



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **74010** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 04755	(72) Винахідник(и): Кузнецов Олександр Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 17.04.2012	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА,
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.10.2012	вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.10.2012, Бюл.№ 19	

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОЛІПРОПІЛЕНОВОЇ СІТКИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням поліпропіленової сітки включає доступ до грижових воріт з висіченням післяопераційного рубця, надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи, виділення та розріз грижового мішка, відокремлення органів черевної порожнини від стінок останнього та країв грижового дефекту, часткове або повне висічення грижового мішка, зшивання клаптів грижового мішка, мобілізацію і економне висічення країв грижових воріт, мобілізацію очеревини від м'язово-апоневротичних структур по краях грижового дефекту, преперитонеальне розміщення поліпропіленової сітки, фіксації останньої до країв грижового дефекту, підведення до поліпропіленової сітки трубки для вакуумного дренивання, контактне зшивання окремими швами м'язово-апоневротичних структур країв грижового дефекту та пошарове зшивання підшкірної основи та шкіри на завершення операції. Мобілізацію очеревини проводять до реберних дуг та до довгих м'язів спини. Поліпропіленову сітку додатково фіксують окремими швами до окістя реберних дуг та до довгих м'язів спини.

UA 74010 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням поліпропіленової сітки.

Післяопераційні вентральні грижі становлять біля 26 % від загальної кількості гриж. Найчастіше такі грижі виникають після екстрених оперативних втручань, використання подовжених поперечних доступів і складають біля 68 %. Використання поперечного оперативного доступу на відміну від серединного дає можливість широкої ревізії органів черевної порожнини, але при цьому пересікаються прямі на широкі м'язи черевної стінки, що в подальшому призводить до діастазу та ретракції прямих та широких м'язів живота. Результати хірургічного лікування післяопераційних гриж живота є незадовільними, оскільки частота післяопераційних рецидивів сягає 15,2-45,2 % [1]. З одного боку, це обумовлено наявністю вираженої атрофії м'язово-апоневротичних країв дефекту черевної стінки, а з іншого - неефективністю існуючих способів герніопластики, навіть з використанням допоміжних матеріалів.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки ("onlay" - методика) [2], який полягає в тому, що після доступу до грижових воріт з висіченням післяопераційного рубця, надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи, виділення і розрізу грижового мішка, відокремлення органів черевної порожнини від стінок останнього, часткового або повного висічення грижового мішка, зшивання клаптів грижового мішка, мобілізації і економного висічення країв грижових воріт, зшивають край апоневрозу контактено, та фіксують поліпропіленову сітку над зшитими апоневротичними краями дефекту черевної стінки. До поліпропіленової сітки підводять силіконову трубку для вакуумного дренажування. Операцію закінчують пошаровим зшиванням підшкірної основи та шкіри.

Недоліком цього способу є високий відсоток рецидивів. Це можна пояснити частим утворенням сером (накопичень серозної рідини) внаслідок контакту імплантата з підшкірною основою, пошкодження більшості лімфатичних і кровоносних капілярів, відшарування підшкірної основи. У функціональному відношенні таке розміщення трансплантата є найменш раціональним.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки, який виконується за преперитонеальною методикою наступним чином [3]. Суть операції полягає в тому, що після доступу до грижових воріт і висічення післяопераційного рубця, надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи, виділяють з підшкірної основи грижовий мішок і розрізають його по вільному краю. Відокремлюють органи черевної порожнини від стінок грижового мішка та країв грижового дефекту. Частково чи повно висікають грижовий мішок. Зшивають клапти грижового мішка. Мобілізують і економно висікають край грижових воріт. Мобілізують черевину від м'язово-апоневротичних тканин по краях грижового дефекту. Преперитонеально розміщують поліпропіленову сітку і фіксують окремими швами до країв грижового дефекту. До поліпропіленової сітки підводять силіконову трубку для вакуумного дренажування. М'язово-апоневротичні тканини зшивають окремими швами контактено. Операцію закінчують пошаровим зшиванням підшкірної основи і шкіри.

Такий спосіб, дещо підвищує надійність герніопластики, але не виключає рецидивів. Це зумовлюється тим, що поліпропіленова сітка фіксується лише до атрофованих м'язово-апоневротичних тканин передньої черевної стінки. З часом атрофічні процеси в м'язово-апоневротичних тканинах посилюються, як наслідок виникає послаблення місця герніопластики. Тобто фіксація тільки до атрофованих м'язово-апоневротичних структур передньої черевної стінки не є механічно надійною. Такий спосіб не забезпечує механічну міцність передньо-бокової черевної стінки, створюючи підґрунтя для рецидивування грижі.

Усунення даних недоліків і є основою способу, що заявляється.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки, який включає доступ до грижових воріт з висіченням післяопераційного рубця, надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи, виділення та розріз грижового мішка, відокремлення органів черевної порожнини від стінок останнього та країв грижового дефекту, часткове або повне висічення грижового мішка, зшивання клаптів грижового мішка, мобілізацію і економне висічення країв грижових воріт, мобілізацію черевини від м'язово-апоневротичних структур по краях грижового дефекту, преперитонеальне розміщення поліпропіленової сітки, фіксацію останньої до країв грижового дефекту, підведення до поліпропіленової сітки трубки для вакуумного дренажування, контактне зшивання окремими швами м'язово-апоневротичних структур країв грижового дефекту та пошарове зшивання підшкірної основи та шкіри на завершення операції, згідно з корисною

