



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **39518** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ СЕРЕДИННОЮ ТА ПАРАКОЛОСТОМІЧНОЮ ГРИЖАМИ ЖИВОТА

1

2

(21) u200812755

(22) 31.10.2008

(24) 25.02.2009

(46) 25.02.2009, Бюл.№ 4, 2009 р.

(72) ЧИНЬБА ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЯЦЕНТЮК
ВІТАЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб виконання алогерніопластики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколотомічною грижами живота, що включає єдиний доступ до серединного та параколотомічного грижових дефектів з висіченням старого серединного рубця, відсепарування шкірно-підшкірного

клаття з оголенням грижових мішків, стінок стоми та апоневротичних країв грижових воріт, видалення грижових мішків за загальноприйнятою методикою, контактне зашивання грижових дефектів та використання єдиного імплантата для закриття обох грижових дефектів, який **відрізняється** тим, що серединний доступ виконують до серединного та параколотомічного грижових дефектів, під м'язами передньої черевної стінки формують простір для імплантата, розкриваючи апоневротичні піхви прямих м'язів живота, імплантат без натягу фіксують наскрізними швами до вказаних структур та пошарово зашивають післяопераційну рану.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів виконання алогерніопластики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколотомічною грижами живота.

Післяопераційні вентральні грижі займають друге місце після пахвинних гриж, складаючи 20-22% від загальної кількості гриж взагалі [1]. Досить часто спостерігаються випадки поєднання післяопераційної серединної вентральні грижі з параколотомічною грижею, тобто такою, що локалізується біля колостоми, виведеної на передню черевну стінку. Хірургічне лікування таких пацієнтів є складною задачею для хірургів з огляду на технічне виконання операції і супроводжується високою частотою рецидивів (46-60%), післяопераційною летальністю (2-6%) та низкою післяопераційних ускладнень (серома, нагноєння, стриктура колостоми, кишкова нориця та інше) (45-70%) [2-3].

Оперативне лікування пацієнтів з післяопераційною серединною та параколотомічною грижами живота повинно вирішувати не тільки проблему надійного закриття грижових дефектів черевної стінки та попередження виникнення ускладнень, а й покращити медичну і соціальну реабілітацію пацієнтів з колостомою.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування пацієнтів з післяопераційною серединною та параколотомічною грижами живота, який виконується за методикою "inlay" [4], що передбачає Г-подібний розріз над колостомою та висічення старого серединного післяопераційного рубця, виділення, розрізання і видалення серединного та параколотомічного грижових мішків, роз'єднання зрощень між кишечником, великим чіпцем та краями грижових дефектів, відокремлення внутрішніх органів шляхом зашивання очеревини в серединному та параколотомічному дефектах. Далі мобілізують краї обох грижових дефектів. Після цього, до м'язово-апоневротичних структур по периметру серединного та параколотомічного грижових дефектів фіксують імплантати без натягу тканин. Операцію закінчують пошаровим зашиванням підшкірної основи та шкіри.

Цей спосіб дещо зменшує частоту післяопераційних рецидивів за рахунок використання алогерніопластики без натягу тканин, однак він є досить травматичний. Крім цього, частота ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень (нагноєння післяопераційної рани, стриктура стоми, міграція та скручування імплантатів, кишкові та лігатурні нориці та ін.) сягає 60%.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб виконання алогерніопла-

(13) **U**
(11) **39518**
(19) **UA**

стики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами живота за Leslie [5], який виконують наступним чином. Огинаючи параколомічний випин єдиним Г-подібним розрізом, вертикальне плече якого дозволяє висікти старий серединний рубець, виконують доступ до серединного та параколомічного гризових дефектів. Відвертають відпрепарований шкірно-підшкірний клапоть з оголенням гризових мішків, стінок стоми та апоневротичних країв гризових воріт. Гризові мішки видаляють за загальноприйнятою методикою. Закривають гризові ворота контактно - накладанням безперервного шва. Після цього, з сітки викроюють імплантат і розміщують його на апоневротичних структурах черевної стінки (техніка "onlay"). Єдиний для обох гризових дефектів імплантат перекриває серединну лінію швів, ділянку навколо виведеної стоми та має вирізаний отвір для виведеної кишки. Фіксують краї імплантату до апоневрозу вузловими швами. Операцію закінчують пошаровим зашиванням підшкірної основи та шкіри.

