



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **45460** (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 ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ

1

2

(21) u200905854

(22) 09.06.2009

(24) 10.11.2009

(46) 10.11.2009, Бюл.№ 21, 2009 р.

(72) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, КА-
ПШИТАР ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, КА-
ПШИТАР ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного доступу при оперативному лікуванні післяопераційної вентральної грижі шляхом розтину передньої черевної стінки у ділянці грижі, який **відрізняється** тим, що оперативний доступ здійснюють шляхом висічення рубця після серединної лапаротомії двома позовжніми дуго-подібними обвідними розтинами, що сходяться.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії - розділу герніології і може бути використана у лікуванні післяопераційної вентральної грижі.

У світі постійно зростає кількість оперативних втручань на органах черевної порожнини, неухильно збільшується їх складність, розширюються вікові межі оперованих. Наслідком цього є збільшення частоти утворення післяопераційних гриж черевної стінки. Як свідчить досвід хірургів більше 50% лапаротомій та люмботомій впродовж 5 років після операцій ускладнюються грижами [Фелештинський Я.П., 2003; Жеборовський В.В. з співавт., 2004].

В структурі гриж післяопераційна грижа займає 2 місце після пахвинної грижі і складає 20-22% [Ильченко Ф.Н. С соавт., 2006; Мішалов В.Г. С соавт., 2008]. Незважаючи на досягнення в герніології на сьогодні відсутня тенденція до зниження частоти виникнення післяопераційної вентральної грижі [Пешковський Л.М. з співавт., 2006; Милица Н.Н. с соавт., 2009].

Хірурги використовують більше 200 розроблених способів та модифікацій пластики черевної стінки. Втім, ідеальний спосіб не знайдений. Рецидив гриж становить 10-48% [Бородин И.Ф. С соавт., 1986]. Звертає також увагу й те, що більше 50% хворих знаходиться у віці 31-50 років, найбільш працездатному, що свідчить про проблему не лише як медичну, але й соціально-економічну. Важливе значення має й естетична сторона при спогляданні нерідко на потворні грубі рубці. Це обумовлює необхідність розробки нових більш ефективних способів хірургічного доступу

при оперативному лікуванні післяопераційної вентральної грижі.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб Мейо (1901), який полягає у наступному. Грижу обводять двома поперечними дугоподібними розтинами, що сходяться. В основі грижового мішка апоневроз відсепаровують від підшкірної клітковини на протязі 5-6см по периметру. Розтинають грижовий мішок, відділяють органи черевної порожнини від його стінок та вправляють у черевну порожнину. Грижовий мішок висікають і зашивають його краї у поперечному напрямі. Мобілізують та економно висікають краї грижових воріт. Накладають П-подібні шви так, щоб нижній лоскут був розташований зверху. Другим рядом вузлових швів верхній лоскут пришивають до нижнього у вигляді дуплікатори. Через контрапертуру біля кінців рани проводять 2 поліхлорвінілові перфоровані трубки вздовж рани. Шви на підшкірну клітковину та шкіру [Жеборовський В.В., Ильченко Ф.Н. Атлас операцій при грижах живота. - Сімферополь: ЧП „Ельїно“, 2004. - С. 164-165].

Спільна суттєва ознака прототипу і способу, що заявляється, є така:

- розтин передньої черевної стінки у ділянці грижі.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний, йому притаманні певні вади:

- у більшості оперованих хворих має місце позовжній рубець після серединної лапаротомії. Після виконання класичної операції за способом Мейо попередній позовжний рубець висікається тільки частково та в подальшому доповнюється поперечним рубцем, що значно

(19) **UA** (11) **45460** (13) **U**

збільшує загальну довжину майбутнього рубця з створенням рубця у формі хреста;

- у ранньому післяопераційному періоді для загоєння рани проблемним є місце пересікання рани з поздовжнім рубцем (перехрестя). Рубець взагалі погано кровопостачається, а після розтину ще й погано заживає - часто настає некроз країв рани, розходження країв та нагноєння. Це подовжує перебіг ранового процесу в часі, а після очищення рани від гнійно-некротичних тканин та розвитку грануляцій, потребує додаткової операції - закриття рани накладанням вторинних швів або продовження перев'язок до повного заживання рани вторинним натягом. Останнє веде до збільшення ліжка/дня, грошових витрат на лікування, частого рецидиву післяопераційної вентральної грижі. Необхідна нова операція;

- досить страждає естетичний вигляд ділянки операції;

- зі збільшенням загальної довжини рубця збільшується можливість його травматизації, пошкодження, утворення виразки, папіломатозу рубця та ін.;

- рубець після загоєння рани вторинним натягом має неправильну зіркоподібну форму, тугий, часто пігментований, малорухливий, втягнутий, знаходиться нижче поверхні шкіри;

