



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **36008** (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 ПОЛІПРОПІЛЕНОВОГО ЕНДОПРОТЕЗА В ХІРУРГІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**

1

(21) u200806129

(22) 12.05.2008

(24) 10.10.2008

(46) 10.10.2008, Бюл.№ 19, 2008 р.

(72) ЛЕОНОВ АНДРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЛЕОНОВ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЯКОВЦОВ ЄВГЕНІЙ ПАВЛОВИЧ, UA, МИХАЙЛУСОВ РОСТИСЛАВ МИКОЛАЙОВИЧ, UA

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, UA

(57) Спосіб фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза в хірургії післяопераційних вентральних гриж, що включає виділення і висічення грижового мішка, викроювання і внутрішньочеревну

2

установку ендопротеза з його фіксацією П-подібними швами, який **відрізняється** тим, що при накладанні швів, відступивши від верхнього краю грижових воріт на 2-2,5см, виконують вкол, при цьому нитку проводять крізь усі шари черевної стінки паралельно грижовому дефекту або напрямку його ушивання із захватом ендопротеза і вкол на відстані 2см від першого вколу, після чого виконують вкол голки паралельно вколу, відступивши 0,5см, з аналогічним проведенням нитки, захватом в шов ендопротеза і вколом на відстані 2см від краю грижових воріт і 1см від першого вколу.

Корисна модель відноситься до розділу хірургії - герніології, а саме до хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ). Не дивлячись на те, що сучасні сітчасті поліпропіленові ендопротези мають гарну міцність, а методики їхнього укладання детально анатомічне і клінічне обґрунтовані - рецидивні післяопераційні вентральні грижі не є рідким явищем. Найчастіше це зв'язано не з технічними помилками і недостатньою міцністю ендопротеза, а з недостатньо надійною його фіксацією до черевної стінки (одиначні вузлові шви, обвивний шов, фіксація за допомогою герніостеплера). Незважаючи на зусилля хірургів, спрямовані на поліпшення результатів хірургічного лікування, щонайменше, 10% лапаротомій супроводжується утворенням ПОВГ, ускладненням яких є їхнє ущемлення, що супроводжується стабільно високою летальністю, яка досягає в геріатричних хворих - 3%, а при пізньому надходженні в стаціонар - 10%; при грижах великих розмірів 7 - 20%, а після екстрених операцій 25 - 40%. Загальновизнане, що хірургічне лікування ПОВГ відноситься до складної і не до кінця вирішеної проблеми сучасної хірургії.

Відомий спосіб лікування вентральних гриж, що полягає у виділенні і розсіченні грижового мішка, потім у шаховому порядку викроюють шматки на живильній нійці, виконують розрізи в м'язово-апоневротичному шарі напроти шкірного шматка,

далі шматки проводять через розрізи і після зшивання м'язово-апоневротичного шару поверх швів укладають шматки і фіксують їх до апоневрозу [А.с. СРСР №1069786, МПК А61В 17/00].

Висока частота виникнення рецидивів після застосування існуючих методів автопластики, згідно зі статистичними даними показує очевидні переваги застосування сітчастого поліпропіленового ендопротеза. Статистичні дані отриманих результатів після проведення автопластичних і алопластичних операцій показали перевагу алопластичних методик - 7,4% рецидивів при використанні ендопротезів, проти - 39,6% випадків при застосуванні автопластики.

Використання сучасних синтетичних сітчастих полімерних матеріалів, що характеризуються біологічною сумісністю, гіпоалергенністю, відсутністю канцерогенності, дозволяє усунути практично будь-яку грижу, не дивлячись її розмір за умови дотримання основного принципу - застосування пластики в хворого, але не хворого до методики пластики.

У доступній нам літературі підкреслюється важливість правильної і надійної фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза до черевної стінки - від чого багато в чому залежить можлива поява рецидиву ПОВГ. Відомі способи фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза, а саме одиначний вузлуватий, безупинний обвивний, механічний - не

(13) **U**(11) **36008**(19) **UA**

завжди можуть забезпечити надійну фіксацію ендопротеза.

