



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29495 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НАДМІРНОГО НАКОПИЧЕННЯ ЖИРУ НА ПЕРЕДНІЙ ЧЕРЕВНІЙ СТІНЦІ У ПАЦІЄНТІВ З ПУПКОВОЮ АБО ГІПОГАСТРАЛЬНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ ГРИЖІ

1

2

(21) u200711261

(22) 11.10.2007

(24) 10.01.2008

(72) ЧИНЬБА ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
ФІЛІМОНЮК ІВАН ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(56)

(57) Спосіб хірургічної корекції надмірного накопичення жиру на передній черевній стінці у пацієнтів з пупковою або гіпогастральною локалізацією грижі, що включає розсічення шкіри та підшкірної клітковини навколо локального накопичення жиру до гребенів здухвинних кісток, видалення шкірно-жирового клаптя, виділення грижового мішка, герніопластику, відшарування шкірно-жирового масиву від апоневрозу, формування пупкового кільця та пошарове зашивання рани, який **відрізняється** тим, що розсічення шкіри та підшкірної клітковини навколо

накопичення жиру спочатку виконують з одного боку, виходячи за середню лінію живота, далі виділяють та відводять отриманий шкірно-жировий клапоть від гребеня здухвинної кістки і після виділення грижового мішка пошарово зашивають бокову рану до грижового дефекту, після чого виконують розсічення шкіри та підшкірної клітковини навколо накопичення жиру з протилежного боку, видаляють утворений шкірно-жировий клапоть разом з пупком та пошарово зашивають бокову рану до грижового дефекту з цього боку, після герніопластики в точці перетину середньої лінії живота та лінії, що з'єднує гребені здухвинних кісток, відтворюють пупок, для чого видаляють підшкірну жирову клітковину у вигляді зрізаного конуса вершиною назовні і двома-трьома лігатурами підшивають гіподерму до апоневрозу, а пошарове зашивання рани завершують в центральному її відрізьку.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лікування пацієнтів з пупковою або гіпогастральною грижею у поєднанні з абдомінопластиком з приводу локального надмірного накопичення жиру на передній черевній стінці або звислим животом.

Серед пацієнтів з вентральними грижами пупкові та гіпогастральні (надлобкові) грижі становлять 11,7-14,1%. Переважна кількість цих пацієнтів (48-72%) хворіє ожирінням [1]. Оперативне лікування таких пацієнтів повинно вирішувати не тільки проблему адекватного виконання герніопластики, а й виконання пластичної корекції звислого живота та шкірно-жирового «фартуха». Однак такий підхід впроваджено не у всіх клініках, і результати хірургічного лікування такого поєднання залишаються незадовільними - існуючі способи операції супроводжуються високою частотою рецидивування грижі (10%), а також високою частотою післяопераційних ускладнень (гематома,

серома, некроз шкіри та підшкірної клітковини, нагноєння та інше) (16-28%) [2].

Так, відомий спосіб хірургічного лікування пацієнтів з поєднанням пупкової або гіпогастральної грижі та локального надмірного накопичення жиру на передній черевній стінці або звислим животом, який виконується в два етапи. Першим етапом виконують герніопластику пупкової (гіпогастральної) грижі окремим доступом. Згодом другим етапом через нижній горизонтальний операційний доступ виконують абдомінопластику, яка включає розсічення шкіри і підшкірної клітковини, мобілізацію шкірно-жирового клаптя, формування пупкового кільця, висічення надлишків шкіри і жирової тканини та пошарове зашивання рани [3].

Недоліком такого способу хірургічного лікування пацієнтів з пупковою або гіпогастральною грижею в поєднанні з локальним надмірним накопиченням жиру на передній черевній стінці або звислим животом є виконання операції як двох окремих оперативних втручань

(13) U

(11) 29495

(19) UA

(герніопластика та абдомінопластика). Це не завжди задовольняє пацієнтів, соціально-економічно невиправдано. Крім цього, таке лікування пов'язане з досить високим ризиком розвитку післяопераційних ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційних періодах (серома, запальний інфільтрат, нагноєння, післяопераційна рубцева деформація передньої черевної стінки та інше) [4].

