



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **96585** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	<b>u 2014 09500</b>	(72) Винахідник(и):	<b>Короткий Валерій Миколайович (UA), Циганок Андрій Михайлович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки:	<b>29.08.2014</b>	(73) Власник(и):	<b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	<b>10.02.2015</b>		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	<b>10.02.2015, Бюл.№ 3</b>		

## (54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ГРИЖАХ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

### (57) Реферат:

Спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми включає лапаротомію, низведення шлунка в черевну порожнину, відновлення кута Гіса, пошарове ушивання рани. Виконують фіксацію малої кривини шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки.

**UA 96585 U**



Корисна модель, що заявляється, стосується хірургії, більш точно хірургії органів черевної порожнини, і призначена для лікування хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми.

Діафрагмальні грижі складають 2 % від усіх видів гриж. 98 % діафрагмальних гриж становлять грижі стравохідного отвору діафрагми, які діагностують при рентгенологічному дослідженні шлунка приблизно в 9-12 %, але клінічна симптоматика зустрічається значно рідше. При появі скарг консервативне лікування зазвичай не приносить стійкого покращення. Для хірургічної корекції гриж стравохідного отвору діафрагми було запропоновано багато способів. Успішні оперативні втручання виконуються як із торакотомічних, так і з лапаротомічних доступів. Частота рецидивів грижі менша при торакотомічних оперативних втручаннях, але у пацієнтів старечого та похилого віку, із супутньою патологією дихальної та серцево-судинної системи, при патології в різних відділах живота, з приводу якої належить одномоментне втручання, методом вибору є лапаротомія. Основними задачами оперативного втручання є усунення рефлюксу (повноцінне відновлення кута Гіса) та ліквідація грижі, шляхом закриття гризових воріт та фіксації шлунка в черевній порожнині. При лапаротомному втручанні закриття гризових воріт іноді виконати важко, особливо у хворих з надмірною вагою тіла. Тому ефект операції в основному залежить від надійної фіксації шлунка в черевній порожнині. Частота повторного зміщення шлунка в грудну порожнину при різних варіантах традиційних оперативних втручань, коливається від 10 %, та може досягати 42 % у випадку великих та гігантських гриж. Отже, існуючі способи оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми в низці випадків не можуть забезпечити надійний терапевтичний ефект, що призводить до рецидиву захворювання та, як наслідок, повторного оперативного втручання.

Так, відомий спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми за Hill включає: лапаротомію, низведення шлунка в черевну порожнину, звуження стравохідного отвору діафрагми 2-3 швами через ніжки діафрагми, підшивання малої кривини шлунка до преаортальної фасції, відновлення кута Гіса, пошарове ушивання рани [1]. Такий спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми забезпечує надійний терапевтичний ефект при достатньому звуженні стравохідного отвору діафрагми разом з адекватною фіксацією шлунка в черевній порожнині. Але пластика діафрагмального отвору діафрагми зі сторони черевної порожнини в технічному відношенні складна, займає багато часу, а її успіх сумнівний. Частота рецидиву при даному способі оперативного втручання становить в середньому 10 %, що говорить про недостатню фіксацію шлунка в черевній порожнині та вимагає повторного оперативного втручання.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, обраний в якості прототипу, є спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми за Nissen, який включає лапаротомію, низведення шлунка в черевну порожнину, відновлення кута Гіса, фіксацію шлунка швами до очеревини передньої черевної стінки, пошарове ушивання рани [2]. Частота рецидиву при даному способі оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми коливається від 5 до 12 %, що свідчить про недостатню ефективність передньої гастропексії та вимагає повторної операції.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, є покращення результатів хірургічного лікування хворих на грижі стравохідного отвору діафрагми шляхом удосконалення фіксації шлунка в черевній порожнині.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у зменшенні ризику виникнення повторного зміщення шлунка в грудну порожнину, що проявляється у зниженні рецидиву захворювання.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми, який включає лапаротомію, низведення шлунка в черевну порожнину, відновлення кута Гіса, пошарове ушивання рани, згідно корисної моделі, виконують фіксацію малої кривини шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що замість фіксації шлунка швами до очеревини передньої черевної стінки виконують фіксацію малої кривини шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки, що забезпечує надійну фіксацію шлунка в черевній порожнині. В кінцевому висновку таке удосконалення призводить до зменшення ризику виникнення рецидиву захворювання.

За відомими літературними даними такий спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми невідомий.

Запропонований спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми здійснюється наступним чином.

Виконують лапаротомію, низводять шлунок в черевну порожнину, відновлюють кут Гіса, фіксують малу кривину шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки, пошарово ушивають рану. За рахунок фіксації малої кривини шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки забезпечується надійна фіксація шлунка в черевній порожнині. В результаті цього зменшується ризик повторного зміщення шлунка в грудну порожнину, що проявляється у зниженні рецидиву захворювання.

Конкретний приклад втілення

Хвора В., 62 роки, медична карта № 7622, надійшла до стаціонару 26.05.13 зі скаргами на біль в області нижньої третини груднини та епігастрію, нудоту, одноразове блювання. На протязі 2 тижнів відчувала біль за грудиною, який не знімався прийомом нітрогліцерину, та збільшувався в горизонтальному положенні. Останні 2 доби інтенсивність больового синдрому наростала. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, серцеві тони приглушені, ритмічні. PS-86 хв-1, АТ-130/90 мм рт. ст. Живіт симетричний, приймає участь у диханні, не піддутий, пальпаторно м'який, болісний в епігастрії. Перитонеальних симптомів немає. Обстежена:

Заг. аналіз крові: Hb-121 г/л, Eг- $3,8 \times 10^{12}$ , Lei- $9,6 \times 10^9$ .

Б/х: білок - 61 г/л, білірубін - 17,2 мкмоль/л.

УЗД: виражених морфологічних змін не виявлено.

ФЕГДС: еритематозний гастрит, параезофагеальна грижа.

ЕКГ: помірні зміни міокарду.

Ро-графія шлунка: параезофагеальна грижа.

Встановлено діагноз: Параезофагеальна грижа, підозра на защемлення.

Оперована 28.05.13. Під час оперативного втручання виявили защемлену параезофагеальну грижу без некрозу шлунка, при цьому защемленою частиною шлунка була мала кривина. Виконали лапаротомію, низвели шлунок в черевну порожнину, відновили кут Гіса, зафіксували малу кривину шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки, пошарово ушили рану.

Післяопераційний період перебігав без особливостей, хвора отримувала інфузійну, антибактеріальну терапію. На 11 добу в задовільному стані виписана із стаціонару. У жовтні 2013 року пацієнтка скарг не пред'являла.

Запропонований спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми було апробовано на базі КМКЛ № 4 у 2 хворих з позитивними результатами і рекомендовано до широкого впровадження, оскільки він дозволяє зменшити ризик виникнення повторного зміщення шлунка в грудну порожнину, що проявляється у зниженні рецидиву захворювання.

Джерела інформації:

1. Атлас абдоминальной хирургии: Т.2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки: пер. с англ./Э. Итала - М.: Мед. лит., 2007. - С. 32-40.

2. Литтманн И. Оперативная хирургия. Хабаровск: Континент - 2000. - с. 299-301.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб оперативного втручання при грижах стравохідного отвору діафрагми, що включає лапаротомію, низведення шлунка в черевну порожнину, відновлення кута Гіса, пошарове ушивання рани, який **відрізняється** тим, що виконують фіксацію малої кривини шлунка вузловими швами до попередньо відпрепарованої круглої зв'язки печінки.

---

Комп'ютерна верстка В. Мацело

---

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

---

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