

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **23815**

(13) **С1**

(46) **2022.08.30**

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) СПОСОБ ВНЕБРЮШИННОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

(21) Номер заявки: а 20180283

(22) 2018.06.25

(43) 2020.02.28

(71) Заявители: Дудинский Александр Николаевич; Полынский Александр Александрович; Колешко Сергей Владимирович; Дешук Анатолий Николаевич; Цилиндзь Иван Иванович (ВУ)

(72) Авторы: Дудинский Александр Николаевич; Полынский Александр Александрович; Колешко Сергей Владимирович; Дешук Анатолий Николаевич; Цилиндзь Иван Иванович (ВУ)

(73) Патентообладатели: Дудинский Александр Николаевич; Полынский Александр Александрович; Колешко Сергей Владимирович; Дешук Анатолий Николаевич; Цилиндзь Иван Иванович (ВУ)

(56) RU 2637109 C1, 2017.

RU 2393789 C1, 2010.

ВУ 12799 C1, 2010.

UA 64057 A, 2004.

UA 68992 U, 2012.

ВЕЛЬКЕР С.И. и др. Хирургическая коррекция диастаза прямых мышц живота. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, 2012, № 1, с. 78-81.

(57)

Способ внебрюшинной аллопластики при ликвидации диастаза прямых мышц живота, заключающийся в том, что внебрюшинно выделяют два мышечно-апоневротических лоскута на всю длину дефекта апоневроза, на левый лоскут укладывают полипропиленовый сетчатый трансплантат в виде полосы шириной 2-3 см, накладывают П-образные швы и укрывают трансплантат правым лоскутом апоневроза, после чего свободные края правого лоскута апоневроза и сетчатого трансплантата сшивают с передним листком влагалища левой прямой мышцы живота.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при оперативном лечении диастаза прямых мышц живота, а также сочетания грыж белой линии живота и пупочных грыж с диастазом прямых мышц живота.

Для ликвидации диастаза прямых мышц живота как самостоятельного заболевания, так и в сочетании с пупочной грыжей и грыжей белой линии живота в клинике применяется много различных способов пластики передней брюшной стенки, имеющих как свои преимущества, так и свои недостатки. В настоящее время наиболее эффективными являются способы пластики с использованием сетчатых трансплантатов, направленные на реконструкцию передней брюшной стенки. Несмотря на большое количество предложенных способов пластики, на сегодняшний день не существует универсального способа.

Известен способ аллопластики при диастазе прямых мышц живота, при котором на всем протяжении диастаза рассекают апоневроз и брюшину на 1 см от края влагалища левой прямой мышцы живота и вскрывают брюшную полость. Образуются два неодинаковых мышечно-апоневротических лоскута; края их захватывают несколькими зажимами, оттягивают в стороны. Определяют края влагалищ прямых мышц живота и, начиная сверху, на края влагалищ накладывают первый ряд швов. Таким образом, прямые мышцы сближают до соприкосновения без вскрытия их влагалищ. Свободный край апоневроза белой линии живота и листок апоневроза влагалища правой прямой мышцы накладывают спереди и пришивают на всем протяжении разреза к апоневрозу влагалища левой прямой мышцы [1].

Недостатки данного способа следующие. Во-первых, вскрывается брюшная полость, что может явиться причиной спаечной болезни брюшной полости. Во-вторых, данный способ выполняется без использования сетчатых трансплантатов, что может явиться причиной прорезывания швов через ткани с развитием послеоперационной вентральной грыжи.

Известен способ пластики при диастазе прямых мышц живота, который состоит в рассечении кожи, подкожной клетчатки до апоневроза белой линии живота. Следующим этапом операции является препаровка кожи и подкожной клетчатки до середины прямых мышц живота как справа, так и слева. Далее, отступив 0,5-1 см от края влагалища прямой мышцы, слева рассекают апоневроз белой линии живота, не вскрывая брюшину. После чего тупо препарируют брюшину до середины прямых мышц живота как справа, так и слева. Образуются два неодинаковых мышечно-апоневротических лоскута; края их захватывают несколькими зажимами, оттягивают в стороны. Определяют края влагалищ прямых мышц и, начиная сверху, накладывают первый ряд узловых швов, захватывающих 0,5-1 см апоневроза медиального края прямой мышцы живота с левой стороны и заднего листка апоневроза прямой мышцы с правой стороны, тем самым сближают прямые мышцы живота. Затем накладывают второй ряд швов, фиксирующих свободный край апоневроза белой линии живота с правой стороны к передней стенке влагалища левой прямой мышцы на всем протяжении, восстанавливая белую линию живота [2].

Из недостатков следует указать то, что данный способ выполняется без использования сетчатых трансплантатов, что может явиться причиной прорезывания швов через ткани и развития рецидива заболевания.

Наиболее близким к заявляемому является способ хирургического лечения при диастазах прямых мышц живота 1-2 степени. Рассекается кожа, подкожная клетчатка и апоневроз белой линии живота. Брюшина не рассекается, а тупо отслаивается от апоневроза белой линии живота и задних листков апоневроза влагалищ прямых мышц живота. Далее два сетчатых протеза выкраивают из листа полипропиленовой сетки в виде прямоугольных пластин шириной 6-8 см, длиной, соответствующей протяженности диастаза. По одной из длинных сторон пластин выкраивают лепестки шириной 2 см и длиной 3-4 см. Протез фиксируют узловыми швами к задней поверхности влагалищ прямых мышц живота. Края апоневроза сближают. Лепестки фиксируют к передним листкам влагалищ прямых мышц живота на противоположной стороне, образуя перекрест по типу "застежки-молнии". Дренируют подкожную клетчатку. Послойно ушивают рану [3].