Найближчим аналогом способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування пацієнтів з надмірним локальним накопиченням жиру на передній черевній стінці або звислим животом в поєднанні з пупковою або гіпогастральною грижею, який виконується наступним чином. Видалення шкірно-жирового клаптя виконують за лінією, що сполучає гребені здухвинних кісток зверху та над пахвинними та лобковою складками знизу, мобілізуючи пупок від шкіри розрізом навколо нього (човноподібна ліподермектомія). Виділяють при цьому грижовий мішок та відшаровують шкірно-жировий масив від апоневрозу. Після чого відповідно обробляють грижовий мішок та виконують герніопластику. Потім підтягуючи верхній шкірно-жировий клапоть донизу формують на шкірі пупкове кільце та циркулярно підшивають пупок. Наступним етапом фіксують підшкірну жирову клітковину, дренають та пошарово зашивають операційну рану [5].

Цей спосіб дає можливість одно моментно виконати герніопластику та абдомінопластику, хоча досить травматичний. Недоліками способу є досить велика кількість післяопераційних ускладнень - серома (11-16%), місцева підшкірна гематома (8-10%), локальний некроз країв післяопераційної рани (29%), нагноєння (6-8%), гіпертрофія та деформація післяопераційного рубця (17%) [6]. Пов'язано це з травмуванням тканин, висиханням жирової клітковини, фасції, апоневрозу під час оперативного втручання, а також ішемією тканин внаслідок їх широкої мобілізації.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування пацієнтів з локальним надмірним накопиченням жиру на передній черевній стінці або звислим животом в поєднанні з пупковою або гіпогастральною грижею та удосконалення абдомінопластики за рахунок викроювання, видалення та відведення бокового шкірно-жирового клаптя від гребеня здухвинної кістки огинаючи надлишок шкірно-жирових масивів, виділення грижового мішка, відшарування підшкірної основи черевної стінки від апоневротичних структур, пошарове зашивання бокової рани до грижового дефекту, викроювання протилежного бокового шкірно-жирового клаптя з відшарування шкірно-жирових масивів від апоневротичних структур черевної стінки та видалення його з пупком, пошарове зашиття бокової рани до грижового дефекту, виконання герніопластики, відтворення пупка на рівні гребенів здухвинних кісток та закінчення пошарового зашивання рани.

Технічний результат від впровадження способу виконання абдомінопластики у пацієнтів з пупковою або гіпогастральною локалізацією грижі, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні частоти післяопераційних ускладнень та зменшенні часу виконання операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування пацієнтів з надмірним локальним накопиченням жиру на передній черевній стінці в поєднанні з пупковою або гіпогастральною грижею, що включає розсічення шкіри та підшкірної клітковини навколо локального накопичення жиру до гребенів здухвинних кісток, видалення шкірно-жирового клаптя, виділення грижового мішка, герніопластику, відшарування шкірно-жирового масиву від апоневрозу, формування пупкового кільця та пошарове зашивання рани, згідно корисної моделі, що розсічення шкіри та підшкірної клітковини навколо локального накопичення жиру спочатку виконують з одного боку, виходячи за середню лінію живота, далі виділяють та відводять отриманий шкірно-жировий клапоть від гребеня здухвинної кістки і після виділення грижового мішка пошарово зашивають бокову рану до грижового дефекту, після чого виконують розсічення шкіри та підшкірної клітковини навколо локального накопичення жиру з протилежного боку, видаляють утворений шкірно-жировий клапоть разом з пупком та пошарово зашивають бокову рану до грижового дефекту з цього боку, після герніопластики в точці перетину середньої лінії живота та лінії, що з'єднує гребні здухвинних кісток, відтворюють пупок, для чого видаляють підшкірну жирову клітковину у вигляді усіченого конусу вершиною назовні і двома-трьома лігатурами підшивають гіподерму до апоневрозу, а пошарове зашивання рани завершують в центральному її відрізьку.

