



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63340 (13) U
(51) МПК
A61B 17/03 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ АЛОПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКОГО ТА ГІГАНТСЬКОГО РОЗМІРІВ

1

2

(21) u201101933

(22) 18.02.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл. № 19, 2011 р.

(72) ФЕЛЕШТИНСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ,
ВАТАМАНЮК ВОЛОДИМИР ФЕДОРОВИЧ, ЯРИ-
НОВСЬКА ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА, ЧАНТУРІ-
ДЗЕ АРЧИЛ АМІРАНОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

(57) Спосіб алопластики післяопераційних вен-
тральних гриж великого та гігантського розмірів, що
включає висічення післяопераційного рубця, розрі-
зання та видалення гризового мішка, роз'єднання
зрощень між кишечником, великим чіпцем та кра-

ями гризового дефекту, розрізання апоневротич-
них піхв прямих м'язів живота по краю дефекту,
мобілізацію задніх стінок апоневротичних піхв від
прямих м'язів живота справа і зліва, зшивання
задніх стінок апоневротичних піхв прямих м'язів,
фіксацію сітчастого імплантанта до задніх стінок
апоневротичних піхв по периметру, зшивання
прямих м'язів та передніх стінок апоневротичних
піхв над сітчастим імплантантом контактним шля-
хом, який **відрізняється** тим, що сітчастий ім-
плантант нижче спігелевої лінії фіксують по пери-
метру до прямих м'язів живота проленовими
швами через передні стінки апоневротичних піхв
прямих м'язів.

Корисна модель, що заявляється, відноситься
до медицини, зокрема до хірургії, і може бути ви-
користана для хірургічного лікування
післяопераційних вентральних гриж великого та
гігантського розмірів.

Післяопераційні вентральні грижі великого та
гігантського розмірів становлять 10-12 % від
загальної кількості післяопераційних гриж [1, 2, 4].
Найчастіше такі грижі виникають після оператив-
них втручань з приводу загального перитоніту,
релапаротоміях та нагноєння лапаротомної
післяопераційної рани. Результати хірургічного
лікування таких гриж є незадовільними, оскільки
існуючі способи операцій супроводжуються висо-
кою частотою легенево-серцевої недостатності (6-
8 %), післяопераційною летальністю (2-6 %) [1],
спайковою кишковою непрохідністю (10-12%), а
також високою частотою рецидивування (26-63 %) [1, 2, 4].

Так, відомий спосіб хірургічного лікування
післяопераційних вентральних гриж великого та
гігантського розмірів з преперитонеальним
розміщенням сітчастого імплантанта [2,3], який
полягає в тому, що після висічення
післяопераційного рубця, виділення та розрізання
гризового мішка, роз'єднують зрощення між орга-
нами черевної порожнини, частково або повністю
видаляють гризовий мішок та зшивають клапті

гризового мішка. Потім мобілізують парієтальну
очеревину від м'язово-апоневротичних країв гри-
зового дефекту, преперитонеально розміщують
поліпропіленову сітку та фіксують її окремими
швами до м'язово-апоневротичних країв гризового
дефекту. Останні зшивають контактено. Операцію
закінчують пошаровим зашиванням підшкірної
основи та шкіри. Недоліком цього способу
лікування післяопераційних вентральних гриж є те,
що виділити парієтальну очеревину та розташувати
сітку преперитонеально технічно складно. Це
часто призводить до контакту сітки з внутрішніми
органами та розвитку зрощень сітки з кишечником
та виникненням кишкових нориць.

Відомий спосіб алогерніопластики «onlay» [4],
який полягає в тому, що після висічення
післяопераційного рубця, виділення і розрізання
гризового мішка, роз'єднують зрощення між орга-
нами черевної порожнини, виділяють гризовий
мішок, зшивають м'язово-апоневротичні краї гри-
зового дефекту. Після мобілізації їх від підшкірної
основи поліпропіленову сітку фіксують над апо-
неврозом окремими швами. Недоліком цього спо-
собу лікування післяопераційних вентральних гриж
є велика частота виникнення сером, які часто
(95%) інфікуються, що вимагає видалення сітки та
призводить до рецидиву грижі.

