



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **72758** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2012 02276</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Лисенко Руслан Борисович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>27.02.2012</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>Лисенко Руслан Борисович,</b> бул. Щепотьєва, 9, кв. 103, м. Полтава (UA)
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>27.08.2012</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>27.08.2012, Бюл.№ 16</b>	

**(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПОПЕРЕКОВО-БОКОВИХ ГРИЖАХ ЖИВОТА**

**(57)** Реферат:

Спосіб пластики черевної стінки при попереково-бокових грижах живота включає розташування поліпропіленового імплантату поміж внутрішнім косим та поперечним м'язами живота у попереково-боковій ділянці живота. Здійснюють анатомічне роз'єднання внутрішнього косого та поперечного м'язів живота від краю дефекту до гребінця здухвинної кістки знизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії медіально, хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально. Висікають надлишки грижового мішка та зшиваються краї поперечного м'язу живота разом із очеревиною. Фіксують сітчастий імплантат до гребінця здухвинної кістки знизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії медіально, хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально.

UA 72758 U



Запропонований спосіб належить до галузі медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж попереково-бокової локалізації.

5 Особливістю гриж, що виникли після бокових розрізів є локалізація в поперековій ділянці, де специфічна анатомія визначає слабкість цієї частини черевної стінки. Так як при виконанні бокових розрізів пересікається значна частина нервів та судин, що призводить до порушення кровообігу та іннервації, то пластика місцевими тканинами (аутопластика) у даному випадку є неадекватною, так як дає рецидивування до 65 % [Тимошин А.Д., Юрасов А.В., 2006; Kingsnorth, 2003].

10 Відомо декілька способів пластики черевної стінки при післяопераційних вентральних грижах. Останнім часом при вентральних грижах все ширше застосовується пластика черевної стінки із застосуванням поліпропіленової сітки (алопластика), яку можна розташовувати за методикою onlay, sublay та inlay [Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Атлас операций при грыжах живота. - Симф.: Элиньо, 2005.-315 с].

15 Недоліками методів onlay та inlay є розташування поліпропіленової сітки поверхнево, поряд із підшкірною клітковиною, що дає велику кількість ранових ускладнень (сероми, нагноєння рани). Також при застосуванні цих способів у попереково-боковій ділянці живота сітчасті імплантати фіксуються до первинно слабких, релаксованих м'язів, із значно нижчими від сітки значеннями жорсткості та щільності, що часто призводить до ненадійної фіксації, неспроможності швів та рецидивування (до 40 %).

20 При способі пластики черевної стінки за методом sublay поліпропіленова сітка вшивається у субапоневротичний або субмускулярний простір. Пластика черевної стінки при післяопераційних вентральних грижах із субмускулярним розташуванням поліпропіленової сітки є найбільш адекватним способом при серединній локалізації грижового дефекту. Розкриваються піхви прямих м'язів живота, ушиваються задні листки апоневрозів прямих м'язів живота разом із очеревиною. Вшивається сітка між ушитими задніми листками апоневрозів прямих м'язів живота та задніми поверхнями прямих м'язів живота, а потім окремо ушиваються передні листки апоневрозів прямих м'язів живота.

25 Недоліком цього способу при грижах попереково-бокової локалізації живота є неможливість його виконання субапоневротичного варіанту із-за анатомічних особливостей цієї ділянки. У цій зоні майже відсутні апоневротичні частини, піхви м'язів живота, а субмускулярний простір - він же ж преперитонеальний.

30 Найбільш близьким до запропонованого є оригінальний спосіб пластики при післяопераційних попереково-бокових грижах живота, що запропонований у 2003 році Кузнецовим О.О. Після виділення та висічення грижового мішка, парієтальна очеревина додатково відшаровується від м'язово-апоневротичних тканин країв грижового дефекту до задньої стінки апоневротичної піхви прямого м'яза живота та до окістя 12 ребра. Далі імплантат відповідних розмірів розміщується преперитонеально і фіксується окремими швами до задньої стінки апоневротичної піхви прямого м'яза живота та до окістя XII ребра. [Деклараційний патент 61833 А Україна. МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування післяопераційних попереково-бокових гриж живота з використанням поліпропіленової сітки / Фелештинський Я.П., Кузнецов О.О. (Україна). - Заявлено 24.06.03; Опубл. 17.11.03 // Пром. власність.- Бюл. №1. - С 5.30.]

