

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а точніше до способів хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота, а також інших обширних дефектів черевної стінки.

Хірургічне лікування гігантських післяопераційних гриж живота та інших обширних дефектів передньої черевної стінки залишається однією із складних проблем в хірургії. Це пов'язано з технічними труднощами виконання пластики гігантських гризових дефектів черевної стінки, які обумовлені сильним натягом м'язово-апоневротичних тканин і значним зменшенням об'єму черевної порожнини, що призводить до великої кількості рецидивів [1, 2].

Використання допоміжних матеріалів (біодеструктивних імплантатів) для пластики гігантських дефектів черевної стінки сприяє покращенню результатів хірургічного лікування. Однак, не дивлячись на велику кількість існуючих алопластичних операцій з різними варіантами розміщення біодеструктивних імплантатів в тканинах черевної стінки, кількість рецидивів грижі залишається непомірно високою (35 - 45%) [1, 5].

Так, відомий спосіб хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота з фіксацією імплантата до м'язово-апоневротичних країв гризових воріт з боку черевної порожнини [4]. Після видалення гризового мішка очеревину відшаровують, краї її зшивають. Потім над очервиною розміщують імплантат і фіксують його до зшитих м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту.

Недоліками цього способу є натяг м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту та зменшення об'єму черевної порожнини в результаті їх зшивання. Крім цього, контакт м'язово-апоневротичних тканин з імплантатом під час біодеструкції останнього буде спричиняти рубцеве переродження цих тканин.

Відомий також спосіб хірургічного лікування гігантських дефектів черевної стінки без зменшення об'єму черевної порожнини за рахунок фіксації імплантата із 2 - 3 шарів до країв гризового дефекту [1]. Після видалення гризового мішка імплантат-протез із 2 - 3 шарів фіксують по периметру м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту. Потім над ним зшивають підшкірну клітковину і шкіру.

Такий підхід до пластики гігантських дефектів черевної стінки є більш раціональним, оскільки не призводить до натягу тканин і зменшення об'єму черевної порожнини. Однак, він не виключає велику кількість рецидивів, що пов'язано з фіксацією імплантата до м'язово-апоневротичних тканин і його контактом з підшкірною клітковиною. Це призводить до великої кількості післяопераційних ускладнень з боку рани, а також до рубцевого переродження цих тканин в процесі біодеструкції імплантата.

Найбільш близьким аналогом (прототипом) заявляемого способу є спосіб хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота з формуванням штучної черевної стінки із імплантата і клаптів гризового мішка [3], який виконується слідуючим чином. Після видалення післяопераційного рубця виділяють і розтинають гризовий мішок, із останнього викроюють два протилежних клаптя довжиною, яка відповідає довжині гризових воріт.

Один із клаптів гризового мішка пришивають до протилежного краю гризових воріт. Потім до

країв гризових воріт на всьому їх протязі у вигляді латки підшивають імплантат і над ним фіксують клапоть із гризового мішка. Таким чином створюють штучну черевну стінку.

Такий спосіб трохи підвищує надійність пластики гігантських дефектів черевної стінки, але не виключає великої кількості рецидивів, оскільки імплантат, фіксований до м'язово-апоневротичних тканин, в процесі біодеструкції буде спричиняти їх рубцеве переродження, а потім і функціональну недостатність. Крім цього, використання імплантата тільки в один шар не забезпечує механічну міцність місця герніопластики.

Заявлений спосіб вирішує задачу утворення на місці дефекту штучної черевної стінки більш високої механічної міцності з виключенням контакту імплантата з м'язово-апоневротичними тканинами.

Досягаємим технічним результатом є зменшення кількості післяопераційних рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота, який включає виділення гризового мішка, викроювання із його стінок двох протилежних клаптів, пластику гризового дефекту викроєними клаптями гризового мішка та імплантатом з фіксацією створеної таким чином штучної черевної стінки до м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту згідно винаходу, із викроєних клаптів гризового мішка формують дві дублікатури, усередині кожної розміщують імплантат, герметизують безперервним швом по відкритих краях, а перед фіксацією штучної черевної стінки до м'язово-апоневротичних країв ці дублікатури накладають одна на одну.

Суттєвими відмінностями заявляемого способу хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота є утворення на місці гігантського дефекту штучної черевної стінки високої механічної міцності за рахунок використання подвоєних імплантатів, розташованих усередині герметизованих дублікатур із гризового мішка, які перед фіксацією до м'язово-апоневротичних країв гризових воріт накладають одна на одну. Крім забезпечення більш високої механічної надійності пластики, такий спосіб виключає контакт імплантата з м'язово-апоневротичними тканинами, отже і рубцеве переродження цих тканин в процесі біодеструкції імплантата, а також не призводить до натягу тканин черевної стінки і зберігає оптимальний об'єм черевної порожнини. Це ліквідує головні причини рецидиву грижі.

Таким чином, заявляемый спосіб реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота.

Сутність винаходу пояснюється рисунками, на яких показано: на фіг.1 - перший етап операції (викроювання двох клапанів із гризового мішка, формування із них дублікатур шляхом перегинання в середній третині); на фіг.2 - другий етап операції (усередині дублікатур із гризового мішка, розташовано по імплантату, дублікатури герметизовані, складені одна на одну і фіксовані окремими швами до м'язово-апоневротичних тканин).

Заявляемый спосіб виконується таким чином.

