



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15355 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ, УСКЛАДНЕНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИМИ ГНІЙНИМИ ПРОЦЕСАМИ

1

2

(21) u200601359

(22) 10.02.2006

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Дронов Олексій Іванович, Коваленко Андрій Петрович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування гігантських вентральних та післяопераційних гриж, ускладнених внутрішньочеревними гнійними процесами, який

включає розсічення грижового мішка, розкриття апоневрозу прямих м'язів передньочеревної стінки, зшивання задніх листів апоневрозу прямого м'яза та імплантацію синтетичного протеза, який відрізняється тим, що фіброзно змінений грижовий мішок розсікають по середній лінії без його висічення, утворюючи два клапті, потім один клапоть зшивають по периметру грижових воріт зі сторони черевної порожнини, а поверх зшивають другий клапоть у вигляді дублікатури.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при лікуванні гігантських вентральних та післяопераційних гриж, ускладнених внутрішньочеревними гнійними процесами.

Відомі способи хірургічного лікування гігантських вентральних та післяопераційних гриж, які включають імплантацію синтетичного протеза для пластики грижі [1, 2]. Недоліком цих способів є високий рівень післяопераційних ускладнень.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування гігантських вентральних та післяопераційних гриж „in lay”, який включає розсічення грижового мішка з частковим або повним його висіченням, розкриття апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки, зшивання задніх листків апоневрозу прямих м'язів та імплантацію синтетичного протеза з фіксацією до переднього листка апоневрозу прямих м'язів [3]. Недоліком прототипу є великий рівень ускладнень у вигляді сером та гематом, нагноєнь післяопераційної рани, а при контакті сітчастого імплантату з внутрішніми органами - кишкових нориць, міграція сітки в просвіт кишечника [4, 5].

Задачею корисної моделі є збереження тканин фіброзно зміненого грижового мішка та використання його під час пластики, як додаткове укріплення з використанням синтетичного протеза.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі полягає у забезпеченні зниження рівня

ускладнень з боку післяопераційної рани, зменшення рецидивів та інших тяжких ускладнень, скорочення строків перебування хворого у стаціонарі.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування гігантських вентральних та післяопераційних гриж, ускладнених внутрішньочеревними гнійними процесами, який включає розсічення грижового мішка, розкриття апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки, зшивання задніх листків апоневрозу прямого м'яза та імплантацію синтетичного протеза згідно корисної моделі фіброзно змінений грижовий мішок розсікають по середній лінії без його висічення, утворюючи два клапті, потім один клапоть зшивають по периметру грижових воріт зі сторони черевної порожнини, а поверх зшивають другий у вигляді дублікатури.

Спосіб здійснюють наступним чином:

За схемою проводять висічення старого післяопераційного рубця разом із навколишньою підшкірною клітковиною, встановлюють проточні дренажі. Розсічення фіброзно зміненого грижового мішка здійснюють по середній лінії без його висічення з утворенням двох клаптів, один зшивають по периметру грижових воріт зі сторони черевної порожнини, а поверх другий у вигляді дублікатури, попередньо проводять термодеструкцію очеревици, імплантують синтетичний протез, підшиваючи його до переднього листка апоневрозу прямого м'яза окремими швами по периметру. Над викона-

(19) UA (11) 15355 (13) U

ною пластикою пошарове зшивають підшкірну жирову клітковину та шкіру.

Це дає можливість запобігти контакту протеза з внутрішніми органами, а додаткове висічення старого післяопераційного рубця - з навколишньою підшкірною жировою клітковиною та дрениванням останньої, веде до зниження рівня ускладнень з боку післяопераційної рани та внутрішніх органів.

