



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **72853** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 03157	(72) Винахідник(и): Брек Остап Орестович (UA), Шевченко Ростислав Станиславович (UA), Черепов Дмитро Вікторович (UA), Брек Орест Петрович (UA), Гніденко Юрій Петрович (UA), Селезньов Михайло Анатолійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 19.03.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.08.2012	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.08.2012, Бюл.№ 16	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022 (UA)
	(74) Представник: Євтушенко Тамара Григорівна, реєстр. №0

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ І РЕЦИДИВНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування післяопераційних і рецидивних вентральних гриж включає викроювання шматка з переднього листка піхви прямого м'яза. Додатково викроюють такий же шматок із протилежного заднього листка піхви прямого м'яза з наступним їхнім зшиванням і додатковим укріпленням проленою сіткою, над якою відновлюється м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки.

UA 72853 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана в хірургічному лікуванні післяопераційних і рецидивних вентральних гриж.

Післяопераційні грижі належать до числа пізніх ускладнень в абдомінальній хірургії. Не дивлячись на зусилля хірургів, спрямовані на поліпшення результатів оперативних втручань, щонайменше, 10 % лапаротомій супроводжується утворенням післяопераційної грижі. (Тоскин К.Д., Жеброский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. - 272 с). Результати лікування післяопераційних й рецидивних вентральних гриж не задовольняють хірургів через високу частоту (15-55%) виникнення рецидивів. (Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Манойло Н.В. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клін. хірургія. - 2002. - №1.- С.5-9.).

Клінічна картина післяопераційної вентральної грижі залежить насамперед, від її розміру й інтенсивності спайкоутворення в черевній порожнині й гризовому мішку. Постійною скаргою хворих з післяопераційними вентральними грижами є косметичний дефект з боку передньої черевної стінки, хронічний запор і інші диспепсичні симптоми: відрижка, нудота, метеоризм. Особливо великі страждання хворим заподіюють великі й рецидивні грижі, що відзначаються обмеженням вправлення в черевну порожнину, багатокамерністю гризових мішків, масивністю зрощень стінок гризового мішка, кишечнику й сальника (Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. - 2000. - №1. - С. 11-14).

В останні роки кардинально змінилися принципи й методи лікування хворих з післяопераційною вентральною грижею різної локалізації. Це обумовлено прогресом у розвитку хімії полімерів, створення нових шовних синтетичних матеріалів, що значно перевершують за фізико-хімічними і фізіологічними властивостями раніше існуючі. Розвиток сучасних технологій дозволив переоцінити відомі й запропонувати нові методи пластики гризового дефекту, що відповідають основному принципу техніки виконання операції - пластики без натягу тканин. (Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота // Матеріали 1 Всеукр. Наук.-практ. конф. з міжнародною участю. - К.: 2003. - С.106).

У той же час, застосування різних синтетичних матеріалів і біологічних тканин у закритті дефекту черевної стінки не повністю вирішує проблему рецидивів і відновлення функціональних спроможностей передньої черевної стінки. Адже самою природою м'язово-апоневротичних елементів черевної стінки визначене постійне скорочення й розслаблення, що забезпечує рівномірний розподіл тиску. Цієї важливої властивості повністю позбавлені алогенні матеріали. Тому адекватною операцією потрібно вважати таку, котра дає можливість не тільки закрити дефект, але й відновити морфофункціональний стан черевного преса.

Таким чином, лікування хворих з післяопераційними вентральними грижами продовжує залишатися актуальною проблемою як для хірургів загального профілю, так і для лікарів - фахівців в області пластичної й реконструктивної абдомінальної хірургії.

На сьогоднішній час існує безліч способів хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж, розширення яких є актуальною задачею хірургії.

Так наприклад, відомий спосіб хірургічного лікування при діастазах прямих м'язів живота згідно з яким, після виділення гризових воріт, відступивши від країв гризового дефекту на 1 см., виконують два паралельних розрізи апоневрозу. Потім послідовно зшивають внутрішні й зовнішні краї розсіченого апоневрозу (Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота. - Минск: Беларусь, 1986. - С. 159).

