



(19) KG (11) 1135 (13) C1 (46) 28.02.2009

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (51)⁷ A61B 17/00 (2006.1)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20060099.1

(22) 26.09.2006

(46) 28.02.2009, Бюл. №2

(76) Маматов Э.А., Бондарчук А.В. (KG)

(56) Седов В. М., Тарбаев С.Д., Гостевский А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // М: Вестник хирургии – 2005. – №3. – С. 85-88

(54) Способ фиксации полипропиленовой сетки при послеоперационных грыжах

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии и может быть использовано при лечении послеоперационных грыж передней брюшной стенки. Задачей изобретения является обеспечение надежной фиксации имплантата у больных с послеоперационными вентральными грыжами и предупреждение послеоперационных рецидивов. Поставленная задача решается способом фиксации полипропиленовой сетки при послеоперационных грыжах, включающим определение размера грыжевых ворот, разрез передней брюшной стенки, выделение грыжевого мешка, иссечение избытка брюшины грыжевого мешка, вправление грыжевого содержимого, а затем полипропиленовая сетка фиксируется к мышечноапоневротическим краям по всему периметру грыжевых ворот непрерывным швом, отступая от края 1-1.5 см, а после трех вколов иглы, делается один захлестывающий шов. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при лечении послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Совершенствование оперативной техники и анестезиологического пособия операций способствует росту хирургической активности при заболеваниях органов брюшной полости, что приводит к увеличению числа больных с послеоперационными вентральными грыжами. Чаще всего послеоперационные грыжи возникают после оперативных вмешательств, проводимых в экстренном порядке, и в среднем их число составляет 15-30% больных. В последнее время при различных заболеваниях органов брюшной полости все чаще выполняют симультанные операции, после которых нередко развиваются послеоперационные грыжи.

Послеоперационные вентральные грыжи составляют до 20-26% от всех наружных грыж живота, занимая по частоте второе место после паховых грыж. Оперативное лечение больных с послеоперационными грыжами довольно сложное. Существует более 200 методов пластики грыжевых ворот и несмотря на их совершенствование у 15-35% больных возникают рецидивы грыж. Как правило, повторные рецидивы наблюдаются в первые шесть месяцев после операции и реже, в течение последующих трех лет.

Известны следующие способы пластики послеоперационных грыж:

1. Закрытие грыжевых ворот за счет собственных тканей брюшной стенки путем восстановления соотношения брюшины, прямых мышц живота (послойное ушивание брюшной

стенки), использования мышечноапоневротических лоскутов или создание дубликатуры, в один или два этапа.

2. Закрытие грыжевых ворот свободным аутотрансплантатом (широкая фасция бедра, ал-лосухожилие). Оба способа часто дают рецидивы, так как они не лишены натяжения ткани в момент операции, что является основной причиной рецидива болезни в отдаленные сроки.

3. Закрытие грыжевых ворот кожным трансплантатом – аутодермопластика. Дефект брюшной стенки замещают кожным лоскутом, прежде подвергнув его термической или химической обработке. Основными недостатками способа является рассасывание трансплантата, нередко после операции возникает нагноение и отторжение трансплантата, а при пластике послойным кожным лоскутом могут образоваться кисты. Рецидивы болезни возникают в 12-16%.

4. Использование металлических сеток (серебряные, танталовые), которые широкого применения не нашли. Основным недостатком данного способа является частая поломка сеток.

5. Применение синтетических материалов: сетки из капрона, нейлона, лавсана. Недостатками способа являются возможная реакция организма на материал, большой риск возникновения нагноения, вследствие чего аллопротез удаляется, но возникают длительно незаживающие свищи, которые способствуют формированию послеоперационных грыж.

6. В последние годы пропагандируется применение тромборезистентных материалов, таких как полипропилен, политетрафтор, которые не вызывают реакцию отторжения.

Однако при использовании полипропиленовых сеток не решен окончательно вопрос о способе фиксации. Способ, при котором сетка фиксируется надапоневротически, весьма сложный и при этом часто не удается отделить париетальную брюшину от апоневроза на большом протяжении; сетка фиксируется к краям грыжевых ворот, которые в свою очередь претерпевают рубцовые и дистрофические изменения.

Наиболее близким к предлагаемому изобретению является способ, где фиксацию имплантата осуществляют к поперечной фасции живота и мышечно-апоневрическим краям грыжевых ворот, что обеспечивает его глубокую интеграцию в переднюю брюшную стенку (Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевский А.А., Горелов А.С. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж // М: Вестник хирургии, 2005, №3. – С. 85-88).

Недостатком известного способа является:

1. Наложение швов в два ряда, что технически сложно в связи с дегенеративными изменениями тканей грыжевых ворот.

2. При расслоении поперечной фасции и апоневроза мышц живота нарушается питание тканей мышц живота, что является причиной рецидива болезни.

3. При прорезывании швов сетка ослабевает, и создаются условия для развития рецидива грыжи.

Задачей изобретения является обеспечение надежной фиксации имплантата у больных с послеоперационными вентральными грыжами и предупреждение послеоперационных рецидивов.

