



УКРАЇНА

(19) UA (11) 74948 (13) C2
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ГЕРНІОАБДОМІНОПЛАСТИКИ ПРИ ГІПОГАСТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ

1

(21) 20040503322

(22) 05.05.2004

(24) 15.02.2006

(46) 15.02.2006, Бюл. № 2, 2006 р.

(72) Кот Олександр Григорович, Брага Катерина Анатоліївна, Андрієнко Володимир Володимирович, Махник Володимир Васильович

(73) Кот Олександр Григорович

(56) Ороховский В.И. Основные грыжесечения // МУНЦЭХ, КИТИС, Ганновер - Донецк - Коттбус.- 2000 г. - с.220

(57) Спосіб герніоабдомінопластики при гіпогастральних грижах, що включає видалення надлишку парагерніальної жирової тканини, резекцію очеревинного грижового мішка і шовне усунення м'язово-апоневротичного дефекту з використанням сітчастого ендопротеза, який **відрізняється** тим, що виконують два облямовуючих вентральну грижу та основу жирового фартуха біспінарно-місяцеподібних розрізи, якими в напрямку грижових воріт здійснюють човноподібну ліподермекто-

2

мію, нижній рівень якої проводять під рубцевою та/чи шкірною складкою, а верхній визначають, виходячи з можливості пластичного закриття місця герніопластики; при цьому останню здійснюють після резекції грижового мішка, для чого очеревинний дефект попередньо зшивають рідкими вузловими швами з зазорами, фіксують над зшитото таким методом очеревиною з нижньої поверхні країв м'язово-апоневротичного дефекту сітчастий ендопротез, потім ліквідують нерезорбівними швами грижові ворота, укладають поверх місця герніопластики на всю довжину рани з виведенням в обидва її кути біля клубових остей аспіраційні дренажі, після чого фіксують верхній шкірно-підшкірний клапоть швами по всій площині над місцем герніопластики, здійснюють шовну репозицію з нижнім клітковинним клаптем мінімум у два поверхи, накладають шкірні шви в шаховому порядку, зміцнюють їх пластирними стяжками та забезпечують активну аспірацію з дренажів протягом не менш трьох діб.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і є призначеним для поліпшення результатів оперативного лікування та оптимізації хірургічного втручання пацієнтам із ожирінням, які страждають вентральними, в тому числі післяопераційними грижами гіпогастральної локалізації, що сполучаються з фартухоподібною рубцевою та/чи жировою деформацією живота.

Відомі способи хірургічного лікування вентральних гриж, зокрема, спосіб, при якому у випадку коректної адаптації м'язово-апоневротичних країв рани (без натягнення) використовують аутопластичний спосіб Мауо у вигляді дублікатури листків апоневрозу в області грижових воріт - аналог (1). Відомий також спосіб герніопластики при якому зміцнення грижових воріт виконують підшиванням імплантата поверх аутопластики (техніка «Onlay») - аналог (2).

Недоліками аналогів є такі:

- накладання багаторядних швів під час пластики грижових воріт (аналог 1) додатково травмує та часто призводить до рецидиву грижі

(Niggebrogge A. із співавт. 1995), а перевагу такої фасціальної дублікатури в порівнянні зі звичайним зшиванням країв апоневрозу не доведено (Schumpelick V., Conzel I., Klinge U. 1996);

- рецидив грижі через неміцність пластичного закриття м'язово-апоневротичного дефекту;

- розташування штучного імплантату за способом-аналогом (2) механічно слабо зміцнює як лінію швів, так і грижові ворота (Foitzik T. 1998);

- часте утворення скупчень серозного ексудату внаслідок перетинання безлічі лімфатичних і кровоносних капілярів при відшаруванні підшкірної клітковини та її широкому зіткненні з трансплантатом;

Недоліків аналогів частково позбавлений спосіб герніопластики, що припускає закриття м'язово-апоневротичного дефекту в області грижових воріт штучним імплантатом, розташованим у глибоких шарах під м'язами (техніка «Inlay») - прототип (3). Разом із тим, даний спосіб також не позбавлений недоліків, зокрема, його незастосовність при ожирінні пацієнта;

(13) C2

(11) 74948

(19) UA

нерідкі післяопераційні ускладнення, обумовлені недостатнім дренуванням місця імплантації ендопротезу (серома, нагноєння тощо).

