



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38735 (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 ВЕЛИКИХ ГРИЖ НА МІСЦІ ДОСТУПУ МАК-БУРНЕЯ

(21) 2000095249

(22) 12.09.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Власов Василь Володимирович, Мартинюк
Вадим Григорович

(73) Власов Василь Володимирович

(57) Спосіб хірургічного лікування великих гриж на місці доступу Мак-Бурнея з пошаровим зашиванням очеревини поперечного і внутрішнього косо м'язів живота з наступним утворенням дуплікатури апоневрозу зовнішнього косо м'яза живота, **від-різняється** тим, що краї дефекту поперечного і внутрішнього косо м'язів живота зводять авто-дермальною деєпітелізованою стрічкою у вигляді поліспастового шва.

Винахід відноситься до медицини, а саме, до хірургії та може використовуватись у тих випадках, коли гризовий дефект досить великий і традиційні методи пластики грижі призводять до утворення її рецидиву.

Відомий метод пошарової пластики грижі на місці доступу Мак-Бурнея з дуплікацією апоневрозу зовнішнього косо м'яза живота (Мазурик М.Ф., Демянюк Д.Г., Мазурик С.М. Послеоперационные вентральные грыжи // Хирургия. - 1985. - № 2. - С. 113-116). Суть методу полягає в тому, що після виділення гризового мішка, останній видаляють, а гризовий дефект (ГД) зашивають пошарово: очеревина - безперервним кетгутовим швом, поперечний і внутрішній косий м'язи живота - вузловими швами, а апоневроз зовнішнього косо м'яза живота з утворенням дуплікатури. Проте у тих випадках, коли ГД у м'язах досить великий, просте зашивання його вузловими швами призводить до розволокнення м'язів і в подальшому до утворення рецидиву грижі.

В основу винаходу поставлено задачу в способі хірургічного лікування великих гриж на місці доступу Мак-Бурнея шляхом використання спеціального шва забезпечити відновлення анатомо-фізіологічної будови передньобічної стінки живота в ділянці ГД на місці доступу Мак-Бурнея.

Для вирішення цієї задачі в способі хірургічного лікування великих гриж на місці доступу Мак-Бурнея з пошаровим зашиванням очеревини поперечного і внутрішнього косо м'язів живота з наступним утворенням дуплікатури апоневрозу зовнішнього косо м'яза живота лінія шва дефекту на поперечному і внутрішньому косому м'язах розвантажуються і підсилюється за допомогою авто-дермальної деєпітелізованої стрічки (АДС), яку

проводять через ці м'язи у вигляді поліспастового шва.

На фіг. 1 зображено початок проведення стрічки, на фіг. 2 - перехрещення стрічки над м'язами, на фіг. 3 - кінцевий вигляд шва.

Спосіб виконують таким чином. Після виділення гризовий мішок відсікають, краї внутрішнього косо м'яза живота (ВКМЖ) та поперечного м'яза живота (ПоМЖ) відпрепаровуються від апоневрозу зовнішнього косо м'яза живота (ЗКМЖ). На місці грижі є два ГД (в апоневрозі ЗКМЖ - зовнішній, і в ВКМЖ і ПоМЖ - внутрішній), які часто мають різні розміри та положення за довжиною рани.

Відвівши апоневроз ЗКМЖ 1 (фіг. 1), проводять АДС 2 у присереднього краю внутрішнього ГД у місці переходу апоневрозів ВКМЖ та ПоМЖ в передню пластинку піхви прямого м'яза живота (ПМЖ) 3. Так, за допомогою затискачів Мікуліча кінці АДС проводять з середини назовні через перфораційні отвори в передній пластинці піхви ПМЖ, відстань між якими дорівнює близько 3 см.

В подальшому кінці АДС 2 (фіг. 2) перехрещують над ВКМЖ 4 і проводять їх, відступивши 1,5-2,0 см від краю внутрішнього ГД ззовні в середину черевної порожнини, посередині ГД. Кінці АДС під ПоМЖ знову перехрещують і виводять назовні крізь перфораційні отвори біля латерального краю внутрішнього ГД. Щоб запобігти розволокненню широких м'язів живота, перфораційні отвори для проведення АДС формують на різній відстані від краю внутрішнього ГД.

Після проведення АДС очеревину зашивають безперервним кетгутовим швом. На внутрішній ГД накладають вузлові шви. Кінці АДС підтягують і зшивають між собою вузловими лавсановими швами з помірним натягом, шви на ВКМЖ і ПоМЖ

(19) UA (11) 38735 (13) A

зав'язують (фіг. 3). Далі з апоневрозу ЗКМЖ утворюємо дуплікатуру за Сапежко.

Приклад. Хвора С., 52 років, госпіталізована 1.02.93 року в хірургічне відділення зі скаргами на грижове випинання в правій бічній та пахвинній ділянках біль та незручності при фізичній нарузі. У 1992 році перенесла операцію з приводу деструктивного апендициту, місцевого перитоніту. Післяопераційний період ускладнився гнійним запаленням рани. Через 6 місяців утворилась грижа. Об'єктивно: стан хворої задовільний. Колір шкіри звичайний. Правильної статури, задовільного харчування. Р-72 на 1 хв., ритмічний.

