



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

(21) 2001442

(22) 05.06.2020

(46) Бюл. 170, 2021

(71)(73) Маликов М.Х. (ТJ); Карим-заде Г.Дж. (ТJ);
Махмадкулова Н.А. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ);
Хайдаров М.М. (ТJ); Мамадаминова Х.Х. (ТJ)

(72) Маликов М.Х. (ТJ); Карим-заде Г.Дж. (ТJ);
Махмадкулова Н.А. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ);
Хайдаров М.М. (ТJ); Мамадаминова Х.Х. (ТJ)

(54) **СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ
ЛАТЕРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА**

(56) 1. Ботезату А.А., Нурмеев И.Н. Сочетание
аутопластики с аутодерматопластикой при лечении
боковых грыж живота // Герниология - 2006.- С. 31-
32.

2. Богдан В.Г., Гаин Ю.М., Дорох Н.Н.
Эндопротезирование брюшной стенки при после-
операционных грыжах в пояснично-боковых
областях живота // Герниология.-2008.- С.14

3. Брехов А.Н., Алексеев А.К., Юрасов А.В.,
Оценка частоты образования миофасциальных
дефектов пояснично-боковой локализации у
больных, перенесших операции на органах
мочевыделительной системы из люмботомического
доступа //Альманах института хирургии им.
Вишневского. -2008.- С.8-9.

4. Суковатых Б.С., Валуйская Н.М.,
Праведникова А.А. Профилактика и лечение
послеоперационных грыж боковых стенок живота при
помощи полипропиленового эндопротеза // Ж. Вестник
хирургии.- 2011.-С.53-57.

5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л.
Хирургическое лечение паховых и послеоперационных
грыж брюшной стенки // «Триада –Х».-2003.-С.144.

6. Morena-Egea A., Guzman P., Morales G.et al.
Treatment of non midline ventral hernia abdominal wall
unit and literature review. Cir. Esp. -2007.- P. 330-334.

7. Israelsson L.A., Smedberg S., Montgomery A. et
al. Incisional hernia repair in Sweden 2002 //J. Hernia -
2006.-P.258-261.

(57) Изобретение относится к области медицины, а
именно к разделу реконструктивной хирургии
абдоминальной и поясничной областей.

По данному способу комбинированная пластика
грыжевых ворот осуществляется поэтапным укрепле-
нием за счет элементов грыжевого мешка,
мобилизованными окружающими тканями и дополни-
тельной мышечно-апоневротически-поднадкостничной
фиксацией полипропиленовой сетки.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии абдоминальной и поясничной областей.

Боковые грыжи живота чаще всего появляются в послеоперационном периоде при выполнении различных операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Частота послеоперационных боковых грыж составляет от 33 до 49%. [1,2]. Учитывая большое число оперативных вмешательств, которые выполняются из люмботомического доступа особую актуальность приобретает профилактика послеоперационных боковых грыж. Возможности использования сетчатого эндопротезирования при первичной люмботомии недостаточно изучены, уровень рецидивов при пластике местными тканями при рецидивных грыжах составляет 69%, а при использовании синтетических эндопротезов от 1.5% до 29.1% [2-4]. Сложность хирургического лечения больных с боковыми грыжами обусловлена анатомическими особенностями передних и боковых стенок живота, отсутствием достаточной апоневротической ткани и надежных точек для фиксации эндопротезов, а также релаксации мышечных структур вследствие пересечения нервов при люмботомических доступах [5]. При гигантских грыжах возможности укрытия дефекта в большинстве случаев ограничено использованием эндопротезов, однако рецидив при таких видах грыж остается довольно высоким [6,7]. В связи с этим остаются не до конца решенными вопросы хирургического лечения первичных боковых грыж и вопросы профилактики рецидивов.

Наиболее близким аналогом к изобретению является способ укрепления грыжевых ворот при латеральных грыжах путем пластики местными тканями [4].

