



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79238** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2012 13773</b>	(72) Винахідник(и): <b>Брек Остап Орестович (UA), Шевченко Ростислав Станіславович (UA), Брек Орест Петрович (UA), Селезньов Михайло Анатолійович (UA), Гніденко Юрій Петрович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>03.12.2012</b>	(73) Власник(и): <b>ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.04.2013</b>	(74) Представник: <b>Євтушенко Тамара Григорівна</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.04.2013, Бюл.№ 7</b>	

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ

### (57) Реферат:

Спосіб лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів, що включає закриття грижового дефекту за допомогою застосування полімерного імплантата, при якому висікають старий післяопераційний рубець на всьому його протязі, при наявності шкірно-жирового фартуха операцію доповнюють абдоменопластикою, виділяють грижовий мішок і краї апоневрозу, грижовий мішок розкривають по центру, розділяють зрощення між грижовим мішком, великим сальником і іншими органами черевної порожнини, виконують ревізію органів черевної порожнини та усувають їх патологію при необхідності, із частин грижового мішка видаляють гранульоми, старі лігатури й ділянки жирової клітковини, на всьому протязі ранового дефекту розкривають одну зі сторін піхви прямого м'яза живота з мобілізацією його заднього листа на протязі не менше 5 см від краю грижових воріт, мобілізовану половину грижового мішка підшивають безперервним або вузловим швом нитками, що не розсмоктуються, зсередини до очеревини протилежної сторони грижового дефекту на відстані не менше 5 см латеральніше краю апоневрозу, при цьому в шов беруть внутрішній лист піхви прямого м'яза живота або всю товщину м'язово-апоневротичного шару черевної стінки, викроюють поліпропіленовий імплантат за формою дефекту апоневрозу із запасом на 5 см по його краях, імплантат із однієї сторони підшивають вузловим або безперервним швом по лінії попереднього шва шматка грижового мішка й зміцнюють другим рядом швів по краю апоневрозу, з іншої сторони імплантат дворядним швом фіксують до заднього листа й м'язового шару, зверху над сіткою підшивають половину грижового мішка, що залишилася, до верхнього листа апоневрозу прямого м'яза живота, ушивають всі кармани підшкірно-жирової клітковини й шкіри, рану дренують двоконтурними перфорованими трубчастими дренажами з активною аспірацією.

UA 79238 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів.

Післяопераційні вентральні грижі є наслідком виконаної раніше лапаротомії. Вентральною (післяопераційною) грижею називається грижа, що розвилася в області рубця, що утворився після хірургічної операції в області черевної порожнини.

Післяопераційні вентральні грижі зустрічаються в 6-8 % всіх випадків гриж передньої черевної стінки. Крім косметичного дефекту вони є причиною атрофії м'язів, витончення апоневрозу передньої черевної стінки, зсуву органів черевної порожнини з розвитком їхніх функціональних змін.

Основними причинами виникнення післяопераційних вентральних гриж є: порушення хірургічної техніки зшивання тканин після первинного хірургічного втручання; гнійні процеси в черевній порожнині; розвиток запалення й нагноєння післяопераційної рани; ожиріння й жирове переродження тканин передньої черевної стінки; атрофія м'язових структур передньої черевної стінки, порушення режиму носіння бандажа передньої черевної стінки в післяопераційному періоді при несформованому рубці; підвищене фізичне навантаження

Післяопераційні вентральні грижі класифікують наступним способом: малі - не змінюють загальну конфігурацію живота; середні - займають частину якої-небудь області передньої черевної стінки; великі - займають область передньої черевної стінки; гігантські - займають дві, три й більше області.

Єдиним способом радикального лікування післяопераційної вентральної грижі є операція.

Методи пластики передньої черевної стінки включають пластику власними тканинами й із застосуванням полімерних імплантатів.

Пластика передньої черевної стінки з натягом власних тканин полягає в зшиванні дефекту апоневрозу передньої черевної стінки ниткою, що не розсмоктується. При цьому хірург створює подвоєння апоневрозу (дуплікатуру). Пластика власними тканинами без їхнього значного натягу можлива тільки лише при невеликому розмірі грижового дефекту. При великих розмірах післяопераційної грижі після висічення рубцевих тканин і грижового мішка залишається великий дефект передньої черевної стінки. При закритті великого за розмірами грижового дефекту шляхом натягу й зшивання країв грижових воріт порушується кровообіг і іннервація тканин, прорізуються нитками тканини, порушуються процеси зрощення. Ці процеси значно збільшують імовірність рецидиву післяопераційної грижі. Крім того, при виконанні даного виду пластики висока ймовірність розвитку гострої дихальної недостатності, що виникає в результаті зменшення об'єму черевної порожнини й збільшення внутрішньочеревного тиску (Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. - М. : МИА, 2005. - 364 с.).