Суттєвою відмінністю способу виконання абдомінопластики у пацієнтів з пупковою або гіпогастральною локалізацією грижі, що заявляється, є поетапне виконання абдомінопластики з бокових відділів живота до грижового дефекту, що дозволяє зменшити до мінімуму крововтрату, висихання та травмування тканин, а видалення ліподермального клаптя часто зі зміненням, деформованим пупком виключає можливість розвитку ускладнень. Відтворення ж пупка в новому вигляді дає гарний естетичний і косметичний ефект. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування пацієнтів з надмірним накопиченням жиру або звислим животом і пупковою або гіпогастральною локалізацією грижі. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування невідомий.

Сутність корисної моделі, що заявляється, пояснюється схематичними малюнками, на яких представлено:

На Фіг.1: Етап операції після видалення та відведення бокового шкірно-жирового клаптя; виділення грижового мішку та пошарове зашивання бокового відрізьку рани.

На Фіг.2: Відтворення пупка.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Безпосередньо перед операцією виконують розмітку розрізів шкіри, визначають площу мобілізації шкірно-жирового клаптя 1 та його зв'язок з вентральною грижею. Викроюють та відводять боковий шкірно-жировий клапоть 1 від гребеня здухвинної кістки, огинаючи надлишок шкірно-жирових масивів. Потім виділяють грижовий мішок 2 та відшаровують підшкірну основу черевної стінки від апоневротичних структур. Далі пошарово зашивають бокову рану 3 до грижового дефекту. Після цього, з протилежного боку викроюють шкірно-жировий клапоть з відшаруванням шкірно-жирових масивів від апоневротичних структур черевної стінки та видаленням його разом з пупком. Пошарово зашивають бокову рану з цього боку до грижового дефекту і виконують герніопластику. Після герніопластики в точці перетину середньої лінії живота та лінії, що з'єднує гребені здухвинних кісток, відтворюють пупок, для чого видаляють підшкірну жирову клітковину у вигляді усіченого конусу вершиною назовні і двома-трьома лігатурами 4 підшивають гіподерму до апоневрозу 5. Потім підшкірну основу дренають та завершують пошарове зашивання рани в центральному її відрізьку.

Приклад конкретного виконання

Пацієнтка К., 52 роки, поступила 12.08.04 з діагнозом пупкова грижа середніх розмірів. Звислий живіт. Ожиріння ІІІ ст. Грижа виникла 10 років тому. Вага 138 кг. Індекс маси тіла 39,3 кг/м².

Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки виконано абдомінопластику з алогерніопластикою пупкової грижі за способом, що заявляється.

Знеболювання: загальна анестезія з міорелаксантами.

Двома розрізами відступивши від гребеня здухвинної кістки справа, виконали видалення та відведення бокового шкірно-жирового клаптя огинаючи надлишок шкірно-жирових масивів з пупком. Потім виділили грижовий мішок та відшарували підшкірну основу черевної стінки на 10-14 см від апоневротичних структур в краніальному напрямку. Далі пошарово зашили бокову рану до грижового дефекту. Після цього, викроїли та видалили весь шкірно-жировий клапоть з лівого боку до гребеня здухвинної кістки з відшаруванням шкірно-жирових масивів від апоневротичних структур аналогічно. Пошарово зашили боковий відрізок рани до грижового дефекту 5×7 см. Потім виконали преперитонеальну герніопластику з використанням поліпропіленової сітки 9×12 см. Далі в точці перетину середньої лінії живота та лінії, що з'єднує гребні здухвинних кісток, відтворили пупок, для чого видалили підшкірну жирову клітковину у вигляді усіченого конусу вершиною назовні і двома поліпропіленовими лігатурами 3-0 підшили гіподерму до апоневрозу. Підшкірну клітковину було дренажено двома ПВХ трубками, виведеними над лоном, а пошарове зашивання рани завершили в центральному її відрізьку.

