



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38429 (13) A

(51) 6 A61B17/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ-ОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА

(21) 2000073911

(22) 04.07.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Ілченко Федір Миколайович, Лунін Олександр
Генадійович, Мохамед Том Єль-Башир(73) Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського

(57) Спосіб хірургічного лікування

післяопераційних гриж живота шляхом грижосічення і пластики дефекту передньої черевної стінки з комбінованим використанням тканин грижового мішка і пластичного матеріалу, який **відрізняється** тим, що грижові ворота перекриваються імплантатом, який фіксується по периметру воріт з частковим зближенням і натяганням їх країв, потім після періоду адаптації хворого виконує остаточне грижосічення і повне усунення грижового дефекту.

Винахід стосується медицини, а саме, хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування післяопераційних гриж живота.

За прототип обрано спосіб хірургічного лікування післяопераційних гриж живота, який заключається в грижосіченні та комбінованому використанні для пластики дефектів черевної стінки тканин грижового мішка і пластичних матеріалів (Тоскин К.Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. - М., Медицина, 1990. -262с.).

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності хірургічного лікування грижі), є: значне переміщення м'язово-апоневротичних шматків та надмірне натягання тканин при великих дефектах черевної стінки, більше 200 см², що призводить, у більшості випадків до розвитку ускладнень з боку рани та утворенню рецидивів, одномоментне повне вправлення в черевну порожнину грижового вмісту і максимальне зближення країв грижових воріт, що призводить до різкого зменшення об'єму черевної порожнини та неадекватного підвищення внутрішньочеревного тиску, підняття куполів діафрагми, зміщення органів грудної клітки, і як наслідок цього, до порушення серцевої діяльності і дихання, що недопустимо у хворих похилого та старого віку, оскільки може призвести до летального наслідку. Ось чому хворим з низькими функціональними показниками серцево-судинної і дихальної систем в операції відмовляють, а грижосічення проводять тільки за життєвими показаннями.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу хірургічного лікування післяопераційних гриж живота шляхом усунення

великого грижового дефекта в два етапи, розділених в часі 2-3 місяця, що дозволяє досягнути очікуваний технічний результат.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування післяопераційних гриж живота шляхом грижосічення і пластики дефекту передньої черевної стінки з комбінованим використанням тканин грижового мішка і пластичного матеріалу, згідно винаходу, грижові ворота перекриваються імплантатом, який фіксується по периметру воріт з частковим зближенням і натяганням їх країв, потім після періоду адаптації хворого виконують остаточне грижосічення і повне усунення грижового дефекту.

Між сукупністю суттєвих ознак способу, що заявляється, і технічним результатом, який може бути досягнутий, проявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: використання на першому етапі операції паліативної корекції грижового дефекта, тільки з частковим зближенням і натяганням його країв і проведення після періоду адаптації другого етапу з радикальною пластикою грижового дефекта дозволяє значно спростити операцію, зменшити її ризик, підвищити якість лікування цих хворих, покращити результати лікування зі зниженням числа післяопераційних ускладнень і рецидивів, розширити показання до оперативного лікування у хворих з багаторазово рецидивними, великими і гігантськими грижами, у хворих похилого віку і в хворих із супутніми захворюваннями серця і легенів.

Відомості, які підтверджують можливість використання винаходу.

Запропонованим способом у хірургічному відділенні Відділенської клінічної лікарні

(19) UA (11) 38429 (13) A

ст. Сімферополь прооперовано 17 хворих. Проведений аналіз результатів показав, що двохетапне усунення великого грижового дефекта значно зменшує ризик операції, підвищує якість лікування цих хворих і покращує його результати зі зниженням числа післяопераційних ускладнень і рецидивів грижі. Так, ускладнення з боку рани на першому і другому етапах операції спостерігались у 3х хворих: у 2-х сероми, в одного хворого інфільтрат. рецидивів в цій групі хворих у терміни до 2-3х- років не спостерігалось. Крім того, запропонований спосіб дозволив виконати операції у 6-х хворих, яким раніше в оперативному лікуванні було відмовлено через високий оперативний ризик у зв'язку з похилим і старим віком та наявністю супутніх захворювань з боку серцево-судинної системи та органів дихання.

Запропонований спосіб двоетапного хірургічного лікування великих післяопераційних гриж живота полягає в наступному.

Широкими окаймованими розрізами з відсіканням післяопераційних рубців, надлишків шкіри і підшкірної клітковини оголюється багатокамерний грижовий мішок по всій окружності. Розтин грижового мішка виконується, відступаючи від краю грижових воріт на 10-15 см. З його стінками і шкірними рубцями майже завжди спаяні кишкові петлі і сальник, представляючи собою інколи складний рубцьовий конгломерат, роз'єднати який неможливо, або це пов'язано з великою втратою часу, травмою та небезпекою виникнення післяопераційного ілеуса. В таких випадках показана резекція деформованих сегментів кишки і сальника. Після відділення припаявщихся органів проводиться їх розділення. Грижовий мішок циркулярно відсікається та видаляється разом зі шкірним шматком, причому, лінія пересікання грижового мішка повинна проходити, відступаючи 10-15 см від рівня грижового дефекта в черевній стінці. Із залишеної частини грижового мішка викроюються два протилежні лежачих шматка. Виконується розсікання спайок в краях грижових воріт, які звично перешкоджають вправленню грижового вмісту в черевну порожнину. Грижові ворота перебиваються пластиною із біологічного або синтетичного пластичного матеріалу, яка відповідає або дещо більша за діаметром, ніж грижові ворота. Підшивання трансплантата виконується до внутрішнього краю м'язово-апоневротичного шару вузловими швами з незначним натяганням і зближенням, але без обмежування рухливості країв дефекту передньої черевної стінки. Над трансплантатом з метою його обмеження від підшкірної клітковини зшиваються краї залишених частин грижового мішка. Шви на клітковину і шкіру. Шкіра зшивається швами з помірним натяганням. Це дозволяє добитися щільного прилягання клітковини і шкіри до очеревини, попереджає утворення карманів і щілин в підшкірній клітковині.

