УКРАЇНА

(19) UA (11) 46406 (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 ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ЖИРОВОЮ КЛІТКОВИНОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

(21) u200905129
(22) 25.05.2009
(24) 25.12.2009
(46) 25.12.2009, Бюл.№ 24, 2009 р.
(72) ГЮЛЬМАМЕДОВ ПОЛАД ФАРМАНОВИЧ, БОНДАРЕНКО ОЛЕКСІЙ ВІКТОРОВИЧ
(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО
(57) Спосіб лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж у хворих з надлишковою жировою клітковиною передньої черевної стінки, що включає виділення грижового мішка і роз'єднання зрощень між його стінками і грижовим вмістом, розміщення алопротеза на всьому протязі грижового дефекту на клаптях грижового мішка та великого сальника і фіксацію до країв грижових воріт, який **відрізняється** тим, що протез без натягнення розташовують на зшитих між собою сальнику, очеревині і клаптях грижового мішка у верхній та середній третині дефекту, де це можливо, а в нижній частині протез фіксують зверху виділених білатерально двох клаптів підшкірної клітковини на широкій основі, які зшивають з сальником та клаптями очеревини, між ними фіксують клапоть очеревини у зоні лобкової кістки, куди фіксують протез, зверху якого без натягнення фіксують залишки апоневрозу.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використаний при хірургічному лікуванні гігантських післяопераційних вентральних гриж у хворих з надлишковою жировою клітковиною передньої черевної стінки. Спосіб застосовується, коли має місце гігантський дефект передньої черевної стінки, місцеві тканини для пластики непридатні і необхідно використовувати герніоалопластику. Але іноді виникають ситуації, коли використання алопротеза ускладнене тим, що відокремити його від черевної порожнини немає чим: великий сальник змінений, частково видалений або взагалі відсутній, клапті грижового мішка також змінені та лише частково придатні до використання як пластичний ізолюючий матеріал. При зшиванні тканин існує великий ризик значного підвищення внутрішньочеревного тиску.

Серед запропонованих способів лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж відомий спосіб, узятий нами як прототип, при якому після розділення спайок грижовий вміст занурюють в черевну порожнину. Грижові ворота закривають клаптями грижового мішку та великого сальника, а до незміненого апоневрозу, відступаючи від краю грижових воріт на 4-5 см, по всьому периметру проленовою ниткою фіксують поліпропіленову сітку без натягнення. Проте закрити грижовий дефект тільки клаптем грижового мішку та сальника при гігантських післяопераційних грижах не завжди вдається. Коли грижовий вміст складає більш ніж 50 % черевної порожнини, при невеликому стягненні країв грижових воріт існує великий ризик розвитку синдрому абдомінальної компресії і зв'язаних з цим тяжких ускладнень, чи навіть летального випадку [1].

У основу корисної моделі поставлене завдання удосконалення способу лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж, який забезпечує можливість виконати пластику гігантського грижового дефекту без значного підвищення внутрішньочеревного тиску, виключити ризик контакту протеза з вмістом черевної порожнини та розвитку у зв'язку с цим ускладнень.

Поставлене завдання вирішується за рахунок того, що в способі лікування гігантських післяопераційних вентральних гриж, що включає виділення грижового мішку і роз'єднання зрощень між його стінками і грижовим вмістом, розміщення алопротезу на всьому протязі грижового дефекту на клаптях грижового мішку та великого сальника і фіксацію до країв грижових воріт згідно з винаходом, протез без натягнення розташовують на зшитих між собою сальнику, очеревині і клаптях грижового мішку у верхній та середній треті дефекту де це можливо, а в його нижній частині його фіксують зверху виділених білатерально двох клаптів підшкірної клітковини на широкій основі, які зшиваються з сальником та клаптями очеревини, між ними

(19) UA (11) 46406 (13) U

фіксується клапоть очеревини у зоні лобкової кістки, куди фіксується протез, зверху якого без натягнення фіксуються залишки апоневрозу.

Спосіб пояснюється малюнками: на Фіг. 1 зображено підготовку майданчика для алопротезу шляхом зшивання великого сальника, очеревини та клаптів грижового мішку; на Фіг. 2 зображено виділення двох клаптів підшкірної клітковини на широкій основі та фіксація їх з сальником та клаптями очеревини; на Фіг. 3 зображено хід фіксації алопротеза; на Фіг. 4 зображено кінцевий вигляд герніоалопластики.