Недоліками відомих способів фіксації є недостатньо велике захоплення поверхні ендопротеза при виконанні його фіксації до черевної стінки, проста біомеханічна конструкція швів, що не дозволяє рівномірно розподілити навантаження на тканини, що фіксуються.

Найбільш близьким і обраним за прототип є спосіб пластики післяопераційних вентральних гриж [3-ка РФ №2002124644], при якому внутрішньочеревно встановлюють ендопротез і фіксують через черевинно-м'язово-апоневротичний шар П-подібними швами, не ізолюючи сітчастий поліпропіленовий ендопротез від внутрішніх органів.

Недоліки способу пов'язані з тим, що шви не дозволяють рівномірно розподілити навантаження на тканини, що фіксуються. Це призводить до можливості відриву ендопротеза від черевної стінки, та підшивання внутрішніх органів, зокрема петель тонкої кишки, і розвиток кишкової непрохідності.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза в хірургії післяопераційних вентральних гриж, у якому за рахунок зміни характеру накладення П-подібних швів, досягається збільшення біомеханічної надійності фіксуючих швів, завдяки чому знижується ризик відриву ендопротеза від черевної стінки.

Поставлена задача вирішується в способі фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза в хірургії післяопераційних вентральних гриж, що включає виділення і висічення грижового мішка, викроювання і внутрішньочеревну установку ендопротеза з його фіксацією П-подібними швами, згідно з корисною моделлю, відступивши від верхнього краю грижових воріт на 2-2,5см виконують вкол, при цьому нитку проводять крізь усі шари черевної стінки паралельно грижовому дефекту або напрямку його ушивання із захопленням ендопротеза і виолом на відстані 2см від першого вколу, потім виконують вкол голки паралельно вколу, відступивши 0,5см з аналогічним проведенням нитки, захопленням у шов ендопротезу і виолом на відстані 2см від краю грижових воріт і 1см від першого вколу.

Спосіб фіксації ендопротеза із шовного матеріалу, що не розсмоктується, П-подібним швом у нашій модифікації, що володіє простотою накла-

дення безупинного і надійного 8-подібного шва. П-подібний шов, крім надійної фіксації ендопротеза до черевної стінки, забезпечує щільне прилягання ендопротеза і його якнайшвидше уживання в тканині реципієнта.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

Операцію починають з висічення старого післяопераційного рубця. Розсікають підшкірну клітковину до апоневрозу з одночасним виділенням грижового мішка. Грижовий мішок виділяють з навколишніх тканин до шийки, розкривають і відокремлюють органи черевної порожнини від оболонки грижового мішка. Після мобілізації і висічення грижового мішка і рубцевих тканин в області грижових воріт, викроюють сітчастий поліпропіленовий ендопротез. Він перевищує розміри грижового дефекту по всьому периметрі на 2-3см. Ендопротез встановлюють внутрішньочеревно і підшивають до задньої поверхні черевної стінки до парієтальної очеревини.

Виконують вкол на верхньому краї грижових воріт (відступивши на 2-2,5см від краю). Нитку проводять через усі шари черевної стінки паралельно грижовому дефекту чи напрямку його ушивання з захопленням ендопротеза і виолом на відстані 2см від першого вколу. Потім виконують вкол голки . відступивши 0,5см. (паралельно вколу) з аналогічним проведенням нитки, захопленням у шов ендопротеза і виолом на відстані 2см від краю грижових воріт і 1см від першого вколу.

Запропонований нами спосіб фіксації ендопротеза при герніопластиці, застосований у пацієнтів з післяопераційною вентральною грижею в 9 випадках.

Запропонований нами спосіб фіксації ендопротеза відрізняють від широко застосовуваних у хірургії способів - вигідні біомеханічні особливості, що дозволяють рівномірно розподілити силу натягу на його елементах, забезпечити надійну фіксацію ендопротеза на більшій, чим при звичайних способах, площі черевної стінки. Із застосуванням П-подібного шва нашої модифікації проблема надійної фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза до черевної стінки при закритті грижового дефекту може бути надійно вирішена, забезпечуючи позитивний результат хірургічного лікування ПОВГ у геріатричних хворих.