Ціль способу, що заявляється - підвищення ефективності герніоабдомінопластики при вентральних грижах гіпогастральної локалізації на тлі ожиріння з фартухоподібною рубцевою і/чи жировою деформацією черевної стінки.

Ціль досягається тим, що при вказаному різновиді грижі виконують два облямовуючих її та основу жирового фартуха широких біспінарно-місяцеподібних розтинів, якими в напрямку грижових воріт здійснюють човноподібну ліподермектомію, нижній рівень якої проводять негайно під рубцевою і/чи шкірною надлобковою складкою, а верхній визначають, виходячи з можливості пластичного закриття місця герніопластики; при цьому останню здійснюють після резекції грижового мішка, для чого попередньо очеревинний дефект зшивають рідкими вузловими швами з залишенням «засорів», фіксують над зшитою таким способом очеревиною з нижньої поверхні країв м'язово-апоневротичного дефекту сітчастий ендопротез, потім ліквідують нерезорбуючимися швами грижові ворота, укладають поверх місця герніопластики на всю довжину рани з виведенням в оба її кути біля клубових остей аспіраційних дренажів, після чого фіксують верхній шкірно-підшкірний клапоть швами по всій площині над місцем герніопластики, здійснюють його шовну репозицію з нижнім клітковинним клаптем мінімум у два поверхи, накладають шкірні шви в «шаховому» порядку, зміцнюють усю лінію швів пластирними стяжками та забезпечують активну аспірацію з дренажів протягом не менш трьох діб.

Спосіб здійснюють таким чином.

У пацієнта з гіпогастральною грижею та фартухоподібною рубцевою та/чи жировою деформацією черевної стінки в умовах наркозу виконують два облямовуючих вентральну грижу та основу жирового фартуха біспінарно-місяцеподібних розрізи, якими в напрямку грижових воріт здійснюють човноподібну ліподермектомію, нижній рівень якої проводять під рубцевою та/чи шкірною складкою, а верхній визначають виходячи з можливості пластичного закриття місця майбутньої герніопластики. Потім здійснюють виділення та резекцію грижового мішка, попередньо вправляючи його вміст у черевну порожнину, після чого очеревинний дефект ушивають рідкими вузловими швами з «засорами» в очеревинну порожнину;

моделюють форму синтетичного сітчастого ендопротезу, укладають і швово фіксують його над зшитою таким методом очеревиною з нижньої поверхні м'язово-апоневротичного дефекту. Потім ліквідують нерезорбуючимися швами грижові ворота зшиванням країв апоневротичного дефекту;

укладають поверх місця герніопластики на всю довжину рани з виведенням в оба її кути біля клубових остей два аспіраційних дренажі. Після цього фіксують верхній шкірно-підшкірний лоскут швами по всій площині над місцем герніопластики та дренажами, здійснюють швову його репозицію з нижнім клітковинним клаптем мінімум у два поверхи, накладають шкірні шви в «шаховому» порядку, зміцнюють їх по всій довжині рани пластирними

стяжками і забезпечують активну аспірацію з дренажів протягом не менш трьох діб.

Спосіб ілюструється клінічними прикладами.

