

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ГРИЖ НА МІСЦІ ДОСТУПУ МАК-БУРНЕЯ

(21) 2001010425

(22) 19.01.2001

(24) 15.06.2001

(46) 15.06.2001, Бюл. № 5, 2001 р

(72) Власов Василь Володимирович, Мартинюк
Вадим Григорович

(73) ВЛАСОВ ВАСИЛЬ ВОЛОДИМИРОВИЧ, МАР-
ТИНЮК ВАДИМ ГРИГОРОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування гігантських гриж на місці доступу Мак-Бурнея з пошаровим зашиванням очеревини, поперечного і внутрішнього косого м'язів живота, апоневроза зовнішнього косого м'яза живота, який відрізняється тим, що грижові дефекти в поперечному і внутрішньому косому м'язах живота та апоневрозі зовнішнього косого м'яза живота закривають окремими автодермальними деепітелізованими латками.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, та може використовуватися у тих випадках, коли грижовий дефект гігантських розмірів і традиційні методи пластики грижі призводять до її рецидиву.

Відомий метод пластики грижі на місці доступу Мак-Бурнея (Монаков Н.З. Послеоперационные грыжи.-Сталинабад, 1959.-155 с.) Суть методу заключається в тому, що після видалення грижового мішка очеревина зашивається кетгутовим швом. Вузовими кетгутовими швами зашиваються рубцево змінені краї широких м'язів живота. Далі, в бік на 1 см від лінії зав'язаних швів, розтинається апоневроз зовнішнього косого м'яза живота (ЗКМЖ). Бічний край розрізаного апоневрозу ЗКМЖ відділяється від внутрішнього косого м'яза живота. Потім при допомозі трьох П-подібних швів присередній край апоневрозу ЗКМЖ підтягується під відділений його бічний край, який вузовими швами підшивається поверху присереднього краю. В інших випадках автор пропонує викроювати клапті з передньої пластинки піхви прямого м'яза живота (ПМЖ) на живлячій ніжці, які перегинаються і підшиваються поверху зашитого грижового дефекту (ГД). Проте, у тих випадках, коли ГД у широких м'язах живота досить великий, просте його зашивання вузовими швами спричинює розволокнення м'язів і появу в наступному рецидиву грижі.

В основу винаходу поставлено задачу в способі хірургічного лікування гігантських гриж на місці доступу Мак-Бурнея шляхом використання спеціальних латок забезпечити відновлення пошарової анатомо-фізіологічної будови черевної стінки в

Для вирішення цієї задачі в способі хірургічного лікування гігантських гриж на місці доступу Мак-Бурнея грижові дефекти в поперечному (ПоМЖ) і внутрішньому косому (ВКМЖ) м'язах живота та апоневрозі ЗКМЖ закривають окремими автодермальними деепітелізованими латками.

На фіг. 1 зображено початок підшивання латки під ПоМЖ і ВКМЖ; на фіг. 2 - латка підшита до ГД в ПоМЖ і ВКМЖ, на фіг. 3 - підшивання латки під апоневроз ЗКМЖ; на фіг. 4 - кінцевий вигляд.

Спосіб виконують наступним чином. Двома отинаючими розрізами видаляють післяопераційний рубець, надлишок шкіри з грижовим мішком. Із видаленої шкіри за методикою В.Н. Янова виготовляють автодермальну латку (АЛ). Краї ГД в апоневрозі ЗКМЖ відділяють від ВКМЖ та ПоМЖ. Таким чином післяопераційна грижа в ділянці ДМБ має два ГД (в апоневрозі ЗКМЖ - зовнішній і в ВКМЖ та ПоМЖ - внутрішній), які мають різні розміри і просторове положення відносно довжини рани.

Відвівши апоневроз ЗКМЖ 1 (фіг. 1) АЛ 2 лавсановими швами підшивають до внутрішнього ГД 3, відступаючи 2-3 см від краю ГД. Шви не зав'язують, а беруть на зажими. На край внутрішнього ГД 3 (фіг.2) накладають вісімкоподібні шви. Останні зав'язують в помітному натязі, зменшуючи максимально можливо внутрішній ГД. Потім зав'язують шви, накладені на АЛ, яка закриває внутрішній ГД і заходить за його край на 2-3 см.

