



(19) KG (11) 2090 (13) C1
(51) A61B 17/00 (2018.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20180002.1

(22) 10.01.2018

(46) 28.09.2018, Бюл. № 9

(76) Ниязов А. К.; Бейшеналиев А. С.; Осмонбекова Н. С.; Ниязов А. А. (KG)

(56) Жебровский В. В., Ильченко Ф. Н. Атлас операции при грыжах живота. - 2004. - С. 227-228

(54) Способ герниопластики при срединных и боковых вентральных грыжах

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может быть использовано при герниопластике вентральных грыж.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения больных с вентральными грыжами, обеспечивающего исключение повышения внутрибрюшного давления и «лягушачьего живота».

Поставленная задача решается в способе герниопластики срединных и боковых вентральных грыж, включающем кожный доступ, выделение грыжевого мешка, мобилизацию подкожно-жировой клетчатки, иссечение грыжевого мешка, ушивание передней брюшной стенки, где не пересекая перфорантные сосуды, под контролем пальцев по внутренней поверхности брюшной полости прощупывают латеральный край прямой мышцы живота и по краю мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы пересекают вверх за реберные дуги и вниз до лобка с обеих сторон, при этом полипропиленовую сетку фиксируют за края рассечённой мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы живота на 4,0 см, дренажные трубки устанавливают крест накрест.

1 н. п. ф., 1 пр., 7 фиг.

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

Известен традиционный способ хирургической операции при вентральных грыжах, который заключается в проведении разреза кожи над грыжевым выпячиванием, вправлении его содержимого в брюшную полость и, затем, с использованием местных тканей ушивании дефекта брюшной стенки, при этом края дефекта испытывают натяжение. В настоящее время такой метод применяется только у детей и при грыжах очень небольшого размера (Жебровский В. В., Ильченко Ф. Н. Атлас операции при грыжах живота. - 2004. - С. 227-228).

Недостатками вышеперечисленной операции являются длительное пребывание больного в стационаре, ранний послеоперационный период из-за натяжения тканей протекает болезненно, заживление занимает 4-6 недель и, наконец, самое неприятное то, что у 10-20 % прооперированных больных возникает рецидив. Основным недостатком способа операции Рамиреса является потеря каркаса брюшной стенки и формирование «лягушачьего живота».

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения больных с вентральными грыжами, обеспечивающего исключение повышения внутрибрюшного давления и формирования «лягушачьего живота».

Поставленная задача решается в способе герниопластики срединных и боковых вентральных грыж, включающем кожный доступ, выделение грыжевого мешка, мобилизацию подкожно-жировой клетчатки, иссечение грыжевого мешка, ушивание передней брюшной стенки, где, не пересекая перфорантные сосуды, под контролем пальцев по внутренней поверхности брюшной полости прощупывают латеральный край прямой мышцы живота и по краю мышечно-сухо-

жильной части наружной косой мышцы пересекают вверх за реберные дуги и вниз до лобка с обеих сторон, при этом полипропиленовую сетку фиксируют за края рассеченной мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы живота на 4,0 см, дренажные трубки устанавливают крест накрест.

Способ хирургического лечения осуществляют следующим образом.

Проводят вертикальный кожный доступ над грыжевым выпячиванием, иссечением старого послеоперационного рубца, рассекая кожу и подкожно-жировую клетчатку, далее выделяют грыжевой мешок до грыжевых ворот и производят мобилизацию подкожно-жировой клетчатки за спигелиевую линию с обеих сторон. При этом мы не пересекаем крупные сосуды, т. е. перфорантные, тем самым нарушение микроциркуляции сводится к минимуму. После этого под контролем пальцев по внутренней поверхности брюшной полости прощупывают латеральный край прямой мышцы живота и по краю мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы, пересекают вверх за реберные дуги и вниз до лобка с обеих сторон. Это дает дополнительные ткани с каждой стороны до 4,0 см для уменьшения грыжевого дефекта. Дефект брюшной полости закрывают узловыми швами, используют капрон № 3 и стерипол. Затем устанавливают полипропиленовый сетчатый эндопротез, который фиксируется за края рассеченной мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы живота на 4,0 см, сверху фиксируется за реберные дуги, снизу на 3,0 см ниже от закрытия грыжевого дефекта передней брюшной стенки и в конце с двух сторон устанавливают крест накрест дренажные трубки для аспирации содержимого и промывания (фиг. 1, 2).

