



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40181 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ЧОЛОВІКІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

1

2

(21) u200813028

(22) 10.11.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл. № 6, 2009 р.

(72) ЛЕОНОВ АНДРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЛЕОНОВ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, UA

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, UA

(57) Спосіб лікування післяопераційних вентральних гриж у чоловіків похилого та старечого віку шляхом викроювання шматка автошкіри та його фіксації, який відрізняється тим, що шматок ав-

тошкіри отримують шляхом застосування операції Гартмана на відвислій мошонці, при цьому яєчка максимально відтісняють нагору, на 1-2 см, нижче їх на вільну частину мошонки накладають затискач, по його нижньому краю відвислу мошонку відтинають і затискач знімають, рану мошонки зашивають наглухо, резектовану частину відвислої мошонки обробляють по Янову і використовують для закриття грижового дефекту з фіксацією шкірного трансплантата швами із шовного матеріалу, що не розсмоктується.

Корисна модель відноситься до розділу хірургії - герніології, а саме до хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ) у чоловіків похилого і старечого віку. Незважаючи на зусилля хірургів, спрямовані на поліпшення результатів хірургічного лікування, щонайменше, 10% лапаротомій супроводжується утворенням ПОВГ.

Сучасні синтетичні сітчасті полімерні матеріали, які характеризуються біологічною сумісністю, гіпоалергенністю, відсутністю канцерогенності, дозволяють усунути практично будь-яку грижу, не дивлячись на розмір за умови дотримання основного принципу - застосування пластики в хворого, але не хворого до методики пластики. На жаль у зв'язку з низьким рівнем забезпечення державою медичної сфери і відсутністю можливості в геріатричних хворих придбати додатковий пластичний матеріал для операції, стає актуальним застосування в чоловіків похилого та старечого віку автодермопластики.

Недоліки класичної автодермопластики полягають в нанесенні додаткової операційної травми на функціонально патологічно незмінній ділянці шкіри та утворення естетичного дефекту.

Відомий спосіб хірургічного лікування великих серединних післяопераційних вентральних гриж, який полягає в тім, що двома півовальними розрізами навколо грижового випинання висікають шкіру з підшкірною клітковиною, мобілізують апоневротичні краї грижових воріт. По медіальному краї

лівого прямого м'яза розсікають задній листок піхви на всю довжину наявного діастазу. Прямий м'яз мобілізують. Передній вільний край, що утворився, рубцево-апоневротичного шматка відводять убік. Правий прямий м'яз виділяють через поздовжній розріз переднього апоневрозу. Край утвореного рубцево-апоневротичного шматка зашивають із заднім листком піхви лівого прямого м'яза. Після цього прямі м'язи зближають до зіткнення їхніх медіальних країв і з'єднують через сухожильні перемички і товщу м'язів. Над м'язами зашивають край передніх листків рубцево-зміненого апоневрозу [Боровков С.А. Хирургическое лечение больших и гигантских послеоперационных грыж живота / Хирургия. - 1989. - №4. - С.101-104]. Для профілактики гематом через окремі проколи шкіри підводять закриті трубчасті вакуум-дренажі в напрямку латеральних країв прямих м'язів живота.

Зазначений спосіб має великий відсоток рецидивів у силу натягу апоневротичних країв грижових воріт при збільшеному обсязі органів черевної порожнини після вправлення грижового вмісту.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб хірургічного лікування серединних післяопераційних гриж шматками апоневрозу, викрое-ними без ушкодження сухожильних перемичок. Після висічення грижового мішка і мобілізації апоневротичних країв дефекту по можливості їх зашивають край у край. З передньої стінки піхви прямого м'яза живота викроюють шматок, не ушкоджуючи сухожильні перемички. Потім шматок

(13) U
(11) 40181
(19) UA

перегинають у підстави і пришивають до протилежної сторони грижових воріт [Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: «М». - 1990. - С.209-211].

Даний спосіб має високий відсоток рецидивів у силу того, що, по-перше, зшити край у край грижовий дефект при значному діастазі прямих м'язів живота неможливо; по-друге, на місці викроєного з апоневрозу шматка утвориться новий грижовий дефект, відбувається нанесення додаткової операційної травми на функціонально патологічно незмінений ділянку шкіри та утворення естетичного дефекту.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування післяопераційних вентральних гриж у чоловіків похилого і старечого віку, в якому за рахунок зміни місця забору пластичного матеріалу, досягається нанесення мінімальної ятрогенної травми.

Поставлена задача вирішується в способі лікування післяопераційних вентральних гриж у чоловіків похилого та старечого віку шляхом викроювання шматка автошкіри та його фіксації, згідно з корисною моделлю, шматок автошкіри отримують шляхом застосування операції Гартмана на відвислій мошонці, при цьому яєчка максимально відтісняють нагору, на 1-2см, нижче їх на вільну частину мошонки накладають затискач, по його нижньому краю відвислу мошонку відтинають і затискач знімають, рану мошонки зашивають наглухо, резектовану частину відвислої мошонки обробляють по Янову і використовують для закриття грижового дефекту з фіксацією трансплантата швами із шовного матеріалу, що не розсмоктується.

За рахунок застосування оригінального способу автодермопластики, досягається нанесення мінімальної ятрогенної травми при заборі пластичного матеріалу. Пружний, еластичний шматок з резектованої відвислої мошонки завдяки багатій мережі кровоносних і лімфатичних судин швидко реваскуляризується і легко переносить пересадження.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

В чоловіків літнього і старечого віку в хірургії післяопераційних вентральних гриж використовують тканини відвислої мошонки. Для цього виконують операцію Гартмана на відвислій мошонці. Яєчка максимально відтісняють нагору, на 1-2см, нижче їх на вільну частину мошонки накладають поперечно кишковий чи шлунковий м'який гніт. По його нижньому краю відвислу мошонку відтинають, знімають затискач. Рану мошонки зашивають наглухо. Потім резектовану частину відвислої мошонки обробляють по В.Н. Янову [Янов В.Н. Термическая обработка аутодермальных имплантатов //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 1975. - №9. - С.90-91.], який запропонував для деепітелізації викроєного шкірного шматка зрошувати його нагрітим до 93-96°C фізіологічним розчином. Після чого його використовують для натяжного чи не натяжного закриття грижового дефекту. Шкіряний трансплантат фіксують швами із шовного матеріалу, що не розсмоктується.

Таким чином, за рахунок застосування оригінального способу автодермопластики, досягається нанесення мінімальної ятрогенної травми при заборі пластичного матеріалу. Лікування післяопераційних вентральних гриж із застосуванням запропонованого способу має позитивні результати.