

Винахід відноситься до області медицини, зокрема, до хірургії і може бути використаний для хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки нижньосередньої локалізації.

Як прототип обраний спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки (Дерюгина М.С. Отдаленные результаты лечения гигантских грыж после акушерско-гинекологических операций //Хирургия. - 1997. -№6. -С.62-63), який полягає у використанні допоміжних пластичних матеріалів, з розміщенням трансплантатів у три шари: зверху над листками грижового мішка чи сальником, між краями грижового дефекту і над ним із застосуванням медичного клею.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого винаходу, є: фіксація трансплантата в області грижового дефекту.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності хірургічного лікування) є: висока травматичність, необхідність мати для пластики грижового дефекту велику по площі кількість пластичного матеріалу, під час операції не відновлюється цілісність зруйнованих у поперечному напрямку прямих м'язів живота, не зміцнюється область спігелієвих ліній, що може бути причиною рецидиву захворювання, є великий ризик утворення сероми внаслідок утворення порожнин між шарами пластичного матеріалу, а також при його контакті з підшкірно-жировою клітковиною, можливі інфікування і нагноєння післяопераційної рани при використанні для пластики запально змінених тканин грижового мішка

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу хірургічного лікування гриж черевної стінки нижньосередньої локалізації шляхом використання власних тканин пацієнта і пластичного матеріалу, що розміщують по передній поверхні прямих м'язів живота, після відновлення їхньої цілісності, а потім фіксують до спігелієвих ліній одиночними швами.

Поставлена задача вирішується тим, що в запропонованому способі хірургічного лікування гриж черевної стінки шляхом фіксації трансплантата в тканинах області грижового дефекту, відповідно до винаходу, спочатку ушивають шарами парієтальну очеревину разом з поперечною фасцією і зруйновані в поперечному напрямку прямі м'язи живота, потім поверх цих шарів укладають трансплантат, фіксуючи його до спігелієвих ліній, а вище накладають шви на передню стінку апоневротичного футляра цих м'язів.

Між сукупністю істотних ознак способу, що заявляється, і технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: хірургічне лікування гриж черевної стінки нижньосередньої локалізації шляхом пошарового ушивання парієтальної очеревини і прямих м'язів, з розташуванням поверх їхнього трансплантата з фіксацією його до спігелієвих ліній дозволяє знизити травматичність операції і ризик розвитку нагноєння рани.

Запропонований спосіб має простоту, надійність і виключає недоліки способу-прототипу.

Відомості, що підтверджують можливість використання винаходу.

Запропонований спосіб хірургічного лікування гриж черевної стінки після гінекологічних операцій був використаний у 12 хворих з післяопераційними грижами черевної стінки нижньосередньої локалізації, що виникли після гінекологічних операцій, виконаних з доступу по Пфаненштилю. Одночасне використання власних тканин і синтетичного чи біологічного трансплантатів дозволило підвищити ефективність оперативного лікування цих хворих і домогтися позитивного результату при їхньому хірургічному лікуванні, про що свідчив неускладнений перебіг післяопераційного періоду, загоєння рани первинним натягом, відсутність ознак рецидиву захворювання.

Спосіб хірургічного лікування гриж черевної стінки здійснюють таким чином.

Під час операції грижосічення, після виділення грижового мішка та усунення спайкових зрощень, ушивають парієтальну очеревину разом з поперечною фасцією. Потім виділяють краї грижових воріт і пересічені в поперечному напрямку прямі м'язи живота. Краї м'язів зшивають з відновленням їхньої безперервності. Поверх лінії швів, накладених на м'язи, укладають трансплантат шириною 6-8см, що фіксують безупинним швом до обох спігелієвих ліній і передньої поверхні м'язів, а вище накладають одиночні шви на передню стінку апоневротичного футляра цих м'язів.

Запропонований спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки нижньосередньої локалізації ілюструється наступними клінічними прикладами.

Приклад 1

Хвора Д., 53 року, історія хвороби №643. Надійшла в стаціонар з діагнозом "Велика післяопераційна грижа черевної стінки нижньосередньої локалізації". Грижа сформувалася після гінекологічної операції, виконаної з доступу по Пфаненштилю близько 1 року тому. Після проведення передопераційної підготовки виконана операція по запропонованому способу: грижосічення, герніопластика з використанням синтетичного сітчастого матеріалу поліпропілену, фіксованого поверх прямих м'язів до спігелієвих ліній після відновлення безперервності пересічених у поперечному напрямку прямих м'язів. Післяопераційний період без ускладнень. Шкірні шви зняті на 10-у добу, загоєння рани первинним натягом. Хвора виписана додому в задовільному стані. Оглянута через півроку і рік після операції. Ознак рецидиву грижі немає, що підтверджено результатами клінічного обстеження та УЗД черевної стінки.

Приклад 2

Хвора М., 52 року, історія хвороби №1226. Надійшла в клініку з діагнозом "Післяопераційна рецидивна грижа черевної стінки, нижньосередньої локалізації". Після проведення передопераційної підготовки зроблена операція по запропонованому способу: грижосічення, герніопластика з використанням синтетичного сітчастого матеріалу поліпропілену, фіксованого поверх прямих м'язів до спігелієвих ліній після відновлення безперервності пересічених у поперечному напрямку прямих м'язів. Післяопераційний період без ускладнень. Шкірні шви зняті на 10-11-у добу. Загоєння рани первинним натягом. Після виписки зі стаціонару, під час контрольного огляду через 1 місяць і через 1 рік після операції ознак рецидиву грижі не виявлено, що підтверджено результатами клінічного обстеження та УЗД черевної стінки.