Найбільш раціональний і сучасний спосіб пластики передньої черевної стінки при післяопераційній вентральній грижі великого та гігантського розміру є закриття грижового дефекту або зони зшивання передньої черевної стінки із застосуванням полімерних імплантатів. Особливістю пластики без натягу тканин є відсутність напруження власних тканин, проростання імплантата міцною з'єднувально-тканинною капсулою. Операція виконується під наркозом (Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. - М.: МИА, 2005. - 364 с.).

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

В основу корисної моделі поставлено задачу розширення арсеналу способів лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів.

Задачу, яку поставлено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів, що включає закриття грижового дефекту за допомогою застосування полімерного імплантата, згідно з корисною моделлю, висікають старий післяопераційний рубець на всьому його протязі, при наявності шкірно-жирового фартуха операцію доповнюють абдоменопластикою, виділяють грижовий мішок і краї апоневрозу, грижовий мішок розкривають по центру, розділяють зрощення між грижовим мішком, великим сальником і іншими органами черевної порожнини, виконують ревізію органів черевної порожнини та усувають їх патологію при необхідності, із частин грижового мішка видаляють гранульоми, старі лігатури й ділянки жирової клітковини, на всьому протязі ранового дефекту розкривають одну зі сторін піхви прямого м'яза живота з мобілізацією його заднього листа на протязі не менше 5 см від краю грижових воріт, мобілізовану половину грижового мішка підшивають безперервним або вузловим швом нитками, що не розсмоктуються, зсередини до очеревини протилежної сторони грижового дефекту на відстані не менше 5 см латеральніше краю апоневрозу, при цьому в шов беруть внутрішній лист піхви прямого м'яза живота або всю товщину м'язово-апоневротичного шару черевної стінки,

викроюють поліпропіленовий імплантат за формою дефекту апоневрозу із запасом на 5 см по його краях, імплантат із однієї сторони підшивають вузловим або безперервним швом по лінії попереднього шва шматка грижового мішка й зміцнюють другим рядом швів по краю апоневрозу, з іншої сторони імплантат дворядним швом фіксують до заднього листа й м'язового шару, зверху над сіткою підшивають половину грижового мішка, що залишилася, до верхнього листа апоневрозу прямого м'яза живота, ушивають всі кармани підшкірно-жирової клітковини й шкіри, рану дренують двоконтурними перфорованими трубчастими дренажами з активною аспірацією.

Технічний ефект корисної моделі, а саме розширення арсеналу ефективних способів лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів, обумовлений сукупністю етапів медичної технології, порядком виконання цих етапів, а також умовами, при яких вони можуть бути виконані.

Спосіб виконують наступним чином. Висікають старий післяопераційний рубець на всьому його протязі, навіть якщо грижовий дефект займає не всю його довжину. Це необхідно, по-перше, для ретельної ревізії апоневротичного рубця, тому що можуть мати місце дефекти, які не визначаються через передню черевну стінку й можуть стати воротами нової грижі, а по-друге, при проведенні алопластики необхідно закривати імплантатом всю зону рубця, що також запобігає рецидиву. При наявності підшкірно-жирового фартуха операцію виконують в сполученні з абдоменопластикою, тому що збереження великого шкірно-підшкірно-жирового фартуха порушує тонус м'язів черевної стінки й веде до рецидиву грижі.

Наступним етапом виконують ретельне виділення грижового мішка й країв апоневрозу. Потім грижовий мішок розкривають по центру. Важливо зберегти приблизно рівні частини грижового мішка. При наявності декількох дефектів по ходу рубця, їх з'єднують в єдиний дефект. Розділяють зрощення між грижовим мішком, великим сальником і іншими органами черевної порожнини. Після цього виконують внутрішньочеревний етап операції, який включає ретельну ревізію й усунення патології в органах черевної порожнини, що потребують хірургічної корекції. Після санації черевної порожнини переходять безпосередньо до пластики передньої черевної стінки.

