



УКРАЇНА

(19) UA (11) 49930 (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 ВЕНТРАЛЬНИХ КИЛ

1

2

(21) u201000842

(22) 28.01.2010

(24) 11.05.2010

(46) 11.05.2010, Бюл.№ 9, 2010 р.

(72) ЧЕРНЄВ ВОЛОДИМИР МИКОЛАЙОВИЧ, КУДІНОВ ГЕОРГІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ, ГИБАЛО РОТИСЛАВ ВІТАЛІЙОВИЧ, ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, СЛОБОДЯНИК ВІКТОР ПЕТРОВИЧ

(73) ЧЕРНЄВ ВОЛОДИМИР МИКОЛАЙОВИЧ, КУДІНОВ ГЕОРГІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ, ГИБАЛО РОТИСЛАВ ВІТАЛІЙОВИЧ, ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, СЛОБОДЯНИК ВІКТОР ПЕТРОВИЧ

(57) Спосіб лікування вентральних кил, що передбачає виконання пластики килових воріт алотрансплантатом, який **відрізняється** тим, що лапароскопічно (з боку черевної порожнини) за допомогою екстракорпоральних вузлових швів в проекції килових воріт підшивають проленовий алотрансплантат до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, який укривають попередньо відсепарованим клаптем парієтальної очеревини на живильній ніжці.

Корисна модель стосується медицини, а саме абдомінальної хірургії, і може бути використана при лікуванні вроджених та набутих вентральних килах передньої черевної стінки.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб відкритої герніопластики килових воріт передньої черевної стінки за Ліхтенштейном, обраний нами як прототип, що передбачає відкритий доступ підшивання сітчастого алотрансплантата до країв попередньо мобілізованого апоневрозу косого м'яза живота вузловими швами [1].

Недоліками способу-прототипу є:

- у пацієнтів з післяопераційними вентральними килами не можливо провести ревізію органів черевної порожнини, яка необхідна у хворих, що оперувалися з приводу злоякісних новоутворень черевної порожнини;

- неможливо провести розсічення спайок черевної порожнини у пацієнтів з проявами спайкової хвороби органів черевної порожнини;

- неможливо оцінити стан защемленого сегменту кишки, при ретроградному механізмі защемлення;

- килові ворота усуваються ззовні, тобто на виході з килового каналу;

- за рахунок відкритої методики виконання здійснюється значна травматизація м'яких тканин;

- за рахунок утворення значної зони травмування м'яких тканин виникає виражений післяопераційний больовий синдром;

- під час оперативного втручання відбувається відчутна (особливо для ослаблених важкою соматичною патологією хворих та пацієнтів з вихідною анемією, гіпопротеїнемією) інтраопераційна кровота плазмовтрата;

- значна площа мікробної інтраопераційної контамінації м'яких тканин, що підвищує ризик інфікування післяопераційної рани та розвитком гнійно-запальних післяопераційних ускладнень;

- значний термін втрати працездатності та тривалість стаціонарного лікування;

- у пацієнтів, схильних до формування киліодних рубців, утворюється грубий деформуючий рубець післяопераційної рани, що обумовлює незадовільний косметичний результат лікування;

- необхідність пошарового ушивання післяопераційної рани, що при великих килових дефектах значно подовжує тривалість оперативного втручання.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лікування вентральних кил, який забезпечує: малоінвазивний доступ до килових воріт; мінімальну інтраопераційну кровота плазмовтрату; пластику килових воріт у самого їх початку (вході); можливість ревізії органів черевної порожнини (second-look); можливість розсічення спайок черевної порожнини.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в підвищенні ефективності лікування, зниженні післяопераційних ускладнень, скороченні строків лікування.

(13) U
(11) 49930
(19) UA

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування вентральних кил, що передбачає виконання пластики килових воріт алотрансплантатом, згідно корисної моделі герніопластику виконують лапароскопічно (з боку черевної порожнини) за допомогою екстракорпоральних вузлових швів, в проекції килових воріт підшивають проленовий алотрансплантат до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, який укривають попередньо відсепарованим клаптом парієнтальної очеревини на живильній ніжці.

Спосіб виконується наступним чином.