При данной операции после выделения грыжевого мешка, мобилизации грыжевого мешка и выполнения внутрибрюшного этапа операции проводят пластическое закрытие грыжевых ворот местными тканями, используя частично апоневроз наружной косой мышцы живота, переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Известный способ пластики грыжевых ворот имеет ряд недостатков:

1. При данном способе недостаточность пластичного материала, т.е. мышечных тканей и апоневроза из-за анатомо-функциональных особенностей боковых стенок живота и люмбальной области не всегда делает возможным надежную пластику грыжевых ворот местными тканями.

2. Герниопластика при грыжах большого размера дает рецидив вследствие дряблости мышц боковых зон живота и поясничной области и отсутствия плотных апоневротических структур.

3. Повторные герниопластики при рецидивных грыжах резко ограничивают возможность использования местных тканей в качестве пластического материала и таким образом снижают качество жизни.

Целью изобретения является ненапряжная пластика грыжевых ворот при латеральных грыжах

путем создания двойной дубликатуры и полипропиленового эндопротезирования с поднадкостнично-мио-апоневротической фиксацией.

Предложенный способ герниопластики достигается путем: 1) обеспечения хирургического доступа путем косо-поперечного разреза по центру грыжевого мешка. 2) выделения грыжевого мешка до уровня грыжевых ворот, широкая мобилизация окружающих местных тканей и выполнения внутрибрюшного этапа, т.е. оценка грыжевого содержимого и низведения петель кишечника или сальника в брюшную полость 3) создания дубликатуры за счет утолщенной избыточной брюшины путем выворачивания внутрь и ушивания обвивным швом. При этом шов остается снаружи и не вызывает раздражение органов брюшной полости. 4) Укрепление линии шва ушитой брюшины посредством мобилизованных мышечно-апоневротических местных тканей. При этом нижний слой мышечно-апоневротического листка подшивается к спегелиевой линии и краю надкостницы крыла подвздошной кости, верхний слой фиксируется к краю апоневроза наружной косой мышцы частично к внутренней косой мышце и надкостнице реберной дуги 4) с целью дополнительного укрепления поверх созданной дубликатуры использовали полипропиленовую сетку соответствующего размера с фиксацией к миоапоневротически-надкостничным структурам, т.е. проводилась ненапряжная герниопластика.

Под общим обезболиванием через косо-поперечный разрез боковой стенки живота или люмботомический доступ производится выделение грыжевого мешка до грыжевых ворот, широкая мобилизация окружающих местных тканей, оценка грыжевого содержимого и низведение петель кишечника или сальника, при необходимости проводится резекция большого сальника. Проводится пластика грыжевых ворот посредством создания дубликатуры из мобилизованных мышечно-апоневротических местных тканей и утолщенных стенок грыжевого мешка. Нижний слой местных тканей подшивается к спигелиевой линии и краю надкостнице крыла подвздошной кости, верхний слой фиксируется к краю апоневроза наружной косой мышцы, частично к внутренней косой мышце и надкостнице реберной дуги. Для профилактики рецидива поверх дубликатуры созданной ближе лежащими тканями, используется полипропиленовая сетка адекватных размеров по технологии onlay, которая фиксируется к надкостнице реберной дуги, надкостнице подвздошной кости снизу и мышечно-апоневротическим структурам. Послойные швы на рану.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми графическими изображениями (Фиг. 1-6). На фиг. 1 показано фото больного с латеральной грыжей до операции. На фиг 2. показан доступ к латеральной грыже, мобилизация грыжевого мешка и окружающих тканей. На фиг. 3,4 показано грыжесечение и пластика грыжевых ворот с использованием элементов грыжевого мешка и

мобилизованными тканями. На фиг. 5,6 показана фиксация полипропиленовой сетки (эндопротеза).

Изобретение имеет ряд преимуществ:

1. Предложенная методика обеспечивает широкий доступ к грыжевому мешку за счет максимальной мобилизации окружающих грыжу тканей.

2. Утолщенный грыжевой мешок (париетальная брюшина) используется в качестве пластического материала при пластике первого слоя грыжевых ворот.