Двома оточуючими гризовий вигин розтинами витинають післяопераційний рубець і надлишок прилеглої шкіри і підшкірної клітковини. Виділяють гризовий мішок і мобілізують апоневротичні краї гризових воріт. Гризовий мішок розтинають в середній третині і викроюють із його стінок два рівних клаптя на широкій основі. Розділяють

зрощення між краями гризового дефекту і внутрішніми органами. Клапті гризового мішка мобілізують на 1 - 1,5см біля їх основи. Потім із викроєних клаптів гризового мішка (фіг.1) шляхом перегинання їх в середній третині утворюють дві дублікатури 1. Усередині кожної дублікатури розміщують по імплантата 3, розмірами, які відповідають гризовим воротам. Відкриті краї дублікатур герметизують безперервним швом. Потім дублікатури з імплантатами 3 накладають одна на одну і це удвоєння 4, що створює штучну черевну стінку, фіксують до м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту 2. Після цього до місця фіксованих дублікатур підводять силіконову трубку для вакуум-дренування і пошарово зашивають підшкірну клітковину і шкіру.

Приклад конкретного виконання: Пацієнтка 65 років поступила 21.01.92р. з діагнозом рецидивна серединна післяопераційна грижа гігантських розмірів через один рік після операції з приводу великої середньої післяопераційної грижі живота. Перша операція - холецистектомія 3 роки тому назад. Об'єктивно в ділянці передньої черевної стінки від мечоподібного відростка до пупка визначається гризовий випин 35 × 20 × 16см з дефектом у м'язово-апонопротичних тканинах 20 × 16см.

Операція: радикальна операція грижі, пластика дефекту за заявляємим способом. Під ендотрахеальним наркозом двома оточуючими гризовий випин позовжніми розтинами від мечоподібного відростка і дещо нижче пупка видалено післяопераційний рубець, надлишок шкіри і підшкірної клітковини. Потім виділено гризовий мішок. Гризовий мішок розітнуто в середній третині і з його стінок викроєні два рівних клаптя на широкій основі. Зрощення між краями гризового дефекту і тонким кишечником ліквідовані. Клапті гризового мішка мобілізовані на 1,5см біля їх основи. Після цього із викроєних клаптів гризового мішка шляхом перегинання їх в середній третині утворені дві дублікатури. Усередині кожної дублікатури розміщено по імплантата (біодеструктивний матеріал - поліуретан) розміром 22 × 18см відкриті краї герметизовані безперервним швом. Потім дублікатури з імплантатами накладені одна на одну і фіксовані до м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту. Після цього до місця фіксованих дублікатур було підведено силіконову трубку для вакуум-дренування рани й пошарово зашито підшкірну клітковину і шкіру.

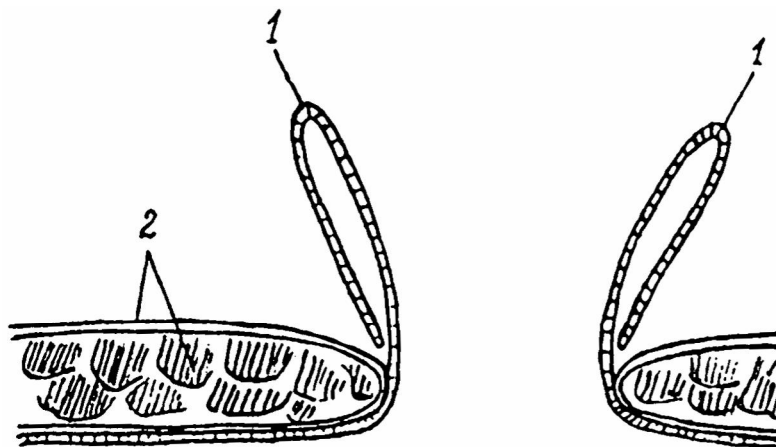
Післяопераційний перебіг без ускладнень. Виписана на 10 день після операції в задовільному стані. Обстежена через 1 - 5 років, рецидиву грижі немає. Стан задовільний, займається помірною фізичною працею, що вказує на повну реабілітацію пацієнтки.

На протязі 5 років з 1991 по 1996 роки прооперовано 36 пацієнтів із гігантськими післяопераційними грижами живота. Із них 32 пацієнти обстежені через 1 - 5 років, рецидиви грижі відсутні, стан задовільний, займаються помірною фізичною працею.

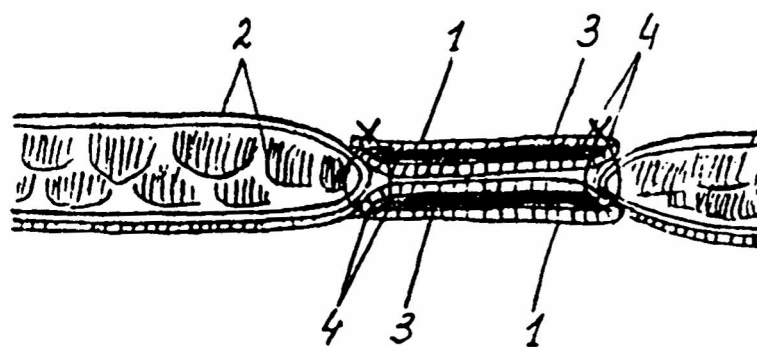
За літературними даними рецидиви після оперативних втручань з приводу гігантських післяопераційних гриж живота складають 35 - 45% [3, 5]. Ці цифри слід віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, заявляємий спосіб за рахунок

утворення штучної черевної стінки з високою механічною стійкістю без натягу м'язово-апоневротичних тканин забезпечує значне зменшення кількості рецидивів грижі.



Фіг. 1



Фіг. 2