



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **141474** (13) **U**  
(51) МПК (2020.01)  
**A61B 17/00**

МІНІСТЕРСТВО РОЗВИТКУ  
ЕКОНОМІКИ, ТОРГІВЛІ ТА  
СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА  
УКРАЇНИ

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

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2019 10071</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>30.09.2019</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.04.2020</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.04.2020, Бюл.№ 7</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Стороженко Олексій Володимирович (UA), Лігоненко Олексій Вікторович (UA), Дігтяр Ілля Іванович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011 (UA)</b></p>
---	--

**(54) СПОСІБ АБДОМІНОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ІЗ МЕЗО- ТА ГІПОГАСТРАЛЬНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ ГРИЖОВИХ ВОРИТ ТА НАЯВНІСТЮ ВІДВИСЛОГО ЖИВОТА**

**(57) Реферат:**

Спосіб абдомінопластики при хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки із мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт та наявністю відвислого живота включає виконання двох поперечно облямовуючих грижове випинання розрізів з повним висіченням шкірного рубця та трофічно змінених тканин, видалення шкірно-жирового клаптя у хворих із надмірною масою тіла та наявністю "висячого фартуха" значних розмірів. При оперативному доступі на нижньому краю рани додатково проводять два V-подібні розрізи, симетрично з обох боків від середньої лінії.

**UA 141474 U**



Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може використовуватися для хірургічного лікування хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки із мезо- та гіпогастральною локалізацією гризових воріт та наявністю відвислого живота.

Збільшенню кількості гриж живота поряд з об'єктивними причинами сприяє збільшення кількості осіб з ожирінням, що обумовлює атрофію і слабкість опорних тканин передньої черевної стінки. Оперативне лікування таких пацієнтів повинно вирішувати не тільки проблему адекватного виконання герніопластики, а й виконання пластичної корекції відвислого живота. Відомо багато способів пластики передньої черевної стінки при післяопераційних грижах черевної стінки [Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Атлас операций при грыжах живота. - Симф.: Элиньо, 2005. - 315 с]

Серед тих, що відомі, зокрема є наступні: Пат. UA 74948, МПК А61В 17/04, А61В 17/3209, А61В 17/3205. Спосіб герніоабдомінопластики при гіпогастральних грижах / Кот О.Г. (UA); Брага К.А. (UA); Андрієнко В.В. (UA); Махник В.В. (UA); заявник і патентовласник: Кот Олександр Григорович, вул. Університетська, 2/7, м. Донецьк, 83000 (UA). - № 20040503322; заявл. 05.05.2004; опубл. 15.02.2006, Бюл. № 2.

Спосіб герніоабдомінопластики при гіпогастральних грижах, що включає видалення надлишку парагерніальної жирової тканини, резекцію очеревинного гризового мішка і шовне усунення м'язово-апоневротичного дефекту з використанням сітчастого ендопротеза, виконують два облямовуючих вентральну грижу та основу жирового фартуха біспінарно-місяцеподібних розрізи, якими в напрямку гризових воріт здійснюють човноподібну ліподермектомію, нижній рівень якої проводять під рубцевою та/чи шкірною складкою, а верхній визначають, виходячи з можливості пластичного закриття місця герніопластики; при цьому останню здійснюють після резекції гризового мішка, для чого очеревинний дефект попередньо зшивають рідкими вузловими швами з зазорами, фіксують над зшитю таким методом очеревиною з нижньої поверхні країв м'язово-апоневротичного дефекту сітчастий ендопротез, потім ліквідують швами гризові ворота, укладають поверх місця герніопластики на всю довжину рани з виведенням в обидва її кути біля клубових остей аспіраційні дренажі, після чого фіксують верхній шкірно-підшкірний клапоть швами по всій площині над місцем герніопластики, здійснюють шовну репозицію з нижнім клітковинним клаптем мінімум у два поверхи, накладають шкірні шви в шаховому порядку, зміцнюють їх пластирними стяжками та забезпечують активну аспірацію з дренажів протягом не менш трьох діб.

Недоліками вищенаведеного доступу є: відносно низький косметичний ефект (відсутнє суттєве покращення конфігурації живота), а також цей спосіб абдомінопластики має недостатній ступінь ефективності, обумовлений неспівпадінням довжини ліній розрізів у ділянці верхнього та нижнього клаптів.

Пат. UA 87345, МПК А61В 17/00. Спосіб реконструктивної абдомінопластики при гіпогастральних грижах / Кот О.Г. (UA); Христуленко А.О. (UA); Кот А.О. (UA); заявник і патентовласник: Донецький національний медичний університет ім. М. Горького. - № U201306640; заявл. 28.05.2013; опубл. 10.02.2014, Бюл. № 3.