Недоліком цього способу виконання алогерніопластики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами живота є те, що контактне зашивання обох гризових дефектів призводить до значного натягу м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки, що може викликати прорізування швів, міграцію імплантату та, відповідно, рецидив грижі. Розташований під жировою основою імплантат викликає запальну, ексудативну реакцію оточуючих тканин, внаслідок чого утворюються сероми. Крім цього, розлогий Г-подібний розріз черевної стінки над стомою наражає на небезпеку інфекційних ускладнень з боку рани в післяопераційному періоді.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами живота за рахунок розміщення імплантату, що закриває серединний та параколомічний гризові дефекти, під м'язами передньої черевної стінки та фіксації його без натягу тканин із серединного доступу.

Технічний результат від впровадження способу виконання алогерніопластики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами, що заявляється, буде полягати в значному зниженні частоти рецидивування грижі та зниженні частоти післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі виконання алогерніопластики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами живота, який включає єдиний доступ до серединного та параколомічного гризових дефектів з висіченням старого серединного рубця, відсепарування шкірно-підшкірного клаптя з оголенням гризових мішків, стінок стоми та апоневротичних країв гризових воріт, видалення гризових мішків за загальноприйнятою методикою, контактне зашивання гризових дефектів та використання єдиного імплантату для закриття обох гризових дефектів, згідно корисної моделі, виконують серединний доступ до серединного та параколомічного гризових дефектів, під м'язами передньої черевної стінки фо-

рмують простір для імплантату, розкриваючи апоневротичні піхи прямих м'язів живота, імплантат без натягу фіксують наскрізними швами до вказаних структур та пошарово зашивають післяопераційну рану.

Суттєвою відмінністю способу виконання алогерніопластики у пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами живота, що заявляється, є виконання серединного доступу до серединного та параколомічного гризових дефектів, субм'язово розміщення імплантату з отвором для стомованої кишки, який перекриває обидва дефекти черевної стінки, та фіксація імплантату наскрізними швами. Це забезпечує надійне закриття обох гризових дефектів без натягу тканин та без зменшення об'єму черевної порожнини та унеможливує міграцію імплантату, що ліквідує підґрунтя для рецидивування грижі. Крім цього, субм'язово розташування імплантату виключає контакт як з внутрішніми органами, так і з підшкірною клітковиною, що знижує кількість післяопераційних ускладнень. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомічною грижами живота. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування цих гриж невідомий.

Сутність корисної моделі, що заявляється, пояснюється схематичними малюнками, на яких представлено:

На Фіг.1: Етап операції, коли параколомічний дефект перекривається сітчастим імплантатом з отвором для стомованої кишки.

На Фіг.2: Проекція сітчастого імплантату на передню черевну стінку.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Висікають післяопераційний рубець. Виконують гемостаз. Відшаровують шкірно-підшкірний клапоть від апоневрозу з оголенням гризових мішків, стінок стоми та апоневротичних країв гризових воріт. Розкривають гризові мішки, роз'єднують зрощення між кишечником, великим чіпцем та краями гризових дефектів, відокремлюють внутрішні. Розкривають апоневротичні піхи прямих м'язів живота та відшаровують косі м'язи навколо стоми. Зшивають очеревину разом з поперечною фасцією на ділянці параколомічного дефекту 1 та зашивають листки задніх апоневротичних піхв прямих м'язів разом з поперечною фасцією в нижньосередньому відділі рани. Після чого, викроюють і розміщують імплантат 2 під прямими м'язами живота та косими м'язами 3 навколо стоми 4 (техніка "sublay") з вирізаним отвором 5 для виведеної кишки, таким чином, щоб він перекривав також серединну лінію швів та параколомічний дефект. Фіксують краї імплантату до апоневрозу вузловими швами та контактено зашивають апоневротичні дефекти без натягу тканин. Далі з допомогою ПХВ трубок виконують вакуумне дренирування підшкірної клітковини. Операцію закінчують пошаровим зашиванням підшкірної основи та шкіри.

Приклад конкретного виконання.

