



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПАТЕНТАМ  
И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ  
(РОСПАТЕНТ)

**ПАТЕНТ**

№ 2073491

№

на ИЗОБРЕТЕНИЕ

"Способ лечения гигантских вентральных грыж"

Патентообладатель (ли): Власов Василий Владимирович (UA)

Автор (авторы): Власов Василий Владимирович (UA), Круцяк Владимир Николаевич (UA), Мильков Борис Олегович (UA), Гойда Михаил Серафимович (UA), Подопригора Анатолий Петрович (UA), Чмерук Сергей Павлович (UA), Ахтемийчук Юрий Танасович (UA) и Суходоля Анатолий Иванович (UA)

Приоритет изобретения 2 марта 1992г.

Дата поступления заявки в Роспатент 2 марта 1992г.

Заявка № 5030469

Зарегистрирован в Государственном  
реестре изобретений 20 февраля 1997г.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РОСПАТЕНТА



(19) RU (11) 2073491 (13) C1

(51) 6 A 61 B 17/00

Комитет Российской Федерации  
по патентам и товарным знакам

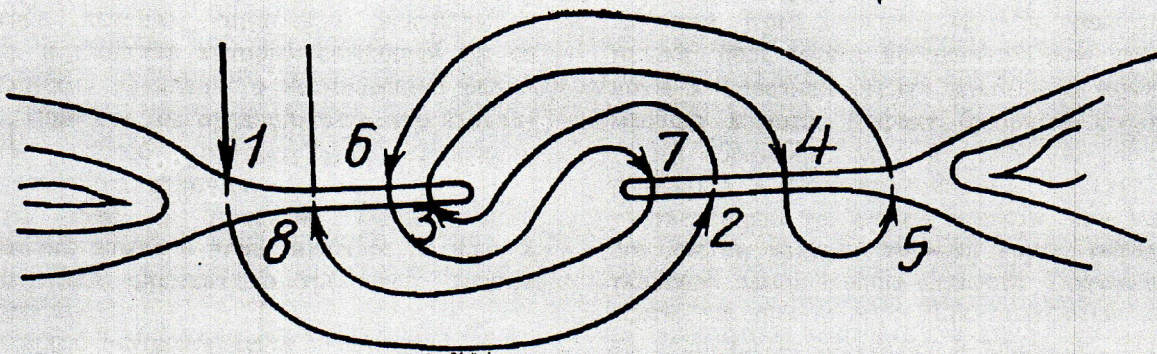
(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**  
к патенту Российской Федерации

1

2

- (21) 5030469/14 (22) 02.03.92  
(46) 20.02.97 Бюл. № 5  
(72) Власов Василий Владимирович(UA), Круцяк Владимир Николаевич(UA), Мильков Борис Олегович(UA), Гойда Михаил Серафимович(UA), Подопригора Анатолий Петрович(UA), Чмерук Сергей Павлович(UA), Ахтемичук Юрий Танасович(UA), Суходоля Анатолий Иванович(UA)  
(71) (73) Власов Василий Владимирович(UA)  
(56) Авторское свидетельство СССР N 1598977, кл. А 61 В 17/00, 1970.  
(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ  
(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии вентральных грыж. С

целью повышения надежности герниопластики путем снижения натяжения краев раны и внутрибрюшного давления, наряду с использованием учетверенных элементов грыжевого мешка, для закрытия дефекта апоневроза, они поэтапно прошиваются и при завязывании образуют тканевой замок в виде захлеста. При этом пластину выполняют путем последовательного прошивания: снаружи правого лоскута, изнутри левого лоскута, изнутри правого лоскута, снаружи левого лоскута, изнутри левого лоскута, снаружи правого лоскута, снаружи левого лоскута, изнутри правого лоскута таким образом, чтобы край правого лоскута входит в желоб, образованный из левого лоскута. 2 ил.



Фиг. 1

C1

2073491

RU

RU

2073491

C1

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии грыж живота.

