



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34092** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ АЛОПЛАСТИКИ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ДІАСТАЗОМ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА**

1

2

(21) u200803260

(22) 14.03.2008

(46) 25.07.2008, Бюл. № 14, 2008 р.

(72) ФЕЛЕШТИНСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ,
UA, ДУБЕНЕЦЬ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
UA, БАТАМАНЮК ВОЛОДИМИР ФЕДОРОВИЧ, UA
(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА, UA(57) Спосіб алопластики гігантських післяопера-
ційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів
живота, що включає висічення післяопераційного
рубця, виділення, часткове видалення та форму-
вання клаптів грижового мішка, роз'єднання зро-
щень між кишечником, великим чіпцем та краями
грижового дефекту, мобілізацію м'язово-апоневротичних країв грижового дефекту від під-
шкірної основи до передніх апоневротичних стінок
бокових м'язів живота, розрізання сухожильних
з'єднань апоневротичних піхв прямих і косих м'язів
живота, укріплення слабких місць, що утворилися
між ними, клаптями з поліпропіленової сітки та
укріплення серединного дефекту поліпропілено-
вою сіткою, що фіксується до м'язово-
апоневротичних країв дефекту, який **відрізняєть-
ся** тим, що укріплення серединного дефекту полі-
пропіленовою сіткою виконують шляхом її розмі-
щення між клаптями грижового мішка та фіксації
до м'язово-апоневротичних тканин, відступаючи на
5-6см від країв дефекту.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до спосо-
бів хірургічного лікування гігантських післяопера-
ційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів
живота.

Гігантські післяопераційні вентральні грижі з діастазом прямих м'язів живота становлять 10-12% від загальної кількості післяопераційних гриж. Найчастіше такі грижі виникають після оперативних втручань загального перитоніту, релапаротоміях, та нагноєння лапаротомної післяопераційної рани. Результати хірургічного лікування таких гриж є незадовільними, оскільки існуючі способи операцій супроводжуються високою частотою легенево-серцевої недостатності (6-8%), післяопераційної летальності (2-6%) [1], а також високою частотою рецидивування (26-63%) [2].

Так, відомий спосіб хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота з використанням поліпропіленової сітки за методикою "inlay" [3, 4], який полягає в тому, що після висічення післяопераційного рубця, виділенні і розрізання грижового мішка, роз'єднують зрощення між органами черевної порожнини, частково або повністю видаляють грижовий мішок, зшивають клапті грижового мішка. Потім мобілізують парієтальну очеревину від м'язово-

зово-апоневротичних країв грижового дефекту, преперитонеально розміщують поліпропіленову сітку та фіксують її окремими швами до м'язово-апоневротичних країв грижового дефекту. Останні зшивають контактно. Операцію закінчують пошаровим зашиванням підшкірної основи та шкіри.

Недоліком цього способу лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота є те, що діастаз прямих м'язів живота ліквідується з великим натягом м'язово-апоневротичних тканин, що призводить до зменшення об'єму черевної порожнини, різкого підвищення внутрішнього тиску та розвитку гострої легенево-серцевої недостатності та високої летальності (6-8%). Крім того, значний натяг м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки сприяє прорізуванню швів, міграції поліпропіленової сітки та виникненню високої частоти рецидивів.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота з використанням поліпропіленової сітки, що включає висічення післяопераційного рубця, виділення, розрізання і видалення грижового мішка, роз'єднання зрощень між кишечником, великим чіпцем та краями грижового дефекту, мобілізацію м'язово-апоневротичних

(19) **UA** (11) **34092** (13) **U**

країв грижового дефекту від підшкірної основи до передніх апоневротичних стінок бокових м'язів живота, зшивання м'язово-апоневротичних країв грижового дефекту та фіксацію над ними по периметру поліпропіленової сітки, відступаючи на 5-6см від зшитих м'язово-апоневротичних країв дефекту, після фіксації поліпропіленової сітки над зшитими м'язово-апоневротичними краями грижового дефекту розрізають сухожилкові з'єднання апоневротичних півх прямих і косих м'язів живота, а по периметру дефектів, що утворилися між апоневротичними півхами цих м'язів фіксують додаткові клапті з поліпропіленової сітки [5].

Цей спосіб зменшує частоту післяопераційних рецидивів та кількість післяопераційних ускладнень за рахунок того, що виконується алопластика без натягу опорних тканин та зменшення об'єму черевної порожнини, але він не вирішує проблеми при значному діастазі прямих м'язів живота та руховій зміні останніх.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота за рахунок закриття дефекту черевної стінки та ліквідації діастазу прямих м'язів без натягу м'язово-апоневротичних тканин, зменшення об'єму черевної порожнини та підвищення внутрішньочеревного тиску.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота з використанням поліпропіленової сітки, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні частоти гострої легенево-серцевої недостатності, післяопераційної летальності та зниженні частоти рецидивів грижі.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота з використанням поліпропіленової сітки, що включає висічення післяопераційного рубця, виділення, часткове видалення та формування клаптів грижового мішка, роз'єднання зрощень між кишечником, великим чіпцем та краями грижового дефекту, мобілізацію м'язово-апоневротичних країв грижового дефекту від підшкірної основи до передніх апоневротичних стінок бокових м'язів живота, розрізання сухожильних з'єднань апоневротичних півх прямих і косих м'язів живота, укріплення слабких місць, що утворилися між ними, клаптями з поліпропіленової сітки та укріплення серединного дефекту поліпропіленовою сіткою, що фіксується до м'язово-апоневротичних країв дефекту, згідно корисної моделі укріплення серединного дефекту поліпропіленовою сіткою виконують шляхом її розміщення між клаптями грижового мішка та фіксацією до м'язово-апоневротичних тканин, відступаючи на 5-6см від країв дефекту.

