



УКРАЇНА

(19) UA (11) 25614 (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 КОМБІНОВАНОЇ СИЛОПЛАСТИКИ ПРИ ГАСТРОШИЗИСІ

1

2

(21) u200704533

(22) 23.04.2007

(24) 10.08.2007

(46) 10.08.2007, Бюл. № 12, 2007 р.

(72) Погорілий Василь Васильович, Кукуруза Юрій Петрович, Лойко Євген Євгенович, Паламарчук Юрій Павлович, Герасименко Володимир Володимирович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб комбінованої силопластики при гастрошизисі, що полягає у виконанні силопластики, який відрізняється тим, що силопластику виконують двома шарами поліетиленової плівки, причому нижній шар фіксують до очеревини, а верхній шар - до черевної стінки П-подібними швами, далі здійснюють тракцію вертикально вверх нитками при горизонтальному положенні хворого, на 7-12 день видаляють силоплівку і накладають відстрочені шви на рану.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для реконструктивних операцій у немовлят на передній стінці при гастрошизисі.

Відомий спосіб лікування гастрошизису полягає в тому, що поздовжньо розсікають передню черевну стінку, мобілізують шкіру та підшкірну жирову клітковину, чим формують вентральну грижу з силопластикою дефекту черевної стінки [Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - Санкт Петербург, 1997, т.11, с.242-245].

Недоліками відомого способу є те, що існує загроза порушення вентиляції легенів з розвитком деструктивної плевропневмонії, здавлення кишечника, нижньої порожнистої вени, судин кишечника приводить до порушення кровообігу та спайково-некротичних змін з боку кишечника.

В основу корисної моделі "Спосіб комбінованої силопластики при гастрошизисі" поставлене завдання шляхом утворення тракції передньої черевної стінки шовним матеріалом зменшити післяопераційні ускладнення, досягти збільшення черевної порожнини та адаптації новонародженого до вентральної грижі.

Поставлене завдання досягається способом, що полягає у виконанні екстраабдомінальної силопластики, в якому згідно з корисною моделлю, комбіновану силопластику виконують двома шарами поліетиленової плівки, при цьому нижній шар фіксують до очеревини, а верхній шар до черевної стінки П-подібними швами, далі здійснюють тракцію вертикально вверх нитками при горизонталь-

ному положенні хворого, на 7-12 день видаляють силоплівку і накладають відстрочені шви на рану.

Спосіб здійснюють наступним чином. У немовлят з гастрошизисом виконують поперечну лапаротомію з пересіченням лівого чи обох м'язів живота, вправляють кишечник, печінку, селезінку у черевну порожнину з утворенням дефекту черевної стінки, який прикривають двома шарами силоплівки. Нижній шар плівки фіксують до очеревини, а верхній до черевної стінки П-подібними швами, за які здійснюють тракцію вертикально вверх нитками при горизонтальному положенні новонародженого. Тракція дозволяє зменшити дефект черевної стінки, тиск на діафрагму, нижню порожнисту вену, судини кишечника. По мірі збільшення черевної порожнини, зменшення дефекту черевної стінки та адаптації немовляти до вентральної грижі на 7-12 день видаляють силоплівку і накладають відстрочений шов на рану.

Приклад. Хворий С. родився 27.10.06р. з діагнозом - гастрошизис. Після передопераційної підготовки дитину взяли на оперативне втручання: комбінована силопластика передньої черевної стінки, формування вентральної грижі (29.10.06р.). Після поперечної лапаротомії з пересіченням обох м'язів живота вправили кишечник, печінку, селезінку у черевну порожнину. Утворився дефект черевної стінки, який прикрили двома шарами силоплівки. Нижній шар зафіксували до очеревини, а верхній - до черевної стінки П-подібними швами, за які здійснити тракцію вертикально вверх нитками при горизонтальному положенні немовляти.

(19) UA (11) 25614 (13) U

06.11.06р. дитині проведений другий етап операції: Закриття вентральної грижі. Після зняття шкіряних швів видалений верхній шар поліетилену. Краї рани на відстані 0,3см відсічені по всьому периметру дефекту. Видалено нижній шар поліетилену. При цьому спостерігалось відсутність

злукового процесу між парієтальною та вісцеральною очеревинами. Краї оперативної рани, після занурення в черевну порожнину раніше евагінованих органів зашиті відстроченими швами. Післяопераційний період без ускладнень. Одуjuanня.