



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20100 (13) U  
(51) МПК (2007)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

1

(21) u200607147

(22) 26.06.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Гюльмамедов Фарман Ібрагімович, Гюльмамедов Полад Фарманович, Бондаренко Олексій Вікторович, Кухто Олексій Павлович, Бабюк Ігор Олексійович, Полунін Герман Євгенійович

(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІРУРГІЇ ІМ. В.К. ГУСАКА АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування рецидивних та післяопераційних вентральних гриж, що включає виділення грижового мішка та роз'єднання зрощень між його

2

стінками і грижовим вмістом, мобілізацію заднього листка піхви прямого м'яза живота, зшивання листків очеревини і заднього листка піхви прямого м'яза живота, розміщення і фіксацію протеза, при укріпленні зони грижового дефекту, який **відрізняється** тим, що у протезі роблять поперечні розрізи відповідно кожної ділянки рубцевих зрощень між м'язами та апоневрозом на необхідну довжину та розташовують частково над та частково під прямими м'язами живота, в залежності від рубцевих змін м'язів та напрямку руху судин, а потім фіксують до переднього або заднього листка апоневроза по усьому периметру протеза.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використана при хірургічному лікуванні рецидивних післяопераційних вентральних гриж, особливо, якщо мають місце виражені рубцеві зміни м'язів та інших тканин навколо грижового мішка після попередніх операцій.

Відомий спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж, при якому після розділення спайок грижовий вміст занурюють в черевну порожнину. Грижові ворота закривають, зшиваючи листки очеревини та незмінений апоневроз, якщо це не пов'язана з великим натягненням тканин. По усьому периметру на апоневроз фіксують поліпропіленову сітку без натягнення, яка на 5-6см більша ніж грижовий дефект. Проте, розташування сітки зверху апоневроза збільшує ризик розвитку рецидивів і, особливо, формування таких ускладнень, як післяопераційні нориці, сероми, гематоми і інфікування алопротеза [1].

Серед запропонованих способів лікування післяопераційних вентральних гриж за допомогою сітчастого протеза найближчим до заявляемого і узятий нами як прототип є спосіб, при якому, після виділення грижового мішка та роз'єднання зрощень між його стінками і грижовим вмістом, виділяють обидві піхви прямого м'яза живота. Мобілізують м'язи від заднього листка піхви (sublay technique). Зшивають листки очеревини і задній

листок піхви прямого м'яза живота. Поліпропіленовий протез, розмір якого перевищує розмір грижового дефекту на 4-6см по усьому периметру, розташовують і фіксують над заднім листком піхви прямих м'язів. Над протезом зшивають передній листок піхви прямого м'яза живота. Використання цього способу дуже доречно, якщо має місце щільні зрощення очеревини та задніх листків піхв прямих м'язів живота, що зустрічається дуже часто при рецидивних та післяопераційних вентральних грижах. Недоліком цього способу є травматизація прямих м'язів живота, розвиток больового синдрому, сером, гематом у післяопераційному періоді [2].

У основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу хірургічного лікування рецидивних післяопераційних вентральних гриж, яка забезпечує можливість усунення гриж без надмірного травмування м'язів та питаючих їх судин, при наявності виражених рубцевих змін черевної стінки, особливо м'язів після попередніх операцій, більш адекватне розташування алопротеза необхідного розміру при великих грижах, зменшення больового синдрому, кількості сером та гематом у післяопераційному періоді, скорочення строків реабілітації пацієнтів.

Поставлена задача вирішується наступним чином: в способі лікування рецидивних та післяопераційних вентральних гриж, що включає насту-

(13) U

(11) 20100

(19) UA

пне: виділяють грижовий мішок та роз'єднують зрощення між його стінками і грижовим вмістом. Мобілізують задній листок піхви прямого м'яза живота та зшивають його з листком очеревини. Розміщують і фіксують протез, при укріпленні зони грижового дефекту. Згідно з корисною моделлю у протезі роблять поперечні розрізи відповідно кожної ділянки рубцевих зрощень між м'язами та апоневрозом на необхідну довжину та розташовують частково над та частково під прямими м'язами живота, в залежності від рубцевих змін м'язів та напрямку руху судин. Потім фіксують до переднього або заднього листка апоневроза по усьому периметру протеза.

Здійснюється спосіб таким чином:

після середньої лапаротомії виділяють грижовий мішок, проводять вісцероліз. Потім препарують простір між прямими м'язами живота та листками піхви односторонніх м'язів. Враховуючи виражені рубцеві зміни черевної стінки, особливо між м'язами та апоневротичними структурами після попередніх операцій, аби запобігти надмірного травмування м'язів та питаючих судин, частково над і частково під прямими м'язами живота, в залежності від рубцевих змін та напрямку руху судин мобілізують задній та передній листки піхви прямих м'язів на 7-8 см латеральніше країв грижових воріт.

