



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56938 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ АЛОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

1

2

(21) 2002129692

(22) 04 12 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р

(72) Дзюбановський Ігор Якович, П'ятночка Володимир Іванович, Кліщ Іван Миколайович

(73) Дзюбановський Ігор Якович, П'ятночка Володимир Іванович

(57) 1 Спосіб алопластики вентральних гриж, що включає висічення піподермального клаптя, виділення гризового мішка, його ревізію та висічення, закриття гризового дефекту власними

тканинами шляхом зшивання його країв, фіксування до апоневрозу сличастого алотрансплантату по лінії швів, дренажування рани та її закриття, який відрізняється тим, що до фіксування сличастий алотрансплантат, а також шовний матеріал просочують мембранним комплексом у поєднанні з антибактеріальним або імунодепресантним засобом

2 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що як антибактеріальний засіб використовують цефазолін, а як імунодепресант - азотіопрін

Спосіб відноситься до медицини, зокрема хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування вентральних гриж

Відомий спосіб хірургічного лікування вентральних гриж, котрий полягає у висіченні піподермального лоскута, виділенні гризового мішка, його ревізії та висіченні, закритті гризового дефекту власними тканинами шляхом зшивання його країв, фіксуванні до апоневрозу сличастого алотрансплантату по лінії швів, дренажуванні рани та її закритті. Для попередження гнійно-септичних ускладнень після алопластики гриж здійснюють загальний антибактеріальний вплив, який полягає у введенні антибактеріального засобу внутрішньо до операції, під час операції та протягом 3 - 5 діб після операції. А для зменшення ексудативної реакції на алотрансплантат рану дренажують, та пункційно видаляють сероми після видалення дренажів протягом 14 - 20 діб після операції (Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж - К. Здоров'я, 2001 - с. 79).

Недоліком відомого способу є недостатня ефективність попередження ускладнень та ексудативної реакції, внаслідок чого у 5,3 - 11,4% випадках спостерігалися пост-травматичні ускладнення у вигляді утворення запальних інфільтратів та нагноєнь

В основу винаходу поставлена задача створити такий спосіб алопластики вентральних гриж, у якому шляхом додаткової обробки алотрансплантату та шовного матеріалу досягається можливість пролонгованого місцевого впливу антибактеріаль-

ного і імунодепресантного засобів за рахунок забезпечення достатньої їх концентрації у післяопераційній рані. Це підвищує ефективність запобігання виникненню ускладнень

Поставлена задача вирішується тим, що запропонований спосіб алопластики вентральних гриж, який включає висічення піподермального клаптя, виділення гризового мішка, його ревізію та висічення, закриття гризового дефекту власними тканинами шляхом зшивання його країв, фіксування до апоневрозу сличастого алотрансплантату по лінії швів, дренажування рани та її закриття, у якому, згідно з винаходом, до фіксування сличастий алотрансплантат, а також шовний матеріал просочують мембранним комплексом у поєднанні з антибактеріальним або імунодепресантним засобом. В переважному випадку як антибактеріальний засіб використовують цефазолін, або цефтріаксон, а як імунодепресант - азотіопрін

Конкретно спосіб здійснюють таким чином: перед операцією сличастий алотрансплантат та шовний матеріал просочують шляхом занурення в суміш мембранного комплексу (суспензії ліпосом) з антибактеріальним або імунодепресантним засобом, після чого алотрансплантатом закривають гризовий дефект, фіксуючи його традиційним способом

Приклад 1

Хвора П., 58 років, хворіє на вентральну грижу 1,5 роки. З анамнезу відомо, що двічі оперована с приводу поопераційної рецидивуючої вентральної грижі. Зі слів хворої, останній раз поопераційний період ускладнився нагноєнням поопераційної

(13) A

(11) 56938

(19) UA

рани, незважаючи на загальноприйнятну антибіотикотерапію, довготривалий час лікувалась амбулаторно с приводу лігатурних нориць. У хворої діагностовано післяопераційну неpravиму вентральну рецидивуючу грижу. Супутня патологія - ІХС, гіпертонічна хвороба 2-ст, недостатність кровообігу Іст, ожиріння 2 - 3ст, варикозна хвороба обох нижніх кінцівок, ХВН-2СТ.

При огляді живота стверджено наявність пухлиноподібного випинання розмірами 10 - 20см, в мезо-гіпогастрії, м'якоеластичної консистенції, не болюче, неpravиме в черевну порожнину, гризові ворота діаметром близько 8см. Перкуторно над випинанням - тимпаніт, при аускультативній вислуховується перистальтичні шуми. Визначається позитивний симптом кашльового поштовху.