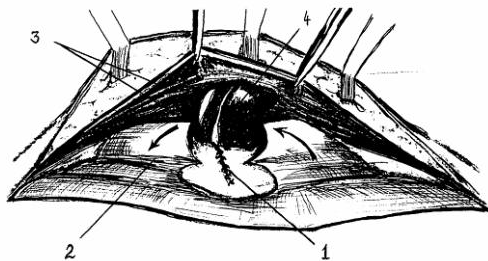
Пацієнт 3., 53 роки, постутив 19.09.07 з діагнозом післяопераційна нижньо-серединна вентральна та лівобічна параколомічна грижі живота.

Грижі виникли через місяць після черевно-промежної екстирпації прямої кишки за Кеню-Майлсом з виведенням бокової сигмостоми. Оперативне втручання виконали в 2006 році з приводу злоякісної пухлини прямої кишки.

Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки виконано радикальну операцію післяопераційної серединної та параколомостомічної грижі - герніопластику з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється.

Знеболювання: загальна анестезія з міорелаксантами.

Двома розрізами довжиною 25см висічено старий післяопераційний рубець. Відшарували шкірно-підшкірний клапоть від апоневрозу з оголенням серединного гризового мішка 10х4см та параколомостомічного гризового мішка 12х10см, стінок стоми. Розкрили гризові мішки, роз'єднали зрощення між кишечником, великим чіпцем та краями гризових дефектів. Гемостаз - сухо. Розкрили апоневротичні піхви прямих м'язів живота та відшарували косі м'язи навколо стоми зліва. Зашили парієтальну очеревину разом з поперечною фасцією на ділянці параколомостомічного дефекту та зашили задні листки апоневротичних піхв прямих м'язів та поперечну фасцію в нижньо-серединному відділі рани. Після чого, викроїли поліпропіленову сітку з вирізаним отвором для виведеної кишки і розмістили під означеними м'язами черевної стінки. Зафіксували краї імплантату до апоневрозу вузловими поліпропіленовими швами та контактено зашили апоневротичні дефекти над сіткою, без натягу тканин. Далі встановили ПВХ трубки до простору над сіткою та в підшкірну клітковину для активного вакуумного дренажування. Операцію закінчили пошаровим зшиванням підшкірної основи та шкіри.



Фіг. 1

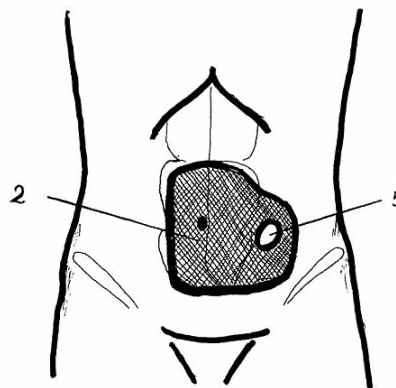
Хворий спостерігався протягом 1 року. Рецидиву грижі не спостерігалось.

За період з 2004 по 2008 роки у Київському центрі хірургії гриж живота за способом, що заявляється, прооперовано 9 пацієнтів з післяопераційною серединною та параколомостомічною грижами живота. З них 7 пацієнтів обстежувались на протязі 1-4 років після операції, жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними частота рецидивів післяопераційних вентральних гриж сягає 30-45% [6]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, спосіб виконання алогерніопластики післяопераційної серединної та параколомостомічної гриж живота, що заявляється, завдяки герніопластичі без натягу знижує частоту рецидивування грижі та попереджує виникнення післяопераційних ускладнень.

Література:

1. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций - Симферополь - «Бизнес Информ» - 2002 - С.352-353.
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. - М. Стольн. Град. 2002. С.160.
3. Гаджиев Г.И. Клиника, диагностика и лечение параколомостомических грыж: Дис. канд. мед. наук. - М., 1985.
4. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций - Симферополь - «Бизнес- Информ» - 2002 - С.354-355.
5. Lesli D.R. The parastomal hernia. Surg. Clin. North. Am. 1984. 64:407.
6. Ороховский В.И. с соавт. Основные грыже-сечения. МУНЦЭХ, КИТИС. Ганновер-Донецк-Котбус- 2001 - 236с.



Фіг. 2