



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4970 (13) U
(51) 7 A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

1

(21) 20040604378

(22) 07.06.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Мехтіханов Зубаір Селімович, Рамалданов
Сулейман Кафарович, Мехтіханов Мехтіхан
Селімович(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб пластики післяопераційних вентраль-
них гриж, що включає виділення і висічення грижо-
вого мішка, викроювання і внутрішньочеревинне

2

встановлення ендопротеза з його фіксацією, який відрізняється тим, що ендопротез підшивають до задньої поверхні черевної стінки до парієтальної очеревини вузловими швами поліпропіленовою ниткою з захопленням м'язово-апоневротичних тканин, відступаючи від краю грижового дефекту на 1,5-2,5 см по всьому периметру, по периметру підшитого протеза в нижніх і бічних відділах підшивають пасмо великого сальника, після чого виконують пластику грижового дефекту край у край швами по Knoutz-Бородіну.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і призначена для лікування післяопераційних вентральних гриж.

Відомий спосіб лікування вентральних гриж, що полягає у виділенні і розсеченні грижового мішка, потім у шаховому порядку викроюють шматки на живильній ніжці, виконують розрізи в м'язово-апоневротичному шарі напроти кожного шматка, далі шматки проводять через розрізи і після зшивання м'язово-апоневротичного шару поверх швів укладають шматки і фіксують їх до апоневрозу (А с. СРСР №1069786, МПК А61В 17/00).

Недоліки способу зв'язані з можливістю виникнення повторних гриж, через неможливість виконання пластики в підреберних областях через малу кількість тканин, після першої операції, що не придатні для пластики внаслідок дегенерації й атрофії.

Найбільш близьким і обраним за прототип є спосіб пластики післяопераційних вентральних гриж (З-ка РФ №2002124644), при якому внутрішньочеревинно встановлюють ендопротез і фіксують через черевинно-м'язово-апоневротичний шар П-подібними швами, не ізолюючи сітчастий поліпропіленовий ендопротез від внутрішніх органів.

Недоліками такого способу пластики є:

По-перше, можливість підшивання внутрішніх органів, зокрема петель тонкої кишки, і розвиток кишкової непрохідності.

По-друге, при фіксації ендопротеза П-

подібними швами порушується, якоюсь мірою, скорочувальна функція м'язів черевної стінки.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу пластики післяопераційних вентральних гриж, у якому за рахунок зміни характеру установки ендопротеза, досягається попередження можливості підшивання внутрішніх органів до поліпропіленової сітки при пластичі післяопераційних вентральних гриж.

Поставлена задача вирішується в способі пластики післяопераційних вентральних гриж, що включає виділення і висічення грижового мішка, викроювання і внутрішньочеревинну установку ендопротеза з його фіксацією, відповідно до корисної моделі, ендопротез підшивають до задньої поверхні черевної стінки до парієтальної очеревини вузловими швами поліпропіленовою ниткою з захопленням м'язово-апоневротичних тканин, відступаючи від краю грижового дефекту на 1,5-2,5 см по всьому периметру, по периметру підшитого протеза в нижніх і бічних відділах підшивають пасмо великого сальника, після чого роблять пластику грижового дефекту край у край швами по Knoutz-Бородіну.

Саме за рахунок того, що по периметрі підшитого протеза в нижніх і бічних відділах підшивають пасмо великого сальника, досягається відділення поліпропіленової сітки від петель кишечника, що перешкоджає підшиванню внутрішніх органів.

Спосіб здійснюють у такий спосіб.

(13) U

(11) 4970

(19) UA

Операцію починають з висічення старого післяопераційного рубця. Розсікають підшкірну клітковину до апоневрозу з одночасним виділенням гризового мішка. Гризовий мішок виділяють з навколишніх тканин до шийки, розкривають і відокремлюють органи черевної порожнини від оболонок гризового мішка. Після мобілізації і висічення гризового мішка і рубцевих тканин в області гризових воріт, викроюють з поліпропілену ендопротез. Він перевищує розміри гризового дефекту по всьому периметрі на 2-3 см. Ендопротез устатковують внутрішньочеревинно і підшивають до задньої поверхні черевної стінки до парієтальної очеревини вузловими швами поліпропіленовою ниткою з захопленням м'язово-апоневротичних тканин, відступаючи від краю гризового дефекту на 1,5-2,5 см по всьому периметрі. Потім по периметрі підшитого протеза в нижніх і бічних відділах підшивають ласмо великого сальника, щоб обмежити поліпропіленову сітку від петель кишечнику. Після чого роблять пластику гризового дефекту край у край швами по Knoutz - Бородіну.

Приклад

Хворий К., 46 років надійшов у лікарню зі скаргами на наявність випинання в області мезогастрії, періодичні болі і напруга випинання.

З анамнезу 3 роки тому оперований із приводу проникаючого ножового поранення живота з ушкодженням тонкої кишки.

Післяопераційний період ускладнився нагноєнням рани, а через півроку помітив випинання при напрузі в області післяопераційного рубця

вище пупка.

За 2,5 роки випинання збільшилося в розмірах від волоського горіха до розмірів 6,0х4,0 см. Хворий оперований. Виділений гризовий мішок, до якого підпаяні петлі тонкої кишки і пасмо сальника, що відділені від стінок гризового мішка. По розмірах гризового дефекту з перевагою по периметрі на 2,0 см викроений ендопротез, що устаткований внутрішньочеревинно. Потім фіксований до нижнього півкола гризового дефекту з відступом від країв на 1,5 см. Потім пасмо сальника фіксують до черевної стінки по нижньому периметрі ендопротезу таким чином, щоб відгородити петлі тонкої кишки від контакту з поліпропіленовим сітчастим ендопротезом. Потім фіксують вузловими швами ендопротез до верхнього півкола гризового дефекту. Гризовий дефект ушивають «край у край» поліспасними швами по Knoutz-Бородіну.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. При огляді через 1,5 року ознак рецидиву і спайкової кишкової непрохідності немає.

До дійсного часу проведено 15 операцій пластики післяопераційних вентральних гриж середніх розмірів із внутрішньочеревинною установкою ендопротезу за способом, що заявляється. Не було ні одного випадку рецидиву грижі і спайкової кишкової непрохідності в терміни спостереження від 3 місяців до 1,5 років.

Таким чином, пропонований спосіб пластики післяопераційних вентральних гриж дозволяє попередити як рецидиви гриж, так і розвиток спайкової кишкової непрохідності.