



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **124959** (13) **U**
(51) МПК (2018.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2017 11603	(72) Винахідник(и): Власов Василь Володимирович (UA), Бабій Ігор Володимирович (UA), Левчук Богдан Олександрович (UA), Гурницький Артем Едуардович (UA), Юрчик Дмитро Сергійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 27.11.2017	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2018	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2018, Бюл.№ 8	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА

(57) Реферат:

Спосіб хірургічної корекції діастазу прямих м'язів живота включає поперечний розріз шкіри і підшкірної жирової клітковини, поперечний розріз білої лінії живота до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота з обох сторін, аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота, відведення прямих м'язів живота гачками вбік, відшарування передочеревинної клітковини від білої лінії живота по всій її довжині, відтинання задньої пластинки піхви прямих м'язів живота позаду місця переходу в білу лінію живота з обох сторін по довжині діастазу, відшарування задньої пластинки піхви прямих м'язів живота до зовнішнього краю прямих м'язів живота з обох сторін, із наступним їх зшиванням неперервним швом в стик, постановкою сітчастого імплантату в ретромускулярний простір sublay. Сітчастий імплантат фіксується поодинокими швами до лінії шва зшитих країв задньої пластинки піхви прямих м'язів живота, з наступним зшиванням внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота і білої лінії живота неперервним швом зі сторони передочеревинного простору в стик.

UA 124959 U

Запропонований спосіб належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при проведенні операції з приводу діастазу прямих м'язів живота.

Відомий метод поперечної лапаротомії (Петрушенко В.В., Власов В.В., Просвітлюк П.В., Спосіб поперечної лапаротомії, UA №108752, 2016), що передбачає поперечний розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини, поперечний розтин білої лінії живота, до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої і задньої пластинок піхви прямих м'язів живота з обох сторін аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота, поперечної фасції і парієтальної очеревини. Прямі м'язи живота відводять гачками вбік без їх перетинання.

Також відомий спосіб корекції діастазу прямих м'язів живота при абдомінопластиці (Галич С.П., Симулик Є.В., Дабіжа О.Ю., Спосіб корекції діастазу прямих м'язів живота при абдомінопластиці, UA №91758, 2014), що включає накладення обвивного неперервного шва на передні стінки обох піхв прямих м'язів живота. При наближенні до пупка на рівні верхнього краю пупкової стеблини накладають петлеподібний шов, проводять обходження його лігатурою по одній із передніх стінок піхви прямих м'язів живота, без захоплення контрлатеральної стінки. Після виходу із зони пупка на рівні нижнього краю пупкової стеблини накладають петлеподібний шов та продовжують накладення обвивного неперервного шва на передні стінки обох піхв прямих м'язів живота.

Окрім зазначених способів існує також метод ліквідації діастазу з використанням сітчастого імплантату (Подпряттов С.С., Швед О.Є., Спосіб хірургічного лікування діастазу прямих м'язів живота, UA №64057, 2004), який включає пластику передньої черевної стінки з імплантуванням синтетичної сітки, для чого виконують розріз переднього листка апоневрозу обох прямих м'язів живота вздовж середньої лінії на відстані 8-10 мм від внутрішніх країв м'язів без розсічення сухожильних перетинок, поперечний розріз переднього листка апоневрозу обох прямих м'язів живота на відстані 2-5 мм від сухожильної перетинки на ширину прямого м'яза в зовнішньому напрямі, здійснюють мобілізацію зовнішнього, від розрізу, листка апоневрозу шляхом відшарування його від м'язу до латеральних країв прямих м'язів, розміщують синтетичну сітку під мобілізовані листки апоневрозу і фіксують сітку вузловими швами до переднього листка піхви прямих м'язів живота на рівні латеральних країв прямих м'язів та окремим рядом швів, фіксують зовнішній край розсіченого апоневрозу до сітки.

Недоліками зазначених методів є велика частота рецидиву діастазу і появи грижі як наслідок значного натягу тканин в місці пластики, що обумовлено прорізанням швів у даній ділянці. У деяких пацієнтів, за наявності гіперстенічної конституції, ожиріння та розходження прямих м'язів живота на значну відстань, звести передні листки піхв прямих м'язів до досягнення їх співставлення неможливо.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом хірургічного розділення структур черевної стінки і наступним їх зшиванням з встановленням сітчастого імпланту sublay досягти ліквідації діастазу прямих м'язів живота.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічної корекції діастазу прямих м'язів живота виконують поперечний розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини, поперечний розріз білої лінії живота до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота з обох сторін, аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота, відведення прямих м'язів живота гачками вбік, відшарування передочеревинної клітковини від білої лінії живота по всій її довжині, відтинання задньої пластинки піхви прямих м'язів живота позаду місця переходу її в білу лінію живота з обох сторін по довжині діастазу, відшарування задньої пластинки піхви прямих м'язів живота до зовнішнього краю прямих м'язів живота з обох сторін, із наступним їх зшиванням неперервним швом в стик, встановленням сітчастого імплантату в ретромускулярний простір sublay, згідно з корисною моделлю сітчастих імплантат фіксується поодинокими швами до лінії шва зшитих країв задньої пластинки піхви прямих м'язів живота, з наступним зшиванням внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота і білої лінії живота неперервним швом зі сторони передочеревинного простору в стик.

