

Винахід стосується медицини, а саме, хірургії, і може бути використаним у лікуванні пупкової грижі.

Існує багато способів лікування пупкової грижі, але вони недостатньо ефективні, у деяких відсотках випадків приводять до виникнення рецидиву грижі, що викликало необхідність у розробці додаткових хірургічних прийомів.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у подвоєнні апоневрозу, для чого отвір пупочного кола надсікають на 1 см у бік та вгору, таким чином формуючи верхній край отвору як дугоподібний шматок. Нижній край апоневрозу за допомогою декілька окремих П-подібних швів підтягують під верхній та там фіксують у вигляді дублікатури, яка формується у поперечному напрямку; край верхнього лоскуту апоневрозу декількома узловими швами фіксують до поверхні нижнього шматка. (Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий Оперативная хирургия и топографическая анатомия. - М.: Медицина, 1996. - С.564).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється, є такі:

- формування дублікатури апоневрозу у поперечному напрямку.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що зважаючи на наявність у верхньому краї апоневрозу ідучої від печінки круглої зв'язки печінки, у складі якої проходять численні лімфатичні судини, а також зважаючи на наявність у нижньому краї апоневрозу урахову, у складі якого також численні лімфатичні судини, післяопераційна рана найчастіше загоюється повільно, тому що заважає лімфорей. Тому на практиці хірурги змушені, зашиваючи рану залишати у підшкірній клітковині трубчатий дренаж на 3-5 днів, доки рана продовжує "мокнути". Запального процесу може і не бути, але наявність залишкової ексудації є завжди сприятливим фоном для розвитку гнійного процесу. А це аж ніяк не кращим чином може сказатися на міцності сформованої дублікатури апоневрозу, що може привести до розвитку рецидивної грижі.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування пупкової грижі шляхом введення додаткових етапів хірургічного лікування, що забезпечить підвищення ефективності лікування і зменшить кількість рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає формування дублікатури апоневрозу у поперечному напрямку, новим є те, що накладають два додаткових П-подібних шва на верхній та на нижній краї апоневрозу по білій лінії, які прошивають та лігують з одного краю круглу зв'язку печінки, а з іншого краю лігують урахов.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому.

Прошивання урахову та круглої зв'язки печінки двома П-подібними швами надасть можливість загоюванню рани первинним натягненням. Це стане можливим тому, що у складі круглої зв'язки печінки та урахову проходять лімфатичні судини, які у післяопераційному періоді повсякчас є причиною лімфорей. Лімфорей призводить до "мокнуття" рани. Використовуючи запропоновану нами методику, закінчуючи операцію не треба дрениувати рану, тому що усуненні чинники післяопераційної ексудації рани.

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизить кількість ускладнень та рецидивів.

Спосіб здійснюють таким чином.

По середній лінії проводять вертикальний розріз, починаючи на декілька см вище пупка та закінчують на декілька см нижче пупка. Шкіру та підшкірну клітковину пересікають до апоневрозу білої лінії. Знаходять та виділяють грижовий міхур. Після цього стінку міхура розкривають, ревізують вміст. Стінки міхура вирізують. Очеревину зашивають безперервним кетгутовим швом. По середній лінії зверху та знизу, відступивши на 0,5 см від краю дефекту, виконують п-подібні шви, які в нижньому краї рани лігують урахов, а у верхньому краї круглу зв'язку печінки. Далі нижній край апоневрозу за допомогою декілька окремих узлових швів підтягують під верхній та там фіксують у вигляді дублікатури; край верхнього лоскуту апоневрозу декількома узловими швами фіксують до поверхні нижнього лоскуту.

Приклад. Хворий Г. 1936 р. н., був госпіталізований у плановому порядку в ЗМКЛЕ та ШМД 4.03.2002 з діагнозом "Пупкова грижа", історія хвороби №4912. Після обстеження у плановому порядку був прооперований за способом, що пропонується, а саме після розрізу знайдено та відокремлено грижовий міхур. Останній розкритий, до верхнього краю апоневрозу підпаяний великий сальник. Сальник пересічений на затискачах, лігрований. Виконано прошивання урахову, круглої зв'язки печінки П-подібними швами. Виконана пластика апоневрозу у вигляді дублікатури верхнього та нижнього лоскутів. Пошарове ушивання післяопераційної рани. У післяопераційному періоді без особливостей, рана загоїлась первинним натягненням. Виписаний у строк. Через рік явка до лікарні на контрольне обстеження - рецидиву нема.