(13) U
(11) 63340
(19) UA

Найближчим аналогом способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж великого та гігантського розмірів з використанням поліпропіленової сітки [4], що включає висічення післяопераційного рубця, виділення, розрізання і видалення гризового мішка, роз'єднання зрощень між кишечником, великим чепцем та краями гризового дефекту, мобілізацію м'язово-апоневротичних країв гризового дефекту від підшкірної основи, розрізання апоневротичних півх прямих м'язів живота по краю дефекту, мобілізацію задніх стінок апоневротичних півх прямих м'язів, фіксацію сітчастого імплантанта до задніх стінок апоневротичних півх по периметру зшивання прямих м'язів з передніми стінками апоневротичних півх.

Цей спосіб покращує результати лікування за рахунок того, що виконується фіксація поліпропіленового імплантанта до задніх стінок апоневротичних півх і прямих м'язів живота. Проте, одним з основних недоліків є те, що фіксація сітки до задніх стінок апоневротичних півх прямих м'язів в гіпогастрії нижче спігелевої лінії, які представлені лише поперечною фасцією, супроводжуються частими ускладненнями. Фіксація сітки до поперечної фасції є механічно ненадійною, що часто призводить до її розриву, міграції сітки та зрощення з кишечником.

Спосіб, що заявляється, вирішує завдання підвищення ефективності хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж великого та гігантського розмірів за рахунок фіксації сітчастого імплантанта нижче спігелевої лінії по периметру до прямих м'язів живота проленовими швами через передні стінки апоневротичних півх прямих м'язів.

Суттєвою відмінністю способу, що заявляється від найближчого аналога є фіксація сітчастого імплантанта нижче спігелевої лінії до прямих м'язів живота проленовими швами через передні стінки апоневротичних півх прямих м'язів, а вище спігелевої лінії до задніх стінок апоневротичних півх по периметру. Цим забезпечується механічно міцне закриття дефекту черевної стінки за рахунок фіксації сітчастого імплантанта до м'язово-апоневротичних структур, що ліквідує підґрунтя до рецидивування грижі, міграції сітки, зрощення сітки з кишечником та утворення кишкових нориць. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж великого та гігантського розмірів.

Запропонований спосіб пояснюється наступними ілюстраціями: Фіг.1. - Схематичне зображення передньої черевної стінки, Фіг. 2. - Розміщення сітчастого імплантанта преперитонеально, Фіг. 3. - Розміщення сітчастого імплантанта при методиці onlay, Фіг. 4. - Розміщення сітчастого імплантанта при методиці sublay, Фіг. 5. - Фронтальне зображення спігелевої лінії.

На них зазначено: 1) шкіра та підшкірна клітковина; 2) передня пластинка півхи прямого м'яза живота; 3) задня пластинка півхи прямого м'яза живота; 4) прямий м'яз живота; 5) зовнішній

косий м'яз живота; 6) внутрішній косий м'яз живота; 7) поперечний м'яз живота; 8) очеревина; 9) сітчастий імплантат; 10) спігелева лінія.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Висікають післяопераційний рубець. Виконують гемостаз. Виділяють і розрізають гризовий мішок, роз'єднують зрощення між органами черевної порожнини, великим чепцем та краями гризового дефекту. Мобілізують м'язово-апоневротичні краї гризового дефекту від підшкірної основи, розрізають апоневротичні півхи прямих м'язів живота по краю дефекту. Далі мобілізують задні стінки апоневротичних півх від прямих м'язів живота справа і зліва та зшивають задні стінки апоневротичних півх прямих м'язів. Сітчастий імплантат фіксують в епігастрії до задніх стінок апоневротичних півх по периметру, до межі спігелевої лінії (10), а в гіпогастрії сітчастий імплантат фіксують нижче спігелевої лінії (Фіг.5.) до прямих м'язів живота проленовими швами через передні стінки апоневротичних півх прямих м'язів. З допомогою ПХВ трубок виконують вакуумне дренажування простору над сітками та підшкірною клітковиною. Операцію закінчують пошаровим зшиванням підшкірної основи та шкіри.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж живота великого та гігантського розміру з використанням поліпропіленової сітки, що заявляється, полягає в зниженні частоти рецидивів та післяопераційних ускладнень, зокрема, зменшення частоти зрощень сітки з кишечником, утворення кишкових нориць та міграції сітки.

Приклад конкретного виконання.

