



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56939

(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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

1

2

(21) 2002129693

(22) 04 12 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Дзюбановський Ігор Якович, П'ятночка Володимир Іванович, Луговий Олег Богданович

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

(57) Спосіб хірургічного лікування вентральних гриж, що включає висічення ліподермального шматка, виділення гризового мішка, його ревізію та висічення, закриття гризового дефекту власни-

ми тканинами шляхом зшивання його країв, фіксування до апоневрозу стічастого алотрансплантата по лінії швів, дренивання рани та її закриття, який відрізняється тим, що зшивання гризового дефекту здійснюють двохрядним швом з утворенням дублікатури, фіксування алотрансплантата проводять прошиванням його країв з натягом та закриттям порожнин між сіткою та апоневрозом додатковими окремими вузловими швами, а дренивання рани виконують двома трубками, які фіксують по периметру алотрансплантата

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 стічастого алотрансплантату по лінії швів, дрениванні рани та її закритті. За прототипом краї гризового дефекту зшивають в один ряд окремими вузловими швами, стічастий алотрансплантат фіксують по краях до апоневрозу окремими вузловими швами без натягу, а дренивання здійснюють розміщенням на сітці без закріплення однієї поліпропіленової трубки (Грубник В В, Лосев А А, Баязитов Н Р, Парфентьев Р С. Современные методы лечения брюшных гриж - К. Здоров'я, 2001 - с. 79).

Недоліком відомого способу є недостатньо надійне кріплення країв гризового дефекту, алотрансплантату та тренажної трубки, завдяки чому у 5,3 - 11,4% випадках спостерігалися пост-травматичні ускладнення у вигляді утворення запальних інфільтратів та нагноєнь поопераційної рани завдяки зміщенню сітки, її гофруванню з утворенням наапоневротичних порожнин, сером та гематом та недостатнього дренивання.

В основу винаходу поставлено завдання створити такий спосіб хірургічного лікування вентраль-

них гриж, в якому шляхом додаткового укріплення з'єднання алотрансплантату з апоневрозом, а також фіксування дренивальних трубок досягається щільне співставлення зшитих між собою тканин та алотрансплантата чим запобігається виникнення ускладнень.

Поставлене завдання вирішують тим, що запропоновано спосіб хірургічного лікування вентральних гриж, який включає висічення ліподермального лоскута, виділення гризового мішка, його ревізію та висічення, закриття гризового дефекту власними тканинами шляхом зшивання його країв, фіксування до апоневрозу стічастого алотрансплантату по лінії швів, дренивання рани та її закриття, у якому, згідно з винаходом, зшивання гризового дефекту здійснюють двохрядним швом з утворенням дублікатури, фіксування алотрансплантату проводять прошиванням його країв з натягом та закриття порожнин між сіткою та апоневрозом додатковими окремими вузловими швами, а дренивання рани виконують двома трубками, які фіксують по периметру алотрансплантата.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином після видалення гризового мішка закривають гризовий дефект передньої черевної стінки зшиваючи між собою краї апоневрозу, формуючи дублікатуру двохрядним швом. Поверх лінії швів дублікатури щільно фіксують алотрансплантат, натягуючи його і перекивають лінію швів на 6 - 8 см. Пустоти, утворені між апоневрозом і ало-

(13) A

(11) 56939

(19) UA

трансплантатом додатково ліквідують прошиванням окремими вузловими швами. Дренування підшкірної клітковини здійснюють двома товстостінними ПХВ трубками, фіксуючи їх по периметру рани і виводять через окремі контрапертури в ділянці нижніх кутів рани.

#### 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 рани, незважаючи на загальноприйнятну антибіотикотерапію, довготривалий час лікувалась амбулаторно с приводу лігатурних нориць. У хворої діагностовано післяопераційну невправиму 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-епігастрії, м'якоеластичної консистенції, не болюче, невправиме в черевну порожнину, грижові ворота діаметром близько 8см. Перкуторно над випинанням - тимпаніт, при аускультаті вислуховуються 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. Грижовий мішок виділили з рубцевої тканини, розсікли його, провели ревізію органів черевної порожнини з роз'єднанням злук

Грижовий дефект передньої черевної стінки закрили методом пластики за Сапежко двошрядним швом. Лінію швів укріпили сітчастим алотрансплантатом розміром 15 / 20см. Пустоти між апоневрозом та сіткою прошили окремими вузловими швами. 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. Контрольний огляд через місяць - набряку, інфільтрації, утворення сером, нагноєння в ділянці післяопераційного рубця не відмічено. Контрольний огляд через рік - рецидиву грижі, больових відчуттів, дискомфорту не виявлено.

Запропонований нами спосіб хірургічного лікування 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 хірургічного лікування вентральних гриж попереджує виникнення в ранньому поопераційному періоді гематом, сером, що реалізується раннім відновленням фізичної активності пацієнтів, зниженням небезпеки інфекційних ускладнень та рецидивів гриж.