Известен способ лечения гигантских вентральных грыж, заключающийся в высвобождении грыжевого мешка, его продольного рассечения и моделирования лоскутов. Лоскуты удваиваются путем выворачивания и подшивания их краев к передней стенке влагалища прямых мышц живота, полученные лоскуты шивают между собой сквозными швами, захватывая при этом влагалища прямых мышц живота, после чего верхний лоскут фиксируют к передней стенке влагалища прямой мышцы живота (А.С. СССР N 1598977, кл. А 61 В 17/00, 1988).

Недостатком данного способа является прорезывание сквозных швов, так как на них приходится основная нагрузка при ликвидации грыжевого дефекта и в послеоперационном периоде, а это способствует рецидиву грыжи.

Целью изобретения является повышение надежности герниопластики путем предупреждения прорезывания швов и снижения внутри брюшного давления.

Указанная цель достигается тем, что после выделения и моделирования лоскутов грыжевого мешка, последние с помощью поэтапного их сшивания сквозным швом образуют тканевой замок в виде захлеста, закрывая дефект апоневроза удвоенными лоскутами грыжевого мешка.

Отличительным признаком предлагаемого технического решения является образование тканевого замка в виде захлеста из лоскутов грыжевого мешка с последующим складыванием их пополам. Этот признак является новым относительно прототипа, т.е. соблюден критерий "новизна".

Нам не известны технические решения, которые совпадали бы по сходным признакам с отличительными признаками заявляемого способа лечения гигантских вентральных грыж и свойства которых совпадали бы со свойствами заявленного технического решения. Поэтому мы предполагаем, что заявляемый способ соответствует признаку существенные отличия.

На фиг. 1 показано формирование тканевого замка в виде захлеста; на фиг. 2 - пластика элементами грыжевого мешка завершена.

Способ осуществляется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом двумя окаймляющими разрезами иссекается избыток кожи и старый послеоперационный рубец, выделяют и вскрывают грыжевой мешок. Осуществляют тщательную ревизию

брюшной полости, рассекают спайки, высвобождают внутренние органы из грыжевого мешка, отделяют их от передней брюшной стенки. Уточняют намеченный до операции план пластики грыжевого дефекта. Край рубцово-брюшинно-апоневротического дефекта отсепаируют в стороны на протяжении 4-5 см. Дефекты и слабые (истонченные) участки лоскутов грыжевого мешка ушивают и подкрепляют капроновыми швами. Лоскуты грыжевого мешка моделируют, убирая избыточные ткани, выравнивая края. Отступая более 3 см от края левого лоскута производится вкол иглы снаружи внутрь с захватом влагалища прямой мышцы живота (1, фиг. 1). Затем прошивается изнутри правый лоскут, отступая около 1,5 см от края (2). Последующим вколом изнутри наружу прошивается левый лоскут, отступая 0,5 см от его края (3). Вколом снаружи во внутрь прошивается, дальше, правый лоскут, отступая 2-2,5 см от края (4) и отступая латерально, на 1 см, от уже имеющегося прокола (2), с последующим выколом наружу и захватом наружного края влагалища прямой мышцы живота (5), (прошивание осуществляется отступая более 3 см от края лоскута). Потом прошивается снаружи во внутрь левый лоскут отступая на 1,5 см от края (6). Следующим проколом прошивают снаружи внутрь, отступая 0,5 см от края, правый лоскут (7). Затем прошивают левый лоскут изнутри наружу (8), отступая по 1 см от ранее произведенных проколов (1 и 6). Таким образом, накладывают швы на всем протяжении грыжевого дефекта, расстояние между швами составляло около 1,5 см. После сближения лоскутов при поэтапном подтягивании швов край правого лоскута въезжает в желоб, образованный из левого лоскута, складывая при этом лоскуты пополам и образуют тканевой замок в виде захлеста. Край верхнего лоскута грыжевого мешка подшивают дополнительным рядом швов к передней стенке влагалища прямой мышцы живота. Дефект брюшной стенки, таким образом, закрывают надежно фиксированным к апоневротическим структурам, учетверенным грыжевым мешком, при этом его листки заходят друг за друга, образуя тканевой замок в виде захлеста. Подкожная клетчатка дренируется. Накладываются швы на подкожную клетчатку и кожу.

