



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28487 (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 КОРЕКЦІЇ ВІСЦЕРО-АБДОМІНАЛЬНОЇ ДИСПРОПОРЦІЇ ПРИ ГАСТРОШИЗИСІ ТА ОМФАЛОЦЕЛЕ

1

2

(21) u200709126

(22) 09.08.2007

(24) 10.12.2007

(72) ПАЛАМАРЧУК ЮРІЙ ПАВЛОВИЧ, UA,
ПОГОРІЛИЙ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
КОНОПЛИЦЬКИЙ ВІКТОР СЕРГІЙОВИЧ, UA,
ЯКИМЕНКО ОЛЕКСАНДР ГРИГОРОВИЧ, UA,
ФОМІН ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
ГОНЧАРУК ВІКТОР БОРИСОВИЧ, UA, БЕРЦУН
КОСТЯНТИН ТИХОНОВИЧ, UA, КОНОПЛИЦЬКИЙ
ДЕНИС ВІКТОРОВИЧ, UA(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA

(56)

(57) Спосіб корекції вісцеро-абдомінальної
диспропорції при гастрошизисі та омфалоцеле, що
передбачає виконання екстраабдомінальної
сілопластики, який **відрізняється** тим, що на
передньо-бокові відділи черевної стінки
накладають тракційні кріплення, які проходять
через усі шари черевної стінки та з'єднуються з
нерухомим каркасом.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для реконструктивних операцій у новонароджених дітей з вродженою вадою розвитку передньої черевної стінки (гастрошизис, омфалоцеле).

Відомий спосіб оперативного лікування гастрошизиса шляхом виконання екстраабдомінальної сілопластики за допомогою синтетичного протеза - експлантата, який містить в собі занурення частини евертерованих петель кишечника в черевну порожнину, та розташування евагенованої частини кишечника під синтетичним резервуаром, з подальшою тягою за верхівку пластичного матеріалу. По мірі збільшення об'єму черевної порожнини та занурення решти евертерованих петель кишечника виконується аутопластика передньої черевної стінки з формуванням вентральної грижі [Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СГБ., Пит-Тал, 1997, - С. 242].

Недоліками відомого способу є те, що корегування вісцеро-абдомінальної диспропорції відбувається тривалий час, відновлення евакуаторної функції кишечника є пізнім, що призводить до порушення процесів всмоктування в кишечнику, кратність оперативних втручань не зменшується: сілопластика → вентральна грижа → реконструкція черевної стінки, виражений злуковий процес кишечника з черевною стінкою на етапі формування вентральної грижі, ризик

розвитку гнійно-запальних процесів в черевній порожнині.

В основу корисної моделі поставлене завдання корегування вісцеро-абдомінальної диспропорції шляхом одномоментної поступової багатовекторної тракції всіх слоїв передньої черевної стінки, що дозволить зменшити післяопераційні ускладнення та полегшити закриття фасциально-м'язевого дефекту без формування вентральної грижі.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає виконання екстраабдомінальної сілопластики, в якому згідно з корисною моделлю на передньо-бокові відділи черевної стінки накладають тракційні кріплення, які проходять через усі шари черевної стінки та з'єднуються з нерухомим каркасом.

Спосіб здійснюється наступним чином. Виконують відсепаровку евертерованих органів від країв фасциально-м'язевого дефекту передньої черевної стінки, залежно від об'єму евертерованих органів та часу з моменту народження, з розсіченням вродженого дефекту черевної стінки або без. При вираженій вісцеро-абдомінальній диспропорції евагеновані петлі покриваються поліетиленовою плівкою. Відшаровується шкіра від країв дефекту черевної стінки до латеральної частини передніх м'язів живота з обох боків. «Тупим» шляхом в продольному напрямку, без пошкодження парієтальної очеревини розшаровуються м'язи передньої черевної стінки

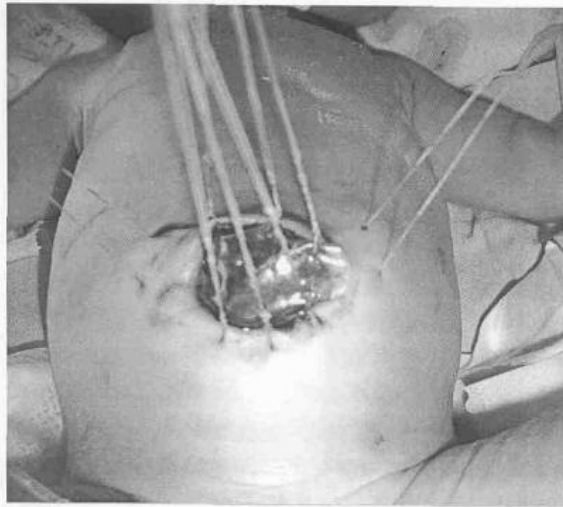
(13) U

(11) 28487

(19) UA

на протязі до 2-4см. В чотирьох точках передньобоківих відділів черевної стінки, в проекції прямих та бокових м'язів встановлюються тракційні кріплення, які проходять через усі шари черевної стінки та з'єднуються з нерухомим каркасом.

Приклад. Хворий П., 16 годин з моменту народження, історія хвороби №4228. Був госпіталізований в дитячу хірургічну клініку з діагнозом: Гастрошизис. Після передопераційної підготовки дитині проведено оперативне втручання, при якому згідно з запропонованим способом лікування були накладені тракційні кріплення на передньо-бокові відділи черевної стінки і під'єднані до нерухомого каркасу. На залишковому дефекті виконана сілопластика (Фіг.). В процесі проведення лікувальної тракції, корегувалась вісцero-абдомінальна диспропорція шляхом зміни напрямків та сили тяг. Вісцero-абдомінальна диспропорція повністю була ліквідована на 4 добу після початку лікування. Краї фасциально-м'язевого дефекту передньої черевної стінки адаптовані вузловими швами без збільшення внутрішньоочеревинного тиску. Дитина в задовільному стані на 28 добу життя виписана з стаціонару без ознак вентральної грижі.



Фіг.