Відомий спосіб лікування великих післяопераційних гриж методом створення більшої піддатливості черевної стінки й збільшення місткості черевної порожнини шляхом розсічення апоневрозу зовнішніх косих м'язів живота в бічних відділах черевної стінки, виконаних з боку основної операційної рани або через додаткові розрізи (Бородин И.Ф., Скобей Е.В., Акулик В.П. Хирургия послеоперационных грыж живота. - Минск: Беларусь, 1986. - С.159).

Відомий спосіб пластики післяопераційної вентральної грижі шляхом створення апоневротичної дуплікатури в зоні грижі (Рылюк А.Ф. Топографическая анатомия и хирургия органов брюшной полости. - Минск: Выс. школа, 1997. - С. 319).

Досить широке застосування в хірургічній практиці одержала пластика черевної стінки шматками, викроєними з переднього листка піхви прямого м'яза, (метод Генріха) поблизу дефекту (Оноприев В.И., Генрих СР., Помазанов Н.Ф. Герниопластика при лечении сложных и рецидивных паховых грыж. // Хирургия. - 2006. - № 4. - С. 28-32.).

Даний спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю й результатом, який може бути досягнутим, тому його вибрано за прототип.

В основу корисної моделі поставлено задачу розширення арсеналу способів хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж шляхом викроювання шматка з переднього листка піхви прямого м'яза, згідно з корисною моделлю, додатково викроюють такий же шматок із протилежного заднього листка піхви прямого м'яза з наступним їхнім зшиванням і

5 додатковим укріпленням проленовою сіткою, над якою відновлюється м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки.

Технічний ефект корисної моделі, а саме ефективність лікування післяопераційної вентральної грижі, досягається шляхом вирішення двох основних задач: ліквідація грижі й відновлення нормально функціонуючого преса черевної стінки.

10 Спосіб виконують наступним чином:

Під ендотрахеальним наркозом, після трикратної обробки операційного поля розчином йодонату, овальним розрізом навколо старого післяопераційного рубця в проекції грижового випинання висікають шкірний шматок з підшкірною жировою клітковиною до апоневрозу прямого м'яза живота. Розкривають грижовий мішок, виконують ревізію грижового мішка й

15 черевної порожнини з наступним розділенням спайкового процесу до повного звільнення переднього й заднього листка апоневрозу прямого м'яза живота. Висікають грижовий мішок і рубцеві тканини апоневрозу до здорових тканин без розкриття м'язово-апоневротичного листка. Мобілізують передній листок апоневрозу прямого м'яза живота по обидва боки з дотримання ретельного гемостазу. По медіальному краю лівого прямого м'яза розсікають задній листок

20 піхви на всю довжину наявного діастазу. Прямий м'яз мобілізують. Передній вільний край рубцево-апоневротичного шматка, що утворився, відводять убік. Правий прямий м'яз виділяють через поздовжній розріз переднього апоневрозу. Край утвореного рубцево-апоневротичного шматка зшивають із заднім листком піхви лівого прямого м'яза. По контуру знову утвореного заднього листка апоневрозу викроюють проленову сітку. Фіксацію сітки виконують

25 поліпропіленовими нитками по всій окружності алотрансплантанта із захватом заднього листка апоневрозу й прямого м'яза. Після цього прямі м'язи зближають до зіткнення їхніх медіальних країв і з'єднують через сухожильні перемички й товщу м'язів. Над м'язами зшивають краї передніх листків апоневрозу. З метою попередження виникнення гематом і сероми перед ушиванням підшкірної жирової клітковини встановлюють двоканальний трубковий дренаж (один

30 підводять безпосередньо до місця фіксації проленової сітки, другий - у підшкірну жирову клітковину) для активної аспірації. Шви на шкіру. Йод. Асептична пов'язка. На другу добу після операції виконують туге бандажування передньої черевної стінки з наступною активізацією й дихальною гімнастикою хворого.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад його клінічного застосування:

35 Приклад. Хворий М., 36 років, надійшов у плановому порядку в хірургічне відділення зі скаргами на: наявність грижового випинання великих розмірів у верхній половині живота, періодичні переймоподібні болі, які посилюються при фізичному навантаженні.