Приклади конкретного виконання способу:

Приклад 1. Хворий П., історія хвороби №13645, 1948 року народження, поступив з діагнозом вентральна грижа M2W4RO. Анамнез хвороби біля 7-ти років, грижа виникла після проктологічної операції, виконаної з серединного лапаротомного доступу. Після загальноприйнятих обстежень хворому виконано пластику грижі, інтраопераційно виявлений міжкишковий абсцес; виконали санацію та дренивання абсцесу, грижовий мішок розмірами 15x18см розсікли по середній лінії без його висічення, утворили два клапти, один з утворених клаптів зшили по периметру грижових воріт зі сторони черевної порожнини, а поверх - другий у вигляді дуплікатури, попередньо провели термодеструкцію його очеревини, згідно корисної моделі, імплантували синтетичний протез поліпропіленову сітку розмірами 20x22см, фіксуючи його до переднього листка апоневрозу прямого м'яза окремими швами по периметру. Рану обробляли розчином декасану 0,02%, дренивали проточними трубчатими дренажами з активним відсмоктуванням чи без нього. Тривалість дренивання 10 діб. Над виконаною пластикою пошарове зшивали підшкірну жирову клітковину та шкіру. Антибіотикотерапія проводилась за добу до операції із застосуванням цефалоспоринов 4-го покоління, з подальшим призначенням Тієнаму 1500мг в комбінації з Метронідазолом 300,0мл протягом 5 діб післяопераційного періоду. У післяопераційному періоді відчував себе задовільно. Виписаний зі стаціонару на десяту добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень.

Приклад 2. Хвора М., історія хвороби №15549, 1941 року народження, поступила з діагнозом післяопераційна вентральна грижа M4W4RO. Анамнез хвороби біля 5-ти років, грижа виникла після екстирпації матки з придатками, виконаної з серединного лапаротомного доступу. Після загальноприйнятих обстежень та передопераційної підготовки хворій виконано пластику грижі, інтраопераційно виявлений міжкишковий абсцес,

виконали санацію та дренивання абсцесу, грижовий мішок розмірами 22x14см розсікли по середній лінії без його висічення, утворивши два клапти, один з утворених клаптів зшили зі сторони черевної порожнини по периметру грижових воріт, попередньо проводимо термодеструкцію його очеревини, згідно корисної моделі, імплантували синтетичний протез поліпропіленову сітку розмірами 20x25см, фіксуючи його до переднього листка апоневрозу прямого м'яза окремими швами по периметру. Рану обробляли розчином декасану 0,02%, дренивали проточними трубчатими дренажами з активним відсмоктуванням чи без нього. Тривалість дренивання 10 діб. Над виконаною пластикою пошарове зшивали підшкірну жирову клітковину та шкіру. Антибіотикотерапія проводилась за добу до операції із застосуванням цефалоспоринов 4-го покоління, з подальшим призначенням Тієнаму 1500мг в комбінації з Метронідазолом 300,0мл протягом 5 діб післяопераційного періоду. Першу добу після операційного періоду хвора вставала, активно рухалась. Виписана зі стаціонару на десяту добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень.

За пропонуваним способом проліковано 20 хворих з гігантськими вентральними та післяопераційними грижами, ускладненими внутрішньоочеревними гнійними процесами. Жодного випадку ускладнень з боку після операційної рани не спостерігалось. При лікуванні 20 хворих за способом найближчого аналогу процент післяопераційних ускладнень склав 10%. Таким чином, використання запропонованого способу забезпечує зниження рівня ускладнень у вигляді нагноєнь, сером та гематом післяопераційної рани, зміцнює пластику грижі та забезпечує надійний захист внутрішніх органів від контакту з сіткою.

Джерела інформації

1. Nyhus L.M. Individualization of hernia repair. Surgery.-1993.-Vol.II4, N 1.-P. 111-116.
2. Wantz G.E. Open repair of hernias of abdominal wall. Sci. Amer. Surg. -1999.N 6. P.1-21.
3. Stoppa R.E., Rives J.L., Warlaumont C.R., et al. The use of dacron in the repair of hernias of abdominal wall. Surg. Clin. N. Amer.- 1984. Vol.64.- P.269-274.
4. Eds. V. Shumpelik, A.N. Kings norh. - Berlin; Heidelberg; New York: Springer, 1999. -P.246-252.
5. Rath A.M., Chevrel J.P. The healing of laparotomies: a bibliographic study. Part two. Technical aspects//Ibid.-2000.-Vol.-4, N.1.-P.41-48.