



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 2001407

(22) 02.03.2020

(46) Бюл. 170, 2021

(71)(73) Маликов М.Х. (ТJ); Бокиев Ф.Б. (ТJ);
Хамидов И.Т. (ТJ); Хамидов Ф.М. (ТJ);
Худойдодов О.М. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ)

(72) Маликов М.Х. (ТJ); Бокиев Ф.Б. (ТJ);
Хамидов И.Т. (ТJ); Хамидов Ф.М. (ТJ);
Худойдодов О.М. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ)

(54) **СПОСОБ УКРЕПЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО СЛОЯ**

(56) 1. Ботезату А.А. Реконструкция брюшной стенки
при герниопластике больших и гигантских
рецидивных срединных грыж. Вестник РУДН, серия
Медицина, 2013, №1.- С. 58-63.

2. Ботезату А.А., Баулин А.В., Райляну Р.И.,
Монул С.Г., Коцюруба А.М. Ненатяжная пластика
обширных срединных грыж передней брюшной
стенки у больных с тяжелой сопутствующей
патологией. Известия высших учебных заведений.

Поволжский регион. Медицинские науки.- 2017,
№1(41). – С. 66-75. DOI 10/21685?2072-3032-2017-1-7.

3. Протасов А.В., Смирнова Э.Д. Бесфиксационная герниопластика при грыжах передней брюшной стенки. Вестник РУДН, серия Медицина, 2011, № 3. – С. 42-45.

4. Скворцов М.Б. Локальная пластика рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки (длительные клинико-анатомические наблюдения). Сибирский медицинский журнал, 2013, № 2. – С. 113-117.

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии грыж передней брюшной стенки.

Способ укрепления передней брюшной стенки при сочетании грыжи с несостоятельностью мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, заключается в погружении слабых зон мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки выше, ниже пупка и по обеим сторонам живота по предложенной схеме.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии грыж передней брюшной стенки.

Мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки является основным каркасом живота, поддерживающим нормальное функционирование органов брюшной полости и организма в целом. Роль этого слоя, прежде всего, заключается в обеспечении нормального функционирования акта дыхания и предотвращении развития различных видов грыж передней брюшной стенки.

Несостоятельность мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки приводит к развитию больших и порою гигантских, трудно поддающихся хирургической коррекции грыж [1].

Грыжи передней брюшной стенки являются наиболее часто встречаемой патологией и требуют особого хирургического подхода. Большие и гигантские, особенно рецидивные грыжи сопряжены развитием ряда грозных осложнений, как в предоперационном периоде, так и в послеоперационном периоде [3].

Сложности хирургической коррекции больших и гигантских грыж, прежде всего, связаны с тем, что традиционные методы лечения зачастую приводят к развитию рецидива патологии. Использование ненатяжных методов операции не всегда возможны и с экономической точки зрения являются дорогостоящими. Вместе с тем, полипропиленовые сетки считаются чужеродными для организма и в ряде случаев приводят к развитию ряда различных осложнений в послеоперационном периоде [1,2].

Вышеприведенные данные требуют поиска альтернативных методов коррекции, направленных на укрепление мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

Прототипом является способ укрепления мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки с использованием традиционной пластики местными тканями. Т.е. под эндотрахеальным наркозом выполняют верхнюю срединную лапаротомию с иссечением кожного рубца, рубцов апоневроза и межмышечного апоневротического истонченного рубца в верхней половине белой линии. После мобилизации салъника с использованием местных тканей проводят пластику грыжевого дефекта передней брюшной стенки. [4]. Прототип имеет следующие недостатки:

1. Возникают определенные затруднения для определения состояния местных тканей вблизи грыжевого дефекта при осуществлении традиционной герниопластики.

2. Местно-пластические виды операции сопряжены с риском развития рецидива при больших размерах грыжевых ворот.

3. Использование традиционных видов герниопластики при гигантских грыжах приводит к развитию острой дыхательной недостаточности, что является угрожающим для жизни пациента.

ЦЕЛЮ ИЗОБРЕТЕНИЯ является укрепление передней брюшной стенки при сочетании грыжи

с несостоятельностью мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

СУЩНОСТЬ ИЗОБРЕТЕНИЯ. Предложенный способ укрепления области грыжи и слабых зон мышечно-апоневротического слоя достигается путем: 1) широкой мобилизации кожно-жирового фартука передней брюшной стенки; 2) мобилизации грыжи передней брюшной стенки и иссечения грыжевого мешка; 3) определения размера и локализации слабых зон передней брюшной стенки и проведения линии погружения слабых зон; 4) погружение слабых зон с охватом обеих стенок грыжевых ворот; 5. Наложение погружных швов выше, ниже и по обеим сторонам пупка; 6. Перемещение пупка на новое место.

