

Винахід відноситься до медицини зокрема хірургічного лікування гриж. Лікування грижі має важливе соціальне значення, так як кількість рецидивів їх становить від 3 до 60% (Власов В.В. Хірургічне лікування грижі живота яка утворилася після виконання середньої лапаротомії // Клінічна хірургія. - 2000. - №4. - с.35-36.)

Аналогами винаходу є пластика грижі за методом Сапежко, пластика грижевих воріт за Мейо (Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грижи живота М.: "Медицина", 1983. - 240С.)

Прототипом винаходу є спосіб пластики грижевих воріт шляхом формування дублікатури апоневрозу двома рядами поперечно накладених швів, який відрізняється тим, що обидва ряди швів заходять за каркас створений двома півкисетними зустрічними швами, які проводяться по периметру воріт грижі на відстані два сантиметра від їх краю, захоплюють внутрішні краї прямих м'язів живота, стягуються і зав'язуються (Патент на винахід №55766 А від 15.04.2003р. Бюлетень №4 2003р., Сабадош В.А., Пиптюк О.В., Сабадош Р.В.)

Недоліком прототипу є те, що при великих дефектах апоневрозу створюється натяг тканин на значній площі, який сприяє їхній ішемії з наступним розвитком некрозу і нагноєння.

Для усунення даного недоліку пропонується методика, яка заключається в наступному: після висічення країв грижевих воріт накладають по три-чотири вузлові шви по середній лінії у верхньому і нижньому куті рани, з наступною пластикою грижевих воріт в поперечному напрямку із створенням дублікатури, так що нижній край апоневрозу підшивають до внутрішньої поверхні верхнього, а верхній до зовнішньої поверхні нижнього із закриттям швів нижнього краю рани, а по середній лінії шви верхнього краю закривають "П"-подібними швами передніх листків піхв прямих м'язів живота.

Методика виконання. Під інтубаційним наркозом, після обробки операційного поля і ліквідації грижі, висікають рубці і старі лігатури країв грижевих воріт із створенням гладкого апоневрозу. По середній лінії верхнього і нижнього країв апоневрозу накладають вузлові шви, які стягують і зав'язують (Фіг.1). Накладають поперечні шви із створенням дублікатури шляхом підшивання нижнього краю апоневрозу до внутрішньої поверхні верхнього (Фіг.2), а верхній до зовнішньої поверхні нижнього з закриттям нижніх вузлових швів (Фіг.2). Закінчують операцію закриттям повздожних швів у верхньому краю рани з накладанням "П"-подібних швів між передніми листками піхв прямих м'язів живота.

Методика операції виконана у 18 хворих з післяопераційними вентральними грижами. З них простежено продовж 3 років 12 хворих без рецидивів грижі.

Приклад 1. Хвора Б., 46р., медична карта стаціонарного хворого №2358, поступила в хірургічний відділ МКЛ№1 м.Івано-Франківська 8 квітня 2003 року зі скаргами на наявність випинання передньої черевної стінки великих розмірів, на болі в животі при тривалому перебуванні у вертикальному положенні.

З анамнезу захворювання відомо, що випинання в ділянці передньої черевної стінки виникло після операції з приводу панкреонекрозу (1992). У 1997 році хвора помітила випинання в ділянці нижньої третини післяопераційного рубця, яке поступово збільшувалося і досягло великих розмірів. Поступила на планове оперативне лікування.

Дані об'єктивного обстеження. Загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові звичайного забарвлення. Підшкірна жирова клітковина розвинена надмірно.

В легенях везикулярне дихання з жорстким відтінком та поодинокими сухими хрипами, частота дихання - 18 за 1 хвилину.

Тони серця ритмічні, звучні, артеріальний тиск - САТ- 130/90мм.рт.ст. Пульс - 74 ударів за 1 хвилину, ритмічний, задовільного наповнення і напруження.

Місце хвороби. Живіт звислий, передня черевна стінка значно деформована грижевим випячуванням розмірами 40 на 30см. Шкіра передньої черевної стінки мацерована. При пальпації живота у лежачому положенні відмічаються множинні петлі кишок у підшкірній клітковині, дефект апоневрозу в гіпогастральній ділянці розмірами 14 на 10см. Вміст грижового мішка частково вправляється в черевну порожнину.

Дані лабораторних показників в межах норми.

Пневмотахометрія: зниження показників дихальної функції на (40%)

Діагноз: Післяопераційна параумбілікально-гіпогастральна грижа великих розмірів.

Хворій призначено дихальну гімнастику.

15 квітня 2003 року проведена операція. Двома піловальними розтинами в повздожньому напрямку висічено старий післяопераційний рубець. Виділено грижовий мішок разом з петлями кишок і великим сальником із підшкірної жирової основи до краю грижових воріт. Розкрито грижовий мішок. Петлі тонкої і ободової кишок виділено від злук із грижового мішка. Рубцево-змінений великий сальник частково резековано. Кишки вправлено в черевну порожнину. Висічено стінки грижового мішка разом з рубцево-зміненими тканинами і старими лігатурами в основі грижових воріт. Утворився дефект апоневрозу розмірами у поперечному напрямку 15см і у повздожньому - 14см.

По середній лінії у верхньому і нижньому кутах дефекту апоневрозу накладено по три вузлові шви, що зменшило розміри дефекту до 6см у повздожньому напрямку. "П"-подібними швами у поперечному напрямку підшито нижній край апоневрозу до внутрішньої поверхні верхнього краю з попереднім накладанням двох вузлових швів на правий і лівий кути рани. Після чого вузловими швами підшито верхній листок апоневрозу до нижнього. При цьому закрито верхнім краєм апоневрозу раніше накладені три вузлові шви по середній лінії у нижньому куті рани. Попередньо накладені шви у верхньому куті рани закрито "П"-подібними швами передніх листків піхв прямих м'язів живота.