моделлю, мобілізацію очеревини проводять до реберних дуг та до довгих м'язів спини, а поліпропіленову сітку додатково фіксують окремими швами до окістя реберних дуг та довгих м'язів спини.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки, що заявляється, є додаткова фіксація поліпропіленової сітки до окістя реберних дуг та до довгих м'язів спини. Цим забезпечується більш механічно міцне укріплення місця герніопластики і усувається підґрунтя для рецидиву післяопераційної грижі живота. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування післяопераційних гриж живота. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж живота невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Після доступу до грижових воріт і висічення післяопераційного рубця, надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи, виділяють і розрізають по вільному краю грижовий мішок. Відокремлюють органи черевної порожнини від грижового мішка та країв грижового дефекту. Зшивають клапті грижового мішка. Мобілізують і економно висікають краї грижового дефекту. Мобілізують очеревину від м'язово-апоневротичних структур по краях грижового дефекту до реберних дуг та до довгих м'язів спини. Поліпропіленову сітку розміщують преперитонеально, фіксують окремими швами до країв грижового дефекту та додатково окремими швами до окістя реберних дуг та до довгих м'язів живота. До поліпропіленової сітки підводять силіконову трубку для вакуумного дренивання. М'язово-апоневротичні структури країв грижового дефекту зшивають контактним окремими швами. Операцію закінчують пошаровим зшиванням підшкірної основи та шкіри. Передбачувана запропонованим способом додаткова фіксація поліпропіленової сітки забезпечує більш механічно міцне укріплення місця герніопластики і усувається підґрунтя для рецидиву післяопераційної грижі живота.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки, що заявляється, буде полягати в значному зниженні частоти рецидиву грижі.

Спосіб апробовано у Міському центрі хірургії гриж живота м. Києва з позитивними результатами і рекомендовано до впровадження у відділеннях загальної хірургії.

Приклад конкретного виконання.

Пацієнтка С., 56 років була прийнята 10.012012 з діагнозом післяопераційна вентральна грижа великого розміру. Грижа утворилась 2 роки тому після видалення заочеревинної пухлини бікостальним поперечним доступом.

Лікування: радикальна операція післяопераційної грижі живота. Герніопластика з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється.

Знеболювання: загальне знеболення з міорелаксантами.

На передній черевній стінці двома розрізами довжиною 25 см видалено старий післяопераційний рубець, надлишок прилеглої шкіри та підшкірної основи. З підшкірної основи виділено грижовий мішок розмірами 18×12 см, який містив петлі тонкої кишки. Після розрізу грижового мішка петлі тонкої кишки відокремлені від стінок грижового мішка та країв грижового дефекту, занурені в черевну порожнину. Грижовий мішок частково видалено, клапті останнього зшити. Далі мобілізовано очеревину від м'язово-апоневротичних структур по краях грижового дефекту. Мобілізацію очеревини проведено до реберних дуг та до довгих м'язів спини. Поліпропіленову сітку розмірами 30×15 см розміщено преперитонеально, фіксовано окремими швами до країв грижового дефекту і додатково до окістя реберних дуг та до довгих м'язів спини. До поліпропіленової сітки підведено силіконову трубку для вакуумного дренивання. М'язово-апоневротичні структури країв грижового дефекту зшиті контактним окремими швами. Операцію закінчили пошаровим зшиванням підшкірної основи та шкіри.

За період з 2008 по 2012 роки у Київському центрі хірургії гриж живота за способом, що заявляється прооперовано 12 пацієнтів з післяопераційними грижами живота. З них, 8 пацієнтів обстежувалися протягом 1-4 років після операції; жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними рецидиви післяопераційних вентральних гриж сягають 15,2-45,2 % [1]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки, що заявляється, завдяки більш механічно надійній фіксації поліпропіленової сітки і формуванню механічно міцної передньо-бокової стінки живота значно знижує частоту рецидивування післяопераційної вентральної грижі.

Джерела інформації:

1. Черенько М.П., Яцентюк М.Н., Фелештинский Я.П. Послеоперационные вентральне грыжи // Брюшные грыжи. - К.: Здоров'я, 1995. - С. 164-215.
2. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир Хирургия грыж живота и эвентраций - Симферополь - "Бизнес-Информ" - 2002 - С. 352-353.
- 5 3. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир Хирургия грыж живота и эвентраций - Симферополь - "Бизнес-Информ" - 2002 - С. 354-355.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 Спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж з використанням поліпропіленової сітки включає доступ до грижових воріт з висіченням післяопераційного рубця, надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи, виділення та розріз грижового мішка, відокремлення органів черевної порожнини від стінок останнього та країв грижового дефекту,
- 15 часткове або повне висічення грижового мішка, зшивання клаптів грижового мішка, мобілізацію і економне висічення країв грижових воріт, мобілізацію очередини від м'язово-апоневротичних структур по краях грижового дефекту, преперитонеальне розміщення поліпропіленової сітки, фіксації останньої до країв грижового дефекту, підведення до поліпропіленової сітки трубки для вакуумного дренажу, контактне зшивання окремими швами м'язово-апоневротичних структур країв грижового дефекту та пошарове зшивання підшкірної основи та шкіри на завершення
- 20 операції, який **відрізняється** тим, що мобілізацію очередини проводять до реберних дуг та до довгих м'язів спини, а поліпропіленову сітку додатково фіксують окремими швами до окістя реберних дуг та до довгих м'язів спини.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

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