыми швами сшивают передние стенки влагалища прямых мышц живота [1,3,4].

Преимуществом данного способа заключается в восстановлении дефекта средней линии живота за счет сближения краев апоневроза.

Недостатками способа являются то, что при умеренных дефектах грыжевых ворот создается

натяжение линии швов, а при больших дефектах метод является непригодным.

Цель изобретения заключается в улучшении результатов способа пластики обширных дефектов при вентральных грыжах, путем сближения краев раны и уменьшения натяжения линии швов, наложением П-образных швов за пределами линии швов, что предупреждает рецидивы грыж.

Во время операции после удаления грыжевого мешка и освежения краев апоневроза с целью сближения краев раны накладывают П-образные швы. Иглу проводят через апоневроз наружного края прямой мышцы живота и над брюшиной вкалывают в рану. Затем проводят над брюшиной позади противоположной мышцы и вкалывают через наружный край апоневроза. Отступая на 1,5 см. от точки выкола иглу проводят в противоположном направлении, за счет чего образуется П-образный шов. В зависимости от длины дефекта накладывают 3-6 П-образных швов. При натягивании швов края раны сближаются, и свободно ушивается брюшина. После полного стягивания и завязывания П-образных швов края раны сближаются. Выполняется пластика апоневроза двухрядными швами без натяжения краев раны.

Пример 1. Больной А., 49 лет. Ист.бол. № 177 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Послеоперационная грыжа средней линии живота выше пупка». При осмотре живота по средней линии живота имеется окрепший послеоперационный рубец размерами 3х16 см. и опухолевидное выпячивание размерами 15х10 см., мягко-эластичной консистенции, свободно вправляется в брюшную полость. Грыжевые ворота свободно пропускают четыре поперечных пальца. Больному под общим обезболиванием выполнена операция грыжесечения. После иссечения грыжевого мешка и освежения краев апоневроза дефект грыжевых ворот составил 12х8 см. Сближение краев раны для ушивания брюшины не представляется возможным. Наложены пять П-образных швов, которые проведены за наружные края прямых мышц живота над брюшиной при стягивании, которых края раны сблизились и брюшина сшита непрерывным швом. После максимального стягивания и завязывания П-образных швов выполнена пластика апоневроза двухрядными швами без натяжения линии швов.

При контрольном осмотре через 1,5 года, линия послеоперационного рубца без патологических изменений, рецидива заболевания нет.

Пример 2. Больная М., 31 лет. Ист.бол. № 155 поступил в РХНУПЦВХ с диагнозом «Послеоперационная рецидивная грыжа средней линии живота ниже пупка». За три года до обращения перенесла операцию кесарево сечение. В послеоперационном периоде было нагноение раны, и развилась грыжа. При осмотре живота по средней линии живота ниже пупка имеется грыжевое выпячива-

ние размерами 16х12см. овальной формы. При пальпации грыжевое выпячивание мягко эластич-

5

кишечника, свободно вправляется в брюшную полость. Симптома невмещаемости нет. Грыжевые ворота свободно пропускают 4 поперечных пальца. После иссечения грыжевого мешка и освежения краев апоневроза дефект грыжевых ворот составил 12х10см. Сближение краев раны для ушивания брюшины не представляется возможным. Наложены три П-образных швов, которые проведены за наружные края прямых мышц живота над брюши-

ной консистенции, определяется урчание

131

6

ной при стягивании, которых края раны сблизились и брюшина сшита непрерывным швом. После максимального стягивания и завязывания П-образных швов выполнена пластика апоневроза двухрядными швами без натяжения линии швов.

При контрольном осмотре через один год, линия послеоперационного рубца без патологических изменений, рецидива заболевания нет.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ уменьшения натяжения линии швов при герниопластике, заключающийся в том, что во время операции после удаления грыжевого мешка и освежения краев апоневроза накладывают П-образные швы **отличающийся тем, что** иглу проводят через апоневроз наружного края прямой мышцы живота и над брюшиной вкалывают в рану, проводят над брюшиной позади противоположной мышцы и выкалывают через наружный

край апоневроза, отступая на 1,5см от точки выхода иглу проводят в противоположном направлении, в зависимости от длины дефекта накладывают 3-6 П-образных швов, натягивая швы края раны, сближают и свободно ушивают брюшину, полностью стягивают и завязывают наложенные швы и выполняют пластику апоневроза двухрядными швами без натяжения краев раны.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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