Виконують підготовку частин грижового мішка до пластики. Видаляють наявні гранульоми, старі лігатури й ділянки жирової клітковини. При багатокамерних грижах і грижових мішках неправильної форми виконують додаткові розрізи мішка з наступною пластикою останнього для одержання максимально рівного й великого грижового мішка. Після цього на всьому протязі ранового дефекту розкривають одну зі сторін піхви прямого м'яза живота з мобілізацією його заднього листа на протязі не менше 5 см від краю грижових воріт. При цьому частина грижового мішка є продовженням заднього листа піхви прямого м'яза живота. Після цього мобілізовану половину грижового мішка підшивають зсередини до очеревини протилежної сторони грижового дефекту на відстані не менше 5 см латеральніше краю апоневрозу. Підшивання виконують безперервним або вузловим швами нитками, що не розсмоктуються. При цьому в шов беруть обов'язково внутрішній лист піхви прямого м'яза живота при серединній локалізації або всю товщину м'язово-апоневротичного шару черевної стінки. Після цього етапу черевна порожнина стає закритою грижовим мішком.

Наступним етапом викроюють поліпропіленовий імплантат за формою дефекту апоневрозу, але більший по площі, так, щоб імплантат заходив за край апоневрозу на 5 см. Потім викроєний імплантат підшивають вузловими або безперервними швами з однієї сторони по лінії попереднього шва шматка грижового мішка й зміцнюють другим рядом швів по краю апоневрозу.

З другої сторони імплантат фіксують до заднього листа й м'язового шару, також дворядним швом. Зверху над сіткою підшивають половину грижового мішка, що залишилася, до верхнього листка апоневрозу прямого м'яза живота. Операцію закінчують ушиванням всіх карманів підшкірно-жирової клітковини й шкіри. Дренування рани виконують двоконтурними перфорованими трубчастими дренажами з активною аспірацією.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад. Хвора М., 67 років, госпіталізована в клініку, в анамнезі лапаротомія серединним доступом, холицистектомія. При огляді в зоні верхньосерединного рубця визначається грижове випинання 15×8×7 см, що вільно не вправляється в черевну порожнину. Встановлено клінічний діагноз: Післяопераційна верхньосерединна вентральна грижа великих розмірів. Хвора в клініці обстежена в повному обсязі. Супутня патологія гіпертонічна хвороба II ст. СНІІ А, ІІ ФК. Ожиріння аліментарного генезу 3 ступеня.

Після проведення передопераційної підготовки хвора прооперована в плановому порядку. Виконано операцію: Герніолапаротомія, розділення зрощень, часткова резекція сальника, пластика гризових воріт проленовим імплантатом за способом, що заявляється.

Ранній післяопераційний період протікав без особливостей. У перебігу перших трьох діб при активному дренуванні спостерігалось виділення серозного ексудату до 100 мл у добу. У наступні дні кількість виділень зменшувалася й на 8 добу дренаж був вилучений. УЗД контроль - залишкові явища парапротезної сіроми. Хвора виписана на 12 добу після операції в задовільному стані.

Повторний огляд хворої через 6 місяців, через 1 рік - скарг не пред'являє, працездатність повністю відновлена, дані про рецидив відсутні.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування післяопераційних вентральних гриж великих і гігантських розмірів, що включає закриття гризового дефекту за допомогою застосування полімерного імплантата, який **відрізняється** тим, що висікають старий післяопераційний рубець на всьому його протязі, при наявності шкірно-жирового фартуха операцію доповнюють абдоменопластикою, виділяють гризовий мішок і край апоневрозу, гризовий мішок розкривають по центру, розділяють зрощення між гризовим мішком, великим сальником і іншими органами черевної порожнини, виконують ревізію органів черевної порожнини та усувають їх патологію при необхідності, із частин гризового мішка видаляють гранульоми, старі лігатури й ділянки жирової клітковини, на всьому протязі ранового дефекту розкривають одну зі сторін піхви прямого м'яза живота з мобілізацією його заднього листа на протязі не менше 5 см від краю гризових воріт, мобілізовану половину гризового мішка підшивають безперервним або вузловим швом нитками, що не розсмоктуються, зсередини до очеревини протилежної сторони гризового дефекту на відстані не менше 5 см латеральніше краю апоневрозу, при цьому в шов беруть внутрішній лист піхви прямого м'яза живота або всю товщину м'язово-апоневротичного шару черевної стінки, викроюють поліпропіленовий імплантат за формою дефекту апоневрозу із запасом на 5 см по його краях, імплантат із однієї сторони підшивають вузловим або безперервним швом по лінії попереднього шва шматка гризового мішка й зміцнюють другим рядом швів по краю апоневрозу, з іншої сторони імплантат дворядним швом фіксують до заднього листа й м'язового шару, зверху над сіткою підшивають половину гризового мішка, що залишилася, до верхнього листа апоневрозу прямого м'яза живота, ушивають всі кармани підшкірно-жирової клітковини й шкіри, рану дренують двоконтурними перфорованими трубчастими дренажами з активною аспірацією.

---

Комп'ютерна верстка С. Чулій

---

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