



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40179 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФІКСАЦІЇ СІТЧАСТОГО ПОЛІПРОПІЛЕНОВОГО ЕНДОПРОТЕЗА В ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ЖИВОТА

1

2

(21) u200813021

(22) 10.11.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл. № 6, 2009 р.

(72) ЛЕОНОВ АНДРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, UA(57) Спосіб фіксації сітчастого поліпропіленового
ендопротеза при герніопластиці вентральних гриж
живота з передочеревинним розташуванням
трансплантата, що полягає у фіксації трансплан-

тата П-подібними швами, який відрізняється тим, що нитку проводять через м'язово-апоневротичний шар черевної стінки паралельно грижовому дефекту чи напрямку його ушивання з захопленням ендопротеза і виколом на відстані 2 см від першого вколу, наступний вкол голки виконують паралельно вколу, відступивши 0,5 см, з аналогічним проведенням нитки, захопленням у шов ендопротеза і виколом на відстані 2 см від краю грижових воріт і 1 см 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 хорошу міцність, а методики їхнього укладання детально анатомічно і клінічно обґрунтовані - рецидивні післяопераційні вентральні грижі не є рідким явищем. Найчастіше це зв'язано не з технічними помилками і недостатньою міцністю ендопротезу – 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. Загрозливим ускладненням післяопераційних вентральних гриж є їхнє обмеження, 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 %. Загальнови-
знане, що хірургічне лікування ПОВГ відноситься до складної і не до кінця вирішеної проблеми сучасної хірургії (Антропова Н. В., Шулуто А. М. Тактика лечения больных послеоперационными грыжами с учётом индекса риска // Хирургия. - 1996. - №6. - С.45-48).

Висока частота виникнення рецидивів після застосування існуючих методів автопластики, згідно зі статистичними даними показує очевидні пе-

реваги застосування сітчастого поліпропіленового ендопротезу. 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, які характеризуються біологічною сумісністю, гіпоалергенністю, відсутністю канцерогенності, дозволяє усунути практично будь-яку грижу, не дивлячись на розмір за умови дотримання основного принципу - застосування пластики в хворого, але не хворого до методики пластики (Андреев С. Д., Адамян А. А. Пластика обширных дефектов брюшной стенки синтетическими протезами // Хирургия. - 1993. - №9. - С.30).

У доступній нам літературі підкреслюється важливість правильної і надійної фіксації сітчастого поліпропіленового ендопротеза до черевної стінки - від чого залежить можливість появи рецидиву ПОВГ.

Відомим є спосіб фіксації сітчастого протеза П- подібними швами поверх апоневрозу, заздалегідь відділивши його на ширину 5-6 см від підшкірно-жирової клітковини (А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков "Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки". Москва, 2003. Монография, с.144).

Недоліком способу є можливість порушення кровопостачання клітковини з розвитком її некро-

(19) UA (11) 40179 (13) U

зу, пошкодженням лімфатичних шляхів з розвитком лімфореї.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб фіксації сітчастого протеза при герніопластиці вентральних гриж живота з передочеревинним розташуванням трансплантата, що полягає у фіксації трансплантата П- подібними швами, при цьому нитки проводять через апоневроз і далі крізь шкіру через невеликі розрізи, зав'язуючи вузли над шкірою і занурюючи їх до поверхні апоневрозу (В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязитов, Р. С. Парфентьев "Современные методы лечения паховых грыж". Киев, 2001. Монография, с.280).

Недоліком способу, коли фіксують сітку проводячи нитку крізь шкіру через невеликі розрізи, зав'язуючи її над апоневрозом є недостатньо велике захоплення поверхні ендпротеза при виконанні його фіксації до черевної стінки, проста біомеханічна конструкція швів не дозволяє рівномірно розподілити навантаження на тканини, що фіксуються.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу фіксації сітчастого поліпропіленового ендпротеза при герніопластиці післяопераційних вентральних гриж живота, в якому за рахунок зміни техніки накладення швів, досягається збільшення біомеханічної надійності фіксуючих поліпропіленовий сітчастий ендпротез швів, досягається профілактика післяопераційних ускладнень, що знижує ризик відриву ендпротеза від черевної стінки і рецидиву післяопераційних вентральних гриж живота.

Поставлена задача вирішується в способі фіксації сітчастого поліпропіленового ендпротеза при герніопластиці післяопераційних вентральних гриж живота з передочеревинним розташуванням трансплантата, що полягає у фіксації трансплантата П- подібними швами, згідно з корисною моделлю, нитку проводять через м'язово-апоневротичний шар черевної стінки паралельно гризовому дефекту чи напрямку його ушивання з захопленням ендпротеза і виолом на відстані 2 см від першого вколу, наступний вкол голки виконують паралельно вколу, відступивши 0,5 см з аналогічним проведенням нитки, захопленням у шов ендпротеза і виолом на відстані 2 см від

краю гризових воріт і 1 см від першого вколу.

Таким чином, накладення для фіксації розташованого передочеревинно сітчастого поліпропіленового ендпротеза біомеханічно вигідних модифікованих П- подібних швів на черевну стінку має простоту накладення безупинного і надійного 8-подібного шва. П- подібний шов крім надійної фіксації ендпротеза до черевної стінки, забезпечує щільне прилягання ендпротеза і його якнайшвидше уживлення в тканині реципієнта.

Запропонований нами спосіб фіксації ендпротеза відрізняють від широко застосовуваних у хірургії способів - вигідні біомеханічні особливості, що дозволяють рівномірно розподілити силу натягу на його елементах, забезпечити надійну фіксацію ендпротеза на більшій, чим при звичайних способах, площі черевної стінки.

Спосіб, що заявляється, використовують таким чином.

Сітчастий ендпротез розміщують передочеревинно. Відступивши на 2-2,5 см від краю, виконують вкол на верхньому краї гризових воріт гіпогастральної післяопераційної грижі. Нитку проводять через м'язово-апоневротичний шар черевної стінки паралельно гризовому дефекту чи напрямку його ушивання. При цьому захоплюють ендпротез, а виолом виконують на відстані 2 см від першого вколу. Потім виконують вкол голки паралельно вколу, відступивши 0,5 см з аналогічним проведенням нитки, захопленням у шов ендпротеза і виолом на відстані 2 см від краю гризових воріт і 1 см від першого вколу.

Запропонований спосіб фіксації ендпротеза при герніопластиці ПОВГ, застосований у пацієнтів з гіпогастральною післяопераційною вентральною грижею на клінічних базах кафедри «Ендоскопії, хірургії і топографічної анатомії» ХМАПО: у клініці торако-абдоминальної хірургії ВЧ АЗЗ06 - у 14 випадках.

Таким чином, застосування П- подібного шва нашої модифікації вирішує проблему надійної фіксації сітчастого поліпропіленового ендпротеза до черевної стінки при закритті гризового дефекту в гіпогастрії, забезпечуючи позитивний результат хірургічного лікування гіпогастральних ПОВГ у геріатричних хворих.