АТ-120/80 мм. рт. ст. Язик вологий, чистий. Живіт асиметричний, за рахунок грижового випинання, що відповідає рубцю на місці розтину Мак-Бурнея. Грижа вільно вправляється в порожнину очеревини. При пальпації живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не збільшені. Хвора обстежена (УЗД, флюорографія, ГФДС) - органічних змін з боку органів черевної порожнини не виявлено. Дані лабораторних обстежень без паталогічних змін.

4.02.93 року під ендотрахеальним наркозом виконана операція: герніотомія з герніопластиком та автодермальною імобілізацією лінії шва. Двома огинаючими розрізами висічено надлишок шкіри з післяопераційним рубцем та частково грижовий мішок. До грижового мішка з боку очеревини інтимо приросли сліпа кішка, великий сальник та петля клубової кишки. Спайки роз'єднані, гемостаз, перітонізація десерозованих ділянок кишечника. Дефект в м'язовій частині грижі становить 8х5 см, а в апоневротичній - 8х3 см. Накладені провізорні

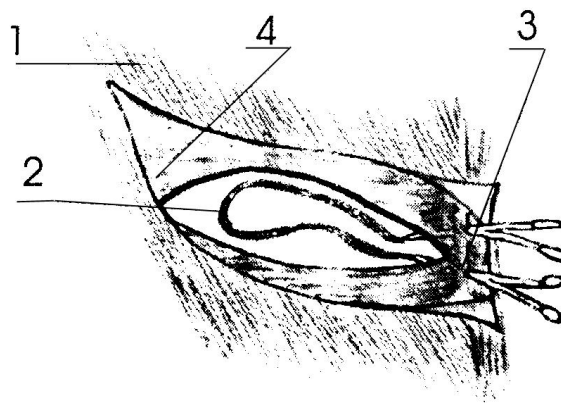
шви на внутрішній ГД. Спроба його стягнути спричинювала значний натяг м'язів та їх розволокнення.

Виготовлено автодермальний деєпітелізований трансплантат, а з останнього - АДС шириною до 1 см. Останню проводили у присереднього краю внутрішнього ГД, в місці переходу апоневрозів ВКМЖ та ПоМЖ в передню пластинку піхви ПМЖ. Так, за допомогою затискача Мікуліча кінці стрічки проводили з середини назовні через перфораційні отвори, відстань між якими дорівнює близько 3 см.

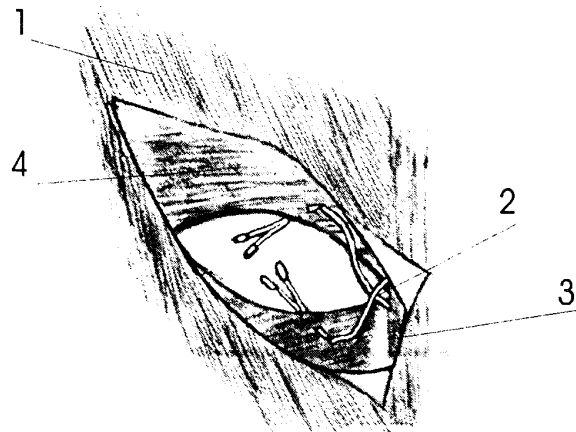
В подальшому кінці АДС перехрещено під ВКМЖ і проведено, відступивши 1,5-2,0 см від краю внутрішнього ГД, ззовні в середину. Кінці АДС знову перехрещено під ПоМЖ і виведено назовні крізь отвори біля бічного краю внутрішнього ГД. Щоб запобігти розволокненню м'язів, перфораційні отвори для проведення АДС сформовані на різній відстані від краю внутрішнього ГД.

АДС підтягнута, кінці зшити між собою з помірним натягом. Накладено кетгутові шви на краї дефекту в поперечному та косому м'язах живота. Апоневроз ЗКМЖ зашито з утворенням дуплікатури. Рану дреновано 2 поліхлорвініловими трубками через контрапертури. Шкіра та підшкірна клітковина пошарово зашиті. Асептична пов'язка. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 3-8 день зняті шви. Рана зажила первинним натягом. З 3-го дня хвора отримувала сеанси УВЧ на ділянку післяопераційної рани. Через 12 днів після операції хвора виписана додому.

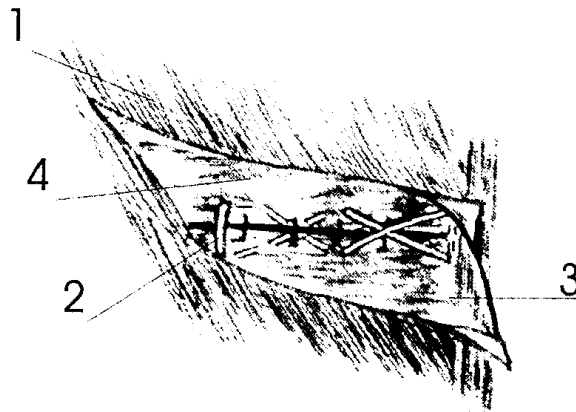
Оглянута через 6,5 років, стан хворої задовільний, рецидиву грижі немає, скарг не виказує.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

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 60x84 1/8.
 Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

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