СОЮЗ СОВЕТСКИХ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1437005 A1

(51) 4 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

(21) 4079651/28-14
(22) 17.06.86
(46) 15.11.88. Бюл. № 42
(71) Киевский медицинский институт им. акад. А. А. Богомольца
(72) М. Н. Яцентик
(53) 616.34-007.43-089.844(088.8)
(56) Гришин И. Н. и др. Оперативное лечение послеоперационных вентральных грыж после аппендектомии. Хирургия, 1984, № 12, с. 17—20.

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОДВЗДОШНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к клинической хирургии, и может быть применено при лечении больших подвздошных послеоперационных грыж, сочетаемых с выраженными формами ожирения. Цель изобретения — улучшение условий адаптации и срастания тканей дубликатуры, предупреждение образования спаек в брюшной области по ходу швов, повышение косметического эффекта лечения. Для этого планируют разрезы, форму и размеры удаляемого кожно-подкожного лоскута, нижнелатеральный разрез производят выше и параллельно нижней складке живота от средней подмышечной линии до срединной линии живота, по длиннику дефекта рассекают края грыжевых ворот, у углов дефекта брюшной стенки накладывают на апоневроз послабляющие швы, к верхнемедиальному лоскуту подшивают нижнелатеральный лоскут швами, не проникающими в его брюшинный слой, иссекают брюшину и предбрюшинную жировую клетчатку дублирующего верхнемедиального мышечно-апоневротического лоскута.

(19) SU (11) 1437005 A1

Изобретение относится к медицине, а именно к клинической хирургии, и может быть применено при лечении больших подвздошных послеоперационных грыж.

Цель изобретения — улучшение условий адаптации и срастания тканей при больших подвздошных вентральных грыжах, повышение косметического эффекта лечения — достигается тем, что планируют разрезы, форму и размеры удаляемого кожно-подкожного лоскута.

На фиг. 1 изображены ориентиры и линии, по которым планируют размеры и форму разрезов кожи и удаляемого кожно-подкожного лоскута; на фиг. 2 — наложение вворачивающих швов; на фиг. 3 и 4 — этапы создания дупликатуры.

Способ осуществляют следующим образом.

Приподнимают кверху грыжевое выпячивание 1 и по его нижнелатеральной поверхности отступают кверху на 3 см и параллельно нижней складке живота 2 от средней подмышечной линии 3 до срединной линии живота 4 красителем на кожу наносят открытую вогнутостью кнутри линию нижнелатерального разреза 5. На здоровой половине живота по условной линии 6, соединяющей пупок 7 и передневерхнюю кость 8 крыла подвздошной кости, сантиметровой лентой измеряют расстояние 9 от пупка 7 до нижней складки живота 2. Так же измеряют расстояние 10 между теми же ориентирами по условной линии, соединяющей пупок 7 и середину пупартовой связки. Из полученных расстояний вычитают по 3 см и, таким образом, определяют расстояния от пупка до верхнемедиального разреза по тем же условным линиям и отмечают их точками, нанесенными на кожу красителем. Через эти точки между концами линии нижнелатерального разреза 5 красителем на кожу наносят линию верхнемедиального разреза. Так определяют размеры и форму кожно-подкожного лоскута, подлежащего удалению.

По намеченной красителем линии производят нижнелатеральный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки до апоневроза. Зажимами Микулича захватывают края удаляемого лоскута, натягивающего книзу и кнаружи, и производят при этом верхнемедиальный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки до апоневроза. Нижнелатеральные и верхнемедиальные края лоскута сближают до соприкосновения между собой и захватывают на всем протяжении зажимами Микулича. Приподняв лоскут кверху, его подкожный жировой слой отделяют от апоневроза до краев дефекта передней брюшной стенки и шейки грыжевого мешка. В участке, свободном от припаянного грыжевого содержимого, грыжевой мешок вскрывают. По мере разъединения спаек окно в грыжевом мешке увеличивают, отделяют от его стенок

припаянные петли кишечника, фиксированные пряди сальника резецируют, отступая на 2 см от грыжевых ворот, циркулярным разрезом отсекают грыжевой мешок и вместе с кожно-подкожным лоскутом и резецированным сальником единым блоком удаляют. Между петлями кишечника у грыжевых ворот и в брюшной полости разъединяют спайки и грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость. Края брюшинно-мышечно-апоневротического дефекта брюшной стенки по длиннику последнего рассекают кверху и кнаружи до крыла подвздошной кости, книзу и кнутри — до наружного края прямой мышцы живота. У углов дефекта брюшной стенки на апоневроз накладывают по три-четыре вворачивающих шва.