З анамнезу життя відомо, що за 5 років до надходження в клініку під час автокатастрофи одержав важку травму живота з ушкодженням органів черевної порожнини. Рана гоїлася

40 вторинним натягом, через рік виникла післяопераційна вентральна грижа. У районній лікарні хворий повторно оперований, де йому виконана операція - грижовисічення із пластикою місцевими тканинами. У післяопераційному періоді відзначалися лігатурні свищі, тривало лікувався. Через 8 місяців від моменту виконання повторної операції у хворого розвився рецидив післяопераційної вентральної грижі, яка прогресуючи збільшувалася, обмежуючи його

45 фізичні можливості.

При об'єктивному огляді: язик вологий, обкладений сірим нальотом, живіт помірно піддутий, бере участь в акті дихання. Передня черевна стінка в проекції старого післяопераційного рубця від мечоподібного відростка до пупка різко деформована за рахунок великого грижового випинання, обумовленого розходженням прямих м'язів живота з діастазом

50 їх у центрі до 15 см. Шкірний покрив різко стоншений, проглядаються перистальтичні хвилі тонкого кишечника. У вертикальному положенні й натужуванні випинання набуває форму півсфери. Аускультативно в зоні грижового випинання вислуховується гіперперистальтика.

Хворому встановлений клінічний діагноз: рецидивна післяопераційна вентральна грижа великих розмірів.

55 У клініці хворий обстежений у повному обсязі: у клінічному, біохімічному аналізі крові без особливостей. На рентгеноскопії органів черевної порожнини й органів грудної клітини патології не виявлено. При ультразвуковому дослідженні: печінка +1,5 см, край закруглений, паренхіма підвищеної щільності, холедох 4 мм, ворітна вена - 11 мм, жовчний міхур спадиастий, підшлункова залоза не візуалізується через гіперпневматоз кишечника, нирки й селезінка без особливостей, у проекції грижового випинання відзначаються гіперперистальтуючі петлі тонкого

60

кишечнику, випоту в черевній порожнині немає. Висновок: Дифузійні зміни печінки. Післяопераційна грижа великих розмірів.

5 Фіброгастродуоденоскопія: стравохід і кардіа без патології, у шлунку невелика кількість секреторної рідини, жовчі; у дванадцятипалій кишці на передній стінці є лінійний рубець, слизова оболонка не змінена. Висновок. Рубець цибулини дванадцятипалої кишки. Дуоденогастральний рефлюкс.

10 Вимір внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) здійснювали непрямим методом за виміром тиску в сечовому міхурі за методикою Kron і соавт. (Kron I.L. et al., 1984). Вимір ВЧТ проводили в передопераційному періоді, у момент пробного зведення країв гризових воріт під час операції, а також здійснювали моніторинг показника в післяопераційному періоді до досягнення нормальних показників ВЧТ.

Шляхом перерахунку отриманих значень ВЧТ, обмірюваних у см вод. ст., використовуючи коефіцієнт (0,0736), обчислювали ступінь інтраабдомінальної гіпертензії. Показник ВЧТ склав до 10 мм рт.ст., що є нормою.

15 Після відповідної підготовки хворий оперований у плановому порядку. Виконано пластику гризових воріт за способом, що заявляється. Рана зажила первинним натягом, шви зняті на 7-8 добу, хворий виписаний у задовільному стані під спостереження хірурга за місцем проживання.

Хворий повторно оглянутий через 2 роки, рецидиву немає. Продовжує працювати, відчуває себе добре.

20

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

25 Спосіб хірургічного лікування післяопераційних і рецидивних вентральних гриж, що включає викроювання шматка з переднього листка піхви прямого м'яза, який **відрізняється** тим, що додатково викроюють такий же шматок із протилежного заднього листка піхви прямого м'яза з наступним їхнім зшиванням і додатковим укріпленням проленою сіткою, над якою відновлюється м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

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