



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **71375** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2012 00066</p> <p>(22) Дата подання заявки: 03.01.2012</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.07.2012</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.07.2012, Бюл.№ 13</p>	<p>(72) Винахідник(и): Власов Василь Володимирович (UA), Калиновський Сергій Валерійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
--	---

(54) СПОСІБ РОЗШИРЕННЯ ПУПКОВОГО КІЛЬЦЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ГРИЖІ, ЯКА НЕ ВПРАВЛЯЄТЬСЯ

(57) Реферат:

Спосіб розширення пупкового кільця при оперативному лікуванні грижі, яка не вправляється, передбачає виділення грижового мішка до основи, поперечне розтинання білої лінії живота до внутрішнього краю прямого м'яза живота. Далі проводять два дугоподібні розтини передньої та задньої пластинок піхви прямого м'яза живота, спрямовані у різні сторони.

UA 71375 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, та може використовуватись у тих випадках, коли вміст грижового мішка пупкової грижі неможливо вправити в черевну порожнину без розширення пупкового кільця.

Відомий метод розширення пупкового кільця - герніопластика за методикою Мейо (Оперативная хирургия. Под общей ред. проф. И. Литмана. Издание на русском языке под ред. проф. М.Н. Аничкова. - Будапешт: Изд. АН Венгрии. - 1981. - С. 374-375). Суть методу полягає у тому, що, починаючи від країв грижових воріт, розтинають апоневротичну пластинку білої лінії живота поперечно до медіальних країв обох прямих м'язів живота (ПМЖ). Парієтальна очеревина тупо краніально відділяється від внутрішньої поверхні апоневротичної пластинки білої лінії живота на відстані 4-5 см, а каудально - на відстань 1-2 см. Відділення очеревини також проводять від медіального краю одного ПМЖ до другого. Надлишок очеревини грижового мішка видаляється. Отвір парієтальної очеревини ушивається, тим самим закривається черевна порожнина. Наступний момент операції - утворення поперечно дублікатури білої лінії живота за допомогою П-подібних швів. Проте розмір рани обмежений шириною білої лінії живота, що не завжди є достатнім для вправлення грижового вмісту. А це, як правило, призводить до резекції великого сальника або розширення рани вертикально за ходом білої лінії живота, що відповідно збільшує інтраопераційну травму, подовжує тривалість операції або послаблює черевну стінку.

В основу корисної моделі поставлено задачу розширити пупкове кільце, при оперативному лікуванні пупкової грижі, яка не вправляється, таким чином, щоб створений додатковим розтином доступ дозволив вільно вправити в черевну порожнину значних розмірів грижовий вміст, максимально зберігаючи при цьому цілісність апоневрозу білої лінії живота.

Для вирішення цієї задачі спосіб розширення пупкового кільця при оперативному лікуванні грижі, яка не вправляється, проводять за допомогою двох дугоподібних розтинів передньої і задньої пластинок ПМЖ, спрямованих у різні сторони.

На фіг. 1 зображено розтин передньої пластини ПМЖ; на фіг. 2 - розведення країв передньої пластинки ПМЖ та самого ПМЖ; на фіг. 3 - розтин задньої пластинки ПМЖ; на фіг. 4 - загальний вигляд лапаротомної рани.

Спосіб виконують наступним чином. Від лівого краю пупкового кільця 1 до медіального краю лівого ПМЖ поперечно розтинається апоневроз білої лінії живота. Далі розтин у вигляді дуги з центром на серединній лінії і краніальним спрямуванням продовжується на передню пластинку піхви ПМЖ 2 (фіг. 1). Краї передньої пластинки ПМЖ розводяться в сторони, медіальний край ПМЖ 4 гачком Фарабефа 3 відводиться латерально, тим самим утворюється доступ до задньої пластинки піхви ПМЖ (фіг. 2). Задня пластинка піхви ПМЖ 5 розтинається у вигляді дуги з центром на серединній лінії і каудальним спрямуванням (фіг. 3). Розводячи краї задньої пластинки піхви ПМЖ і очеревини (фіг. 4), ми отримуємо лапаротомну рану достатніх розмірів для вправлення в черевну порожнину грижового вмісту 6. За необхідності аналогічні дії виконуються з протилежної сторони. Після вправлення грижового вмісту в черевну порожнину, доступ зашивається пошарово за допомогою вузлових швів. Виконується герніопластика за методикою Мейо. Лінія швів герніопластики зміцнюється за допомогою авто- або алотрансплантанта.

Приклад. Хвора В., 37 років, госпіталізована 26.11.2007 року в хірургічне відділення зі скаргами на грижове випинання в пупковій ділянці, його невправимість, біль та незручності при фізичній нарузі. Хворіє грижею, яка утворилася під час вагітності, більше 10 років.

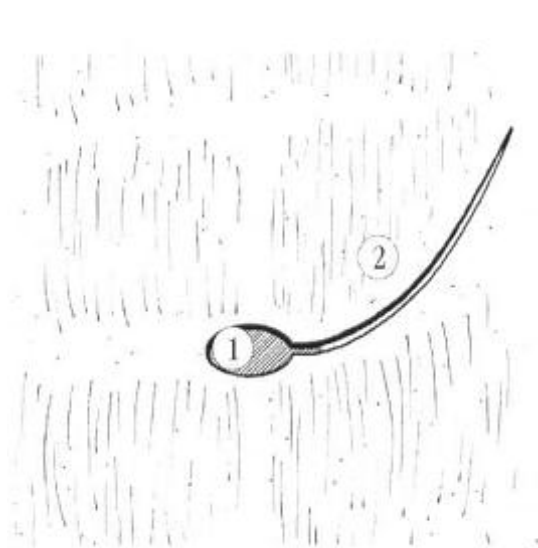
Об'єктивно: стан хворої задовільний. Колір шкіри звичайний. Правильної статури, підвищеного харчування. Р-72 в 1 хв., ритмічний. АТ-140/90 мм рт. ст. Язик вологий, чистий. Живіт асиметричний, за рахунок грижового випинання в пупковій ділянці, діаметром до 12 см. Грижа не вправляється в черевну порожнину, помірно болюча при пальпації. В інших ділянках живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не збільшені. Хвора обстежена (УЗД, флюорографія, ГФДС) - органічних змін з боку органів черевної порожнини не виявлено. Дані лабораторних обстежень без патологічних змін.

