



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **86004** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 07101	(72) Винахідник(и): Велигоцький Микола Миколайович (UA), Велигоцький Олексій Миколайович (UA), Комарчук Єгор Вікторович (UA), Комарчук Віктор Васильович (UA), Горбуліч Олександр Вікторович (UA), Савицький Роман Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки: 05.06.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.12.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.12.2013, Бюл.№ 23	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО), вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ МАЛИХ І СЕРЕДНІХ РОЗМІРІВ

(57) Реферат:

Спосіб комбінованої пластики при лікуванні гриж передньої черевної стінки малих і середніх розмірів включає лапароскопічний адгезіолізис і ревізію черевної порожнини. Над гризовими воротами виконують мінілапаротомію на половину розміру гризових воріт (до 5 см), при необхідності висікають надлишкову шкіру і підшкірну клітковину, гризовий мішок інвагінують без розтину, виконують економне висічення країв гризових воріт з наступним ушиванням апоневрозу безперервним проленовим швом, операцію завершують лапароскопічною установкою трансплантата за методикою IPOM.

UA 86004 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії гриж. Запропонований спосіб може бути використаний при оперативному лікуванні гриж передньої черевної стінки малих і середніх розмірів.

Відомий спосіб оперативного лікування гриж малих і середніх розмірів традиційним доступом з алопластикою "on lay" (Результаты лечения троакарных грыж в плановой и экстренной хирургии /И.Е. Хатьков, Г.В. Ходос, Е.Г. Захарова и соавт.// Эндоскопическая хирургия. - 2010. - № 3.- С. 6-8), при якому виконують висічення старого післяопераційного рубця, виділення і розтин гризового мішка з його ревізією. Після цього гризовий мішок січуть, проводять мобілізацію країв гризового дефекту на 5-6 см. Краї гризового дефекту зшиваються вузловими швами до повного зіткнення. Зверху ("on lay") поліпропіленової ниткою фіксується алотрансплантат по периметру, відступаючи від лінії зшивання апоневрозу на 4-5 см.

Недоліком даного способу є те, що виконується недостатня ревізія черевної порожнини, зшивання морфологічно неповноцінних країв гризових воріт, травматична відсепаровка підшкірної клітковини з частим утворенням підшкірних сіром.

Відомий спосіб лапароскопічного лікування гриж передньої черевної стінки за методикою проф. В.В. Грубніка (Новый метод лапароскопической герниопластики послеоперационных вентральных грыж / Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротынцева К.О. //ВІСНИК ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія" - Том 12. - Випуск 3(39). - С. 130-133). При виконанні даної лапароскопічної методики використовуються полегшені ПТФЕ сітки з нітиновим каркасом, які встановлюються таким чином, щоб рівномірно закрити весь гризовий дефект з боку черевної порожнини. Фіксація сітки здійснюється до передньої черевної стінки за допомогою всього 3-4 трансфасціальних швів.

Недоліком даного способу є те, що не проводиться відновлення цілісності білої лінії живота; зберігаються функціональні порушення біомеханіки передньої черевної стінки; є контакт сітки з петлями кишечника; зберігається косметичний дефект з боку шкіри.

Найбільш близьким до заявленого рішення є спосіб лапароскопічного лікування гриж передньої черевної стінки способом "sub lay" (Ненатяжная герниопластика послеоперационных вентральных грыж /Некрасов А.Ю., Касумьян С.А., Воронцов А.К., Безалтынних А.А. // Новости хирургии. - Том 19. - № 2. - 2011. - С. 21-25.). При виконанні даної методики встановлюється 10 мм троакар з лапароскопом, після огляду черевної порожнини проводиться ще два 5 мм троакара на протилежній стороні від грижі для введення інструментарію. Виконується адгезіолізис і виділяються гризові ворота. Далі виконується відсепаровка парієтальної очеревини, після чого в перечеревинному просторі встановлюється поліпропіленовий імплантат, який підшивається за допомогою голки Endoclose до передньої черевної стінки зсередини за зав'язуванням вузлів над апоневрозом. Відстань між швами не більше 2 см. Потім за допомогою безперервного шва над сіткою відновлюється цілісність очеревини.

Недоліком даного способу є те, що не проводиться відновлення цілісності білої лінії живота; зберігаються функціональні порушення біомеханіки передньої черевної стінки; зберігається косметичний дефект з боку шкіри.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу оперативного втручання при лікуванні гриж передньої черевної стінки малих і середніх розмірів, в якому за рахунок комбінованого підходу до лікування, досягається поліпшення функціональних результатів, відновлення цілісності і біомеханіки передньої черевної стінки, а також зменшення ймовірності розвитку рецидиву гриж після операції.