После выделения кожно-жирового фартука передней брюшной стенки до области мечевидного отростка мобилизуются края грыжевых ворот, расположенные выше пупка, либо ниже пупка. Выделяется грыжевой мешок и после его вскрытия органы вправляются в свободную брюшную полость. Иссекаются фиброзно-измененные края грыжевых ворот, и измеряется образующий дефект. По обеим сторонам пупка с охватом подвздошных областей измеряется истинный дефект мышечно-апоневротического слоя и обозначается линия наложения погружных швов. Ниже мечевидного отростка на оба края апоневроза с охватом апоневроза вокруг грыжевых ворот накладываются погружные швы. Таким же образом ликвидируется слабая зона ниже пупка и по обеим сторонам пупка. Пупок перемещается в новое сформированное ложе и зашивается. По обеим поверхностям пупка проводятся Редон-дренажи.

Таким образом, ликвидируется и грыжевой дефект, и слабые зоны мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

Изобретение имеет ряд преимуществ:

1. Широкий обзор всей поверхности мышечно-апоневротического слоя позволяет выполнить грыжесечение без особых технических затруднений.

2. Максимальная мобилизация кожно-жирового фартука позволяет определить все слабые зоны мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

3. Использование погружного метода укрепления слабых зон мышечно-апоневротического слоя не занимает много времени и является малозатратным.

4. Методика позволяет зашивание однородных тканей, что важно в плане приживления и предотвращения развития рецидива патологии.

5. При использовании этой методики риск развития инфекционных осложнений сводится к нулю.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми графическими изображениями (Фиг. 1-4). На Фиг. 1,2 показаны вид грыжи передней брюшной стенки и образовавшегося дефекта после грыжесечения. На Фиг 3. показана линия погружения слабых зон мышечно-апоневротического слоя передней брюшной

стенки. На Фиг. 4 показано завершение погружного метода укрепления слабых зон мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

Больная Замонова Гульмира, 1983 года рождения поступила 27.11.2019 года в ОПРМХ РНЦСС и ГХ с диагнозом: вправимая грыжа передней брюшной стенки выше пупка. Несостоятельность мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

Больная поступила через 2 года от момента появления грыжи выше пупка с жалобами на боли в животе, свисание живота и наличие грыжевого выпячивания выше пупка. Лечилась в условиях амбулатории, в последние месяцы отмечает увеличение образования в размерах и присоединение болевого синдрома, как в области выпячивания, так и обеих поверхностях живота, особенно при выполнении физической нагрузки.

После определенной общепринятой подготовки больная была оперирована под общим обезболиванием. Был выкроен кожно-жировой

фартук с охватом всех отделов передней брюшной стенки и произведена мобилизация пупка и грыжевого мешка. Содержимым грыжевого мешка явилась прядь большого сальника, которая была резецирована из-за имеющихся уплотнений. После иссечения фиброзно-измененного участка апоневроза вокруг мешка дефект составил 8 x 5 см. Слабые места мышечно-апоневротического слоя ниже пупка и по обеим поверхностям живота были начертаны. Также выше пупка с охватом грыжевого дефекта была проведена линия шва для укрепления. Погружными швами все слабые зоны мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки и области грыжевого дефекта были ушиты и, тем самым, наряду с ликвидацией грыжевого дефекта, были укреплены слабые зоны мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки. После чего пупок был перемещен на новое место и ушит узловыми швами. По обеим поверхностям пупка были вставлены Редон-дренажи.

Формула изобретения

Способ укрепления передней брюшной стенки при несостоятельности мышечно-апоневротического слоя, включающий разрез передней брюшной стенки и иссечение грыжевого мешка, **отличающийся тем, что** после выделения кожно-жирового фартука передней брюшной стенки до области мечевидного отростка и вскрытия грыжевого мешка, иссекают

фиброзно-измененные края грыжевых ворот, определяют размер дефекта и обозначают линию наложения погружных швов, с охватом апоневроза вокруг грыжевых ворот накладывают погружные швы и таким образом, ликвидируют слабые зоны вокруг пупка, пупок перемещают в новое сформированное ложе и зашивают.



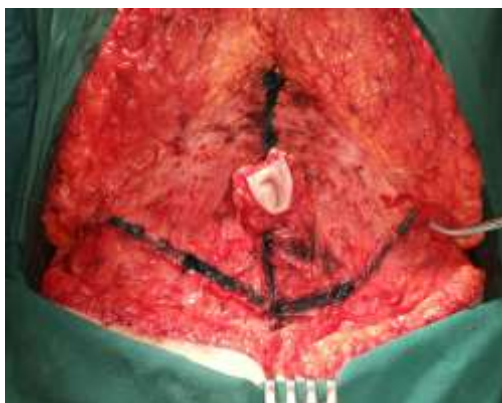
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 3

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.