Нижнелатеральный лоскут прошивают лавсановыми нитями через мышечно-апоневротический слой, не прокалывая при этом его брюшинный слой. Затем, отступая от края на 3—4 см, этими же нитями прошивают через все слои со стороны брюшины верхнемедиальный брюшинно-мышечно-апоневротический лоскут 24. Попеременно то слева, то справа от дефекта с периферии к его центру швы завязывают до идеальной адаптации лоскутов. Приподняв кверху свободный край верхнемедиального лоскута 24 до швов иссекают его брюшину 25 и предбрюшинный жировой слой 26 до поперечной фасции 27. Свободный край верхнемедиального лоскута 24 веерообразно расправляют, умеренно натягивают и пришивают к апоневрозу нижнематериального лоскута 20. Рану промывают раствором антисептика, дренируют на всем протяжении двумя встречными дырчатыми полихлорвиниловыми трубками и послойно зашивают.

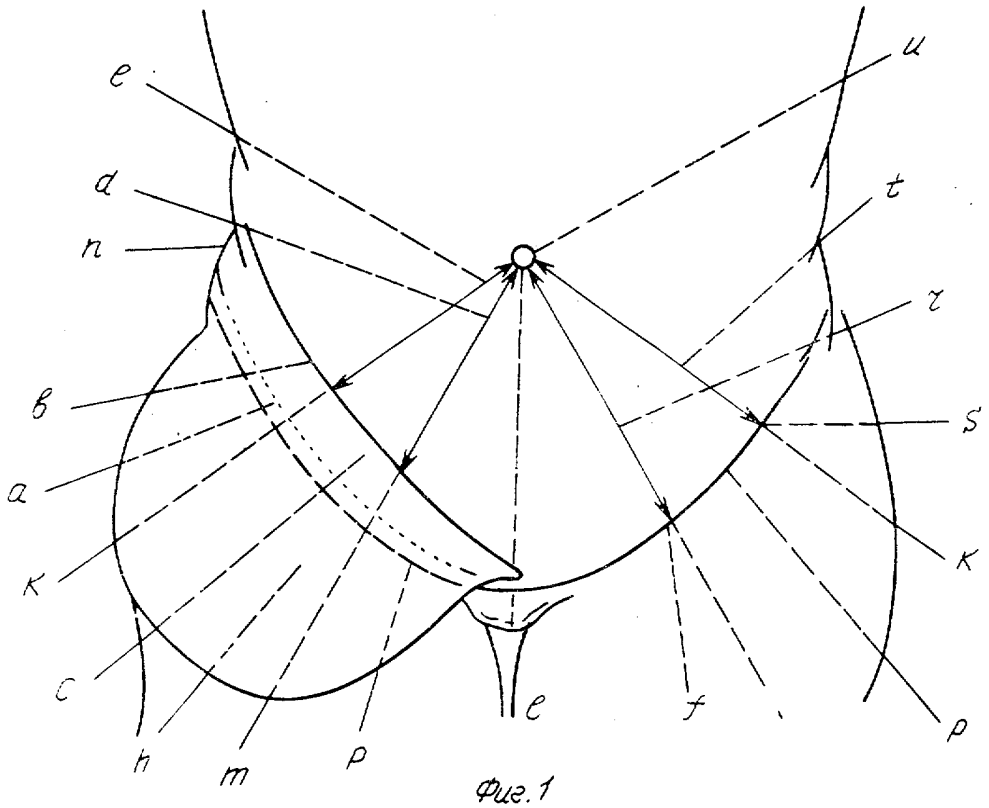
Пример. Больной К., 48 лет, поступил в клинику с диагнозом: огромная правосторонняя подвздошная послеоперационная вентральная грыжа, ожирение III степени. После предоперационной подготовки оперирован. Под эндотрахеальным наркозом, окаймляющим с двух сторон грыжевое выпячивание, косым полулунным разрезом длиной около 35 см, спланированным по предложенному способу, от средней подмышечной линии до срединной линии живота в правой подвздошной области иссечен кожно-подкожный лоскут вместе с грыжевым мешком и резецированным рубцово измененным сальником. У краев грыжевых ворот и в брюшной полости разъединены спайки. Петли тонкого кишечника и культя сальника вправлены в брюшную полость. В косопродольном направлении рассечены края брюшинно-мышечно-апоневротического дефекта книзу до наружного края прямой мышцы, кверху — до передней подмышечной мышцы. У углов дефекта на апоневроз наложены вворачивающие лавсановые швы. Мышечно-апоневроти-

