



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41270** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ І ПУПКОВИХ ГРИЖ З ФОРМУВАННЯМ ШТУЧНОГО ПУПКА

1

2

(21) u200815234

(22) 29.12.2008

(24) 12.05.2009

(46) 12.05.2009, Бюл.№ 9, 2009 р.

(72) КУШНІРЧУК МИКОЛА ІВАНОВИЧ, UA

(73) КУШНІРЧУК МИКОЛА ІВАНОВИЧ, UA

(57) Спосіб герніопластики післяопераційних вентральних і пупкових гриж з формуванням штучного пупка, що включає розтин шкіри з висіченням зруйнованого пупка, формування трапецієподібного шкірного клаптя і навпроти - другого трапецієподібного клаптя, який видовжують, формуючи на вершині трапеції додатковий клапоть у вигляді квадрата, який **відрізняється** тим, що при висіченні грижового мішка в проекції майбутнього пуп-

ка на краю м'язово-апоневротичного шару додатково залишають з одного боку клапоть шириною 1-1,5см і висотою 2-3см, виділяють грижовий мішок, розсікають його, вміст занурюють в черевну порожнину, при необхідності роз'єднують злуки, видаляють залишки грижового мішка таким чином, щоб зшити в подальшому без натягу, після зшивання власних тканин м'язово-апоневротичного шару черевної стінки по типу дублікатури, в проекції пупка залишають вільний клапоть, до якого фіксують вершини трапецієподібних клаптів і окремо вершину видовженого клаптя, після чого з обох боків сформованого штучного пупка поширово зашивають рану.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, як до пластичної, так і до загальної хірургії, і може застосовуватись у хворих, яким проводять пластику грижових воріт при післяопераційних вентральних (рубцевих) і пупкових грижах з формуванням штучного пупка.

Відомий спосіб герніопластики з формуванням штучного пупка, вибраний прототипом, який включає розтин шкіри з висіченням зруйнованого пупка, формування трапецієподібного шкірного клаптя і навпроти - другого трапецієподібного клаптя, який видовжують, формуючи на вершині трапеції додатковий клапоть у вигляді квадрата, потім до дублікатури апоневрозу фіксують окремо вершини трапецієподібних клаптів і окремо - на симетричній відстані від основи трапеції вершину видовженого клаптя, накладають з обох боків симетричні шви, після чого косметичними швами зашивають краї рани [Патент України на винахід №83169; МПК A61B17/00; Опубл. 10.06.2008, Бюл. №11, 2008р.].

Недоліком цього способу є те, що при герніопластичі післяопераційних вентральних (рубцевих) і пупкових гриж важко сформувати потрібної довжини шкірні клапті, які необхідні для формування пупка, а при фіксації до апоневрозу утворюється натяг, який викликає ішемію і може спричинити незадовільний результат операції. Окрім того, при

застосуванні в практиці у хворих з надмірно вираженою товщиною підшкірної жирової клітковини (5 см і більше) навіть при задовільному результаті утворюється глибока пупкова ямка, яка створює незручності для гігієнічного догляду.

В основу корисної моделі поставлено завдання удосконалити спосіб проведення герніопластики післяопераційних вентральних (рубцевих) і пупкових гриж з формуванням штучного пупка з метою збереження природного вигляду живота, уникнути при цьому натягу шкіри та досягнути зменшення глибини лійки пупка.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі герніопластики післяопераційних вентральних і пупкових гриж з формуванням штучного пупка, який включає розтин шкіри з висіченням зруйнованого пупка, формування трапецієподібного шкірного клаптя і навпроти - другого трапецієподібного клаптя, який видовжують, формуючи на вершині трапеції додатковий клапоть у вигляді квадрата, згідно з корисною моделлю, при висіченні грижового мішка в проекції майбутнього пупка на краю м'язово-апоневротичного шару додатково залишають з одного боку клапоть шириною 1-1,5см і висотою 2-3см, виділяють грижовий мішок, розсікають його, вміст занурюють в черевну порожнину, при необхідності роз'єднують злуки, вида-

(19) **UA** (11) **41270** (13) **U**

ляють залишки грижового мішка таким чином, щоб уникнути в подальшому натягу, після зшивання власних тканин м'язово-апоневротичного шару черевної стінки по типу дублікатури в проекції пупка залишають вільний клапоть, до якого фіксують вершини трапецієподібних клаптів і окремо вершину видовженого клаптя, після чого з обох боків сформованого штучного пупка пошарово зашивають рану.

