



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15109 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ГРИЖОВИХ ВОРИТ

1

2

(21) u200512002

(22) 14.12.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Каніковський Олег Євгенович, Омобоогундже Джеймс, Форманчук Андрій Миколайович, Каніковський Дмитро Олегович, Омобоогундже Едіт Чизом

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

(57) Спосіб пластики грижових воріт, що включає використання алотрансплантата, який **відрізняється** тим, що як алотрансплантат застосовують поліпропіленову сітку, яку фіксують у "кишені" під переднім листком апоневрозу прямого м'яза живота після його розтину.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для пластики грижових воріт. Він призначений для використання при хірургічному лікуванні гриж передньої черевної стінки.

Відомі способи пластики грижових воріт шляхом фіксування алотрансплантату (поліпропіленової сітки) над або під апоневротично [ACS Surgery: Principle and practice - 2004, Ch. 21, page 668].

Проте, недоліками відомих способів є недостатня механічна міцність фіксації сітки до апоневрозу необхідність травматичної мобілізації передньої або задньої стінки апоневрозу і, як наслідок, тривала лімфорейя (4-10 діб) та інфікування післяопераційної рани.

В основу корисної моделі поставлено завдання досягнути підвищення міцності передньої черевної стінки після грижеластики, попередження рецидивів та запобігання повторним оперативним втручанням, шляхом зміни місця фіксації алотрансплантату, поліпропіленової сітки (intralay). Поставлене завдання вирішується способом, який передбачає використання алотрансплантату, в якому згідно з корисною моделлю поліпропіленову сітку фіксують у "кишені" під переднім листком апоневрозу прямого м'яза живота після його розтину.

Виконання способу демонструється кресленням: Фіг. - поперечний розріз рани шкіри, 1 - наскрізний вузловий шов, накладений на м'язи черевної стінки, 2 - поліпропіленова сітка, 3 - апоневроз

прямого м'яза живота, 4 - вузловий шов на дні утвореної кишені, 5 - вузловий шов накладений на край розтину апоневрозу.

Спосіб здійснюється наступним чином: після ушивання дефекту передньої черевної стінки 1, відступаючи 1,5-2см з обох сторін поздовжньо розтинають передній листок апоневрозу прямого м'яза живота 3, який відшаровується від м'яза на 1,5см. В утворену кишеню імплантується алотрансплантат 2 і фіксується вузловими швами на дні кишені 4. Передній листок апоневрозу додатково фіксується до сітки по краю розтину 5 (Фіг.1). Рана ушивається пошарово.

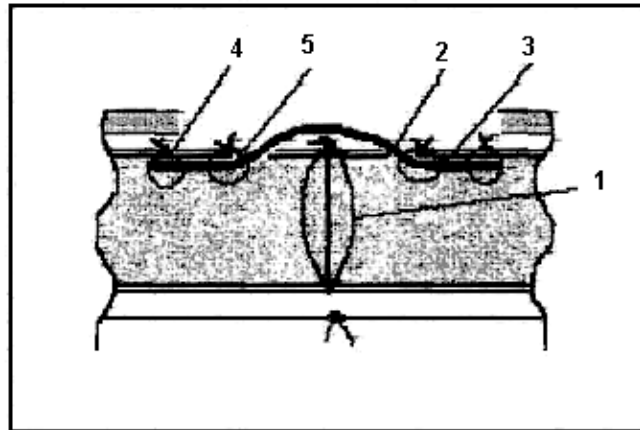
Проведено експериментальне дослідження цього способу на 30 білих пацюках для визначення міцності місця з'єднання "сітка-тканина" при використанні методик onlay, sublay, intralay на 28 добу післяопераційного періоду шляхом контролю маси вантажу, який утримує з'єднання до розриву: за методикою Onlay - 850 ± 14 г., за методикою Sublay - 1100 ± 21 г, та за запропонованою методикою Intratay - 1500 ± 36 г ($p < 0,05$).

Клінічний приклад. Хвора Б., 73 роки, поступила із діагнозом „гігантська післяопераційна вентральна грижа". Було виконано оперативне втручання - пластики грижових воріт за запропонованою нами методикою intralay. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Неінтенсивна лімфорейя тривала 2 доби. Виписана у задовільному стані на 7 добу післяопераційного періоду. Оглянута через 3 місяці. Почувається добре.

(13) U

(11) 15109

(19) UA



Фіг. 1