ческий дефект брюшной стенки ушит с созданием мышечно-апоневротической дубликатуры. Рана промыта раствором хлоргексидина, дренирована двумя встречными дырчатами полихлорвиниловыми трубками и послойно зашита. К наружным концам трубок подсоединены сдавленные резиновые груши. На рану наложена асептическая наклейка. Течение раннего послеоперационного периода гладкое. На одиннадцатые сутки после операции сняты швы. Рана зажила первичным натяжением. Осмотрен через два года после операции. Жалоб не предъявляет. Рецидива грыжы нет. Живот симметричен. Рубец нежный, избыточных кожных складок в области рубца не определяется. Считает себя здоровым.

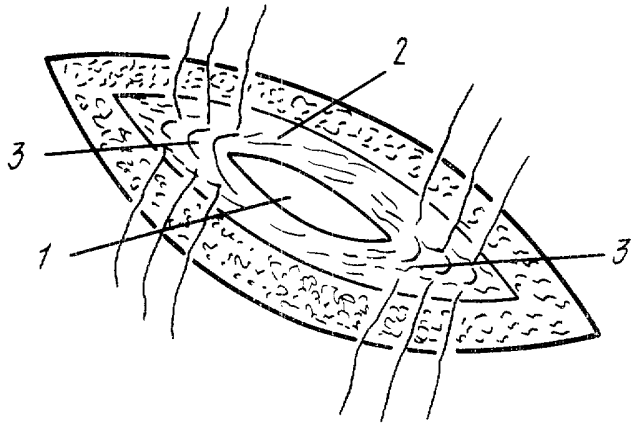
Таким образом, предлагаемый способ лечения подвздошных послеоперационных вентральных грыж технически прост, не требует значительной реконструкции брюшной стенки, отличается высокой лечебной и косметической эффективностью при больших подвздошных вентральных грыжах, рекомендован для практического использования.

Формула изобретения

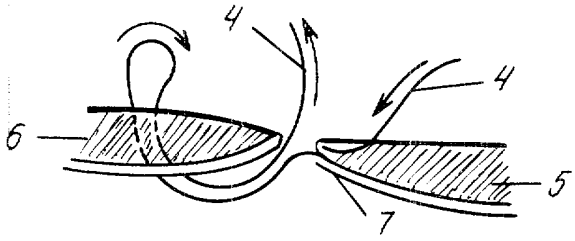
Способ лечения послеоперационных подвздошных вентральных грыж, включающий иссечение кожного лоскута окаймляющими разрезами, грыжесечение и пластику передней брюшной стенки местными тканями с формированием дупликатуры, *отличающийся* тем, что, с целью улучшения косметического эффекта операции, производят разрез по наружной стороне грыжевого выпячивания над нижней складкой живота и параллельно ей от средней подмышечной до срединной линии, далее проецируют линии, соединяющие пупок с передней верхней остью наружной подвздошной кости и серединой паховой связки, и намечают по ним на внутренней поверхности грыжевого выпячивания точки, на расстояниях от пупка равных таковым на здоровой стороне минус расстояние между складкой живота и разрезом по наружной стороне грыжевого выпячивания, после чего соединяют концы последнего разрезом через намеченные точки по внутренней стороне грыжевого выпячивания.



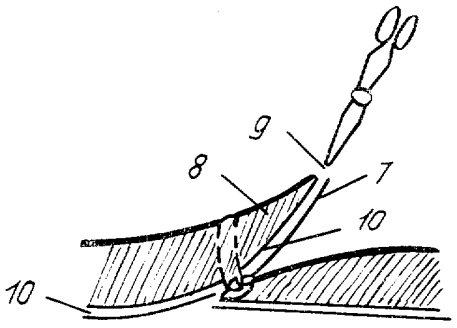
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

Составитель Ю. Квашнин
Редактор А. Долинич
Техред И. Верес
Корректор И. Муска
Заказ 5814/6
Тираж 655
Подписное
ВНИИПИ Государственного комитета СССР по делам изобретений и открытий
113035, Москва, Ж—35, Раушская наб., д. 4/5
Производственно-полиграфическое предприятие, г. Ужгород, ул. Проектная, 4