



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50306 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

1

2

(21) u201001655

(22) 17.02.2010

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) МАРКУЛАН ЛЕОНІД ЮРІЙОВИЧ, БУРКА
АНАТОЛІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ВИШНЕВСЬКИЙ ЮРІЙ
ОРЕСТОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування вентральних
гриж великих розмірів, що включає використання
багатошарових неадгезивних хірургічних сіток,
який **відрізняється** тим, що використовують два
типи сіток, які імплантують в різні місця, одну бага-

тошарову неадгезивну - в черевну порожнину під
очеревину, а другу проленову - в черевну стінку,
при цьому багатошарову неадгезивну сітку фіксу-
ють не по периметру апоневрозу, для чого спочат-
ку максимально допустимо зшивають краї апонев-
розу, а дефект, що залишається, закривають
неадгезивною багатошаровою сіткою, подальшу
пластику передньої черевної стінки виконують за
допомогою проленової сітки, яку імплантують на
задні листки піхв прямих м'язів живота, надсітко-
вий простір дренують поліхлорвініловим дрена-
жем, проленову сітку зверху закривають прямими
м'язами живота.

Корисна модель, що заявляється, належить до
медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів
хірургічного лікування вентральних гриж великих
розмірів

Сучасна концепція лікування вентральних
гриж полягає у використанні безнатяжних методів
пластики (методів, які виключають натяг тканин,
що зшивають). З цією ціллю була реалізована ідея
використання спеціальних сіток із синтетичних
матеріалів.

Так, відомий спосіб пластики вентральних
гриж по типу sublay [1], який полягає в тому, що
експлантат розміщують між очеревиною і м'язево-
апоневротичним шаром або ж мобілізують краї
апоневрозу, під абдомінальними м'язами форму-
ють ложе для сітки, потім краї апоневрозу зшива-
ють і на нього імплантують сітку, яка має заводити-
ся не менш ніж на 5см, за краї гризового
дефекту.

Недоліком даного способу є його обмежене
використання при великих вентральних грижах,
коли не вдається з'єднати краї дефекту апоневро-
зу без натягу.

Найближчим аналогом-прототипом способу,
що заявляється є спосіб хірургічного лікування
великих вентральних гриж за допомогою багато-
шарових неадгезивних хірургічних сіток [2]. Відпо-
відно до цього способу дефект в черевній стінці
закривають сіткою, яку розташовують в черевній

порожнині під апоневрозом і фіксують по його пе-
риметру.

Недоліками даного способу є:

- В апоневрозі залишається дефект, який за-
кривається лише однією сіткою, що не створює
надійної опорної структури.

- Наявність стороннього тіла великих розмірів
в черевній порожнині.

Задача, яка вирішується способом, що заяв-
ляється полягає у зменшенні дефекту у апоневрозі
та розмірів стороннього тіла (сітки) в черевній по-
рожнині.

Технічний результат від впровадження спосо-
бу хірургічного лікування вентральних гриж вели-
ких розмірів, буде полягати в значному зниженні
частоти рецидиву грижі та зменшенню побічних
явищ алопластики.

Відмінною особливістю способу, що заявля-
ється, є те, що він являється найбільш фізіологіч-
ним, оскільки використовують два різних типи сі-
ток, які імплантують в різні місця: одна в черевну
порожнину (під очеревину), а друга в черевну стін-
ку, зменшується дефект в апоневрозі та розміри
стороннього тіла (сітки) в черевній порожнині.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі хірургічного лікування великих
вентральних гриж з використанням багатошарових
неадгезивних хірургічних сіток, згідно корисної
моделі, використовують два типи сіток, які імплан-

(19) UA (11) 50306 (13) U

тують в різні місця: одну багатошарову неадгезивну в черевну порожнину під очеревину, а другу проленову - в черевну стінку, при цьому багатошарову неадгезивну сітку фіксують не по периметру апоневрозу, для чого спочатку максимально допустимо зшивають краї апоневрозу, а дефект, що залишається, закривають неадгезивною багатошаровою сіткою, подальшу пластику передньої черевної стінки виконують за допомогою проленової сітки, яку імплантують на задні листки піхв прямих м'язів живота, надсітковий простір дренажують поліхлорвініловим дренажем, проленову сітку зверху закривають прямими м'язами живота.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування вентральних гриж з використанням хірургічних сіток, що заявляється, є використання двох різних типів сіток, які імплантують в різні місця.

Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування вентральних гриж великих розмірів. За літературними даними такий спосіб невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином.

Операцію починають з серединної лапаротомії. Виділяють задні листки піхви прямих м'язів живота, які ушивають частково, повністю ушити і закрити дефект неможливо через натяг тканин. Дефект, що залишається закривають, багатошаровою неадгезивною сіткою, яку розташовують у вільній черевній порожнині і фіксують окремими вузловими швами до апоневрозу. Подальша пластика передньої черевної стінки виконується з допомогою проленової сітки, яку імплантують на задні листки піхв прямих м'язів живота. Надсітковий простір дренажують поліхлорвініловим дренажем. Проленову сітку зверху закривають прямими м'язами живота.

Конкретний приклад застосування

Хворий Т. 71 рік, історія хвороби № 6753256, госпіталізований в хірургічне відділення ОКЛ 18.01.10 з діагнозом: Післяопераційна вентральна грижа, гігантських розмірів (30-25см.).

З анамнезу відомо, що 4.07.09 оперований з приводу пухлини прямої кишки-передня резекція прямої кишки з накладанням анастомозу. В ранньому післяопераційному періоді у хворого було

нагноєння післяопераційної рани. 12.09.09 - хворий відмітив появу грижі в ділянці післяопераційного рубця.

Лабораторні показники - в межах норми. Хворому виконано УЗД ОЧП, ФГДС, колоноскопію-патологію не виявлено.

Після передопераційної підготовки і дообстеження, 21.01.10 хворому виконана операція: герніолапаротомія з висіченням старого післяопераційного рубця. В проекції білої лінії живота відмічаються грижеві ворота розмірами 25-15см, вмістом грижі є сальник і петлі тонкого кишечника. При ревізії виявлено виражений злуковий процес. Виконано вісцероліз. Підготовлено ложе для сітки. Виділено задні листки піхви прямих м'язів живота, які ушити частково проленовою ниткою. Повністю ушити і закрити дефект неможливо через натяг тканин. Дефект розмірами 8-4см закрито багатошаровою неадгезивною сіткою PROCEED розмірами 7,5-15см, яку розташовано в вільній черевній порожнині і фіксовано окремими вузловими швами до апоневрозу. Подальша пластика передньої черевної стінки виконувалась за допомогою проленової сітки розмірами 27-30см, яку розташовано на задні листки піхв прямих м'язів живота. Надсітковий простір дренажено поліхлорвініловим дренажем. Проленову сітку зверху укрито прямими м'язами живота. Ушити передні листки піхв прямих м'язів живота. Накладено пошарові шви на рану.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий отримував перев'язки з промиванням дренажів, антибактеріальну, анальгетичну, інфузійну терапію, антикоагулянти. В задовільному стані на 10 добу після операції виписаний з стаціонару.

Спосіб апробовано кафедрою хірургії №4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця з позитивним результатом та рекомендовано для широкого впровадження.

Література:

1. В.В.Жебровський. Хирургия грыж живота. - Москва. Медицинское информационное агентство, 2005-С.336-339.

2. А.В.Пепенин. Використання сітки PROCEED при пластичі післяопераційних вентральних гриж// Львівський медичний часопис. - 2009, Vol. 15, №3.