



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59646 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВИХ ГРИЖ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

1

2

(21) u201013045

(22) 03.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) УСЕНКО ОЛЕКСАНДР ЮРІЙОВИЧ, ЛАВРИК  
АНДРІЙ СЕМЕНОВИЧ, МАНОЙЛО МИКОЛА ВО-  
ЛОДИМИРОВИЧ, КОНДРАТЕНКО БОРИС МИКО-  
ЛАЙОВИЧ, ДОСКУЧ ОКСАНА ОЛЕКСАНДРІВНА(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА  
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НА-  
МН УКРАЇНИ(57) Спосіб хірургічного лікування рубцевих гриж у  
хворих на ожиріння, який включає розкриття апо-  
неврозу прямих м'язів передньої черевної стінки  
та імплантацію синтетичного протеза на відновле-

ні задні стінки апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки, під прямі м'язи за розмірами грижових воріт, який відрізняється тим, що синтетичний протез викроюють з урахуванням величини діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки вище та нижче грижового дефекту, при цьому зверху та знизу протеза двома вертикальними розрізами формують серединні клапті, якими укривають верхні і нижні ділянки діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки, поза грижовими воротами, а бокові клапті заводять під прямі м'язи, при цьому довжина вертикальних розрізів за висотою дорівнює висоті, а проміжок між ними - ширині діастазу прямих м'язів черевної стінки.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при операціях герніопластики рубцевих гриж у хворих ожирінням.

Відомий спосіб хірургічного лікування рубцевої грижі у хворих на ожиріння, який включає розсічення грижового мішка, розкриття апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки та імплантацію синтетичного протеза на відновлені задні стінки апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки, під прямі м'язи за розмірами грижових воріт [Stoppa R.E. Rivers J.L. Warlaumont C.R. et al. The use of dacron in the repair of hernias of abdominal wall. Surg. Clin. N. Amer. - 1984. - Vol.64. - P.269-274.].

Недоліками цього способу є високий ризик рецидиву грижі через наявність слабкого місця, а саме, діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки вище та нижче грижового дефекту у цієї категорії хворих.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння, який за рахунок додаткового формування верхнього та нижнього клаптя синтетичного протеза, якими укривають верхні і нижні ділянки діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки, забезпечував би зниження кількості рецидивів гриж у хворих на ожиріння.

Поставлена задача вирішується тим, що у

способі хірургічного лікування рубцевої грижі у хворих на ожиріння, який включає розсічення грижового мішка, розкриття апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки та імплантацію синтетичного протеза на відновлені задні стінки апоневрозу прямих м'язів передньої черевної стінки, під прямі м'язи за розмірами грижових воріт, згідно корисної моделі, синтетичний протез викроюють з урахуванням величини діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки вище та нижче грижового дефекту, при цьому зверху та знизу протеза двома вертикальними розрізами формують серединні клапті, якими укривають верхні і нижні ділянки діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки, поза грижовими воротами, а бокові клапті заводять під прямі м'язи. При цьому довжина вертикальних розрізів за висотою дорівнює висоті, а проміжок між ними - ширині діастазу прямих м'язів черевної стінки.

Викроювання синтетичного протеза з урахуванням величини діастазу прямих м'язів черевної стінки з вище та нижче грижового дефекту, та формування верхнього та нижнього клаптя протеза, якими укривають верхню та нижню ділянку діастазу прямих м'язів черевної стінки - дозволяє додатково зміцнити білу лінію живота, що забезпечує зниження кількості рецидивів рубцевих гриж у хворих ожирінням.

Спосіб виконують наступним чином. Після ро-

(19) UA (11) 59646 (13) U

зсічення тканин шкіри над грижею, виділення грижового мішка з підшкірної клітковини до грижових воріт, розсікають грижовий мішок, виконують вісцероліз, відновлюють задню стінку апоневрозу прямих м'язів, таким чином формують ложе для протеза, синтетичний протез, наприклад поліпропіленову сітку, викроюють з урахуванням величини діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки вище та нижче грижового дефекту, при цьому звернувши до низу протеза двома вертикальними розрізами формують серединні клапті, якими укривають верхні і нижні ділянки діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки, поза грижовими воротами, а бокові клапті заводять під прямі м'язи. При цьому довжина вертикальних розрізів за висотою дорівнює висоті, а проміжок між ними - ширині діастазу прямих м'язів черевної стінки. До натягу виконують відновлення передніх листків прямих м'язів. Дренаж до протеза. Над виконаною пластикою пошарово зшивають клітковину та шкіру.

Приклад 1. Хвора Ц., 54 роки, історія хвороби № 5127, госпіталізована в клініку 11.07.2010 з діагнозом: Рубцева рецидивна грижа M<sub>2</sub>W<sub>2</sub>R<sub>1</sub>. Морбідне ожиріння (ІМТ 35 кг/м<sup>2</sup>).

Анамнез хвороби в 2006 році пластика пупкової грижі, в 2007 рецидив (гриженосіння 4-й роки). Після загально прийнятих обстежень хворій виконано пластику грижі: вертикальний розріз шкіри і підшкірної клітковини над грижовим випинанням, з підшкірної клітковини виділили багатокамерний грижовий мішок розмірами 15х15 см, ширина грижових воріт до 12 см, над грижовими воротами виявили діастаз прямих м'язів до 5 см в довжину, та 5 см шириною, грижовий мішок розсічений, його вміст сальник, злуково-фіксований до грижових воріт та петлями тонкого кишечника з рубцево-

злуковими змінами серозної оболонки, не розширенні, без явищ кишкової непрохідності, виконали вісцероліз по периметру грижових воріт, при подальшій ревізії знайдений старий поліпропіленовий протез з «сигароподібною» деформацією, розмірами 3х8 см, видалили старий протез, прямі м'язи над ним рубцево змінені, а зі сторони черевної порожнини до нього фіксовані злуками органи черевної порожнини (внутрішньочеревне розташування протеза), вісцероліз, гемостаз, розсічений апоневроз прямих м'язів живота, відновлені задні стінки апоневрозу прямих м'язів з парієтальним покриттям очеревини, під прямі м'язи імплантували поліпропіленову сітку 20х10 см, при цьому зверху протеза двома вертикальними розрізами сформували серединні клапоть 5х5 см, яким оплау виконали укріплення білої лінії в області діастазу прямих м'язів, поза грижовими воротами, до натягу відновлені передні листки прямих м'язів. Гемостаз. Дренаж до протеза. Пошаровий шов рани.

В післяопераційному періоді відчувала себе задовільно. Виписана зі стаціонару на 8-у добу у задовільному стані. Рецидиву грижі не було.

По запропонованому способу прооперовано 3-х хворих з рубцевою грижею та супутнім ожирінням. Жодного ускладнення в вигляді рецидиву грижі не спостерігалось.

В той же час, серед 3-х хворих, прооперованих за способом аналогу, спостерігались скарги на випинання в області діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки, а у 1-го хворого виникла грижа білої лінії живота.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити кількість рецидивів рубцевих гриж у хворих на ожиріння.