Приклад 1. Для здійснення розробленого способу була підготовлена пацієнтка Н., 36 років з діагнозом: післяопераційна вентральна грижа гіпогастральної локалізації (після операції з приводу позаматкової вагітності), з фартухоподібною жировою деформацією живота. При обстеженні скаргилася на наявність грижового випинання в гіпогастральній області протягом трьох років, появу якого зв'язує з важкою фізичною працею. З інших скарг - утруднення при здійсненні елементарного туалету зовнішніх статевих органів, тому що пацієнтка з затрудненням дістає низу жирового фартуха. Об'єктивно: ожиріння 4-го ступеня, живіт значно збільшений у розмірах за рахунок підшкірно-жирової клітковини; у положенні стоячи живіт цілком фартухоподібно прикриває зовнішні геніталії, досягаючи середньої третини стегон; страждає варикозною хворобою ніг. В іншому соматичний стан без особливостей. У гіпогастральній області визначається овальної форми грижове випинання, яке із утрудненням вправляється в черевну порожнину лежачи. Хворій в умовах комбінованого інтубаційного наркозу з міорелаксантами виконано операцію:

ліподермектомію з висіченням жирового фартуха, герніотомію, герніопластику з використанням синтетичного ендопротезу (проленової сітки) із двобічним аспіраційним дренуванням. Операція здійснювалася за допомогою двох облямовуючих вентральну грижу і основу жирового фартуха біспінарно-місяцеподібних розтинів, якими в напрямку грижових воріт виконали човноподібну ліподермектомію (маса вилученого шкірно-підшкірного клаптя становила 17 кг), нижній рівень якої провели під шкірною складкою, а верхній - виходячи з можливості пластичного закриття місця майбутньої герніопластики. Потім виділили і відсікли грижовий мішок, вправили його вміст у черевну порожнину, після чого очеревинний дефект ушили рідкими вузловими швами з «засорами» в очеревинну порожнину. Потім змодельовали форму, уклали і швово фіксували над зшитою таким методом очеревиною з нижньої поверхні країв м'язово-апоневротичного дефекту сітчастий ендопротез. Нерезорбуючимися швами ліквідували грижові ворота, зшивши краї апоневротичного дефекта; поверх місця герніопластики на всю довжину рани розташували 2 аспіраційних дренажі, вивевши їх у кути рани біля клубових остей. Потім прифіксували верхній шкірно-підшкірний клапоть швами по всій площині над місцем герніопластики, здійснивши після цього швову репозицію м'яких тканин з нижнім клітковинним клаптем у два поверхи, накладаючи шкірні шви в «шаховому» порядку, після чого зміцнили їх пластирними стяжками. У післяопераційному періоді забезпечили активну аспірацію ексудату з обох дренажів протягом 4-х діб. Післяопераційний період протікав гладко. Шви зняті на 12-ту добу. Виписана з первинним загоянням рани. Спостереження за пацієнткою протягом 3-х років не виявило патологічних змін з боку місця операції, а також ознак рецидиву грижі. Повернулася до колишньої професії.

Приклад 2. Грижосічення з герніоабдомінопластикою за заявленим способом, що передбачає широку човноподібну ліподермектомію, здійснили чоловіку К., 39 років з діагнозом: післяопераційна вентральна грижа гіпогастральної локалізації з фартухоподібною жировою деформацією живота. При обстеженні скаржився на наявність грижового випинання в гіпогастральній області протягом восьми років. Об'єктивно: ожиріння 3-го ступеня, живіт значно збільшений у розмірах за рахунок підшкірно-жирової клітковини, у положенні стоячи живіт фартухоподібно прикриває зовнішні геніталії. Останні 2 роки грижове випинання кілька разів защемлювалося і спонтанно вправлялося. Останні 4 місяці випинання не вправляється, турбує постійний тупий біль. Після детального обстеження соматичного статусу і передопераційної підготовки, хворий оперований. Виконано ліподермектомію з висіченням жирового фартуха (маса вилученого шкірнопідшкірного клаптя досягла 12 кг), герніотомію, герніопластику з використанням синтетичного ендопротезу - проленової сітки і двостороннім аспіраційним дренажуванням. Здійснили два облямовуючих гіпогастральну грижу і основу жирового фартуха біспінарно-місяцеподібних розрізи, якими в напрямку грижових воріт зробили човноподібну ліподермектомію, нижній рівень якої провели під шкірною складкою, а верхній - виходячи з можливості пластичного закриття місця майбутньої герніопластики. Потім виділили і відсікли грижовий мішок, попередньо вправивши його вміст у черевну порожнину, після чого очеревинний дефект ушили рідкими вузловими швами з залишенням «зазорів» в очеревинну порожнину;