В ранньому післяопераційному періоді ускладнень з боку рани не спостерігали. В віддаленому періоді пацієнтка спостерігалась протягом 3 років. Рецидиву грижі не спостерігалось.

За період з 2001 по 2007 роки у І хірургічному відділенні міської клінічної лікарні №15 м. Києва та Київському центрі хірургії гриж живота за способом, що заявляється, прооперовано 43 пацієнти з надмірним накопиченням жиру на передній черевній стінці або звислим животом в поєднанні з пупковою або гіпогастральною локалізацією грижі. Післяопераційні ускладнення - серозне запалення рани виникло у 2 пацієнтів (4,6%), місцева підшкірна гематома - у 1 (2,3%), локального некрозу країв післяопераційної рани та нагноєння не спостерігали. На протязі 1-6 років після операції були обстежені 38 пацієнтів, жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними післяопераційні ускладнення сягають 30% [2].

Таким чином, спосіб хірургічного лікування пацієнтів з надмірним накопиченням жиру на передній черевній стінці або звислим животом в поєднанні з пупковою або гіпогастральною грижею, що заявляється, завдяки поетапності видалення ліподермального клаптя передньої черевної стінки, виконання герніопластики без натягу тканин та зменшення травмування тканин під час оперативного втручання, дозволяє значно знизити частоту післяопераційних ускладнень та рецидивів грижі.

Література:

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота // Медицинское информационное агентство. Москва - 2005. - 384С.
2. Материалы II Всеукраинской научно-практической конференции. Хи Bendavid R. Abdominal wall hernias. Principles and management.// Springer-2001. XXXIV, 792pp.
3. Цепколенко В.А., Грубник В.В., Пшениснгов К.П. Пластическая эстетическая хирургия. - К.: Здоров'я, 2000. - 232с.
4. Кожемяцкий В.М. Роль абдоминопластики при вентральном грыжесечении у больных с ожирением. // Герниология. №3 (11) 2006 г. Москва. С.23-24.
5. Миминошвили О.И., Кот А.Г., Шаповалов И.Н. Особенности герниопластики при гипогастральных вентральных грыжах у тучных пациентов хирургическое лечение грыж живота с использованием современных пластических материалов. Алушта, 2004г.
6. Мішалов В.Г., Бурка А.О., Храпач В.В., Балабан О.В., Юрченко Д.О. Використання методів естетичної абдомінопластики в хірургічному лікуванні дефектів передньої черевної стінки // Клінічна хірургія № 11, 2003р. С.25-25.

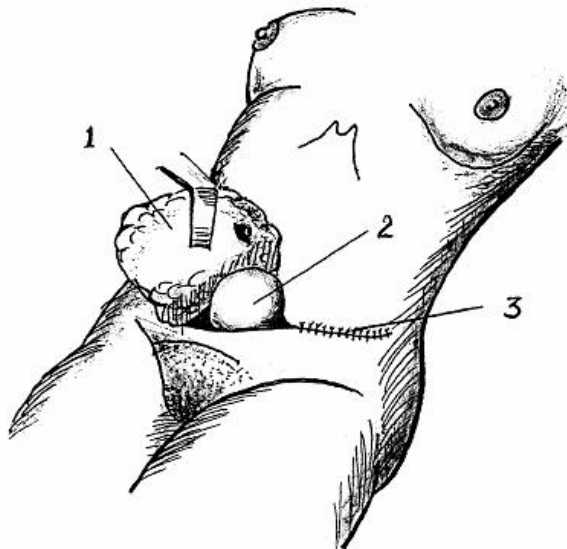


Fig. 1

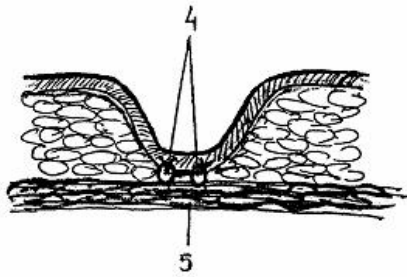


Fig. 2