



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **62780** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

1

2

(21) u201103362

(22) 21.03.2011

(24) 12.09.2011

(46) 12.09.2011, Бюл.№ 17, 2011 р.

(72) СИПЛИВИЙ ВАСИЛЬ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ХАБУСЄВ ВОЛОДИМИР КАДИРОВИЧ, ПЕТРЕНКО ГРИГОРІЙ ДМИТРОВИЧ, ДОЦЕНКО ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ, ЄВТУШЕНКО ДМИТРО ВАСИЛЬОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування вентральних гриж, що включає виділення гризового мішка, повернення його в черевну порожнину, зіставлення країв апоневрозу з пластиною передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом, який **відрізняється** тим, що краї апоневрозу зіставляють під контролем рівня внутрішньочеревного тиску, який встановлюють перед операцією і утримують постійним під час пластики сітчастим трансплантатом.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана в лікуванні вентральних гриж.

Грижа - це випинання органів з порожнини, де вони повинні знаходитися в нормі, через природний чи сформований в результаті патологічного процесу отвір при дотриманні умови збереження цілісності оболонок, які їх покривають. Вентральна грижа - це дефект черевної стінки поза паховими областями. Вентральні грижі - одні з найпоширеніших захворювань, зустрічаються в 3-4 % населення. Факторами, що сприяють утворенню гриж живота, є спадковість, зміни черевної стінки (у тому числі вікові), вагітність, ожиріння чи виснаження. До факторів, що спричиняють грижі відносяться стани, що приводять до підвищення чи коливання внутрішньочеревного тиску - важка праця, запори, пологи, частий кашель і деякі інші. Велику групу складають післяопераційні грижі, що виникають після хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини. Наявність грижі завжди супроводжується рядом неприємних проявів, однак головна небезпека грижі - защемлення органів, що знаходяться в гризовому мішку з їх наступної ішемізацією і некрозом. Дане ускладнення може супроводжуватися інфікуванням і запаленням очеревини (перитонітом) і ставить під загрозу життя пацієнта. Очевидно, що лікування гриж необхідно проводити вчасно, тому що надання допомоги при ускладненій грижі не тільки більш проблематично, але і може бути недостатньо ефективним.

Вентральна грижа може бути вилікувана тільки хірургічним шляхом. Основними етапами хірургічного лікування є: виділення гризового мішка, повернення його в черевну порожнину, зіставлення країв апоневрозу з пластиною передньої черевної стінки. Останнім часом для пластики передньої черевної стінки використовують сітчасті трансплантати (Жебровский В.В. Атлас операций на органах брюшной полости. - М.: МИА, 2009. - 464 с.; Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. - М.: МИА, 2005. - 384 с.; Майстренко Н.А., Курыгин А.А. Избранные лекции по курсу факультетской хирургии. - ЭЛЮИ-СПб, 2007. - 224 с.).

Даний спосіб лікування вентральних гриж є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано як найближчий аналог.

Основним недоліком найближчого аналога є розлади серцевої діяльності і дихання, пов'язані з різким зменшенням об'єму черевної порожнини під час пластики черевної стінки. Внаслідок цього підвищується внутрішньочеревний і внутрішньогрудний тиск, що проявляється гострою дихальною недостатністю, фібриляцією передсердь і навіть інфарктом міокарда.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі поставлена задача підвищення ефективності лікування вентральних гриж шляхом профілактики різкої зміни внутрішньочеревного тиску.

Задачу, яку поставлену в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі ліку-

(13) **U**
(11) **62780**
(19) **UA**

вання вентральних гриж, що включає виділення грижового мішка, повернення його в черевну порожнину, зіставлення країв апоневрозу з пластиною передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом, згідно з корисною моделлю, краї апоневрозу зіставляють під контролем рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), який встановлюють перед операцією і утримують постійним під час пластики сітчастим трансплантатом.

Технічний ефект корисної моделі, а саме профілактика різкого зменшення об'єму черевної порожнини під час пластики черевної стінки, обумовлений тим, що об'єм черевної порожнини залишається незмінним під час усього періоду хірургічного лікування вентральної грижі завдяки постійному моніторингу внутрішньочеревного тиску. На етапі пластики ВЧТ визначає розмір трансплантата.

