



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20827 (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) u200608986

(22) 11.08.2006

(24) 15.02.2007

(46) 15.02.2007, Бюл. № 2, 2007 р.

(72) Фомін Олександр Олександрович, Погорілий Василь Васильович, Коноплицький Віктор Сергійович, Берцун Костянтин Тихонович, Якименко Олександр Григорович, Бойко Георгій Андрійович, Гончарук Віктор Борисович, Ольхомяк Ірина Анатоліївна, Паламарчук Юрій Павлович, Назаров Дмитро Олександрович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА(57) Спосіб комбінованої силопластики при гастрошизисі, що полягає у виконанні екстраабдомінальної силопластики, який **відрізняється** тим, що комбіновану силопластику виконують двома шарами поліетиленової плівки, при цьому один шар вкладають між евагінованими органами черевної порожнини і парієтальною очеревиною передньої черевної стінки, а другий шар накладають поверх першої і фіксують вузловими шкірними швами до країв дефекту.

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

Відомий спосіб оперативного лікування гастрошизиса шляхом виконання екстраабдомінальної силопластики за допомогою силастикового або поліетиленового пакету, який містить в собі занурення петель кишечника та евагінованих органів черевної порожнини в штучний «грижовий мішок» з подальшою аутопластикою передньої черевної стінки та формуванням вентральної грижі [Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СПб., Пит-Тал, 1997.-С.242].

Недоліком відомого способу є те що, в післяопераційному періоді у хворих спостерігається розвиток вираженого злукового процесу між органами черевної порожнини та парієтальною очеревиною передньої черевної стінки. Наведені ускладнення значно збільшують тривалість та складність оперативного втручання, обмежують можливість відновлення звичного анатомічного співвідношення органів черевної порожнини, сприяють порушенню евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту.

В основу корисної моделі поставлене завдання зменшити післяопераційні ускладнення за рахунок реконструктивного відновлення анатомо-функціональних співвідношень органів черевної порожнини.

Поставлене завдання досягається способом,

що полягає у виконанні екстра абдомінальної силопластики, в якому силопластику виконують двома шарами поліетиленової плівки, при цьому один шар вкладають між евагінованими органами черевної порожнини і парієтальною очеревиною передньої черевної стінки, а другий шар накладають поверх першої і фіксують вузловими шкірними швами до країв дефекту.

Спосіб здійснюється наступним чином. Згідно способу лікування гастрошизису виконують середню лапаротомію, з обходом евагінованих органів черевної порожнини зліва. В рану, після розділення злук, виводять екстраперітонеально розташовані органи. Пересікають в поперековому напрямку м'язи передньої черевної стінки та відсепаровують їх від шкіри та підшкірно-жирової клітковини. Між внутрішніми та евагінованими органами черевної порожнини і парієтальною очеревиною передньої черевної стінки вкладають один шар поліетилену. Другий шар поліетиленової плівки накладають поверх першого і фіксують вузловими шкірними швами до країв дефекту передньої черевної стінки. Після перевірки на відсутність защемлення органів, розміщених в силастиковому мішку, дитина переводиться на режим кювезу.

Приклад. Хворий М., історія хвороби №5119, родився 14.6.06 р. з діагнозом - гастрошизису. Після передопераційної підготовки дитина взята на оперативне втручання: Комбінована сіло пластика передньої черевної стінки, формування вентральної грижі (16.6.06. р.). Інтраопераційно, після роз-

(13) U

(11) 20827

(19) UA

ділення злук між евагінованими органами та відсепарування шкіри від м'язів передньої черевної стінки, внутрішніми та евагінованими органами черевної порожнини і парієтальною очеревиною передньої черевної стінки вклали один шар поліетилену, який закрив всю поверхню дефекту передньої черевної стінки. Другий шар поліетилену був накладений поверх першого і його краї були фіксовані окремими вузловими швами до країв шкіри утвореного дефекту передньої черевної стінки.

30.6.06 р. дитині проведений другий етап опе-

ративного втручання: Закриття вентральної грижі. Після зняття шкіряних швів видалений поверхневий шар поліетилену. Краї рани на відстані 0,3см відсічені по всьому периметру дефекту. Видалено внутрішній шар поліетилену, при цьому спостерігалась відсутність злукового процесу між парієтальною та вісцеральною очеревинами. Краї оперативної рани, після занурення в черевну порожнину раніше евагінованих органів зашиті вузловими швами. Післяопераційний період без ускладнень. Оужання.