



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41271** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ І ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ХІРУРГІЧНОЇ СІТКИ ON LAY І ФОРМУВАННЯМ ШТУЧНОГО ПУПКА**

1

2

(21) u200815249

(22) 29.12.2008

(24) 12.05.2009

(46) 12.05.2009, Бюл. № 9, 2009 р.

(72) КУШНІРЧУК МИКОЛА ІВАНОВИЧ, UA, АНД-
РЮЩЕНКО ВІКТОР ПЕТРОВИЧ, UA(73) АНДРЮЩЕНКО ВІКТОР ПЕТРОВИЧ, UA, КУ-
ШНІРЧУК МИКОЛА ІВАНОВИЧ, UA(57) Спосіб герніопластики післяопераційних і вен-
тральних гриж із застосуванням хірургічної сітки on
lay і формуванням штучного пупка, що включає
розтин шкіри з висіченням зруйнованого пупка,
який **відрізняється** тим, що при висіченні грижо-
вого мішка в проекції майбутнього пупка на краю
м'язово-апоневротичного шару додатково зали-
шають з одного боку клапоть (тяж) довжиною 2-3

см і шириною 1-1,5 см, виділяють грижовий мішок, розсікають його, вміст занурюють в черевну поро-
жнину, при необхідності роз'єднують злуки, залиш-
ки грижового мішка видаляють таким чином, щоб у
подальшому зшити без натягу, після зшивання
власних тканин м'язово-апоневротичного шару
черевної стінки в проекції пупка залишається віль-
ний клапоть, який проводять через отвір у хірургі-
чній сітці, яку фіксують по периметру до м'язово-
апоневротичного шару черевної стінки і навколо
отвору, через який вільно виходить пупковий тяж,
потім до нього фіксують вершини трапецієподібних
клаптів і окремо вершину видовженого трапеціє-
подібного клаптя, після чого з обох боків сформо-
ваного штучного пупка пошарово зашивають під-
шкірну жирову клітковину і шкіру.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-
крема, як до пластичної, так і до загальної хірургії,
і може застосовуватися у хворих, яким проводять
пластику грижових воріт хірургічною сіткою on lay з
формуванням штучного пупка.

Відомий спосіб герніопластики з формуванням
штучного пупка, вибраний найближчим аналогом,
який включає розтин шкіри з висіченням зруйнова-
ного пупка, формування трапецієподібного шкірно-
го 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 си-
метричні шви, після чого косметичними швами
зшивають краї рани [Патент України на винахід
№83169; МПК А61 В 17/00; Опубл. 10.06.2008,
Бюл. №11, 2008р.]. Недоліком цього способу є те,
що при герніопластичі із застосуванням хірургічної
сітки on lay шкірні клапті прилягають до хірургічної
сітки і є прямими воротами для інфікування опе-
раційної рани в ділянці прилягання сітки до шкіри.
Окрім того, при великій товщині підшкірної жирової
клітковини у хворих неможливо без натягу фіксу-
вати шкіру до сітки з дублікатурою апоневрозу.

Натяг шкіри в зоні сформованого пупка спотворює
вигляд живота і створює ішемію, яка є великим
ризиком післяопераційних ускладнень, таких, як
некроз і нагноєння в ділянці пупка.

В основу корисної моделі поставлено завдан-
ня поліпшити спосіб герніопластики післяопера-
ційних і вентральних гриж із застосуванням хірур-
гічної сітки on lay і формуванням штучного пупка у
тому випадку, коли при герніопластичі алотранс-
плантат необхідно розмістити на м'язово-
апоневротичний шар (on lay), захистити транспла-
нтат від інфікування, надати животу із штучним
пупком належного косметичного вигляду.

Поставлене завдання досягається тим, що у
спосіб герніопластики післяопераційних і вентра-
льних гриж із застосуванням хірургічної сітки on lay
і формуванням штучного пупка, який включає роз-
тин шкіри з висіченням зруйнованого пупка, згідно
з корисною моделлю, при висіченні грижового міш-
ка в проекції майбутнього пупка на краю м'язово-
апоневротичного шару додатково залишають з
одного боку клапоть (тяж) довжиною 2-3 см і ши-
риною 1-1,5 см, виділяють грижовий мішок, розсі-
кають його, вміст занурюють в черевну порожнину,
при необхідності роз'єднують злуки, залишки гри-
жового мішка видаляють таким чином, щоб у по-
дальшому зшити без натягу, після зшивання влас-

(19) **UA** (11) **41271** (13) **U**

них тканин м'язово-апоневротичного шару черевної стінки в проекції пупка залишається вільний клапоть, який проводять через отвір у хірургічній сітці, яку фіксують по периметру до м'язово-апоневротичного шару черевної стінки і навколо отвору, через який вільно виходить пупковий тяж, потім до нього фіксують вершини трапецієподібних клаптів і окремо вершину видовженого трапецієподібного клаптя, після чого з обох боків сформованого штучного пупка пошарово зашивають підшкірну жирову клітковину і шкіру.

Запропонований спосіб дозволяє сформувати пупок значно вище від сітчастого трансплантату, що практично унеможливляє контакт хірургічної сітки з власне дермою і, відповідно, значно зменшує ризик інфікування. Трансплантат залишається відділеним від хірургічної сітки сформованим пупковим тяжем і прилеглою навколо нього підшкірною жировою клітковиною. 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 2-3 см, ширина - до 1-1,5 см. Наявність такого тяжа надає помірну мобільність і 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 і поліпшує естетичний ефект.