3. Пластика грыжевых ворот использованием избыточной прочной париетальной брюшины, вворачивающим швом, обращенным кнаружи. Дополнительная пластика осуществляется созданием дубликатуры из мобилизованных мышечно-апоневротических местных тканей и фиксаций одного слоя тканей к надкостнице крыла подвздошной кости и спигелиевой линии и второго слоя - к надкостнице края реберной дуги и апоневроза наружной косой мышцы живота, что позволяет создать надежный каркас.

4. Использование полипропиленовой сетки с фиксацией к мышечно-надкостничным тканям позволяет создать дополнительную защиту зоны дубликатуры.

Все вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Больной Акрами Зикрие, 1961 г.р., ИБ № 176, адрес: г. Душанбе, ул. Фирдавси, поступил 15.01.2018г в Отделение пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с диагнозом: Послеоперационная боковая грыжа поясничной области с левой стороны.

Больной поступил через 2 года после операции нефрэктомии (2016). По поводу данного заболевания обращался в правительственную поликлинику, после чего был госпитализирован в РНЦСХ.

При осмотре живота форма ассиметрична из-за опухолевидного образования в боковой стенке живота с левой стороны. По боковой стенке живота в

поясничной области отмечается послеоперационный рубец размерами 15 x 1,5 см без признаков воспаления. Пальпаторно отмечается незначительная болезненность, содержимое вправляется в брюшную полость. Кашлевой толчок положительный, в горизонтальном положении образование увеличивается в размере. Размеры грыжи в вертикальном положении: 20x15 см.

18.01.2018 г. больному в плановом порядке выполнена операция – герниотомия и пластика боковой стенки живота слева местными тканями и полипропиленовой сеткой.

Под эндотрахеальным наркозом косо - поперечным разрезом 20 x 6 см с иссечением послеоперационного рубца в поясничной области с левой стороны произведен разрез кожи до фасции. Поясничная стенка в проксимальную сторону до ребра и дистальная часть до *crista iliaca anterior superior* до апоневроза. Во время ревизии определилось, что с левой стороны живота отмечается грыжа размерами 12 x 8 см и после рассечения грыжевого мешка содержимым оказался большой сальник и часть толстого кишечника. Проводилась пластика грыжевых ворот посредством создания дубликатуры из мобилизованных мышечно-апоневротических местных тканей и утолщенных стенок грыжевого мешка. Нижний слой местных тканей подшивался к спигелиевой линии и краю надкостницы крыла подвздошной кости, верхний слой фиксировали к краю апоневроза наружной косой мышцы, частично к внутренней косой мышцы и надкостнице реберной дуги. Для профилактики рецидива поверх дубликатуры, созданной ближе лежащими тканями, использовали полипропиленовую сетку адекватных размеров по технологии onlay, которого фиксировали к надкостнице реберной дуги, надкостнице подвздошной кости снизу и мышечно-апоневротическим структурам. Гемостаз во время операции. Редон-дренаж. Послойный подкожный шов на рану Vicryl 3/0. Внутрикожный шов Nylon-3/0. Гемостаз во время операции.

Формула изобретения

Способ герниопластики при латеральных грыжах живота, включающий ликвидацию грыжевого мешка с пластикой дефекта грыжевых ворот местными тканями, отличающийся тем, что пластику грыжевых ворот проводят посредством создания дубликатуры из мобилизованных мышечно-апоневротических местных тканей и утолщенных стенок грыжевого мешка, нижний слой местных тканей подшивают к спигелиевой линии и

краю надкостнице крыла подвздошной кости, а верхний слой фиксируют к краю апоневроза наружной косой мышцы, частично к внутренней косой мышце и надкостнице реберной дуги, полипропиленовую сетку адекватных размеров фиксируют к надкостнице реберной дуги, надкостнице подвздошной кости снизу и мышечно-апоневротическим структурам по технологии onlay.



Фиг. 1



Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг. 5 .



Фиг. 6.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

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