**П р и м е р:** Больная Ш., 55 лет. Поступила в хирургическое отделение 26.11.89 г. с жалобами на грыжевое выпячивание больших размеров в области послеоперационного рубца, боли при физи-

ческой нагрузке. В прошлом перенесла холецистэктомию. Послеоперационный период осложнился нагноением операционной раны, лигатурными свищами. В последующем трижды оперировалась по поводу вентральной грыжи. Больная страдает ожирением II ст., ИБС, гипертонической болезнью II ст., ПТФС обеих нижних конечностей. Объективно: р - 78 в мин., АД 190/110 мм рт.ст. В эпи- и мезогастррии, в области послеоперационного рубца имеется грыжевое выпячивание 25x6x5 см, частично вправляющееся в брюшную полость. Под истонченной кожей грыжевого мешка пальпируются петли кишок. В течение двух недель больная получала предоперационную подготовку (диета, бандаж, медикаментозное лечение и т.д.). В плановом порядке произведена операция: грыжесечение, пластика грыжевого дефекта местными тканями с использованием элементов грыжевого мешка. Под эндотрахеальным наркозом двумя полуовальными разрезами иссечен излишек кожи и старый рубец. Выделен и продольно вскрыт грыжевой мешок. После рассечения спаек, содержимое грыжевого мешка вправлено в брюшную полость, резецирован участок большого сальника. Ревизия органов брюшной полости. Края рубцово-брюшинно-апоневротического дефекта брюшной стенки отсепарирован в стороны на протяжении 4 см. Дефекты и слабые участки лоскутов

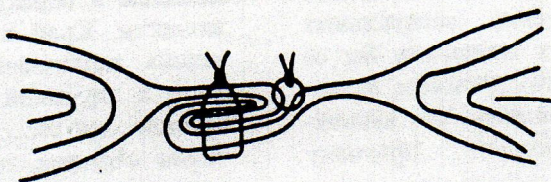
грыжевого мешка ушиты, местами подкреплены лавсановыми швами. Лоскуты грыжевого мешка смоделированы, избыточные ткани иссечены. Поэтапно лоскуты прошиты лавсановыми швами на всем протяжении. Расстояние между швами составило около 1,5 см. Затем при поэтапном подтягивании и завязывании наложенных швов край правого лоскута въехал в желоб, образованный из левого лоскута, складывая при этом лоскуты пополам и образуя тканевой замок в виде захлеста. Затем край левого лоскута подшит дополнительным рядом швов к передней стенке влагалища прямой мышцы живота. Рана дренирована двухпросветной трубкой через отдельную контрапертуру. Подкожная клетчатка и кожа послойно ушиты. В послеоперационном периоде в течение 3 суток осуществлялась активная аспирация раневого содержимого. Швы сняты на 7-10 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная осмотрена через 2 года, рецидива грыжи нет.

Предлагаемый способ повышает надежность лечения гигантских вентральных грыж, так как формируемый тканевой замок в виде захлеста учетверенным грыжевым мешком позволяет равномерно распределить силу натяжения сшиваемых краев передней брюшной стенки, что исключает прорезывание швов и рецидив грыжи.

### ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ лечения гигантских вентральных грыж, включающий пластику грыжевых ворот удвоенным лоскутом грыжевого мешка, отличающийся тем, что пластику выполняют путем прошивания снаружи правого лоскута, затем изнутри левого лоскута, изнутри правого лоскута, снаружи левого

лоскута, изнутри левого лоскута, снаружи правого и левого лоскутов, изнутри правого лоскута так, чтобы край правого лоскута входил в желоб, образованный из левого лоскута.



Фиг. 2

Заказ *7h* Подписное  
ВНИИПИ, Рег. ЛР № 040720  
113834, ГСП, Москва, Раушская наб., 4/5

121873, Москва, Бережковская наб., 24 стр. 2.  
Производственное предприятие «Патент»