Така паліативна корекція великих дефектів передньої черевної стінки створює оптимальні умови для наступного через 2-3 місяці другого етапу з повним усуненням грижового дефекту. До цих умов відносяться: зменшення розмірів грижі після першого етапу операції; можливість використання щільного бандажа, який утримує органи черевної порожнини від випадання і не здавлює їх,

що неможливо при невправимих великих грижах, функціональна адаптація і підготовка органів черевної порожнини, легенів, серцево-судинної системи до підвищення внутрішньочеревного тиску після кінцевого усунення грижового дефекту. Все це значно зменшує ризик розвитку ускладнень з боку рани, внаслідок надмірного натягання її країв при великих розмірах і ризик розвитку гострої серцевої і дихальної недостатності.

Під час другого етапу операції відсікається шкірний шматок шириною, яка відповідає розмірам країв грижових воріт. Раніше фіксований до їх країв алотрансплантат, який звично в ці терміни щільно зрісся з рубцьовими залишками грижового мішка, відсікається разом з ними повністю або частково. Виконується алопластика грижових воріт за однією з методик з максимальним зближенням їх країв. Повторно алотрансплантат фіксується всередині між парієтальною очеревиною або очеревиною передньої поверхні великого сальника, який прилягає до рани і м'язово-апоневротичними шарами передньої черевної стінки.

Запропонований спосіб двоетапного хірургічного лікування великих післяопераційних гриж живота ілюструється наступними клінічними прикладами.

Хворий К., 65 років, № історії хвороби 678. Надійшов в хірургічне відділення Відділенської клінічної лікарні ст. Сімферополь 21.02.96 р. з діагнозом: Гігантська післяопераційна грижа живота. Грижа виникла через 6 місяців після операції в 1990 р. з приводу ножового поранення живота. В післяопераційному періоді мало місце нагноєння рани. Грижове випинання займає велику частину передньої черевної стінки. Розміри грижового дефекту вертикально по середній лінії живота - 22 см, в поперечнику - 19 см. У черевну порожнину грижове випинання повністю не вправляється. Хворий протягом останніх років неодноразово звертався до хірургів, але в оперативному лікуванні йому було відмовлено. При надходженні непокоїв біль в зоні грижі, ходить насилу, носіння бандажа малоефективно. 03.03.96 р. після обстеження і передопераційної підготовки виконана операція - паліативна корекція грижового дефекту з використанням для пластики біологічного трансплантата - твердої мозкової оболонки. Післяопераційний період без ускладнень. Через чотири доби після операції хворий почав ходити з використанням щільного бандажа. Виписаний 01.04.96 р. у задовільному стані. Загоювання рани первинним натяганням. Для виконання другого етапу операції госпіталізований 15.06.96 р. Після підготовки 22.06.96 р. виконана операція: грижосічення, радикальна пластика грижового дефекту з використанням трансплантата із синтетичної тканини "Marsutures". післяопераційний період без ускладнень. Виписаний 07.07.96 р. у задовільному стані. Загоювання рани первинним натяганням. Контрольний огляд через два роки після операції. Стан задовільний, ознак рецидиву грижі немає. Ультразвукове дослідження зони післяопераційного рубця: медіальні краї прямих м'язів щільно зіставлені гіперехогенною апоневротичною структурою шириною до 1,5 см (реконструйована біла лінія живота).

Приклад №2. Хвора А.,
60 років, № історії хвороби 4036. Надійшла в хірургічне відділення Відділенської клінічної лікарні ст. Сімферополь 02.10.96 р. з діагнозом - гігантська, багатократно рецидивуюча грижа живота. В 1992 році прооперована з приводу деструктивного апендициту, розлитого перитоніту. Післяопераційний період ускладнився евентрацією кишечника. Рана передньої черевної стінки тривалий час загоювалася вторинним натяганням. Інвалід II групи. Протягом 2-х років після операції утворилася гігантських розмірів багатокамерна післяопераційна грижа. Розміри грижового дефекту по середній лінії 32 см, в поперечнику 20 см. Страждає постійними болями в животі. Двічі поступала в хірургічне відділення з явищами защемлення грижі в одній із камер грижового мішка, які були ліквідовані консервативно. Ожиріння II ст. Після обстеження і передопераційної підготовки згідно з алгоритмом, прийнятим в клініці, 26.10.96

р. виконана операція -паліативна корекція грижового дефекту з використанням твердої мозкової оболонки. В ході операції резектовано 1 м 10 см тонкої кишки з-за вираженої деформації його стінки спайковим процесом. Післяопераційний період відповідав тяжкості операції. Бандаж використовувався з 2-х діб післяопераційного періоду. Рана загоїлася первинним натяганням. Виписана 15.11. 96 р. Повторно госпіталізована для виконання другого етапу операції 24.02. 97 р. Операція 02.03.97 р.- грижосічення, радикальна пластика грижового дефекту з використанням синтетичної тканини "Marsutures". Післяопераційний період без ускладнень. Виписана у задовільному стані, загоювання рани первинним натяганням. Оглянута через 2 роки. Стан задовільний. Болю в животі немає. Постійно носить бандаж. Ознак рецидиву грижі немає, що підтверджено при фізикальному та ультразвуковому дослідженні передньої черевної стінки.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