Поставленная задача решается способом фиксации полипропиленовой сетки при послеоперационных грыжах, включающим определение размера грыжевых ворот, разрез передней брюшной стенки, выделение грыжевого мешка, иссечение избытка брюшины грыжевого мешка, вправление грыжевого содержимого, а затем полипропиленовая сетка фиксируется к мышечноапоневротическим краям по всему периметру грыжевых ворот непрерывным швом, отступая от края 1-1.5 см, а после трех вколов иглы делается один захлестывающий шов.

Предложенный способ осуществляют следующим образом: перед операцией эхоморфометрически определяют размеры грыжевых ворот. Под периуральным обезболиванием производят разрез передней брюшной стенки с иссечением избытка кожи и подкожной клетчатки, выделяют грыжевой мешок, вскрывают, освобождают от сращений с прилежащими тканями и затем вправляют грыжевое содержимое. Избыток брюшины грыжевого мешка иссекают, но оставляют достаточное количество части грыжевого мешка, чтобы ею ушить брюшину без натяжения. Приготовленную полипропиленовую сетку фиксируют к мышечноапоневротическим краям по всему периметру грыжевых ворот непрерывным швом, отступая от края на 1 см, делая вкот иглы через 1-1.5 см. После трех вколов иглы, делают один захлестывающий шов атравматической иглой с нитью – пролен 0. К полипропиленовой сетке подводят микродренаж и выводят наружу через дополнительный разрез и плотно фиксируют швами.

Предложенный способ показан на следующем примере: больная С-ва Р. С., 76 лет, поступила в клинику 02.11.2005 г. с жалобами на боли в области живота и наличие грыжевого выпячивания больших размеров на передней брюшной стенке.

Из анамнеза установлено, что в прошлом больная трижды оперирована по поводу послеоперационной вентральной грыжи (в 2000, 2001 и 2002 гг.). После последней операции наблюдался парез кишечника, нагноение послеоперационной раны и возник тонкокишечный свищ. Рана зажила вторичным натяжением, но свищ небольших размеров функционировал в течение двух месяцев, а затем под медикаментозным лечением закрылся самостоятельно. Через 1 месяц после операции вновь появилось грыжевое выпячивание. В анамнезе у больной сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь II ст.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Больная повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, частота дыхания 18 в минуту, тоны сердца глухие, пульс 82 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст.

Живот увеличен в объеме и деформирован за счет подкожножировой клетчатки, послеоперационных рубцов и грыжевого выпячивания. Выше пупка по средней линии живота окрепший, послеоперационный рубец, в области которого грыжевое выпячивание размером 30x25 см, грыжевые ворота 25x20 см, содержимое грыжевого мешка полностью не вправляется. До операции на ультразвуковом исследовании были определены грыжевые ворота 25x20 см, содержимое грыжевого мешка-петли тонкого кишечника, сальник. Анализ крови: эритроциты – $3.6 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин – 119.7 г/л; ЦП – 0.9; лейкоциты – $5.3 \times 10^7/\text{л}$; Э – 2; П – 3; С – 60; Л – 32; М – 3; СОЭ – 15 мм/ч; тромбоциты – $220 \times 10^9/\text{л}$.

Время свертывания: Начало 5 мин 20 сек, конец 5 мин 35 сек. Сахар сыворотки крови 4.5 ммоль/л. Анализ мочи без патологии.

Клинический диагноз: Рецидивирующая невправляемая послеоперационная вентральная грыжа мезогастральной области больших размеров.

Под периуральным обезболиванием с иссечением старого послеоперационного рубца и избытка кожножирового лоскута, выделен грыжевой мешок больших размеров. Содержимым грыжевого мешка являются петли тонкого кишечника, которые вправлены в брюшную полость, грыжевой мешок частично иссечен. Грыжевые ворота размером 25x20 см. Латеральный и медиальный лоскут грыжевого мешка ушиты между собой. Пластика грыжевых ворот полипропиленовой сеткой размером 25x25 см, которая фиксирована по окружности к апоневрозу, швы на расстоянии 1.5 см, через каждые 3 шва захлестывающий шов, использована атравматическая игла с не рассасывающимся швовым материалом (пролен 0). К полипропиленовой сетке подведен мицроренаж и выведен наружу через дополнительный разрез и плотно фиксирован, асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением. Выписана на 2 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 7 дней после операции шов чистый, не инфильтрирован, через дренаж поступает незначительное серозное отделяемое. Через месяц состояние удовлетворительное, жалоб нет, отделяемого через дренаж нет, дренаж удален, асептическая повязка. Предложенный способ обеспечивает защиту кишечника, не нарушается кровообращение в тканях, также обеспечивается состоятельность швов и стабильность фиксации полипропиленовой сетки.

Формула изобретения

Способ фиксации полипропиленовой сетки при послеоперационных грыжах, включающий определение размера грыжевых ворот, разрез передней брюшной стенки, выделение грыжевого мешка, иссечение избытка брюшины грыжевого мешка, вправление грыжевого содержимого, укладку и подшивание полипропиленовой сетки, отличающийся тем, что полипропиленовая сетка фиксируется к мышечноапоневротическим краям по всему периметру грыжевых ворот непрерывным швом, отступая от края 1-1.5 см и после трех вколов иглы, делается один захлестывающий шов.

Составитель описания

Торобекова М.А.

Ответственный за выпуск

Чекиров А.Ч.