Запропонований спосіб дозволяє формувати пупок значно вище від дублікатури апоневрозу. При цьому для формування пупкового тяжа використовують не тільки тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки, а також прилеглі рубцеві тканини. В залежності від товщини шару підшкірної жирової клітковини довжина пупкового тяжа складає 2-3см, ширина - до 1-1,5см. Наявність такого тяжа запобігає натягу та ішемії шкірно-підшкірних клаптів в ділянці пупка і, тим самим, покращує процес зрощення тканин, а у хворих із значним ожирінням зменшує глибину лійки пупка, чим досягається кращий естетичний ефект.

Спосіб герніопластики післяопераційних вентральних і пупкових гриж з формуванням штучного пупка здійснюють таким чином.

Над грижовим випинанням проводять розтин таким чином, щоб у проекції зруйнованого пупка сформувати трапецієподібний і навпроти нього - видовжений трапецієподібний клапоть (трапеція + квадрат). При цьому для уникнення деваскуляризації шкіри в ділянці шкірних клаптів залишають шар прилеглої підшкірної клітковини. Виділяють грижовий мішок, розсікають його, вміст занурюють в черевну порожнину, при необхідності роз'єднують злуки. Залишки грижового мішка видаляють таким чином, щоб у подальшому залишити без натягу. Додатково на одній із сторін грижових воріт викроюють м'язово-апоневротичний клапоть довжиною 2-3см, шириною - до 1,5см.

Черевну порожнину зашивають у такому порядку. Спочатку зашивають безперервним швом очеревину. При неможливості утворити дублікатуру апоневрозу без натягу можна застосувати хірургічну сітку *sab laun* або *in laun*. Дублікатуру м'язово-апоневротичного шару накладають дворядним вузловим швом. При цьому край м'язово-апоневротичного шару з вільним клаптем накладають зверху. В подальшому цей клапоть відіграє роль пупкового тяжа. До його вершини фіксують верхівки трапецієподібного і видовженого трапецієподібного клаптів. Видовжений трапецієподіб-

ний клапоть двічі фіксують до верхівки м'язово-апоневротичного тяжа. Таким чином утворюється шкірний горбик (власне пупок). Зшивають підшкірну жирову клітковину.

При необхідності дренують операційну рану за загальноприйнятими правилами. Навколо пупка накладають два симетричні шви для формування лійки пупка. Шкіру зашивають косметичним або вузловим швом.

Клінічний приклад

Хворий Ян., 1935р.н., історія хвороби №11223, поступив в клініку 08.10.2008р. з діагнозом: Невправна післяопераційна вентральна (рубцева) грижа. При огляді живота виявлено в ділянці пупка м'якоеластичне випинання розміром 5х6см, неболюче, яке не вправлялося в черевну порожнину. Над лобком - друге випинання розміром 40х50мм, яке вправлялося частково. При УЗ-скануванні візуалізовано утвор 4х5см із щільною стінкою, вміст - петлі кишок. Краї грижових воріт - 2-3см. Над лонном - аналогічний утвор 40х50мм. Після повного клінічного обстеження крові і сечі, рентгенологічного обстеження органів грудної клітки, спірографії функції зовнішнього дихання, ультразвукового сканування грижових воріт 10.10.2008р. під ендотрахеальним наркозом хворого прооперовано. Над грижовим випинанням проведено розтин з висіченням зруйнованого пупка і післяопераційного рубця, під час якого в проекції пупка сформовано два шкірних клапті - трапецієподібний і видовжений трапецієподібний. Грижові мішки відділили з рубцевих тканин розсікли і з'єднали перетинкою між грижовими воротами. Провели ревізію органів черевної порожнини з роз'єднанням злук. При висіченні грижового мішка в проекції пупка додатково залишили клапоть з рубцевих тканин апоневрозу довжиною 20мм і шириною 15мм. Відсепарували парієтальну очеревину і вільні краї м'язово-апоневротичного шару зшили безперервним швом. Сітчастий алотрансплантат розміром 8х20см розмістили *sab laun*. Безперервним швом зашили м'язи і апоневроз. При цьому в проекції майбутнього штучного пупка залишився вільний клапоть, до якого фіксували краї трапецієподібного і видовженого трапецієподібного клаптів. Симетрично з обох боків наклали два вузлові шви. Таким чином було сформовано штучний пупок з пупковим тяжем. Підшкірну клітковину і шкіру зшити вузловими швами. До дна пупкової ямки поставлено марлевий дренаж, асептична пов'язка. На 6 і 7 післяопераційну добу хворому знято шви. 17.10.1008р. хворого виписано зі стаціонару.