Недостатком данного способа является, во-первых, то, что сетчатый трансплантат контактирует с подкожно-жировой клетчаткой, в связи с чем возможны длительная лимфорея и образование сером, хотя авторы значительно снизили площадь соприкосновения трансплантата и подкожной клетчатки. Во-вторых, используется довольно большой по площади сетчатый протез, что не всегда оправдано при диастазе прямых мышц живота как самостоятельного заболевания.

Задача изобретения - разработка способа, позволяющего уменьшить количество послеоперационных осложнений и предупредить рецидив заболевания за счет повышенной прочности дубликатуры апоневроза.

Поставленная задача решается тем, что внебрюшинно выделяют два мышечно-апоневротических лоскута на всю длину дефекта апоневроза, на левый лоскут укладывают полипропиленовый сетчатый трансплантат в виде полоски шириной 2-3 см, накладывают П-образные швы и укрывают трансплантат правым лоскутом апоневроза, после чего свободные края правого лоскута апоневроза и сетчатого трансплантата сшивают с передним листком влагалища левой прямой мышцы живота.

Способ осуществляют следующим образом. По срединной линии живота рассекают кожу и подкожно-жировую клетчатку. Следующим этапом операции является препаровка кожи и подкожной клетчатки до прямых мышц живота с обеих сторон. Рассекают белую линию живота и тупо отделяют брюшину до середины прямых мышц. Выделяют два мышечно-апоневротических лоскута на всю длину дефекта апоневроза (фиг. 1). Затем на переднюю поверхность левой половины апоневроза укладывают сетчатый трансплантат в виде полоски, по длине равной длине дефекта, по ширине - 2-3 см. Накладывают П-образные швы, начиная с верхнего угла раны, следующим образом: атравматической иглой № 2 с капроновой нитью на расстоянии 0,5 см от края апоневроза и сетчатого трансплантата производят прокол иглой сетки и апоневроза, обратный выкол производят через апоневроз и сетку. Затем обеими нитями П-образных швов прошивают правую полу апоневроза с захватом листков апоневроза влагалища прямой мышцы живота. Швы сразу не завязывают, а берут на держалки (фиг. 2). После того как на всю длину дефекта наложили швы, их поочередно сверху вниз завязывают. При этом левую полу апоневроза вместе с сетчатым трансплантатом располагают под правой половиной апоневроза. Таким образом, получается три слоя: правая половина апоневроза, сетчатый трансплантат и левая половина апоневроза. Следующим этапом моделируют сетчатый трансплантат и свободный край половины апоневроза, производят сшивание узловыми швами свободного края апоневроза белой линии живота и свободного края сетки с передним листком влагалища левой прямой мышцы живота так, чтобы сетка была полностью укрыта сверху и снизу апоневрозом белой линии живота. В подкожной клетчатке располагают на сутки дренаж и рану ушивают послойно (фиг. 3). Искусственно сформированная белая линия живота шириной 2-3 см соответствует неизменной белой линии живота.

Таким образом, способ позволяет внебрюшинно (без вскрытия брюшной полости) при диастазе прямых мышц живота восстановить белую линию живота, придать прямым мышцам живота нормальное анатомо-топографическое положение, укрепить линию швов с помощью полоски сетчатого трансплантата, изолировать сетчатый имплант от подкожно-жировой клетчатки, мышц живота, брюшины и органов брюшной полости.

На фиг. 1 показано вскрытие белой линии живота и внебрюшинная препаровка мышечно-апоневротических лоскутов.

На фиг. 2 изображены П-образные швы.

На фиг. 3 показан окончательный вид пластики грыжевого дефекта.

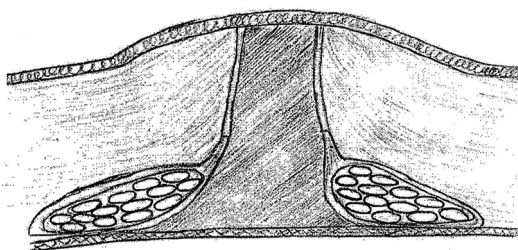
Данный способ актуален при диастазе прямых мышц живота. Также может быть использован при сочетании диастаза прямых мышц живота с пупочной грыжей и грыжей белой линии живота. Заявляемым способом было прооперировано 2 пациента. В течение 1 года после операции ни у одного из пациентов не наступил рецидив грыжи, при опросе оба отмечают улучшение качества жизни.

Таким образом, заявляемый способ действительно приводит к предупреждению рецидива заболевания за счет повышенной прочности дубликатуры апоневроза, улучшает качество жизни за счет восстановления функции прямых мышц передней брюшной стенки.

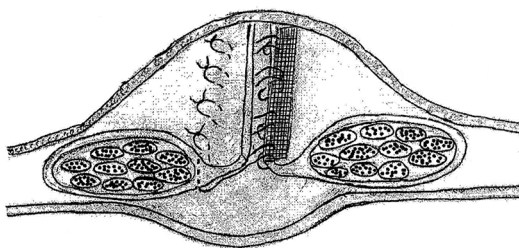
Источники информации:

1. ТОСКИН К.Д. и др. Грыжи брюшной стенки. Москва: Медицина, 1983, 294 с.
2. RU 2393789, 2010.

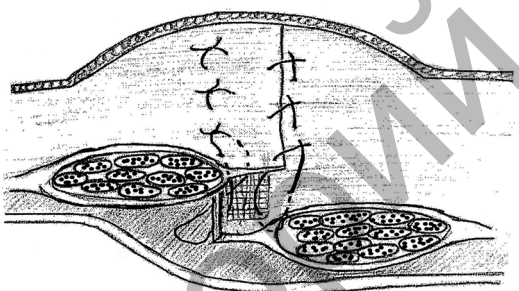
3. RU 2637109, 2017.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3