Широко висічено шкіру разом із підшкірною жировою основою та ліквідовано кишеню над апоневрозом і звислий живіт. В підшкірну жирову основу над апоневрозом вставлено активний дренаж - поліхлорвінілову трубку з отворами по всій довжині. До вільного кінця трубки під'єднано 20мл шприц зі створеним у ньому вакуумом для активного відсмоктування крові та тканинного ексудату. Вузловими швами рану пошарово закрито наглухо.

Під час операції хворій внутрішньовенно крапельно введено 1500мг зінацефу (цефуроксиму) на 200мл 5% розчину глюкози.

Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом.

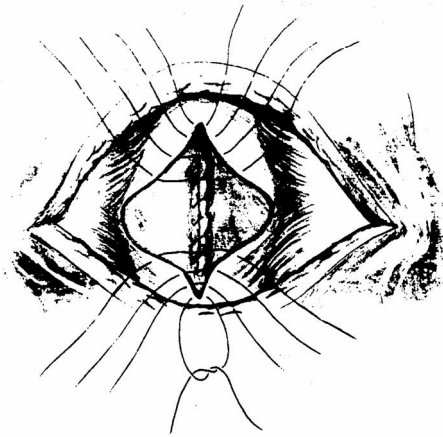
30 квітня 2003р. хвора в задовільному стані виписана додому із стаціонару. Хвора оглянута 15.07.2003., хвора працює і виконує домашню роботу.

Приклад 2. Хвора С.Г., 60р., поступила в хірургічне відділення 28.11.2000р., з діагнозом: Хвороба зрощень. Часткова злукова кишкова непрохідність. Дефект апоневрозу передньої черевної стінки. З анамнезу відомо, що

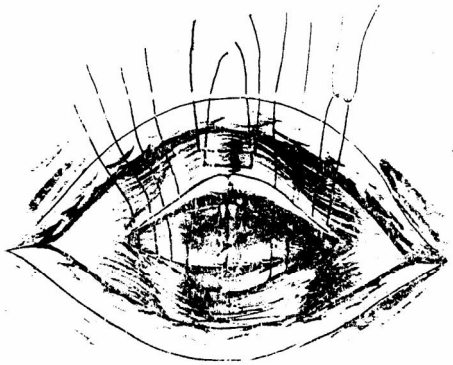
хвора була три рази оперована з приводу післяопераційної вентральної грижі. Через певний час виникав рецидив грижі.

При об'єктивному огляді виявлено випинання в гіпогастральній області, розмірами 20 на 25см, звисання живота. При пальпації в підшкірній жировій основі пальпуються роздуті петлі кишок. Після лабораторного і інструментального обстеження 1.12.2000р. проведено операцію. Під інтубаційним наркозом двома півовальними розтинами висічено старий післяопераційний рубець. Від підшкірної основи виділено грижовий мішок з грижовим вмістом. Грижовий мішок розкрито. Петлі тонкої і ободової кишки разом з великим сальником знаходяться в злуках, які гострим і тупим шляхом роз'єднано. Проведена резекція пасма рубцево зміненого великого сальника. Кишки вправлено в черевну порожнину. Висічено краї грижових воріт і грижовий мішок разом із старими лігатурами. Утворився дефект апоневрозу 12 на 13см. По середній лінії у верхньому і нижньому кутах апоневрозу накладено по три вузлові шви і зменшено дефект до 7см в повздовжньому напрямку. "П"-подібними швами підшито до внутрішньої поверхні верхнього, а верхній листок апоневрозу підшито до зовнішньої поверхні нижнього, закривши при цьому раніше накладені вузлові шви у нижньому краю рани, "П"-подібними швами передніми листками піхв прямих м'язів закрито вузлові шви у верхньому краю рани. Широко висічено підшкірну основу і шкіру, вставлено активний дренаж в підшкірну основу, і рана пошарово закрита наглухо в поперечному напрямку, ліквідувавши при цьому звисаючий живіт. Під час операції хворій доведено 1500мг зінацефу на 5% розчині глюкози. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом.

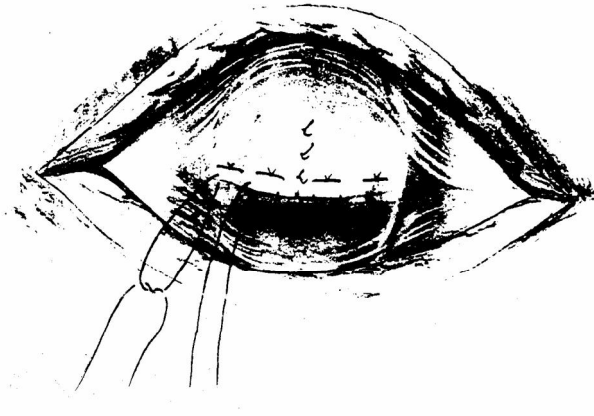
15.12.2000р. хвора виписана додому. Оглянута 20. 06. 2003р., рецидиву грижі не спостерігається, виконує домашню роботу.



Фіг. 1. Накладання вузлових швів у верхньому і нижньому кутах рани по середній лінії.



Фіг. 2. Закриття швів у верхньому куті рани шляхом зшивання **передніх** листків прямих м'язів живота та підшивання "П"-швами нижнього листка апоневрозу до внутрішньої поверхні верхнього.



Фіг. 3. Підшивання верхнього листка апоневрозу до зовнішньої поверхні нижнього із закриттям швів по середній лінії нижнього краю апоневрозу.