Аналогічно підшивають другу АЛ 4 (фіг. 3) під зовнішній ГД в апоневрозі ЗКМЖ. При можливості з апоневрозу ЗКМЖ формують дуплікатуру за ме-

та незручності при фізичному навантаженні. У 1996 році прооперована з приводу деструктивного апендициту місцевого перитоніту. Післяопераційний період ускладнився гнійним запаленням рани. Через 6 місяців у хворої утворилась грижа.

Об'єктивно стан хворої задовільний. Колір шкіри звичайний. Правильної статури, підвищеного харчування. Рс 72 в 1 кв. ритмічний. АТ-140/90 мм рт.ст. Язик вологий, чистий. Живіт асиметричний за рахунок грижового випинання, що відповідає рубцю на місці розтину Мак Бурнея. Грижа вільно вправляється в очеревинну порожнину. При пальпації живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не збільшені. Хвора обстежена (УЗД, флюорографія, ГФДС) - органічних змін з боку органів живота не встановлено. Дані лабораторних досліджень без патологічних змін.

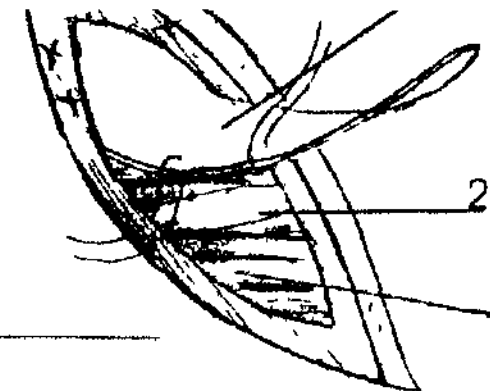
На третій день під ендотрахеальним наркозом виконана операція: герніотомія з пошировою герніопластикою аутодермальними латками, естетична дерматоліптектomia. Двома горизонтальними огинаючими розрізами видалено надлишок шкіри з післяопераційним рубцем та частково грижовий мішок. До грижового мішка з боку очеревини інтимно приросли сліпа кишка, великий сальник та петля клубової кишки. Спайки роз'єднані гемостазом. Десерозовані ділянки кишечника перитонізовані. Дефект в м'язовій частині грижі (внутрішній

Виготовлено аутодермальний деелітепізований трансплантат за методикою В.Н. Янова, а з останнього - АЛ. АЛ підшито до внутрішнього ГД відступивши на 3 см від його краю, за допомогою лавсанових швів з боку очеревини. Після прошивання шви не зав'язували, а брали на затискачі. Після зав'язування вісімкоподібних швів накладених на внутрішній ГД зав'язували шви, що фіксували АЛ.

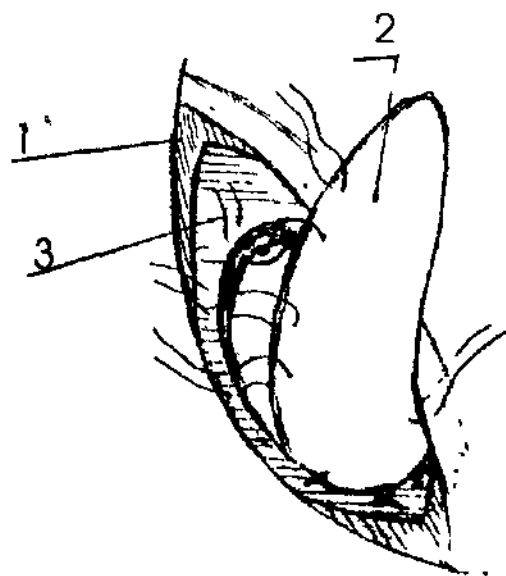
Спроба закрити зовнішній ГД навіть астик простим зав'язуванням швів була невдалою і спричинювала розволокнення тканини апоневрозу ЗКМЖ. Аналогічно до зовнішнього ГД підшито другу АЛ. При зав'язуванні накладених на нього швів розміри зовнішнього ГД зменшили до максимальних можливих. Далі зв'язуючи шви фіксували другу АЛ. Місця над латками дреновані поліхлорвініловими трубками. Шкіра та підшкірна клітковина зашиті пошировою і дреновані поліхлорвініловими трубками у вигляді «частоколу». Асептична пов'язка.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 3-9 день зняті шви. Рана зажила первинним натягом. Через 12 днів після операції хвора виписана.