27.11.2007 року під ендотрахеальним наркозом виконана операція: герніотомія, передочеревинна герніоалопластика. Двома горизонтальними огинаючими розрізами висічено надлишок шкіри з пупком. Виділено та розтято грижовий мішок. До грижового мішка з боку очеревини інтимно приросли великий сальник та петля тонкої кишки. Спайки роз'єднані, гемостаз, перитонізація десерозованої ділянки тонкої кишки. Пупкове кільце (грижові ворота) діаметром 3,5 см. Петлю тонкої кишки вдалося з труднощами занурити в черевну порожнину. Частина великого сальника, що була в грижовому мішку, занурити в черевну порожнину не вдається. По верхньому краю пупкового кільця білу лінію живота розрізано до внутрішнього краю прямого м'яза живота. Далі в краніальному напрямку дугоподібно розрізана передня

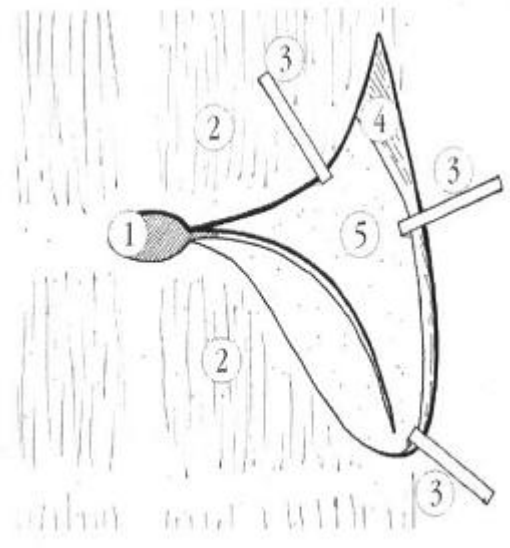
- пластинка піхви прямого м'яза живота. Прямий м'яз живота відведено гачком латерально. Задня пластинка піхви прямого м'яза живота розрізана дугоподібним розрізом протилежної направленості. Рану розведено гачками, що дозволило без труднощів занурити великий сальник в черевну порожнину. Очеревину зашило. Окремо зашиті задня та передня пластинки піхви прямого м'яза живота. Виготовлено сітковий імплантат, який за розмірами перевищував діаметр грижового дефекту на 4,5 см, встановлено його передочеревинно, фіксовано. Ушито дефект в апоневрозі. Шкіра та підшкірна клітковина пошарово зашиті з накладанням внутрішньошкірного вікрилового шва. Асептична пов'язка. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На 7 день знято внутрішньошкірний шов. Рана загоїлась первинним натягом. Через 8 днів після операції хвору виписано.
- Хвору оглянуто через 2,5 роки, скарг не виказує, рецидиву грижі немає.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

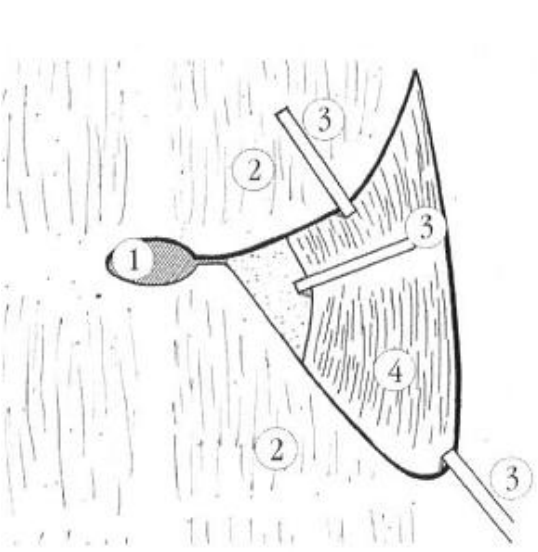
- 15 Спосіб розширення пупкового кільця при оперативному лікуванні грижі, яка не вправляється, що передбачає виділення грижового мішка до основи, поперечне розтинання білої лінії живота до внутрішнього краю прямого м'яза живота, який **відрізняється** тим, що далі проводять два дугоподібні розтини передньої та задньої пластинок піхви прямого м'яза живота, спрямовані у різні сторони.



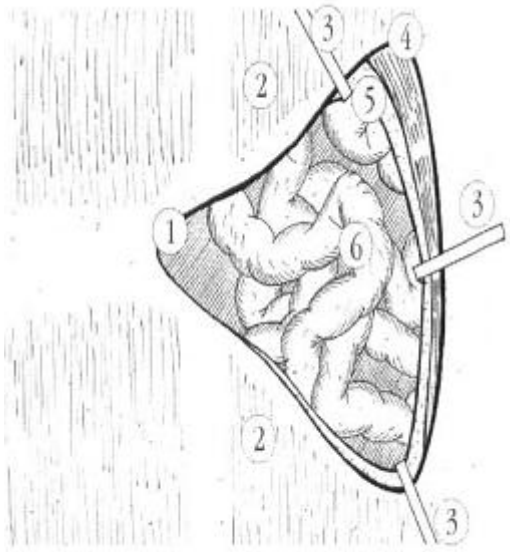
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

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