Спосіб герніопластики післяопераційних і вентральних гриж із застосуванням хірургічної сітки *on lay* здійснюють таким чином.

Над гризовим 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 гризовий мішок, розсікають його, вміст занурюють в черевну порожнину, при необхідності роз'єднують злуки. Залишки гризового мішка видаляють таким чином, щоб у подальшому зшити без натягу. Додатково на одній із сторін гризових воріт викроюють м'язово-апоневротичний клапоть довжиною 2-3 см, шириною - до 1,5 см.

Черевну порожнину зашивають у такому порядку. Спочатку зашивають безперервним швом очеревину, хірургічну сітку *on lay* по периметру фіксують до апоневрозу. В проекції майбутнього пупка висікають отвір 10x15 мм, через який проводять м'язово-апоневротичний клапоть (пупковий тяж). Біля отвору і на відстані 1 см від краю отвору накладають два вузлові шви, в які захоплюють попередній апоневротичний шов. До вершини пупкового тяжа фіксують з двох боків вершини трапецієподібного і видовженого трапецієподібного клаптів. Видовжений трапецієподібний клапоть фіксують двічі з обох боків до вершини пупкового тяжа. При цьому утворюється власне пупок. Зшивають підшкірну жирову клітковину над сіткою.

При необхідності рану дрениують за загальноприйнятими хірургічними методиками. Симетрично з обох боків накладають два вузлових шви для

формування лійки пупка. Краї шкіри зашивають вузловими або косметичними швами. При цьому пупок з пупковою ямкою залишається віддаленим від хірургічної сітки на 2-3 см. Хірургічна сітка захищена від прямих воріт для інфікування пупковим тяжем і 2-3 - сантиметровим шаром підшкірної жирової клітковини.

Клінічний приклад.

Хворий Б., 33р., у 15-річному віці отримав травму живота на будівельному майданчику зі значним пошкодженням всіх шарів передньої черевної стінки і кишок. Внаслідок пошкодження переніс кілька операційних втручань. В подальшому в дорослому віці виникла гігантська багатокамерна післяопераційна вентральна (рубцева) грижа. Проведені амбулаторні обстеження клінічних і біохімічних показників крові і сечі, рентгенографія органів грудної клітки, електрокардіографія, спірографія, ультрасонографія зони гризових воріт. 08.10.2008р. Хворий поступив в стаціонар. При ультразвуковому обстеженні грижі констатовано на передній стінці в ділянці пупка і вище три гризових випинання 60x60 мм, 51x50 мм і 41x50 мм. Товщина країв апоневрозу в ділянці гризових воріт - 2-3 мм. Дефект країв апоневрозу сягав 28-34 мм. 09.10.2008р. під ендотрахеальним наркозом хворого прооперовано. Проведено розтин над гризовими випинаннями з формуванням в проекції майбутнього штучного пупка трапецієподібного і навпроти нього видовженого трапецієподібного клаптів шкіри з підшкірною клітковиною і висіченням зруйнованого пупка зі старим післяопераційним рубцем і підшкірною клітковиною. Виділено всі три гризові мішки, розкрито, роз'єднано рубцеві перемички між окремими гризовими воротами. Видалено гризові мішки і при цьому залишено в проекції майбутнього пупка рубцево-апоневротичний тяж довжиною 25 мм і шириною 15 мм. Роз'єднано злуки тонкої і товстої кишок. У зв'язку з грубими рубцевими змінами всіх шарів передньої черевної стінки неможливе відшарування парієтальної очеревини. Безперервним швом зшито очеревину, вузловим швом - м'язово-апоневротичний шар. До апоневрозу на відстані 4-5 см від краю апоневротичного рубця по периметру фіксовано вузловими швами хірургічну сітку. В проекції пупка в сітці вирізано отвір 1x1,5 см. Через отвір виведено рубцево-апоневротичний тяж. По боках на відстані по 1 см від отвору сітку фіксовано до апоневрозу двома симетричними вузловими швами. Симетричними вузловими швами фіксовано вершини трапецієподібного і видовженого трапецієподібного шкірно-підшкірних клаптів до вершини рубцево-апоневротичного тяжа. Таким чином сформовано пупкову ямку. Поряд на шкіру накладено два симетричні вузлові шви. Окремо зшито підшкірну клітковину і шкіру. В післяопераційному періоді хворому проводилася антикоагулянтна терапія, антибіотикопрофілактика, вводилися знеболювальні засоби і препарат нормовен. Рана загоїлася первинним натягом. На 5 і 7 післяопераційну добу знято шви. Сформований пупок зберіг природний вигляд і гарний косметичний ефект. Хворий задоволений проведеним операційним втручанням.

Пропонований спосіб пластики післяопераційних вентральних (рубцевих) і пупкових гриж з формуванням штучного пупка є доступним для виконання при необхідності застосування хірургічної сітки on lay і забезпечує захист алотрансплантата

від можливості інфікування, чим знижує кількість ускладнень у післяопераційному періоді. Цей спосіб дає можливість відновити природний вигляд живота, що є важливим для більшості прооперованих хворих.