Лечение боковых грыж заключается в производстве горизонтального кожного доступа в правом подреберье над грыжевым выпячиванием, иссечении старого послеоперационного рубца, рассекая кожу и подкожно-жировую клетчатку, выделяют грыжевой мешок до грыжевых ворот. Производится широкая мобилизация подкожно-жировой клетчатки до апоневроза. После этого по реберным дугам справа пересекают мышечно-сухожильные части наружной косой мышцы живота, тем самым получают дополнительную ткань для уменьшения дефекта передней брюшной стенки. Дефект брюшной полости закрывают узловыми швами, используют капрон № 3 стерипол. Затем устанавливают полипропиленовый сетчатый эндопротез, который сверху фиксируется выше реберных дуг, снизу к слоям передней брюшной стенки, по бокам на 3,0 см выше от закрытия грыжевого дефекта передней брюшной стенки, и в конце с двух сторон устанавливают дренажные трубки для аспирации содержимого и промывания (фиг. 3).

Пример: больной Сластен С. И., 67 лет, перенес операцию по поводу панкреонекроза за 3 месяца до повторного оперативного вмешательства. Локально: на передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец без признаков воспаления, в области наложения оментобурсостомы имеется грыжевой мешок размером 15,0 x 10,0 см, диастаз 8,0 см.

Больному проведено оперативное лечение в плановом порядке по предложенной методике 16.06.2016 г. Произведена пластика передней брюшной стенки с наложением полипропиленового сетчатого эндопротеза. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больной в отделении получал инфузионную, антибактериальную, спазмолитическую терапию. Больной на 5 сутки после операции выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача ГСВ.

С 2007 по 2017 годы в отделении абдоминальной хирургии Объединенной территориальной больницы Чуйской области г. Кара-Балта прооперировано 53 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Средний возраст больных составил $52,9 \pm 0,88$ лет. Находились на стационарном лечении $11 \pm 2,5$ койко-дней. В отдаленном периоде чувства дискомфорта, хронической боли и рецидива не наблюдалось.

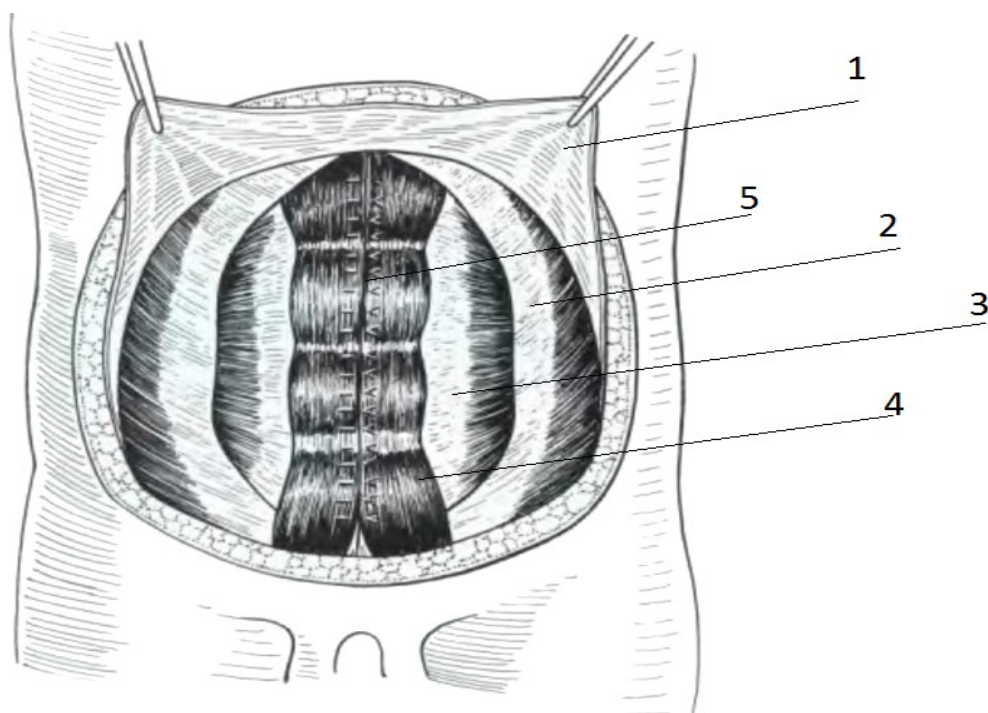
Таким образом, данный метод позволяет повысить эффективность хирургического лечения при послеоперационных вентральных грыжах, уменьшается риск возникновения рецидива, при такой пластике очень редко возникает повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде и образование «лягушачьего живота».