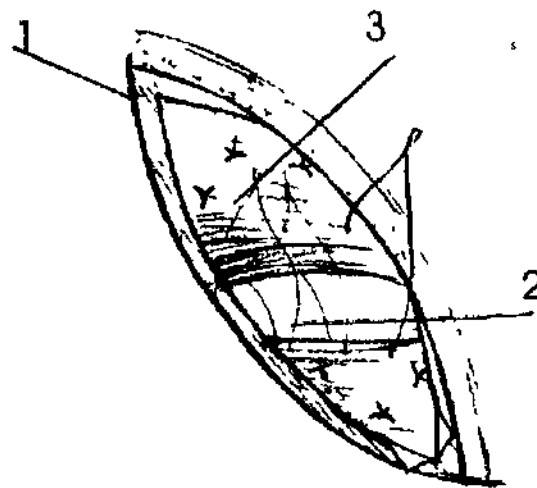
Хвору оглянуто через 2,5 років, рецидиву грижі немає, скарг не виказує.



Фіг. 3



Фіг. 1



Фіг. 2

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ГРИЖ НА МІСЦІ ДОСТУПУ МАК-БУРНЕЯ

(21) 2001010425

(22) 19.01.2001

(24) 15.06.2001

(46) 15.06.2001, Бюл. № 5, 2001 р.

(72) Власов Василь Володимирович, Мартинюк
Вадим Григорович(73) ВЛАСОВ ВАСИЛЬ ВОЛОДИМИРОВИЧ, МАР-
ТИНЮК ВАДИМ ГРИГОРОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування гігантських гриж на місці доступу Мак-Бурнея з пошаровим зшиванням очереви́ни, поперечного і внутрішнього косого м'язів живота, апоневроза зовнішнього косого м'яза живота, який відрізняється тим, що грижові дефекти в поперечному і внутрішньому косому м'язах живота та апоневрозі зовнішнього косого м'яза живота закривають окремими автодермальними деєпітелізованими латками.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, та може використовуватися у тих випадках, коли грижовий дефект гігантських розмірів і традиційні методи пластики грижі призводять до її рецидиву.

Відомий метод пластики грижі на місці доступу Мак-Бурнея (Монаков Н.З. Послеоперационные грыжи. - Сталинабад, 1959. - 155 с.) Суть методу заключається в тому, що після видалення грижового мішка очереви́на зашивається кетгуттовим швом. Вузовими кетгуттовими швами зшиваються рубцево змінені краї широких м'язів живота. Далі, в бік на 1 см від лінії зав'язаних швів, розтинається апоневроз зовнішнього косого м'яза живота (ЗКМЖ). Бічний край розрізаного апоневрозу ЗКМЖ відділяється від внутрішнього косого м'яза живота. Потім при допомозі трьох П-подібних швів присередній край апоневрозу ЗКМЖ підтягується під відділений його бічний край, який вузовими швами підшивається поверху присереднього краю. В інших випадках автор пропонує викроївати клапті з передньої пластинки піхви прямого м'яза живота (ПМЖ) на живлячій ніжці, які перегинаються і підшиваються поверху зашитої грижового дефекту (ГД). Проте, у тих випадках, коли ГД у широких м'язах живота досить великий, просте його зашивання вузовими швами спричинює розволокнення м'язів і появу в наступному рецидиву грижі.

В основу винаходу поставлено задачу в способі хірургічного лікування гігантських гриж на місці доступу Мак-Бурнея шляхом використання спеціальних латок забезпечити відновлення пошарової анатомо-фізіологічної будови черевної стінки в ділянці ГД на місці доступу Мак-Бурнея.

Для вирішення цієї задачі в способі хірургічного лікування гігантських гриж на місці доступу Мак-Бурнея грижові дефекти в поперечному (ПоМЖ) і внутрішньому косому (ВКМЖ) м'язах живота та апоневрозі ЗКМЖ закривають окремими автодермальними деєпітелізованими латками.

На фіг. 1 зображено початок підшивання латки під ПоМЖ і ВКМЖ; на фіг. 2 - латка підшита до ГД в ПоМЖ і ВКМЖ; на фіг. 3 - підшивання латки під апоневроз ЗКМЖ; на фіг. 4 - кінцевий вигляд.