В черевну порожнину вводять камеру та лапароскопічний інструмент. Проводять ревізію органів черевної порожнини, в тому числі, стан защемленого сегменту кишки при ретроградному механізмі защемлення. При наявності інтраабдомінальних спайок виконують їх розсічення. Виконують розсічення килових воріт. Оцінюють стан органів, що перебували в киловому мішці. Відсепаровують клапоть парієнтальної очеревини в проекції килових воріт, з таким розрахунком, щоб його зовнішній край виступав на 2,5-3,0см від краю килових воріт. Через троакар в черевну порожнину вводять проленову сітку, такого розміру, щоб її краї на 2см виступали за межі килових воріт. За допомогою очного скальпеля виконують мікророзрізи (до 2мм) в проекції килових воріт, з кроком 1,5-2,0см. Через мікророзрізи шкіри передньої черевної стінки виконують накладання екстракорпоральних вузлових швів за допомогою спеціальної голки з тригачковим пристроєм для захоплення лігатури, яким фіксують алотрансплантат до внутрішньої поверхні апоневрозу. Вузли накладених швів занурюють у розрізи шкіри до зовнішньої поверхні апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. За допомогою аналогічних швів через попередньо виконані мікророзрізи шкіри виконують фіксацію клаптя парієнтальної очеревини на живильній ніжці, яким укривають проленовий алотрансплантат таким чином, щоб його краї не контактували з органами черевної порожнини. Шкірні розрізи не ушивають. Спосіб має наступні переваги:

- у пацієнтів з післяопераційними вентральними килами можливо провести ревізію органів черевної порожнини, яка необхідна після операцій з приводу злякисних новоутворень черевної порожнини (second-look);
- є можливість розсічення інтраабдомінальних спайок у пацієнтів з проявами спайкової хвороби органів черевної порожнини;
- є можливість оцінити стан інтраабдомінального защемленого сегменту кишки, при ретроградному механізмі защемлення;
- килові ворота усуваються з боку черевної порожнини, тобто на самому їх початку;
- забезпечується мінімальна травматизація м'яких тканин;
- за рахунок мінімальної інтраопераційної травми значно зменшується інтенсивність післяопераційного больового синдрому та інтраопераційна кровотока та плазматрансфузія;
- мінімізується ризик інфікування післяопераційної рани, оскільки за рахунок мікророзрізів шкіри забезпечується мінімальна мікробна контаміна-

ція операційної рани;

- за рахунок зменшення післяопераційного больового синдрому та малоінвазивності способу зменшується середня тривалість перебування хворого у стаціонарі;

- за рахунок мінімізації шкірних розрізів забезпечується добрий косметичний результат оперативного лікування;

- відсутня необхідність в ушиванні післяопераційної рани, що зменшує час оперативного втручання.

Приклад: хворий Б., госпіталізований до відділення 20.05.2008 року з діагнозом: защемлена післяопераційна вентральна кила, спайкова хвороба органів черевної порожнини. Хворому проведено екстрене оперативне втручання: лапароскопія, ревізія органів черевної порожнини, розсічення інтраабдомінальних спайок, лапароскопічна герніопластика килових воріт з підшиванням алотрансплантата з боку черевної порожнини вузловими екстракорпоральними швами через мікропроколи шкіри передньої черевної стінки, укріплення алотрансплантата клаптом парієнтальної очеревини. Шкірні рани після фіксації алотрансплантата не ушивалися. Найближчий післяопераційний період протікав сприятливо. Післяопераційний больовий синдром купувався прийомом ненаркотичних анальгетиків (50% розчин анальгину 2,0 на ніч). Хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару на другий день післяопераційного періоду. Хворий знаходився під наглядом протягом року після операції. Шкірні рани загоїлися первинним натягом, рецидиву вентральної кили та післяопераційних ускладнень не було.

Запропонований спосіб застосовувався при лікуванні 14 пацієнтів з набутими та вродженими вентральними килами. Середня тривалість лікування одного хворого в стаціонарі склала $3,8 \pm 0,45$ ліжко-дня. У всіх хворих післяопераційний період протікав сприятливо, ускладнень в післяопераційному періоді не було, наркотичні анальгетики не використовували. За період спостереження (до 1 року) рецидивів захворювання не було. Використання запропонованого способу дозволило виконати розсічення інтраабдомінальних спайок з лікувальною метою у п'яти пацієнтів зі спайковою хворобою черевної порожнини; у двох пацієнтів (раніше оперованих з приводу колоректального раку) вдалося виявити одиничні метастази печінки, що не були діагностовані до операції. Крім того використання запропонованого способу дозволило виявити у одного пацієнта ретроградне защемлення петлі тонкої кишки з наступною її резекцією. За способом-аналогом оперовано 28 пацієнтів з набутими та вродженими вентральними килами. Середня тривалість лікування одного хворого в стаціонарі склала $8,7 \pm 0,94$ ліжко-дня. У одного пацієнта зареєстровано нагноєння післяопераційної рани, у 24 пацієнтів доводилося застосовувати наркотичні анальгетики. За період спостереження (до 1 року) рецидивів захворювання не було.

Література.

1. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2005. - 384с.