Здійснюється спосіб таким чином: після виділення грижового мішку, вісцеролізу, занурюють вміст грижового мішку у черевну порожнину. Потім готують майданчик для розміщення аллопротезу шляхом зшивання паєм сальника 1, клаптів грижового мішку 2 і залишків очеревині 3 між собою та з краями грижових воріт 4 у верхній та середній треті дефекту без натягнення (Фіг. 1). Бракуючу площу для відокремлювання черевної порожнини в нижній третині грижового дефекту викроюють з виділених білатерально двох клаптів підшкірної клітковини на широкій основі 5; ці «жирові трансплантанти» зміщують краніально та фіксують до раніше зшитих між собою клаптів грижового мішку 2 і залишків очеревині 3; посередині між «жировими трансплантантами» у зоні лобкової кістки фіксують клапоть очеревини 6 (Фіг. 2). Для герніопластики використовують сітчастий поліпропіленовий протез 7, що формою нагадує дефект передньої черевної стінки, з таким розрахунком, щоб його край на 5-6 см виступав за край дефекту. Після чого, алопротез фіксують по всьому периметру грижових воріт, зверху клаптів підшкірної клітковини 5 та до лобкової кістки 8 (Фіг. 3). Потім окремими вузловими швами залишки зовнішнього листка апоневротичного шару 9 без натягнення фіксуються зверху сітчастого протеза, та, наскільки можливо, зверху алопротеза у зоні клаптів підшкірної клітковини (Фіг. 4). До аллопротезу підводять 2 дренажі, які виводять на шкіру через контраппертури. Рану зашивають. Конкретний приклад здійснення способу:

Хвора П. 1947 року народження № історії хвороби 20761, поступила в клініку 04.10.2006. Під час госпіталізації скарги на наявність грижового випинання у області післяопераційного рубця по середній лінії, яке самостійно не вправлявся в черевну порожнину та частий різкий біль у цій області.

Анамнез захворювання: Вважала себе хворою понад 20 років. Була оперована на передній черевній стінці 3 рази. З боку лабораторних показників анемія легкого ступеню. Досліджена функція зовнішнього дихання - дихальна недостатність 2ст. по змішаному типу. При огляді місця хвороби - по середній лінії післяопераційний рубець 23 см, від мечоподібного відростка до лобкової кістки визначався грижовий дефект 18x25 см, що самостійно не вправлявся в черевну порожнину, шкіра над ним не змінена, аускультативно в грижовому мішку вислуховувалися кишкові шуми.

Діагноз: Гігантська невправна рецидивна післяопераційна вентральна грижа.

06.10.2006 - Хвора оперована. У грижовому мішку виражений спайковий процес. Після вісцеролізу і виділення грижового мішку встановлено, що грижовим вмістом є петлі тонкої, товстої кишки та великий сальник. Після занурення вмісту грижового мішка в черевну порожнину ширина грижового дефекту склала 15,5 см, довжина – 23 см.

Вирішено виконати герніоалопластику сітчастим поліпропіленовим протезом по запропонованій нами методиці.

Післяопераційний період відносно гладкий, нормальна температура тіла. Рана переважно зажила первинним натягненням, у нижній третині - частково вторинним через 1 місяць через тривалий серозний ексудат. Виписана на 10 добу після операції. Через 1 місяць хвора повернулася до звичного життя. Рецидивів не відмічено за 3 роки спостереження.

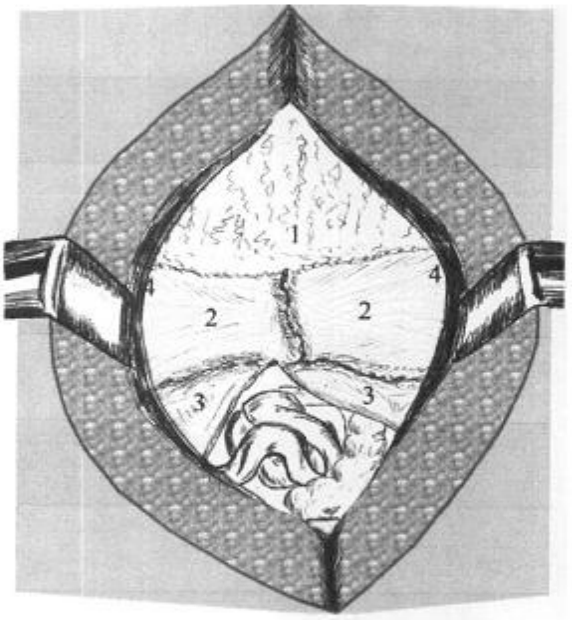
Перевага способу, що заявляється:

можливість виконати пластику гігантського грижового дефекту без значного підвищення внутрішньочеревного тиску, виключити ризик контакту протеза з вмістом черевної порожнини та розвитку у зв'язку с цим ускладнень.