Безперервним нерозсмоктуючимся швом зшивають листки очеревини та задній листок піхви прямих м'язів живота. Готують сітчастий поліпропіленовий протез такої форми щоб його площа перекривала грижовий дефект на 7-8 см по усьому периметру. У протезі роблять розрізи у поперечному напрямі відповідно кожної мобілізованої ділянки на необхідну довжину, в залежності від розташування рубцевого зрощення чи судин. У підготовлений простір спереду або ззаду прямих м'язів живота вводять протез і фіксують до переднього або заднього листка апоневроза по усьому периметру. До алопротезу підводять дренаж. Зшивають передній листок піхви прямих м'язів живота.

Конкретний приклад здійснення способу:

хвора Л. 1950 року народження (№ історії хвороби 18084) поступила в клініку 07.09.05. Під час госпіталізації скаржилася на переймоподібний біль по всьому животу, наявність грижового випинання на передньої черевної стінки у області післяопераційного рубця, постійні ниючі болі у області випинання, що посилювалися при фізичному навантаженні, при нахилі тулуба.

Анамнез захворювання: вперше оперована в 1979 році з приводу кісти правого яєчника, 1986 року – з приводу пупкової грижі і апендициту. Через 1 рік оперована з приводу рецидивної післяопераційної грижі. У 1991 році ургентно оперована з пригоду кишкової непрохідності. У 1992 році оперована у зв'язку з ущемленою рецидивною післяопераційною вентральною грижею. У 2000 році повторна ургентна операція з приводу кишкової непрохідності. Через 1 рік рецидив грижі з'явився знов. У останні місяці з'явилися вищезгадані скарги, після фізичних навантажень і в положенні стоячи, відзначає збільшення розмірів випинання і появу больового синдрому.

Страждає ІХС, атеросклеротичним кардіосклерозом, ГХ 2ст. Підвищеного живлення, гіперстенік. Обстежена. З боку лабораторних показників вікові зміни.

При огляді місця хвороби: живіт асиметричний за рахунок грижового випинання. По середній лінії старий післяопераційний рубець до 20 см завдовжки і 2,5 см завширшки. Живіт при пальпації м'який, хворобливий у області випинання. Симптомів роздратування очеревини, кишкової непрохідності немає. При огляді хворої в положенні стоячи у області післяопераційного рубця грижове випинання, м'яко-еластичної консистенції, помірно хворобливе, шкіра над ним не змінена, розмірами 15x22 см в діаметрі, яке самостійно не вправляється.

Діагноз: Рецидивна післяопераційна невправна вентральна грижа.

Соп: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, ГХ 2ст., варикозна хвороба вен нижніх кінцівок 1ст.

Показано оперативне лікування в об'ємі герніопластики з використанням сітчастого алотрансплантату.

20.09.05. хвора оперована. Поряд зі старим післяопераційним рубцем проведено розріз, розкрит грижовий мішок. У грижовому мішку виражений спайковий процес. Після вісцеролізу і виділення грижового мішку встановлено, що очеревина зрощена з заднім листком піхви прямих м'язів живота, а у зоні грижових воріт виражені рубцеві зміни тканин черевної стінки, особливо між м'язами та апоневротичними структурами. Для запобігання надмірного травмування м'язів та питаючих судин, вирішено виконати герніопластику сітчастим поліпропіленовим протезом по запропонованій нами методиці.

У післяопераційному періоді на протязі 2 діб хвору турбував больовий синдром, який нівелювався на 4 добу, ексудатія з дренажів за весь період була помірна до 10-15 мл на добу на протязі тижня, дренажні трубки видалені на 6 добу. Хвора виписана на 9 добу після операції у задовільному стані, рана загоїлася первинним натягненням. На протязі 8 місяців рецидивів не спостерігалось, скарг не пред'являє.

Перевага способу, що заявляється:

завдяки даному способу вдається здійснити алопластику рецидивних та післяопераційних вентральних гриж без надмірного травмування м'язів та питаючих їх судин протезом необхідного розміру, особливо при наявності виражених рубцевих змін черевної стінки після попередніх операцій, зменшення больового синдрому, кількості сером та гематом у післяопераційному періоді, скорочення строків реабілітації пацієнтів.

Джерела інформації взяті до уваги:

1. В.Н. Єгієв, Д.В. Чижов, і.В. Філаткіна. Взаємодія поліпропіленових ендпротезів з тканинам передньої черевної стінки // Герніологія. – 2005 - №2. - С.41-49.

2. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки // М.: Триада-Х, 2003. - С.85-86, 99.