Пацієнт Д. 36 років поступив з діагнозом гігантська післяопераційна вентральна грижа. Грижа виникла рік тому після операції з приводу проривної виразки дванадцятипалої кишки. Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки, виконано радикальну операцію післяопераційної грижі - герніопластику з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється. Знеболення: загальна анестезія міорелаксантами. Двома розрізами 30 см висічено старий післяопераційний рубець від мечоподібного паростка і на 8 см нижче пупка. Виділено і розрізано гризовий мішок розмірами 24x23x10 см, який містив тонкий кишківник та чепець. Дефект черевної стінки 25x15 см. Роз'єднано зрощення між органами черевної порожнини. Мобілізовані м'язово-апоневротичні краї гризового дефекту від підшкірної основи з розрізанням апоневротичних півх прямих м'язів живота по краю дефекту. Мобілізовані задні стінки апоневротичних півх від прямих м'язів живота справа і зліва та зшиті. Сітка «ultrapro» 30x20 см фіксована нижче спігелевої лінії по периметру до прямих м'язів живота через передні стінки апоневротичних півх прямих м'язів, а вище спігелевої лінії до задніх стінок апоневротичних півх прямих м'язів. Над сіткою контактним шляхом зшиті прямі м'язи та апоневротичні краї дефекту. Поліхлорвінілові дренажні трубки підведені до сітки та до підшкірної основи. Підшкірна основа та шкіра пошарово зашиті. Хво-

рий спостерігався впродовж 3 років. Рецидиву грижі не виявлено.

За період з 2006 по 2010 роки в Українському Центрі хірургічного лікування гриж живота за способом, що заявляється, прооперовано 46 пацієнтів з гігантськими післяопераційними вентральними грижами живота. Серед них 26 пацієнтів обстежувались протягом 1-3 років після операції. Жодного випадку спайкової кишкової непрохідності та рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними частота спайкової кишкової непрохідності сягає 10-12 %, а частота рецидивів гігантських післяопераційних вентральних гриж - 30-45 % [1,3,4].

Таким чином, спосіб алопластики післяопераційних вентральних гриж живота великого та гігантського розмірів, що заявляється, завдяки фіксації сітчастого імплантату нижче спігелевої лінії до прямих м'язів живота через передні стінки апоневротичних піхв знижує частоту рецидивування гриж та попереджує зрощення кишківника з сіткою і, відповідно, спайкової кишкової непрохідності.

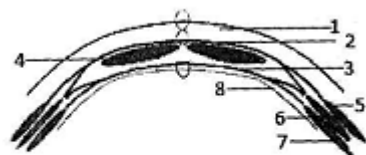


Fig. 1

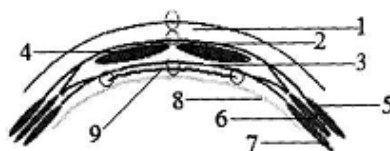


Fig. 2

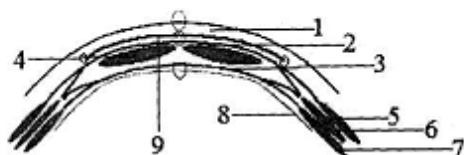


Fig. 3

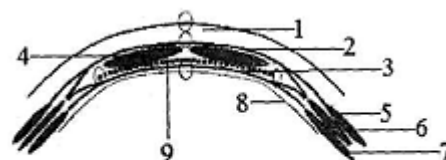


Fig. 4

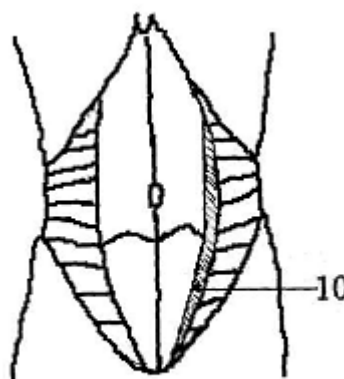


Fig. 5

Джерела інформації:

1. Жебровский В. В. Салах Ахмед М. С. Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений при большой грыже брюшной стенки // Клиническая хирургия. - 2003. - № 11. - 18 с.

2. Мішалов В. Г., Бурка А. О., Теслюк І. І. та співав. Хірургічне лікування хворих з післяопераційними попереково-бокових ділянок живота // Хірургія України. -2008.-№1(25).-С 99-105.

3. Фелештинський Я. П., Мамчич В. І., Дубенець В. О. Герніопластика складних гігантських дефектів черевної стінки // Матеріали науково-практичної конференції с міжнародним участием: Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций. - Алушта, 2006. - С. 174-176.

4. Cheatham M. L., White M. W., Sagraves S. G. et al. Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension // J. Trauma. - 2000. Oct.; Vol. 49, № 4. -P. 621-6.