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують поперечний розріз шкіри та підшкірно-жирової клітковини нижче пупка довжиною близько 20 см, після чого здійснюють поперечний розріз білої лінії живота до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота з обох сторін, аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота. Потім відшаровують передочеревинну клітковину (фіг. 1,1) від білої лінії живота по всій її довжині. Після цього відтинають задню пластинку піхви прямих м'язів живота (2) позаду місця переходу її в білу лінію живота з обох сторін по всій довжині діастазу, відшаровують задню пластинку піхви прямих м'язів живота від їх задньої поверхні аж до зовнішнього краю прямих м'язів живота з обох сторін (3), із наступним зшиванням (Vicryl №2-

0/PDS-II №0) задньої пластинки піхви прямих м'язів живота неперервним швом в стик (4). Далі встановлюють сітчастий імплантат, розміри і форма якого підбираються індивідуально, в ретромускулярний простір sublay, який фіксується проленою ниткою (№ 2-0) поодинокими вузловими швами (фіг. 2, 5) до лінії шва зшитих країв задньої пластинки піхви прямих м'язів живота, залишаючи бічні краї імпланту вільно розправленими в утвореному просторі (6), з наступним зшиванням внутрішніх країв прямих м'язів живота (фіг. 3, 7), передньої пластинки піхви прямих м'язів живота і білої лінії живота неперервним швом зі сторони передочеревинного простору в стик (PDS-II №1).

Приклад: Хвора В., 16.04.1984 р.н. знаходилась на стаціонарному обстеженні та лікуванні в хірургічному відділенні ХОЛ з 18.10.2016 по 28.10.2016 року з клінічним діагнозом: Грижа білої лінії живота. Діастаз прямих м'язів живота. Хвора була прийнята зі скаргами на наявність грижового утворення над пупком по серединній лінії, яке з'являється при найменшому фізичному навантаженні. Хворіє близько року. Пацієнтка гіперстенічної статури, з жіночою формою живота і підчерев'я. Р - 86 уд/хв., АТ 110/75 мм рт. ст. ЧД 16 в 1 хв. По серединній лінії над пупком при натужуванні з'являється об'ємне утворення, розмірами 4 × 5 см, що легко вправляється, не болюче, шкіра над ним не змінена. Пальпаторно і візуально виявляється розширення шириною до 10 см та стоншення білої лінії живота. Діагноз при госпіталізації: Грижа білої лінії живота. Діастаз прямих м'язів живота.

УЗД ОЧП. Висновок: Хронічний холецистит. Хронічний панкреатит. СКД. Діастаз прямих м'язів живота (ширина білої лінії живота 8 см)

ФЕГДС. Висновок: хронічний гастродуоденіт, дуоденогастральний рефлюкс.

Кардіолог: НЦД по змішаному типу СН0

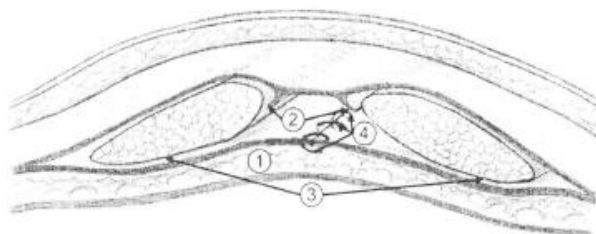
Результати аналізів: група крові II(A), Rh(+) позитивна, RW - негативна. Нb-129 г/л, еритр. - 4,5 Т/л, КП - 0,89, лейкоц. - 7,1 Г/л, ШОЕ - 7 мм/год., тромб. - 183 Г/л, загальний білок - 72,4 г/л, коефіцієнт - 1,69, загальний білірубін - 11,32 ммоль/л, сечовина - 4,04 ммоль/г. Аналіз сечі, аналіз калу без змін.

