

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 11429

(13) С1

(46) 2008.12.30

(51) МПК (2006)

А 61В 17/00

(54) СПОСОБ ФИКСАЦИИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

(21) Номер заявки: а 20051093

(22) 2005.11.11

(43) 2007.08.30

(71) Заявитель: Учреждение образования
"Гомельский государственный меди-
цинский университет" (ВУ)

(72) Автор: Берещенко Валентин Влади-
мирович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение об-
разования "Гомельский государст-
венный медицинский университет"
(ВУ)

(56) ЕГИЕВ В.Н. и др. Атлас оперативной
хирургии грыж. - М.: Медпрактика-М,
2003. - С. 175-182.

БЕЛОКОНЕВ В.И. и др. Хирургия. -
2000. - № 8. - С. 24-26.

RU 2254063 С2, 2005.

UA 56939 А, 2003.

SU 1745211 А1, 1992.

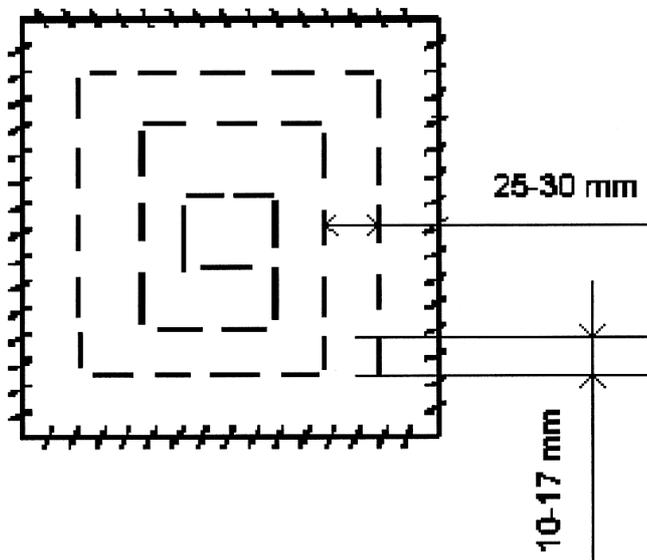
RU 2187970 С1, 2002.

RU 2187971 С1, 2002.

RU 2213528 С1, 2003.

(57)

Способ фиксации полипропиленового сетчатого эндопротеза при герниопластике вен-
тральной грыжи, включающий фиксацию эндопротеза над апоневрозом непрерывным
швом, **отличающийся** тем, что дополнительно фиксируют центральную площадь эндо-
протеза непрерывным швом, выполненным по спирали к центру площади, с расстоянием
между вколом и выколом иглы 10-17 мм и расстоянием между швами 25-30 мм, причем
первый вкол иглы осуществляют на расстоянии 25-30 мм от угла эндопротеза, и фиксацию
нити осуществляют без натяжения параллельно ходу сосудисто-нервных стволов на глу-
бине апоневроза в пределах 2 мм.



ВУ 11429 С1 2008.12.30

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может быть использовано в герниопластике вентральных грыж.

В настоящее время в нашей республике и странах ближнего зарубежья широко внедряется герниопластика вентральных грыж с использованием полипропиленовых сетчатых эндопротезов.

Известен способ фиксации полипропиленового сетчатого эндопротеза, согласно которому его фиксируют к апоневрозу по средней линии и к латеральным лоскутам рассеченных влагалищ прямых мышц живота узловыми швами [1].

Недостатками известного способа являются: сложность в выполнении, сохранение незакрепленных участков сетки, под которыми создаются предпосылки для образования сером и грыж, использование узловых швов на всех этапах операции приводит к деформации сетки и удлинению времени оперативного вмешательства.

Наиболее близким к предлагаемому является способ фиксации полипропиленового сетчатого эндопротеза, согласно которому выделяют и обрабатывают грыжевой мешок, производят пластику грыжевых ворот, фиксируют эндопротез над апоневрозом непрерывным или узловыми швами, центральную площадь не фиксируют вообще или фиксируют узловыми швами в хаотичном или шахматном порядке, фиксацию обеспечивают с применением полипропиленовых нитей [2].

Недостатками известного способа являются: деформация сетки, увеличение длительности оперативного вмешательства, неплотно фиксированный, деформированный эндопротез приводит к усилению образования серозной жидкости в ответ на его имплантацию в организм, что приводит к пролонгированному дренированию, образованию сером с последующим инфицированием. Все это способствует увеличению пребывания больного в стационаре и временной нетрудоспособности.

Задача, на решение которой направлено предлагаемое изобретение, заключается в обеспечении плотной фиксации полипропиленовых сетчатых эндопротезов к апоневрозу, исключающей деформацию эндопротеза и снижающей послеоперационные рецидивы.

Задача решается за счет того, что способ фиксации полипропиленового сетчатого эндопротеза при герниопластике вентральной грыжи включает фиксацию эндопротеза над апоневрозом непрерывным швом, причем дополнительно фиксируют центральную площадь эндопротеза непрерывным швом, выполненным по спирали к центру площади, с расстоянием между вколом и выколом иглы 10-17 мм и расстоянием между швами 25-30 мм, первый вкол иглы осуществляют на расстоянии 25-30 мм от угла эндопротеза, и фиксацию нити осуществляют без натяжения параллельно ходу сосудисто-нервных стволов на глубине апоневроза в пределах 2 мм.