Суттєвою відмінністю способу алопластики гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота, що заявляється, є ліквідація діастазу прямих м'язів за рахунок укріплення серединного дефекту поліпропіленовою сіткою шляхом її розміщення між клаптями грижового

вого мішка та фіксацією до м'язово-апоневротичних тканин, відступаючи на 5-6см від країв дефекту.

Цим забезпечується закриття дефекту черевної стінки та усунення діастазу прямих м'язів живота без натягу тканин та зменшення об'єму черевної порожнини, що ліквідує підґрунтя для виникнення гострої легенево-серцевої недостатності та рецидивування грижі. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування цих гриж невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Висікають післяопераційний рубець. Виконують гемостаз. Виділяють і розрізають грижовий мішок, роз'єднують зрощення між органами черевної порожнини, формують клапті грижового мішка, мобілізують м'язово-апоневротичні краї грижового дефекту від підшкірної основи до передніх апоневротичних стінок бокових м'язів живота. Після цього розрізають сухожилкові з'єднання апоневротичних півх прямих і косих м'язів живота, а по периметру дефектів, що утворилися між апоневротичними півхами цих м'язів, фіксують додаткові клапті з поліпропіленової сітки. Далі укріплюють серединний дефект поліпропіленовою сіткою шляхом фіксації її до м'язово-апоневротичних країв між клаптями грижового мішка, відступивши на 5-6см від країв дефекту. З допомогою ПХВ трубок виконують вакуумне дреновання простору над сіткою та підшкірної клітковини. Операцію закінчують пошаровим зшиванням підшкірної основи та шкіри.

Приклад конкретного виконання

Пацієнт Б., 56 років, поступив 12.08.04 з діагнозом гігантська післяопераційна вентральна грижа з діастазом прямих м'язів живота. Грижа виникла 3 роки тому після закритої травми живота.

Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки виконано радикальну операцію післяопераційної грижі - герніопластику з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється.

Знеболювання: загальна анестезія з міорелаксантами.

Двома розрізами довжиною 28см висічено старий післяопераційний рубець від мечоподібного відростка і на 6см нижче пупка. Виділено і розрізано грижовий мішок розмірами 22×25см, який містив тонкий кишечник та чепець. Роз'єднання зрощень між органами черевної порожнини. Сформували клапті грижового мішка. Далі мобілізовано м'язово-апоневротичні краї грижового дефекту. Після цього розсічені сухожилкові з'єднання апоневротичних півх прямих і косих м'язів живота. По периметру дефектів, що утворилися, фіксовані додаткові клапті поліпропіленової сітки розмірами 12×8см. Далі укріплено серединний дефект поліпропіленовою сіткою 28×23см розміщеної між клаптями грижового мішка, та фіксованої до м'язово-апоневротичних країв дефекту. Пошарово шви на рану. Підшкірна клітковина дренована ПХВ трубками.

Хворий спостерігався протягом 2 років. Рецидиву грижі не спостерігалось.

За період з 2001 по 2004 роки у Київському центрі хірургії гриж живота за способом, що заявляється, прооперовано 23 пацієнтів з гігантськими післяопераційними вентральними грижами з діастазом прямих м'язів живота. З них 18 пацієнтів обстежувались протягом 1-5 років після операції, жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними рецидиви гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота сягають 30-45%.

Таким чином, спосіб алопластики гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота, що заявляється, завдяки герніопластиці без натягу знижує частоту рецидивування грижі та попереджує ускладнення з боку серцево-судинної та дихальної систем, оскільки об'єм черевної порожнини не змінюється.

Література:

1. Фелештинський Я.П., Піотрович СМ., Ігнатовський Ю.В., Яценко В.П., Мамонов О.В., Чиньба

О.В. Алопластика гігантських післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю "Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота". - Київ, МОЗ України, 2003. - С.74.

2. Фелештинський Я.П. Алопластика огромных послеоперационных грыж живота у пациентов пожилого и старческого возраста // Клінічна хірургія. - 1999. - №7. - С.24-26.

3. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эквентраций - Симферополь - «Бизнес - Информ» - 2002 - С.354-355.

4. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эквентраций - Симферополь - «Бизнес Информ» - 2002 - С.352-353.

5. Фелештинський Я.П., Дубенець В.О. Спосіб хірургічного лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж з діастазом прямих м'язів живота з використанням поліпропіленової сітки. Деклараційний патент на корисну модель UA№9384.