Після повного клінічного дообстеження, на другу добу після поступлення в клініку, хворий проведено оперативне втручання. Півовальними розрізами навколо грижі висікли старий післяопераційний рубець з надлишками шкіри з підшкірно-жировою клітковиною. Гризовий мішок виділили з рубцевої тканини, розіклали його, провели ревзію органів черевної порожнини з роз'єднанням злук. Гризовий дефект передньої черевної стінки закрили методом пластики за Сапежко двохранним швом. Лінію швів укріпили сітчастим алотрансплантатом розміром 15 / 20см, який перед операцією разом з шовним матеріалом просочили сумішшю суспензії ліпосом з цефазоліном. Дренування підшкірно-жирової клітковини здійснювали 2-ма товстостінними поліхлорвініловими трубками, які фіксували зі сторони рани по усьому периметру її, і вивели їх через окремі контрапертури. Були накладені шви на рану та асептична пов'язка. Поопераційний період протікав без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом. Дренажі забрано на 6-у післяопераційну добу. Шви зняті на 10-у добу і хвора виписана додому.

В поопераційному періоді хвора отримувала антибактеріальну терапію по загальноприйнятій методиці. Поопераційний період протікав без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом. Дренаж забрано на 6-у післяопераційну добу. Шви зняті на 8-му добу і хвора виписана додому. Контрольний огляд через місяць - набряку, інфільтрації, нагноєння в ділянці післяопераційного рубця не відмічено. Контрольний огляд через рік - рецидиву грижі, больових відчуттів, дискомфорту не виявлено.

Приклад 2

Хвора О., 63 років, хворіє на вентральну грижу 1 рік. З анамнезу відомо, що чотири рази оперована с приводу рецидивуючої вентральної грижі. Зі слів хворої, кожного разу поопераційний період протікав важко, відмічалась довготривала інфільтрація в ділянці рани, виділення з рани серозного

характеру, незважаючи на загальноприйнятну антибіотикотерапію. У хворої діагностовано післяопераційну неpravиму вентральну рецидивуючу грижу. Супутня патологія - ІХС, коронаркардіосклероз, гіпертонічна хвороба 2-ст, недостатність кровообігу Іст, ожиріння 2-ст.

При огляді живота стверджено наявність пухлиноподібного випинання розмірами 20 - 28см, мезо-гіпогастральній ділянці живота більше справа, м'якоеластичної консистенції, не болюче, неpravиме в черевну порожнину, гризові ворота діаметром близько 10см. Перкуторно над випинанням - тимпаніт, при аускультативній вислуховується перистальтичні шуми. Визначається позитивний симптом кашльового поштовху.

Після повного клінічного дообстеження, на третю добу після поступлення в клініку, хворий проведено оперативне втручання. Півовальними розрізами навколо грижі висікли старий післяопераційний рубець з надлишками шкіри з підшкірно-жировою клітковиною. Гризовий мішок виділили з рубцевої тканини, розіклали його, провели ревзію органів черевної порожнини з роз'єднанням злук. Гризовий дефект передньої черевної стінки закрили методом пластики за Сапежко. Лінію швів укріпили сітчастим алотрансплантатом розміром 15 / 15см, який перед операцією разом з шовним матеріалом просочили сумішшю суспензії ліпосом з азотіпроном. Дренування підшкірно-жирової клітковини. Шви на рану. Асептична пов'язка.

В поопераційному періоді хвора отримувала антибактеріальну терапію, антикоагулянтну терапію по загальноприйнятій методиці. Поопераційний період протікав без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом. Дренаж забрано на 4-у післяопераційну добу, так як виділень з нього не спостерігалось. Шви зняті на 9-у добу і хвора виписана додому. Контрольний огляд через місяць - набряку, інфільтрації, нагноєння в ділянці післяопераційного рубця не відмічено. Контрольний огляд через рік - рецидиву грижі, больових відчуттів, дискомфорту не виявлено.

Запропонований нами спосіб алопластики вентральних гриж застосовували у двадцяти хворих із післяопераційною вентральною кілою.

В жодного з хворих після оперативного втручання утворення запальних інфільтратів та нагноєнь поопераційної рани не відмічалось, що зумовлено особливостями фіксації сітчастого алотрансплантата та методикою дренування післяопераційної рани.

Таким чином, запропонований спосіб алопластики вентральних гриж попереджує виникнення в ранньому поопераційному періоді гематом, сером, що реалізується раннім відновленням фізичної активності пацієнтів, зниженням небезпеки інфекційних ускладнень та рецидивів гриж.