Формула изобретения

Способ герниопластики срединных и боковых вентральных грыж, включающий кожный доступ, выделение грыжевого мешка, мобилизацию подкожно-жировой клетчатки, иссечение грыжевого мешка, ушивание передней брюшной стенки, отличающийся тем, что не пересекая перфорантные сосуды, под контролем пальцев по внутренней поверхности брюшной полости прощупывают латеральный край прямой мышцы живота и по краю мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы пересекают вверх за реберные дуги и вниз до лобка с обеих сторон, при

этом полипропиленовую сетку фиксируют за края рассечённой мышечно-сухожильной части наружной косой мышцы живота на 4,0 см, дренажные трубки устанавливают крест накрест.

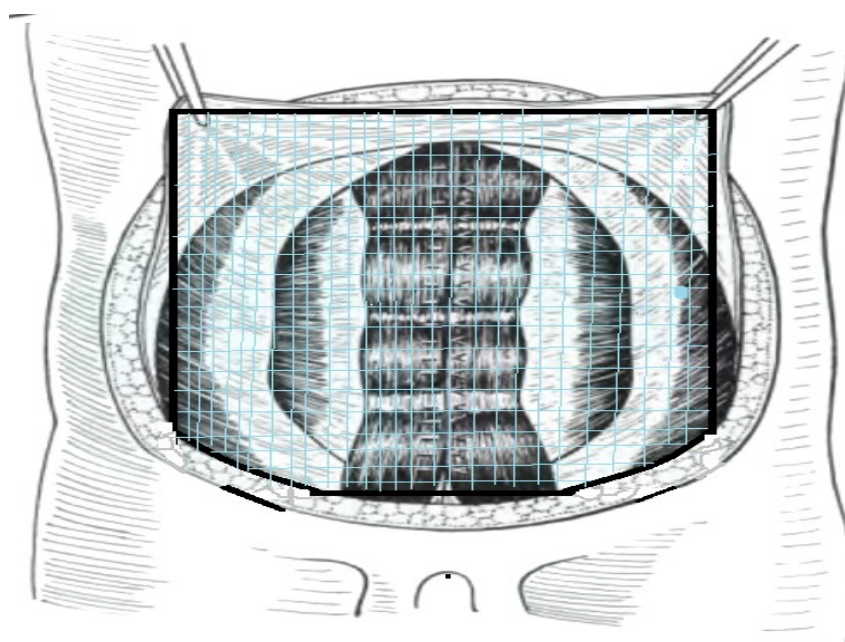
Способ герниопластики при срединных и боковых вентральных грыжах

