



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34351** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ФІКСАЦІЇ СІТЧАСТОГО ЕКСПЛАНТАТА ЧЕРЕЗ ТОВЩУ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ І РЕЦИДИВНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**

1

2

(21) u200802642

(22) 29.02.2008

(24) 11.08.2008

(46) 11.08.2008, Бюл. № 15, 2008 р.

(72) МЕЛЬНИК ІВАН ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ПИПТЮК ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, ГОНЧАР МИХАЙЛО ГРИГОРОВИЧ, UA, МАТЮШИНА РОМАННА ВАСИЛІВНА, UA, ДМИТРІВ ЛІДІЯ ІВАНІВНА, UA

(73) МЕЛЬНИК ІВАН ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ПИПТЮК ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, ГОНЧАР МИХАЙЛО ГРИГОРОВИЧ, UA, МАТЮШИНА РОМАННА ВАСИЛІВНА, UA, ДМИТРІВ ЛІДІЯ ІВАНІВНА, UA

(57) Спосіб фіксації сітчастого експлантата через товщу черевної стінки при хірургічному лікуванні

післяопераційних і рецидивних вентральних гриж, що включає мобілізацію грижових воріт, пластичне закривання рани експлантатом з фіксацією його підапоневротично і передочеревинно до країв грижових воріт і фіксацією крізь окремі розрізи на шкірі поодинокими швами, мобілізуючи апоневроз від очеревини із збереженням контакту з підшкірно-жировим шаром, який **відрізняється** тим, що фіксація експлантата здійснюється монофіламентною ниткою, обидва кінці якої виколуються через товщину м'язів над апоневрозом і зав'язуються у вузол з подальшим виколуванням цими ж кінцями нитки над шкірою і зав'язуванням у вузол через муфту.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана для при фіксації сітчастого експлантату при хірургічному лікуванні післяопераційних і рецидивних вентральних гриж.

Відоме рішення, що включає мобілізацію грижових воріт, пластичне закривання рани алотрансплантатом по типу латки і фіксацію його до країв грижових воріт, при цьому процес передбачає надапоневротичне розташування алотрансплантата без зведення країв грижових воріт [Монографія А. Д. Тимошина і співавторів «Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки», Москва, 2003, ст.100-103].

Недоліком згаданого процесу є контакт значної поверхні алотрансплантату з підшкірово-жировою клітковиною внаслідок необхідності зміцнення широкої площі апоневрозу від країв грижових воріт, що створює умови для виникнення сером. Крім того, при такому розташуванні протезу складно досягти щільного прилягання до поверхні апоневрозу, не створюючи при цьому складок, які можуть викликати рецидиви грижі.

Найбільш близьким до корисної моделі, що заявляється, є процес пластики черевної стінки, який включає мобілізацію грижових воріт, пласти-

чне закривання рани експлантатом з фіксацією його підапоневротично і передочеревинно до країв грижових воріт і фіксацією крізь окремі розрізи на шкірі поодинокими швами, мобілізуючи апоневроз від очеревини із збереженням контакту з підшкірно-жировим шаром [Процес пластики черевної стінки, патент України на корисну модель №5502, A61B 17/00, Бюл. №3, 2005].

Проте недоліком даної корисної моделі є те, що після зняття швів сітчастий експлантат може зміститися, при умові зниження регенерації тканин і незростання сітчастого експлантату з тканинами.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу надійної фіксації сітчастого експлантату під час хірургічного лікування післяопераційних і рецидивних вентральних гриж шляхом фіксації експлантата монофіламентною ниткою із зав'язуванням її двох кінців у вузли над апоневрозом та над шкірою через муфту, забезпечити запобігання розвитку сероми і рецидивів при післяопераційних і рецидивних вентральних грижах.

Задача корисної моделі, вирішується тим, що спосіб фіксації сітчастого експлантату через товщу черевної стінки при хірургічному лікуванні післяопераційних і рецидивних вентральних гриж, що включає мобілізацію грижових воріт, пластичне

(13) **U**(11) **34351**(19) **UA**

закривання рани експлантатом з фіксацією його підапоневротично і передочеревинно до країв грижових воріт і фіксацією крізь окремі розрізи на шкірі поодинокими швами, мобілізуючи апоневроз від очеревини із збереженням контакту з підшкірно-жировим шаром, при цьому фіксація експлантата здійснюється монофіламентною ниткою, обидва кінці якої виколуються через товщину м'язів над апоневрозом і зав'язуються у вузол з подальшим виколуванням цими ж кінцями нитки над шкірою і зав'язуванням у вузол через муфту.

Отож за рахунок такого вирішення задачі корисної моделі при знятті вузлів над шкірою, для профілактики зсуву сітчастого експлантату при її поганому приростанні утримувати будуть вузли, зав'язані над апоневрозом. Крім того, наявність муфти надає в післяопераційному періоді зменшення навантаження вузлів на шкіру, а при тривалому їх триманні (14 днів і більше) коли виникає можливість утворення пролежнів від вузлів, муфта захищає шкіру від вузлів.

Суть корисна моделі пояснюється кресленням.

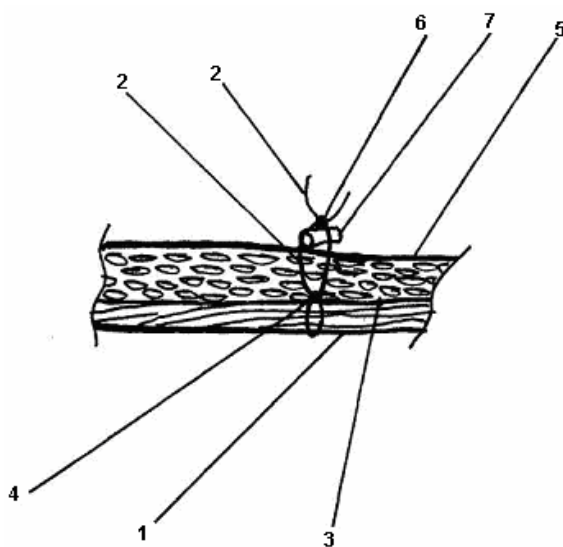
На Фіг. схематично показано спосіб фіксації сітчастого експлантату через товщу черевної стінки при хірургічному лікуванні післяопераційних і ре-

цидивних вентральних гриж.

Сітчастий експлантат 1 двома кінцями монофіламентної нитки 2 фіксується над м'язово-апоневротичним шаром 3 вузлом 4, цими ж кінцями виколуються над шкірою 5 і зав'язуються у вузол 6 через муфту 7.

Спосіб фіксації сітчастого експлантату через товщу черевної стінки при хірургічному лікуванні післяопераційних і рецидивних вентральних гриж виконують наступним чином. Здійснюють лапаротомію, мобілізацію грижових воріт, пластичне закривання рани експлантатом 1 фіксацією його до грижових воріт. Експлантат розташовують між очервиною (на Фіг. не показано) і м'язово-апоневротичним шаром 3, при цьому фіксують його двома кінцями монофіламентної нитки 2, на відстані 4см один від одного, зав'язуючи їх у вузол 4 над м'язово-апоневротичним шаром 3. Згодом цими ж двома кінцями монофіламентної нитки 2 виколують над шкірою 5 і зав'язуються у вузол 6 через муфту 7.

Корисна модель забезпечує запобігання розвитку сероми і рецидивів при післяопераційних і рецидивних вентральних грижах.



Фіг.