Встановлено діагноз: Грижа білої лінії живота. Діастаз прямих м'язів живота II ст. НЦД по змішаному типу СН0. Хронічний холецистит. Хронічний панкреатит 20.10.2016 р. під ендотрахеальним наркозом в плановому порядку виконано операцію: алопластика діастазу прямих м'язів живота та грижового дефекту білої лінії живота за методом sublay retromuscular. Виконано поперечний розріз шкіри та підшкірно-жирової клітковини нижче пупка довжиною до 20 см. Після цього виконано поперечний розріз білої лінії живота до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота з обох сторін, аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота. Відшаровано передочеревинну клітковину від білої лінії живота по всій її довжині за допомогою методу гідропрепарування з початком біля основи дефекту білої лінії живота, відтято задню пластинку піхви прямих м'язів живота позаду місця переходу її в білу лінію живота з обох сторін по всій довжині діастазу, відшаровано задню пластинку піхви прямих м'язів живота від їх задньої поверхні аж до зовнішнього краю прямих м'язів живота з обох сторін, із наступним зшиванням (Vicryl №2-0) задньої пластинки піхви прямих м'язів живота неперервним швом в стик. Під час відшарування передочеревинної клітковини від білої лінії виявлено її дефект в діаметрі до 2 см, вмістом якого була ліпома. Далі встановлено сітчастий імплантат Omega 2 стандарт (АРМАТУРА, Україна) 30 × 20 см, в ретромускулярний простір sublay, який фіксовано проленою ниткою (№ 2-0) 6 поодинокими вузловими швами до лінії шва зшитих країв задньої пластинки піхви прямих м'язів живота, залишаючи латеральні краї імпланту вільно розправленими в утвореному просторі, з наступним зшиванням внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота і білої лінії живота неперервним швом (PDS-II №1) зі сторони передочеревинного простору в стик. Ретромускулярний простір дреновано 2 трубками через окремі контрапертури. Підшкірно-жирову клітковину поперечного доступу зашито безперервним швом (Vicryl №2-0), шкіру - безперервним внутрішньошкірним швом. Гладкий перебіг в післяопераційний період. Загоєння рани первинним натягом. Виписана на 8 добу в задовільному стані. Контроль через 1 місяць, 6 місяців та 1 рік - рецидиву немає.

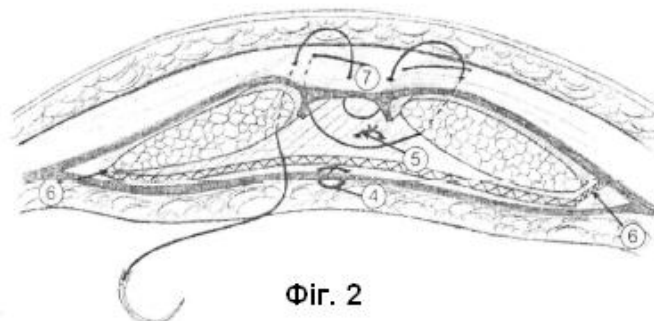
ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічної корекції діастазу прямих м'язів живота, що включає поперечний розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини, поперечний розріз білої лінії живота до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота з обох сторін, аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота, відведення прямих м'язів живота гачками вбік, відшарування передочеревинної клітковини від білої лінії живота по всій її довжині, відтинання задньої

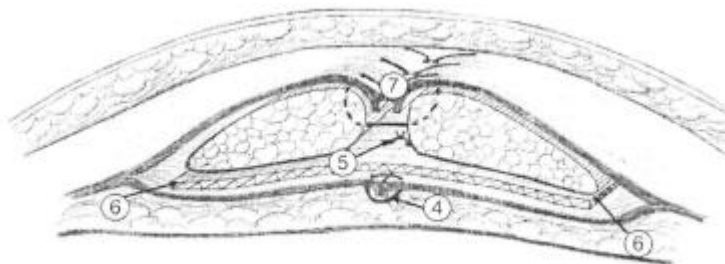
- 5 пластинки піхви прямих м'язів живота позаду місця переходу в білу лінію живота з обох сторін по довжині діастазу, відшарування задньої пластинки піхви прямих м'язів живота до зовнішнього краю прямих м'язів живота з обох сторін, із наступним їх зшиванням неперервним швом в стик, постановкою сітчастого імплантату в ретромускулярний простір sublay, який **відрізняється** тим, що сітчастий імплантат фіксується поодинокими швами до лінії шва зшитих країв задньої пластинки піхви прямих м'язів живота, з наступним зшиванням внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої пластинки піхви прямих м'язів живота і білої лінії живота неперервним швом зі сторони передочеревинного простору в стик.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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