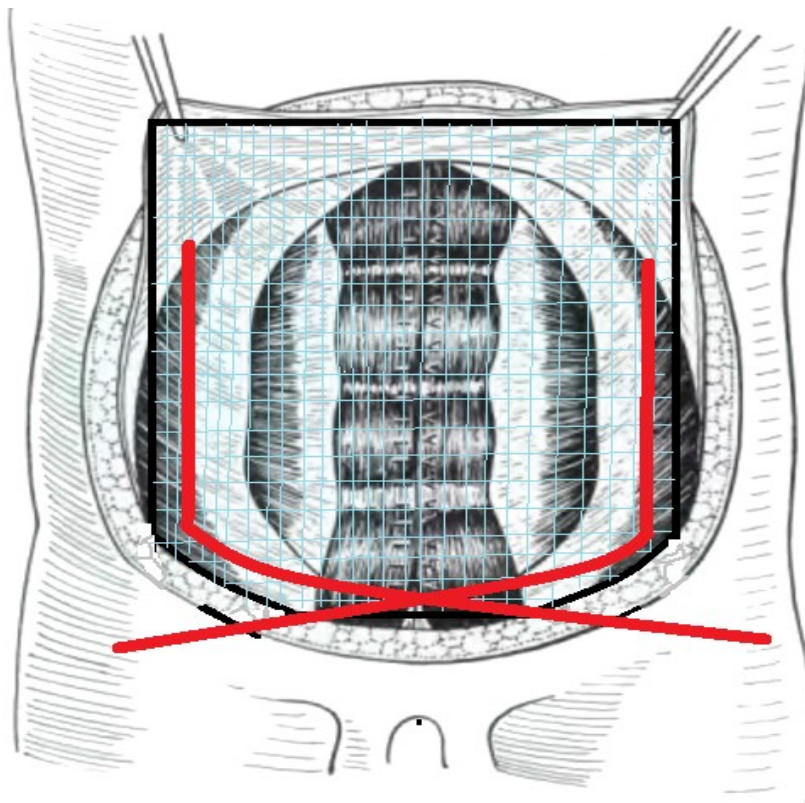


Фиг. 1. Грыжевое выпячивание и дефект передней брюшной стенки:

1. Фасция передней брюшной стенки; 2. Сухожильная часть наружной косой мышцы живота;
3. Поперечная мышца; 4. Прямые мышцы живота; 5. Узловые швы

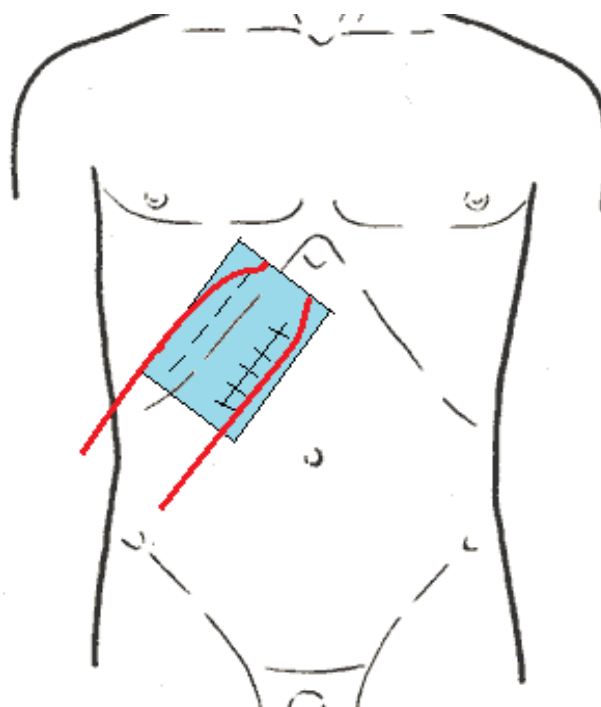
Способ герниопластики при срединных и боковых вентральных грыжах