Спосіб виконують наступним чином:

Пацієнт лежить на спині. У сечовий міхур через катетер Фолея з роздутим балоном вводять 80-100 мл фізіологічного розчину (зазвичай через додатковий, аспіраційний порт катетера). Потім катетер перекидають затиском дистальніше місця виміру і до нього за допомогою трійника чи товстої голки приєднують звичайну систему від крапельниці. За нульову оцінку приймають верхній край лобкового зчленування. Результати одержують у сантиметрах водяного стовпа. (Співвідношення для перерахування в міліметри ртутного стовпа: 1 мм.рт.ст.=13,6 мм водяного стовпа). Встановлені ступені внутрішньочеревної гіпертензії: 1 ст. - 12-15 мм.рт.ст., 2 ст. - 16-20 мм.рт.ст., 3 ст. - 21-25 мм.рт.ст., 4 ст. - >25 мм.рт.ст. Таким чином показники ВЧТ до 163 мм водяного стовпа є нормою.

Перед операцією вимірюють ВЧТ. Катетер для виміру залишають в сечовому міхурі. Після виділення вмісту грижового мішка і повернення його в черевну порожнину зіставляють краї апоневрозу, моделюючи таким чином реконструктивний етап операції. При цьому знову визначають ВЧТ. Якщо показники відповідають внутрішньочеревній гіпертензії, краї апоневрозу розсовують аж до нормалізації показника ВЧТ. Виходячи з цього, визначають форму і розміри сітчастого ендопротеза і приймають рішення про вид пластики передньої черевної стінки (натяжна, неналяжна).

Ефективність способу ілюструють наступні приклади.

Приклад 1

Хвора К., 65 років, надійшла в хірургічне відділення зі скаргами на періодичні болі в животі, наявність грижового випинання передньої черевної стінки розмірами 17×20 см. Раніше хвора перенесла 4 оперативні втручання з приводу деструктивного холециститу з механічною жовтяницею. У наступному тричі оперована з приводу післяопераційних вентральних гриж. Обстежена. Діагнос-

тована невправима післяопераційна вентральна грижа великих розмірів на фоні ішемічної хвороби серця. Ожиріння 3 ступеня - індекс маси тіла (ІМТ) 43. При дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) відзначено: зниження життєвої ємності легень (ЖЕЛ) до 62 % від норми, зниження максимальної вентиляції легень (МВЛ) до 65 % від норми, зниження пульсактометричних показників на вдиху 1,5 л/сек., на видиху 1,5 л/сек., зниження проби Вотчала нижче 65 %. Хвора оперована. Вимірний ВЧТ - 160 мм водяного стовпа. При зіставленні країв апоневрозу відзначено підвищення внутрішньочеревного тиску до 185 мм водяного стовпа, а при розведенні їх на 50 мм - нормалізація показників ВЧТ - 160 мм. На підставі отриманих даних виконана неналяжна пластика сітчастим ендопротезом, при якій краї апоневрозу фіксовані до протеза на відстані 50 мм друг від друга. У ранньому післяопераційному періоді явищ абдомінального компартмент синдрому (АКС) не спостерігалось. Функція шлунково-кишкового тракту (ШКТ) відновилася вчасно, ознак порушення ФЗД не було. Рана зажила первинним натягом, шви зняті поетапно на 6-у - 10-у добу після герніопластики. Хвора виписана зі стаціонару з видуванням.

Приклад 2

Хвора Л., 68 років, надійшла в хірургічне відділення зі скаргами на періодичні болі в животі, що підсилюються при фізичному навантаженні, наявність грижового випинання передньої черевної стінки. Випинання з'явилося близько 9 років тому і поступово збільшувалося в розмірах. Хвора страждає ожирінням 3-4 ступеня - ІМТ 89. Обстежена. Діагностована невправима вентральна грижа білої лінії живота гігантських розмірів. Супутня патологія - ішемічна хвороба серця, СН 1, гіпертонічна хвороба 2 ст. У клінічних і біохімічних аналізах - без особливостей. При дослідженні ФЗД відзначено: зниження ЖЕЛ до 65 % від норми, зниження МВЛ - до 67 % від норми, зниження пульсактометричних показників на вдиху 1,6 л/сек., на видиху 1, 4, 5 л/сек., зниження проби Вотчала нижче 63 %. Хвора оперована. При вимірі ВЧТ до операції - показник 160 мм водяного стовпа. До виконання пластики при зведених краях апоневрозу значимого підвищення внутрішньочеревного тиску не відзначено - 163 мм водяного стовпа. На підставі отриманих при вимірі даних виконана натяжна пластика сітчастим ендопротезом за методом in lau, при якій краї апоневрозу зшиті одиночними вузлуватими швами. Перебіг раннього післяопераційного періоду сприятливий - явищ АКС не відзначено. Функція ШКТ відновилася вчасно, ознак порушення ФЗД не було. Рана зажила первинним натягом, шви зняті поетапно на 7-у - 12-у добу після герніопластики. Хвора виписана зі стаціонару з видуванням.