- при порушенні процесів загоєння післяопераційної рани (гіпо-диспротеїнемія, авітаміноз, кахексія, хронічна анемія, порушення обмінних процесів, імунологічні розлади та ін.) значно зростає питома вага ранових ускладнень. Це стосується в першу чергу невідкладних оперативних втручань, коли часу на корекцію цих процесів не має.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення хірургічного доступу при оперативному лікуванні післяопераційної вентральної грижі шляхом зміни напрямку оперативного доступу до грижових воріт, що забезпечить підвищення надійності лікування, профілактику ранових ускладнень, рецидиву грижі, покращить естетику ділянки операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у собі який включає розтин передньої черевної стінки у ділянці грижі новим те, що оперативний доступ, здійснюють шляхом висічення рубця після середньої лапаротомії двома поздовжніми дугоподібними обвідними розтинами, що сходяться.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом, полягає у наступному. У пацієнта під час операції у зв'язку з післяопераційною вентральною грижею виконують висічення поздовжнього рубця після середньої лапаротомії з подальшим грижовисіченням та пластикою за методом Мейо. Нова шкіряна рана під швами знаходиться на місці давнього післяопераційного рубця, що значно зменшує загальну довжину майбутнього рубця у порівнянні з класичним етапом операції за методом Мейо - обвідними грижу двома попереочним дугоподібними розтинами, що сходяться, на довжину останнього. Зменшена травматичність операції. Відсутній ризик післяопераційних ускладнень як у ділянці перетину рубця з розтином (не-

кроз країв рани, розходження країв рани, нагноєння), так і на протязі всього поперечного розтину, який відсутній. Це є профілактикою загоєння рани вторинним натягом, нових ускладнень, грубого рубця, повторних оперативних втручань, виникнення рецидивної вентральної грижі з необхідністю нових оперативних втручань, після яких значно зростає частота утворення нових рецидивних гриж. Загоєння рани первинним натягом мінімізує ризик розвитку рецидивної вентральної грижі. Завдяки меншій довжині рубця зменшена площа його травматизації та ускладнення зі сторони рубця.

Після операції за розробленим доступом значно кращий естетичний вигляд у ділянці операції.

Спосіб здійснюється таким чином. У хворого є післяопераційна вентральна грижа. Операцію виконують у плановому порядку розробленим хірургічним доступом, грижовисіченням, пластику за Мейо, дренажування рани під ендотрахеальним наркозом з штучною вентиляцією легенів та міорелаксантами. Оперативний доступ до грижового мішка виконується шляхом висічення рубця після верхньої середньої лапаротомії двома поздовжніми дугоподібними обвідними розтинами, що сходяться. Відсепаровують апоневроз від підшкірної клітковини на протязі 5-6см по периметру в основі грижового мішка, розтинають грижовий мішок, відділяють органи черевної порожнини від його стінок та вправляють у черевну порожнину, висікають грижовий мішок і зашивають його краї у поперечному напрямку, мобілізують та економно висікають краї грижових воріт, накладають П-подібні шви так, щоб нижній лоскут був розташований зверху, пришивають верхній лоскут до нижнього другим рядом вузлових швів у вигляді дуплікатори, через контрапертури біля кінців рани проводять 2 поліхлорвінілові трубки вздовж рани та накладають шви на підшкірну клітковину та шкіру.

Приклад. Х-ра Р., 60 років госпіталізована в клініку загальної хірургії, базою якої є КУ „Міська клінічна лікарня №2" м. Запоріжжя, 11.02.2009 року у зв'язку з післяопераційною вентральною грижею. У 2001 році в невідкладному порядку виконана операція: верхня середня лапаротомія, холецистектомія з приводу гострого гангренозного кам'яного холециститу. Неускладнений післяопераційний перебіг. З січня 2007 року вперше помітила випинання в нижній третині післяопераційного рубця, яке з часом збільшилось. Причину виникнення грижі встановити не вдалось. Під час огляду від мечовидного відростку до пупка білий лінійний рубець, в нижній третині якого під час напруження м'язів живота візуалізувалось випинання 15х10см, не болюче, що вправлялось у черевну порожнину. Симптом Щоткіна-Блюмберга був негативний. Перистальтика кишечника задовільна. Фізіологічні відправлення не порушені. Обстежена. 12.02.2009 року о 10-00 планова операція розробленим хірургічним доступом, грижовисічення, пластика за Мейо, дренажування рани. Суть проведеної операції полягала у наступному. Оперативний доступ до грижового мішка виконувався шляхом висічення рубця після верхньої середньої лапаротомії двома поздовжніми

дугоподібними обвідними розтинами, що сходились. Відсепарували апоневроз від підшкірної клітковини на протязі 5-6см по периметру в основі грижового мішка. Грижовий мішок розміром 15х10см розітнули, відділили органи, черевної порожнини від його стінок (тонкий кишечник) та вправили у черевну порожнину, висікли грижовий мішок і зашили його краї у поперечному напрямку, мобілізували та економно висікли краї грижових воріт, що мали розмір 8х4 см, наклали П-подібні шви так, що нижній лоскут був розта-

шований зверху, пришили верхній лоскут до нижнього другим рядом вузлових швів у вигляді дуплікатори, через контрапертури біля кінців рани провели 2 поліхлорвінілові трубки вздовж рани та наклали шви на підшкірну клітковину та шкіру. Діагноз після операції „Післяопераційна вентральна грижа. MW2”.

Перебіг після операції без ускладнень. На 4 добу видалені дренажі. Шви зняті на 11 добу. Виписана у задовільному стані на 12 добу для закінчення лікування у хірурга поліклініки.