Поставлена задача вирішується в способі комбінованої пластики при лікуванні гриж передньої черевної стінки малих і середніх розмірів, який включає лапароскопічний адгезіолізис і ревізію черевної порожнини, згідно з корисною моделлю, над гризовими воротами виконують мінілапаротомію на половину розміру гризових воріт (до 5 см), при необхідності січуть надлишкову шкіру і підшкірну клітковину, гризовий мішок інвагінують без розтину, виконують економне висічення країв гризових воріт з наступним ушиванням апоневрозу безперервним проленовим швом, операцію завершують лапароскопічною установкою трансплантата за методикою IPOM.

Комбінований підхід до лікування гриж малих і середніх розмірів поєднує переваги лапароскопічного та відкритого методів: забезпечує малу травматичність тканин, адекватне зіставлення морфологічно однорідних тканин при зшиванні гризових воріт, сприяє відновленню м'язового каркаса і біомеханіки передньої черевної стінки, невелику тривалість перебування в стаціонарі, швидку реабілітацію хворого, хороший естетичний результат.

Спосіб відрізняється тим, що лапароскопічний етап операції доповнюється традиційним доступом, який дозволяє відновити цілісність білої лінії живота, усунути функціональні порушення біомеханіки передньої черевної стінки і косметичний дефект з боку шкіри.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. Після лапароскопічного адгезіолізісу і ревізії черевної порожнини над гризовими воротами виконують мінілапаротомію на половину розміру гризових воріт (до 5 см), при необхідності висікають надлишкову шкіру і підшкірну клітковину, гризовий мішок інвагінують без розтину, виконують економне посічення країв гризових воріт з подальшим ушиванням апоневрозу безперервним проленовим швом. Операцію завершують лапароскопічною установкою трансплантата за методикою IPOM.

Клінічний приклад: хворий К., 37 років звернувся в клініку зі скаргами на гризове випинання в нижній третині післяопераційного рубця, яке збільшується при піднятті важких предметів. Гризове випинання з'явилося близько 3-х років тому. 5,5 років тому хворому була виконана планова холецистектомія з приводу ЖКХ 1 ст., хронічного калькульозного холециститу. Післяопераційний період протікав гладко, близько 3-х місяців хворий носив бандаж. За професією він не відноситься до працівників фізичної праці. Об'єктивно: у нижній частині післяопераційного рубця визначається гризове випинання розміром 5-6 см, гризові ворота в діаметрі близько 3,5 см. Шкіра над випинанням розтягнута з наявністю грубого рубця, симптом кашльового поштовху позитивний. У горизонтальному положенні грижа вправляється самостійно.

При УЗД зони післяопераційного рубця додаткових дефектів апоневрозу не виявлено. У нижній частині післяопераційного рубця визначається дефект білої лінії 3,5 x 4 см, вміст - петлі кишечника без ознак утиску.

За даними електроміографії сумарним електродом на рівні гризового випинання, в проекції прямих м'язів живота, максимальна амплітуда склала 540 мкВ.

З приводу післяопераційної вентральної грижі (MW1R0) і супутньої НДСТ важкого ступеня було виконано видалення грижі комбінованим способом з установкою сітки з антиадгезивним покриттям за методикою IPOM з перекриттям всього післяопераційного рубця і ушиванням гризових воріт після економного висічення через мінілапаротомний доступ. Післяопераційний період протікав гладко. Через 6 місяців після операції при УЗД рецидиву не виявлено, приживлюваність сітчастого протеза хороша. При електроміографії сумарним електродом на рівні оперованого гризового випинання встановлений приріст максимальної амплітуди до 729 мкВ (на 35 %), порівняно з доопераційним рівнем.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб комбінованої пластики при лікуванні гриж передньої черевної стінки малих і середніх розмірів, який включає лапароскопічний адгезіолізіс і ревізію черевної порожнини, який відрізняється тим, що над гризовими воротами виконують мінілапаротомію на половину розміру гризових воріт (до 5 см), при необхідності висікають надлишкову шкіру і підшкірну клітковину, гризовий мішок інвагінують без розтину, виконують економне висічення країв гризових воріт з наступним ушиванням апоневрозу безперервним проленовим швом, операцію завершують лапароскопічною установкою трансплантата за методикою IPOM.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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