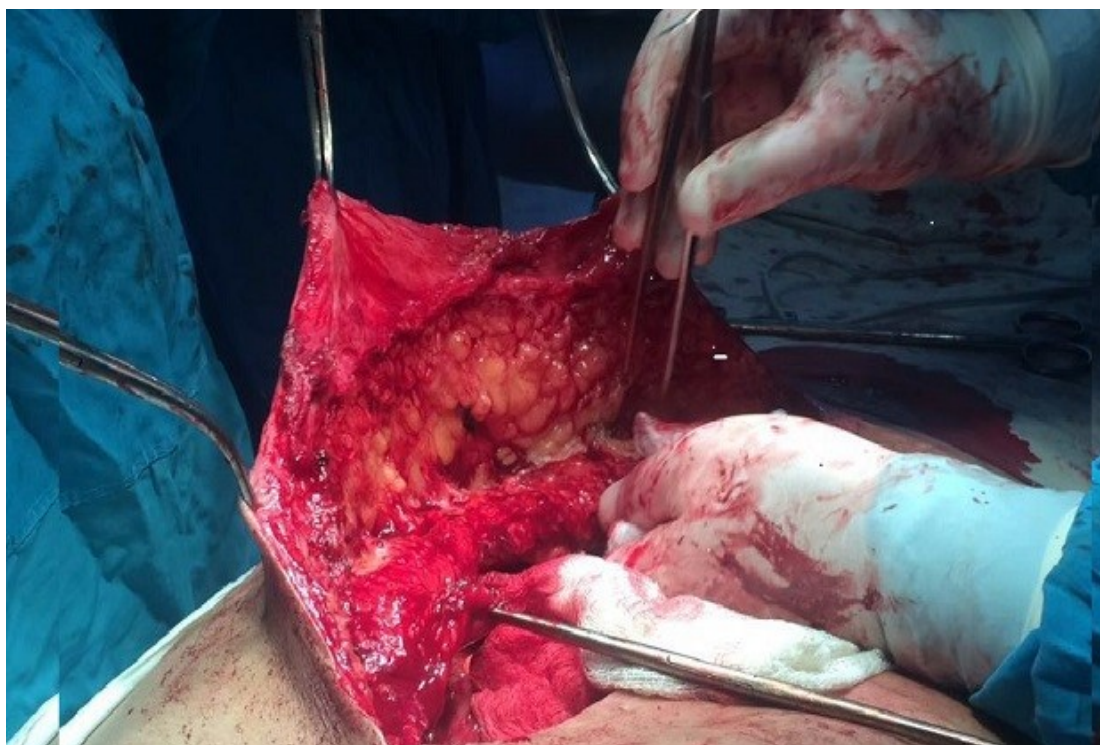


Фиг. 2. Закрытие передней брюшной стенки, установка полипропиленового сетчатого протеза и схема установки дренажной трубки

Способ герниопластики при срединных и боковых вентральных грыжах

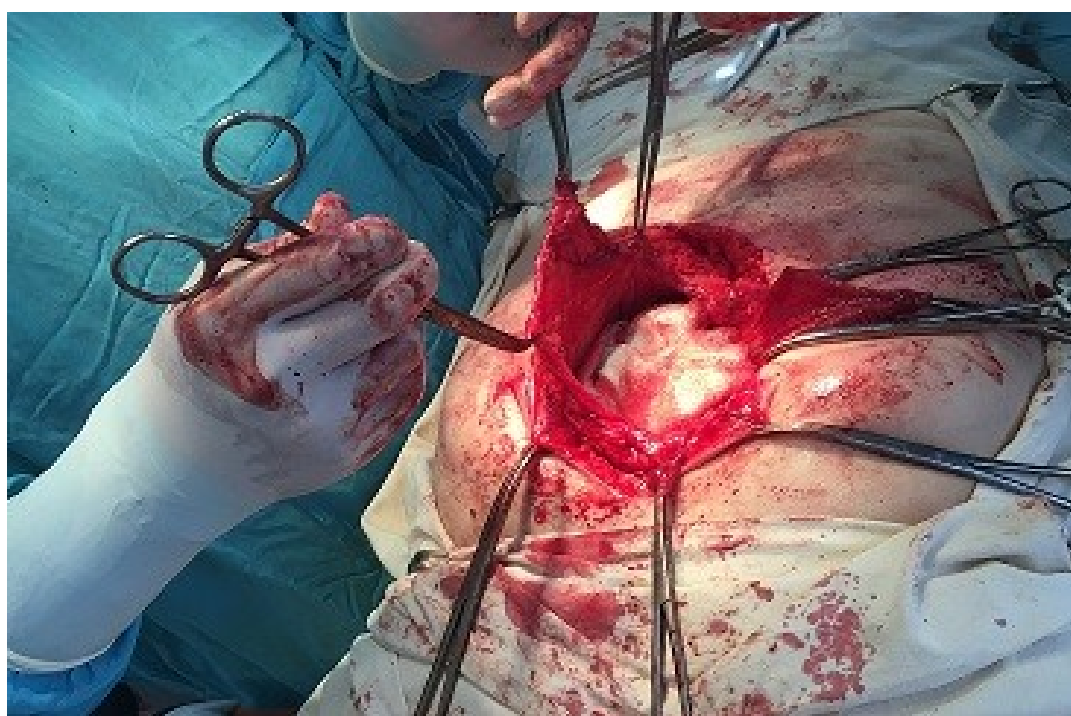


Фиг. 3. Схема герниопластики при боковых грыжах живота



Фиг. 4. Момент мобилизации подкожно-жировой клетчатки от апоневроза

Способ герниопластики при срединных и боковых вентральных грыжах



Фиг. 5. Выделение грыжевого мешка



Фиг. 6. Закрытие передней брюшной стенки узловыми швами (капрон № 3)
и рассечение апоневроза косых мышц живота

Способ герниопластики при срединных и боковых вентральных грыжах



Фиг. 7. Установка полипропиленового сетчатого протеза и установка дренажных трубок

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03