40 Ключовим недоліком цього способу є те, що очеревина у хворих з грижами попереково-бокової локалізації живота часто витончена, рубцево деформована, буває щільно зрощена з прилеглими м'язами. Тому мобілізація очеревини цієї зони не завжди буває вдалою, так як очеревина досить часто рветься, прорізується під час зшивання. Внаслідок цього можливий контакт сітчастого протезу із кишечником, а це недопустимо при використанні звичайних поліпропіленових імплантатів, так як можливе утворення кишкових норниць. Також при даному способі поліпропіленова сітка фіксується до опірних структур тільки у медіальному та латеральному напрямках, а зверху та внизу - ні.

50 У основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб пластики черевної стінки, шляхом удосконалення відомого, досягти більш адекватного розташування та фіксації сітчастого імплантату при грижах попереково-бокової локалізації, враховуючи анатомічні особливості даної ділянки живота, для покращення результатів лікування цієї категорії хворих та зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

55 Поставлена задача вирішують створенням способу пластики попереково-бокової ділянки черевної стінки, що включає висічення старого післяопераційного рубця, виділення грижового мішка до країв грижового дефекту. Запропонований спосіб відрізняється тим, що здійснюється анатомічне роз'єднання внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота від краю дефекту до 60 гребінця здухвинної кістки низу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії (лінії Спігелія) медіально,

хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально, висікаються надлишки грижового мішка та зшиваються краї поперечного м'язу живота разом із очервиною, розташовується поліпропіленова сітка відповідного розміру поміж поперечним м'язом живота та внутрішнім косим м'язом живота у попереково-боковій ділянці та фіксується до гребінця здухвинної кістки знизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії медіально, хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально. Надалі проводиться активне дренивання міжмускулярного простору та зшивання країв зовнішнього косоного м'язу живота над сіткою в залежності від натягу тканин.

Запропонований спосіб здійснюють наступним чином: Висікається старий післяопераційний рубець. Виділяється грижовий мішок до країв грижового дефекту. Здійснюється анатомічне роз'єднання внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота від краю дефекту до гребінця здухвинної кістки донизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії (лінії Спігелія) медіально, хрящових частин IX-X ребер доверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально. Висікаються надлишки грижового мішка. Зшиваються краї поперечного м'язу живота разом із очервиною. Розташовується поліпропіленова сітка відповідного розміру поміж поперечним м'язом живота та внутрішнім косим м'язом живота у попереково-боковій ділянці. Фіксується сітчастий імплантат до гребінця здухвинної кістки знизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії медіально, хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально. Проводиться активне дренивання міжмускулярного простору та зшивання країв зовнішнього косоного м'язу живота над сіткою в залежності від натягу тканин.

Запропонований спосіб пластики черевної стінки при попереково-бокових грижах живота використовується для забезпечення адекватного анатомічного розташування імплантату та надійного закриття дефекту цієї ділянки, зменшує кількість можливих післяопераційних ускладнень.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб пластики черевної стінки при попереково-бокових грижах живота, що включає розташування поліпропіленового імплантату поміж внутрішнім косим та поперечним м'язами живота у попереково-боковій ділянці живота, який **відрізняється** тим, що здійснюється анатомічне роз'єднання внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота від краю дефекту до гребінця здухвинної кістки знизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії медіально, хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально, висікаються надлишки грижового мішка та зшиваються краї поперечного м'язу живота разом із очервиною, фіксується сітчастий імплантат до гребінця здухвинної кістки знизу, апоневрозу ділянки півмісячної лінії медіально, хрящових частин IX-X ребер зверху, попереково-спинної фасції та окістя XI-XII ребер латерально.