Спосіб виконують наступним чином. Двома огинаючими розрізами видаляють післяопераційний рубець, надлишок шкіри з грижовим мішком. Із видаленої шкіри за методикою В.Н.Янова виготовляють автодермальну латку (АЛ). Краї ГД в апоневрозі ЗКМЖ відділяють від ВКМЖ та ПоМЖ. Таким чином післяопераційна грижа в ділянці ДМБ має два ГД (в апоневрозі ЗКМЖ - зовнішній і в ВКМЖ та ПоМЖ - внутрішній), які мають різні розміри і просторове положення відносно довжини рани.

Відвівши апоневроз ЗКМЖ 1 (фіг. 1) АЛ 2 лавсановими швами підшивають до внутрішнього ГД 3, відступивши 2-3 см від краю ГД. Шви не зав'язують, а беруть на зажими. На краї внутрішнього ГД 3 (фіг.2) накладають вісімкоподібні шви. Останні зав'язують в помітному натязі, зменшуючи максимально можливо внутрішній ГД. Потім зав'язують шви, накладені на АЛ, яка закриває внутрішній ГД і заходить за його краї на 2-3 см.

Аналогічно підшивають другу АЛ 4 (фіг.3) під зовнішній ГД в апоневрозі ЗКМЖ. При можливості з апоневрозу ЗКМЖ формують дуплікатуру за методикою Сапежко або максимально можливо змен-

шуються розміри зовнішнього ГД, після чого до нього фіксують другу АЛ (фіг. 4). Рану обов'язково дреновують поліхлорвініловими трубками.

Приклад. Хвора П., 40 років, госпіталізована в хірургічне відділення із скаргами на грижове випинання в правій бічній та пахвинній ділянках, біль та незручності при фізичному навантаженні. У 1996 році прооперована з приводу деструктивного апендициту, місцевого перитоніту. Післяопераційний період ускладнився гнійним запаленням рани. Через 6 місяців у хворої утворилась грижа.

Об'єктивно: стан хворої задовільний. Колір шкіри звичайний. Правильної статури, підвищеного харчування Рs-72 в 1 хв, ритмічний АТ-140/90 мм рт.ст. Язик вологий, чистий. Живіт асиметричний, за рахунок грижового випинання, що відповідає рубцю на місці розтину Мак-Бурнея. Грижа вільно вправляється в очеревинну порожнину. При пальпації живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не збільшені. Хвора обстежена (УЗД, флюорографія, ГФДС) - органічних змін з боку органів живота не встановлено. Дані лабораторних досліджень без патологічних змін.

На третій день під ендотрахеальним наркозом виконана операція герніотомія з пошаровою герніопластиком автодермальними латками, естетична дерматоліпектомія. Двома горизонтальними огинаючими розрізами видалено надлишок шкіри з післяопераційним рубцем та частково грижовий мішок. До грижового мішка з боку очеревини інтимально приросли сліпа кишка, великий сальник та петля клубової кишки. Спайки роз'єднані, гемостаз. Десерозовані ділянки кишечника перитонізовані. Дефект в м'язовій частині грижі (внутрішній

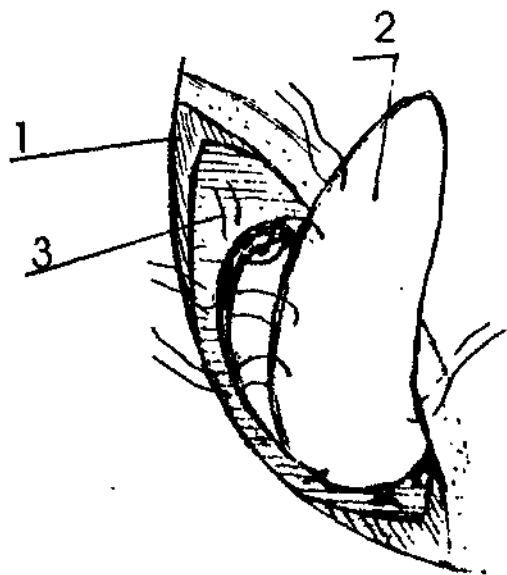
ГД) становив 9х6 см, а в апоневротичній (зовнішній ГД) - 9 х 4 см. Накладені вісімокоподібні провізорні шви на внутрішній ГД. Спроба його закрити простим зав'язуванням швів була невдалою і спричинювала значний натяг м'язів та їх розволокнення.