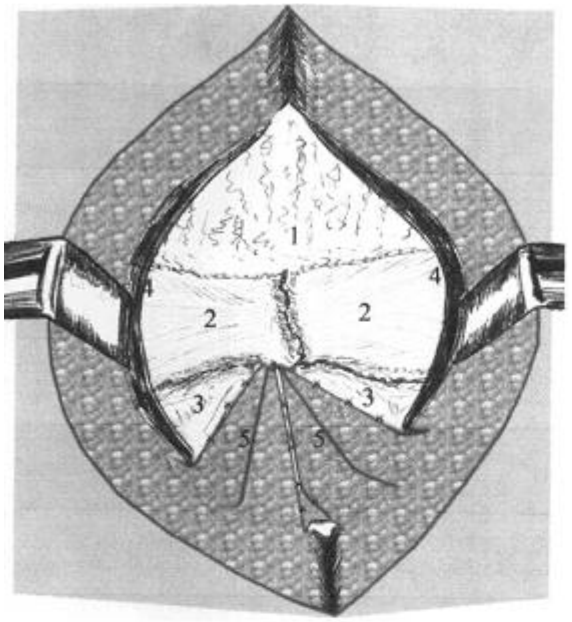
Джерела інформації:

1. В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязітов, Р. С. Парфентьев «Сучасні методи лікування черевних гриж». Київ. "Здоров'я", 2001. - 253-257.

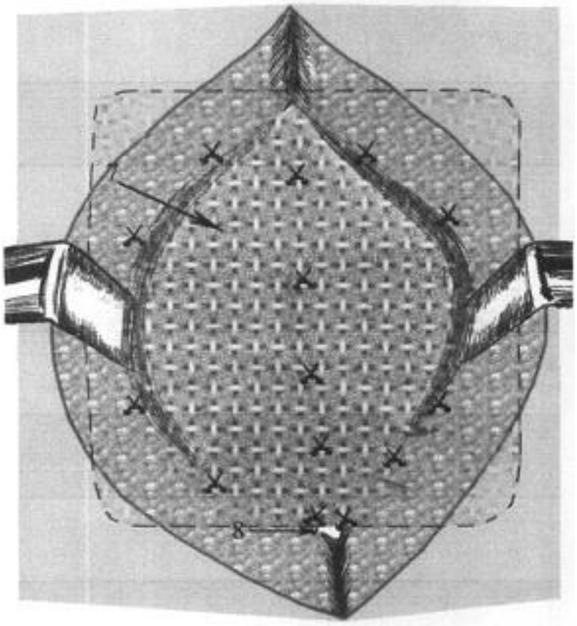
2. В. В. Жебровский «Хирургия грыж живота». М.:ООО"Медицинское информационное агенство", 2005. - 296-356.



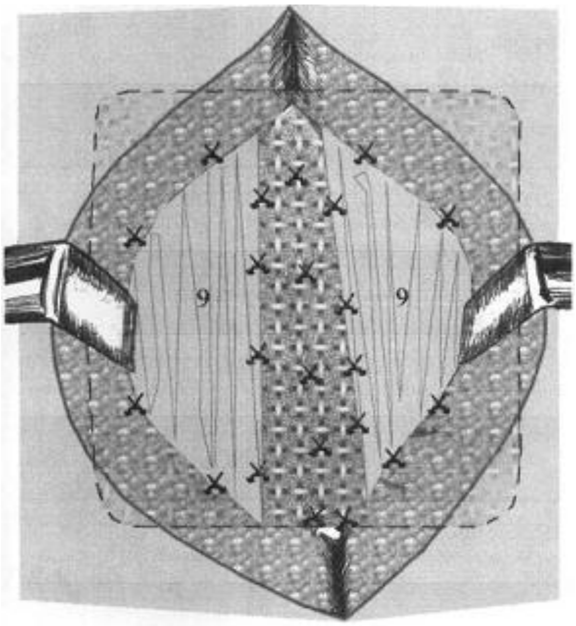
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

Комп'ютерна верстка І.Скворцова Підписне Тираж 28 прим.

Міністерство освіти і науки України

Державний департамент інтелектуальної власності, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601