змодельовували форму, уклали та швово фіксували над зшитою таким способом очервиною з нижньої поверхні країв м'язово-апоневротичного дефекта сітчастий ендопротез. Нерезорбуючимися швами ліквідували грижові ворота, зшиваючи краї апоневротичного дефекта; поверх місця герніопластики на всю довжину рани розташували аспіраційні дренажі, вивівши їх у кути рани біля клубових остей. Потім фіксували верхній шкірно-підшкірний клапоть швами по всій площині над місцем герніопластики, здійснивши при цьому шовну репозицію з нижнім клітковинним клаптем у два поверхи, накладаючи шкірні шви в «шаховому» порядку, після чого зміцнили їх пластичними стяжками. У післяопераційному періоді забезпечили активну аспірацію з дренажів протягом 4 діб. Післяопераційний період без ускладнень. Спосте-

реження за пацієнтом протягом 2-х років не виявило ніяких патологічних змін з боку місця операції, а також ознак рецидивування грижі.

Таким чином, розроблений новий спосіб герніоабдомінопластики в пацієнтів з ожирінням, що страждають вентральними, у тому числі післяопераційними, грижами гіпогастральної локалізації з фартухоподібною рубцевою та/чи жировою деформацією живота є реально відтворюємим в клініці і, як показує досвід його використання авторами, є загальнодоступним і надійним заходом у плані профілактики післяопераційних ускладнень і рецидивів цього різновиду гриж.

Спосіб, що заявляється, розроблений і клінічне апробований на базі кафедри шпитальної хірургії № 1 Донецького державного медичного університету, будучи виконаним у 12 пацієнтів з гіпогастральними грижами. Представлені приклади клінічних випробувань способу і результати заздалегідь проведених експериментальних досліджень, включаючи також патентний пошук, свідчать про принципову новизну й ефективність способу, що відповідають рішенням дослідницької задачі та досягненню поставленої мети.

Спосіб, що заявляється, технічно загальнодоступний, цілком відтворюємий в будь-якій хірургічній клініці та є надійним заходом у плані профілактики післяопераційних ускладнень і рецидивів гриж у пацієнтів з ожирінням.

Перелік використаних аналогів:

1. Піотрович С. М., Фелештинський Я. П. Обґрунтування способу хірургічного лікування великої післяопераційної грижі живота. Клін. Хірургія, 1997, 7 - 8:38.
 2. Schumpelick V., Conzel I., Klinge U. Die praperitoneale Netzplastik in der Reparation der Narbenhernie. Chirurg, 1996, 67: 1028.
 3. Ороховський В. І «Основные грыжесечения» // Донецк - Коттбус. -2000р. - с. 220 -прототип.
 4. Niggebrugge A. H., Hansen B. E., Trimboos J. B., van de Velde C. J., Zwaveling A. Mechanical factors influencing the incidence of burst abdomen. EurJSurg, 1995, 1-61: 655
 5. Foitzik Th. Techniken der Versorgung von Narbenhernien. In: Buhr H.J., Germer C.T. (Hrsg.) Operationskurs Herniechirurgie: Pathophysiologie und operative Technik. Barth, Heidelberg; Leipzig 8, 1998, 163.
- Пошук проведений у фондах Дономб, ЦНТБ м. Донецька, наукової бібліотеки ДМУ м.Донецька.