Виготовлено автодермальний деєпітелізований трансплантат за методикою В.Н.Янова, а з останнього - АЛ. АЛ підшито до внутрішнього ГД, відступивши на 3 см від його краю, за допомогою лавсанових швів з боку очеревини. Після прошивання шви не зав'язували, а брали на затискачі. Після зав'язування вісімокоподібних швів, накладених на внутрішній ГД, зав'язували шви, що фіксували АЛ.

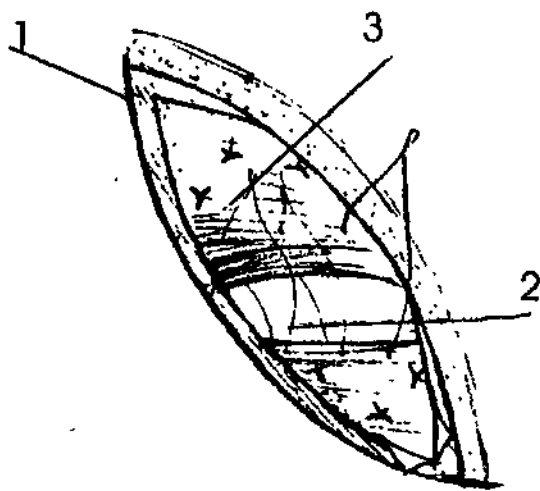
Спроба закрити зовнішній ГД навіть астик простим зав'язуванням швів була невдалою і спричинювала розволокнення тканини апоневрозу ЗКМЖ. Аналогічно до зовнішнього ГД підшито другу АЛ. При зав'язуванні накладених на нього швів розміри зовнішнього ГД зменшили до максимально можливих. Далі зв'язуючи шви фіксували другу АЛ. Місця над латками дреновані поліхлорвініловими трубками. Шкіра та підшкірна клітковина зашиті пошарово і дреновані поліхлорвініловими трубками у вигляді «частоколу». Асептична пов'язка.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 3-9 день зняті шви. Рана зажила первинним натягом. Через 12 днів після операції хвора виписана.

Хвору оглянуто через 2,5 років, рецидиву грижі немає, скарг не виказує.



Фіг. 1



Фіг. 2

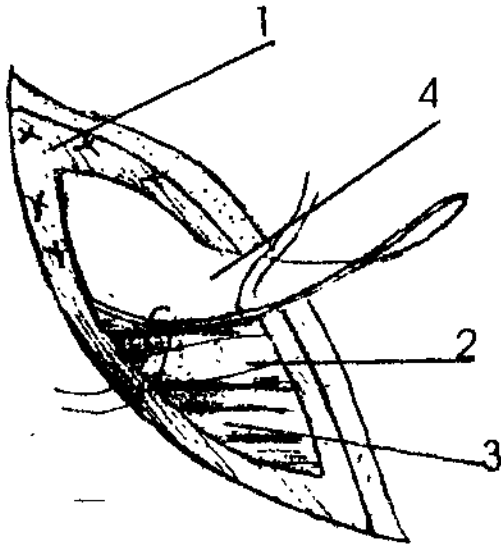


Fig. 3

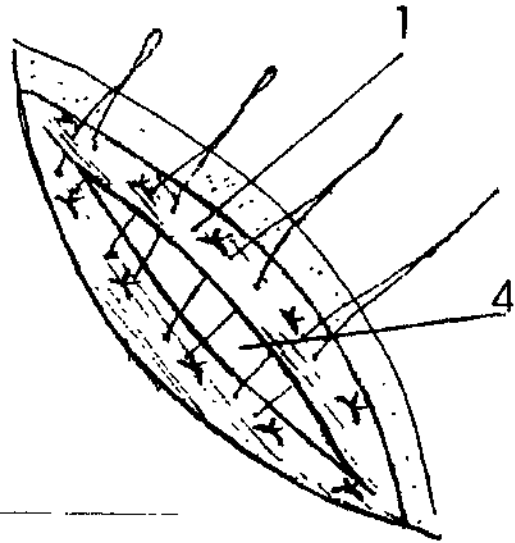


Fig. 4

Тираж 50 экз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03