На фигуре изображена схема непрерывного надaponевротического фиксирующего шва полипропиленового сетчатого эндопротеза.

Контроль образования серозной жидкости осуществлялся путем активного дренирования по Редону послеоперационной раны и ультразвуковым исследованием после прекращения отхождения отделяемого по дренажам - в среднем на 3-4 сутки и через 3 недели после оперативного лечения.

Пример 1.

Больная К., 50 лет, поступила в плановом порядке в хирургическое отделение с жалобами на периодические боли, опухолевидное образование в области старого послеоперационного рубца. Из анамнеза: холецистэктомия в 2000 г., в 2003 г. - грыжесечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Местный статус на момент поступления: в области послеоперационного рубца по средней линии над пупком определяется мягко-эластичное образование до 10 см в диаметре, вправимое в брюшную полость, симптом "кашлевого толчка" положительный. Диагноз: свободная послеоперационная рецидивная вентральная грыжа.

ВУ 11429 С1 2008.12.30

Больной произведена операция - грыжесечение, аллопластика полипропиленовой сеткой, дренирование подкожно-жировой клетчатки. В ходе операции выделили и обработали грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот производили с помощью полипропиленового сетчатого эндопротеза. Фиксацию проводили над апоневрозом сначала непрерывными швами полипропиленовой нитью 3/0, затем центральную площадь эндопротеза фиксировали непрерывными швами вдоль периметра эндопротеза с расстоянием между вколом и выколом хирургической иглы в пределах 10-17 мм, расстояние между швами соблюдали в пределах 25-30 мм. Первый вкол иглы делали на расстоянии 25-30 мм от угла эндопротеза и в дальнейшем двигались по спирали к центру площади. Фиксацию нити осуществляли без натяжения, параллельно ходу сосудисто-нервных стволов на глубину апоневроза в пределах 2 мм.

Послеоперационный период - без особенностей. По дренажам скудное сукровично-геморрагическое отделяемое общим объемом до 40 мл. На третьи сутки после контрольного УЗИ дренажи удалены. Швы сняты на 10 сутки, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Контрольное УЗИ подкожно-жировой клетчатки в области послеоперационной раны произвели через месяц после оперативного лечения - скопления жидкости между апоневрозом и клетчаткой не обнаружено.

Пример 2.

Больная М., 69 лет, поступила в плановом порядке в хирургическое отделение с жалобами на периодические боли, опухолевидное образование выше пупка. Из анамнеза: в 1985 г. - холецистэктомия, в 1999 г. - лапаротомия по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, в 2002 г. - лапаротомия по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, резекция участка тонкой кишки. Местный статус на момент поступления: в области послеоперационного рубца над пупком определяется мягкоэластичное образование до 20 см в диаметре, вправимое в брюшную полость, симптом "кашлевого толчка" положительный. Диагноз: свободная послеоперационная вентральная грыжа больших размеров. Спаечная болезнь брюшной полости. ИБС: ССН ФК 2, атеросклеротический кардиосклероз, Но.

Больной произведена операция - грыжесечение, аллопластика полипропиленовой сеткой, дренирование подкожно-жировой клетчатки. В ходе операции произвели выделение и обработку грыжевого мешка до грыжевых ворот. Герниопластику производили с помощью полипропиленового сетчатого эндопротеза. Фиксацию выполнили над апоневрозом сначала непрерывными швами полипропиленовой нитью 3/0, затем центральную площадь эндопротеза фиксировали непрерывными швами вдоль периметра эндопротеза с расстоянием между вколом и выколом хирургической иглы в пределах 10-17 мм, расстояние между швами соблюдали в пределах 25-30 мм. Первый вкол иглы делали на расстоянии 25-30 мм от угла эндопротеза и в дальнейшем двигались по спирали к центру площади. Фиксацию нити осуществили без натяжения, параллельно ходу сосудисто-нервных стволов на глубину апоневроза в пределах 2 мм.

Послеоперационный период - без особенностей. По дренажам сукровично-геморрагическое отделяемое общим объемом до 125 мл. На четвертые сутки после контрольного УЗИ дренажи удалены. Швы сняты на 11 сутки, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Контрольное УЗИ подкожно-жировой клетчатки послеоперационной раны спустя месяц после оперативного лечения - скопления жидкости между апоневрозом и клетчаткой не обнаружено.

Предложенный способ фиксации полипропиленового сетчатого эндопротеза обеспечивает оперативное лечение больных с рецидивными средними, большими и гигантскими грыжами. Плотная фиксация эндопротеза способствует предупреждению рецидива вентральных грыж, отсутствует деформация сетки, исключается "свободное" пространство

ВУ 11429 С1 2008.12.30

между апоневрозом, эндопротезом, подкожно-жировой клетчаткой, что снижает количество серозной жидкости в ответ на имплантацию протеза. Время операции уменьшается на 20-30 минут в сравнении с узловой фиксацией. Способ позволяет применять полипропиленовые нити меньшего диаметра. Сокращаются время дренирования раны в послеоперационном периоде и период временной нетрудоспособности.

Источники информации:

1. Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом // Хирургия. - 2000. - № 8. - С. 24-26.
2. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. - М., 2003. - С. 175-178. - С. 182.