

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лікування вентральних гриж.

Лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі сполучено з розвитком рецидивів захворювання, частота яких складає від 27 до 54,8% [1,2]. Основу проблеми лікування великих та гігантських вентральних гриж складає надійне закриття дефекту в рубцево-змінений і атрофованій м'язово-апоневротичній тканині передньо-бокової стінки живота. Одним зі способів рішення даної проблеми є застосування синтетичної сітки [3,4]. Однак при цьому не вдається цілком уникнути натягу тканин, які зшиваються, що знижує надійність пластики. До того ж, при тривалому існуванні грижі відбувається зсув прямих м'язів живота в латеральному напрямку, що порушує функцію черевного преса, збільшуючи тим самим імовірність рецидиву.

Найбільш близьким по технічній суті до заявленого є спосіб пластики вентральних гриж з використанням синтетичної сітки за методикою «Onlay» [2], яка полягає в тому, що краї грижового дефекту зшивають вузловими швами до зіткнення між собою, а потім передню поверхню м'язово-апоневротичного шару відокремлюють від підшкірної клітковини на відстані 8-10см від лінії швів в обидва боки і фіксують трансплантат до апоневрозу, що зміцнює лінію швів і слабкі місця черевної стінки.

Недоліком є те, що рубцево змінені тканини країв грижового дефекту при їхньому зшиванні створюють натяг тканин, що призводить до зменшення обсягу черевної порожнини. Крім того, прямі м'язи живота при грижах, розташованих по середній лінії, втягуються у рубцевий процес і зсовуються латерально, порушуючи тим самим функцію черевного преса. При стандартній пластичі за методикою «Onlay» зближення прямих м'язів не виконується, у зв'язку з чим при напрузі прямих м'язів відбувається зменшення обсягу черевної порожнини, а навантаження внутрішньочеревного тиску припадає на фіксований синтетичний протез, що призводить до прорізання швів, якими він фіксований до апоневрозу, і, як результат, - до рецидиву грижі.

Задачею винаходу є удосконалення методики пластики грижі шляхом використання синтетичного протезу за методом «Onlay», що дозволяє підвищити надійність пластики, відновити функцію прямих м'язів живота.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, після виділення грижових воріт виконують розтин передньої стінки піхви прямого м'язу живота з обох боків, зшивання задніх стінок правої і лівої піхви і прямих м'язів по середній лінії, після чого лінію швів по середній лінії зміцнюють синтетичною сіткою, яку фіксують до латеральних країв передніх стінок піхв прямих м'язів живота, що були попередньо розтинені.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином.

Двома розтинами, що облямовують післяопераційний рубець, останній висікається. У підшкірно-жировій клітковині виділяється грижовий мішок, який розкривають. Розтинають поміжкишкові злуки, виділяють розташовані в грижовому мішку петлі кишок і чапець, занурюють їх до черевної порожнини. Після цього звільняють грижові ворота від рубцево змінених тканин грижового мішка. Виконується розтин передніх стінок піхв прямих м'язів живота розрізом до 10-15см, після чого практично без натягу зшиваються між собою задні стінки піхв прямих м'язів живота по середній лінії. Потім вузловими швами зшивають прямі м'язи живота також по середній лінії. Поверх прямих м'язів фіксується поліпропіленова синтетична сітка таким чином, щоб цілком прикрити, прямі м'язи. Сітка фіксується вузловими швами до апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота.

Приклад: хвора Н., 1951р.н., 12 років тому оперована з приводу гострого гнійного холециститу. Після чого, через півроку після операції, помітила пухлиноподібне утворення в ділянці післяопераційного рубця.

Звернулася до хірурга поліклініки, було діагностовано післяопераційну грижу. Однак від операції пацієнтка відмовилася. В останній рік хвора скаржиться на постійний ниючий біль в ділянці випинання. Звернулася до Одеської обласної клінічної лікарні, госпіталізована в клініку для планового оперативного лікування з діагнозом: післяопераційна вентральна грижа. При огляді: в епігастральній ділянці, в проекції верхньосерединного післяопераційного рубця є випинання, розміром 20х20х25см, що вправляється до черевної порожнини; безболісне, м'якоеластичної консистенції. Симптом "кашльового поштовху" - позитивний.

Хворій виконано оперативне втручання за запропонованим способом: під загальним наркозом двома розтинами висічений післяопераційний рубець. У підшкірній клітковині виділено грижовий мішок, який розкрито. Вміст складається з багатьох камер, в яких знаходяться рубцево змінений чапець і товста кишка. Злуки розсічені, чапець та товста кишка вправлені до черевної порожнини. Дефект має розмір 20 x 15 см. Краї його звільнені від рубцевих тканин. Розтинені передні стінки піхв прямих м'язів живота з обох боків уздовж м'язових волокон розрізами довжиною 12-13см. Після цього практично без натягу вдалося звести і зшити вузловими швами задні стінки піхв прямих м'язів живота. Потім також вузловими швами зшиті між собою і самі м'язи. Поверх прямих м'язів фіксована синтетична поліпропіленова сітка таким чином, щоб цілком прикрити прямі м'язи. Сітка фіксована вузловими швами до апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота. Рану дреновано за Редоном. Через 6 діб дренаж вилучено з рани. Ускладнень в ранньому післяопераційному періоді не зафіксовано. Рана загоїлась первинним натягом. Пацієнтка була оглянута через місяць, через півроку і через рік після операції. Рецидиву грижі не спостерігалось.

За період з березня 2002 до травня 2003 року в хірургічному відділенні Одеської обласної клінічної лікарні за заявленим способом прооперовано 11 пацієнтів. Ускладнень в ранньому післяопераційному періоді не спостерігалось. За весь період спостереження (до вересня 2003р.) рецидивів гриж не виявлено, крім того, відзначено гарний функціональний ефект - відновлення функції м'язів черевного преса. Таким чином, підтверджено ефективність заявленого способу, при чому відзначається не тільки надійність пластики грижового дефекту, але і відновлення нормальної функції м'язів черевного преса.

В порівнянні з прототипом, запропоноване технічне рішення дозволяє досягти більш надійної пластики вентральних гриж за рахунок зниження натягу м'язів живота.

Література:

1. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи // Пермь. - 1996. - 142с.

2. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентераций. Симферополь: Бизнес-Информ. -

2002. - 438с.

3. Андреев С.Д., Адамян А.А. Пластика обширных дефектов передней брюшной стенки биосинтетическими протезами // Хирургия. - 1993. - №9. - С.30-35.

4. Фелештинский Я.П. Аллопластика послеоперационной грыжи живота огромных размеров у пациентов пожилого и старческого возраста // Клиническая хирургия. - 1999. - №7. - С.24-26.