



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **114406** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 08809	(72) Винахідник(и): Кутовий Олександр Борисович (UA), Сергєєв Олег Олександрович (UA), Завізіон Євген Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 15.08.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.03.2017	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД "ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ", вул. Севастопольська, 19, м. Дніпро, 49005 (UA), Завізіон Євген Миколайович, вул. Тверська, 5, кв. 57, м. Дніпро, 49051 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.03.2017, Бюл.№ 5	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ

(57) Реферат:

Спосіб лікування абдомінального компартмент-синдрому, за яким виконують розріз шкіри передньої черевної стінки, розсікають апоневроз передньої черевної стінки по білій лінії живота на всьому протязі, шкірні рани потім вшивають наглухо. Додатково після розсічення апоневрозу формують діастаз прямих м'язів живота шириною 5-10 см і преперитонеально фіксують сітчатий ендопротез з підшиванням до медіального краю апоневрозу.

UA 114406 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і використовується при лікуванні абдомінального компартмент-синдрому у хворих за умов відсутності мікробної контамінації черевної порожнини.

Найбільш близьким до заявленої корисної моделі є спосіб лікування абдомінального компартмент-синдрому при гострому деструктивному панкреатиті, (патент РФ № RU2397715, МПК А61В 17/00, Оpub. 27.08.2010), за яким виконують розріз шкіри передньої черевної стінки, розсікають апоневроз передньої черевної стінки по білій лінії живота по всій протяжності, шкірні рани потім вшивають наглухо. Апоневроз розсікають через два шкірних розрізи, довжиною 2-5 см. Спосіб дозволяє знизити внутрішньочеревний тиск, не розсікаючи очеревини.

Недоліками відомого способу є велика вірогідність латералізації прямих м'язів живота внаслідок розсічення апоневрозу передньої черевної стінки по білій лінії, що фактично є формуванням грижових воріт, та після активізації хворого може призвести до виникнення грижі великих розмірів.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалити спосіб лікування абдомінального компартмент-синдрому шляхом формування контрольованого діастазу, що знизить ризик формування грижі у хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування абдомінального компартмент-синдрому, за яким виконують розріз шкіри передньої черевної стінки, розсікають у апоневроз передньої черевної стінки по білій лінії живота по всій протяжності, шкірні рани потім вшивають наглухо, згідно з корисною моделлю, додатково після розсічення апоневрозу формують діастаз прямих м'язів живота шириною 5-10 см і преперитонеально фіксують сітчастий ендопротез з підшиванням до медіального краю апоневрозу.

Завдяки формуванню діастазу прямих м'язів живота шириною 5-10 см проводиться профілактика та лікування абдомінального компартмент-синдрому. Оскільки виконують преперитонеальну фіксацію сітчастого ендопротеза, запобігають латералізації прямих м'язів живота, укріплюють передню черевну стінку, чим знижують ризик формування грижі у хворого.

Пропонований спосіб можна застосовувати при лапаротомії або релапаротомії після розсічення та ушивання очеревини, якщо у пацієнта є клініка або ризик виникнення абдомінального компартмент-синдрому та немає ознак контамінації черевної порожнини та рани передньої черевної стінки.

Спосіб лікування абдомінального компартмент-синдрому виконується наступним чином. Після підготовки пацієнта виконують розріз шкіри передньої черевної стінки, розсікають апоневроз передньої черевної стінки по білій лінії живота на всьому протязі до парієтальної очеревини. Формують площину для встановлення алотрансплантату. Далі формують діастаз прямих м'язів живота шириною 5-10 см. Ширину варіюють, враховуючи особливості хворого та клінічної картини, але не перевищуючи 10 см. Преперитонеально фіксують сітчастий ендопротез на підготовлену площину з підшиванням до медіального краю апоневрозу. Ушивають наглухо підшкірну клітковину та шкіру. У подальшому операційну рану перев'язують в асептичних умовах. Шви знімають на 10-12 добу.

Приклад. Хвора Н., 43 роки, госпіталізована у відділення судинної хірургії з діагнозом: аневризма черевного відділу аорти. Була виконана операція: лапаротомія, резекція аневризми аорти, алопротезування аорти.

Для запобігання абдомінального компартмент-синдрому операція завершена відповідно до пропонованого способу лікування з формуванням діастазу 5 см. В післяопераційному періоді внутрішньочеревний тиск не підіймався вище 12 мм.рт.ст. (16 см.вод.ст.), ускладнень з боку операційної рани не було. На контрольному огляді через 6 місяців черевна стінка м'яка, при пальпації біль не виникає, ознак грижі не виявлено.

Таким чином, пропонована корисна модель дозволяє знизити ризик розвитку абдомінального компартмент-синдрому та ризик виникнення післяопераційної грижі. Також варто зазначити простоту виконання способу, що дозволяє його виконувати хірургам без спеціальної підготовки.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування абдомінального компартмент-синдрому, за яким виконують розріз шкіри передньої черевної стінки, розсікають апоневроз передньої черевної стінки по білій лінії живота на всій протяжності, шкірні рани потім вшивають наглухо, який **відрізняється** тим, що додатково після розсічення апоневрозу формують діастаз прямих м'язів живота шириною 5-10 см і преперитонеально фіксують сітчастий ендопротез з підшиванням до медіального краю апоневрозу.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601