Спосіб реконструктивної абдомінопластики при гіпогастральних грижах, що включає видалення надлишку парагенітальної жирової тканини і гризового мішка двома облямовуючими вентральну грижу та надлишковий шкірно-жировий фартух розрізами у вигляді човноподібної ліподермектомії, шовне закриття м'язово-апоневротичного дефекту з імплантацією сітчастого ендопротеза та активне аспіраційне дренивання зони пластики, при великій підпупковій вентральній грижі та значному жировому вентроптозі зі зміщенням "каналу" пупка донизу, останній попередньо висікають з прилеглим круглим клаптем шкіри навколо кільця на трубчастій ніжці у вигляді "тюльпана", формують у верхньому шкірно-підшкірному клапті для нього круглий отвір, виконують його дислокацію догори в сформований дефект шкіри для пупкового "тюльпана", закріплюють у новому місці окремими вузловими швами, після чого вертикально зшивають очеревину та краї прямих м'язів живота й апоневротичного дефекту на місці гризових воріт, фіксують вздовж лінії зшитого м'язово-апоневротичного дефекту гризових воріт армуючий сітчастий імплантат з вікончастим охопленням сіткою основи пупкового кільця, укладають поряд з сіткою на всю довжину пластики аспіраційні дренажі, виводять їх контрапертурно в боки, після чого здійснюють пошарове з'єднання клітковини та накладають шкірні шви, забезпечуючи надалі активну аспірацію з зони втручання.

Недоліками вищенаведеного доступу є: відносно великий об'єм операції для хворих з високим ступенем операційного ризику, і таке лікування пов'язане з досить високим ризиком розвитку післяопераційних ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційних періодах (серома, запальний інфільтрат, нагноєння, післяопераційна рубцева деформація передньої черевної стінки та інше).

Найбільш близьким аналогом до корисної моделі є Пат. UA 32804, МПК А61В 17/03. Спосіб оперативного доступу у хворих з гігантською рубцевою вентральною грижею із мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт та наявністю відвислого живота / Мамчич В.І. (UA); Шуляренко В.А. (UA); Пилипенко Т.Ю. (UA); заявник і патентовласник: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. - № U200801821; заявл. 12.02.2008; опубл. 26.05.2008, Бюл. № 10.

Спосіб оперативного доступу у хворих з гігантською рубцевою вентральною грижею із мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт та наявністю відвислого живота шляхом виконання двох поперечно облямовуючих грижове випинання розрізів з висіченням по нижньому краю рани по центру живота кутоподібного шматка з післяопераційним рубцем з вершиною кута, орієнтованою донизу, та надлишку шкіри і підшкірно-жирової основи, "висячого фартуха", на верхній частині залишеної тканини по верхньому краю рани виконують два кутоподібних розрізи з вершиною, направленою доверху, з висіченням тканин симетрично з обох боків відносно серединної лінії живота, причому сумарна ширина шматків по верхньому краю рани відповідає ширині висіченого шматка по нижньому краю рани, після чого рани зашивають.

Недоліками відомого способу є погіршення естетичного вигляду передньої черевної стінки, а також наявність додаткових розрізів збільшує загальну сумарну довжину післяопераційних рубців, погіршується кровопостачання черевної стінки в ділянці рубця, зберігається високий ризик загальнохірургічних післяопераційних ускладнень (утворення сером, гематом, крайових некрозів).

В основу корисної моделі поставлено задачу розробити спосіб абдомінопластики при хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки із мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт та наявністю відвислого живота, шляхом удосконалення відомого, який би призвів до зменшення ймовірності нагноєння рани, усунення естетичних дефектів та сприяв би формуванню механічно міцного післяопераційного рубця.

Поставлена задача вирішується розробкою способу абдомінопластики при хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки із мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт та наявністю відвислого живота, що включає проведення розширеного оперативного доступу до грижових воріт двома поперечно облямовуючими грижове випинання розрізами з повним висіченням шкірного рубця та трофічно змінених тканин, видалення шкірно-жирового клаптя у хворих із надмірною масою тіла та наявністю "висячого фартуха" значних розмірів, проведення ретельної хірургічної обробки країв грижового дефекту до незмінених тканин з подальшою імплантацією сітчастого ендопротезу до зони пластики без натягу та зменшення об'єму черевної порожнини, згідно з корисною моделлю, при оперативному доступі на нижньому краю рани додатково проводять два V-подібні розрізи, симетрично з обох боків від середньої лінії.

Запропонований спосіб здійснюють наступним чином. Лінію оперативного доступу визначають перед операцією у положенні хворого лежачи так, щоб вона проходила на 2 см вище та паралельно паховим складкам, на 3-4 см вище лобкової складки та на 2-3 см латеральніше від здухвинних гребнів. За допомогою пальпації визначають надлишки жирової тканини з обох боків від здухвинних гребнів до початку формування шкірно-жирової складки та можливість зшивання тканин без натягу. Потім остаточно визначають величину розрізу у положенні хворого стоячи. Проводять розширений оперативний доступ до грижових воріт двома поперечно облямовуючими грижове випинання розрізами з двома додатковими V-подібними розрізами на нижньому краю рани довжиною 4-5 см, гострими кутами до низу, симетрично з обох боків від середньої лінії, з повним висіченням шкірного рубця та трофічно змінених тканин (фіг. 1). Видаляють шкірно-жировий клапоть у хворих із надмірною масою тіла та наявністю "висячого фартуха" значних розмірів. Проводять ретельну хірургічну обробку країв грижового дефекту до незмінених тканин з подальшою імплантацією сітчастого ендопротезу до зони пластики без натягу та зменшення об'єму черевної порожнини. Після алопластики черевної стінки ушивали рану із формуванням поперечного рубця (так звана лінія бікіні, фіг. 2).

Додаткове застосування двох V-подібних симетричних розрізів на нижньому краю рани з обох боків від середньої лінії під час виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією із розширених оперативних доступів дозволило досягти не тільки максимального естетичного ефекту (завдяки кращому зіставленню тканин), але й значно зменшити ймовірність місцевих післяопераційних ускладнень.

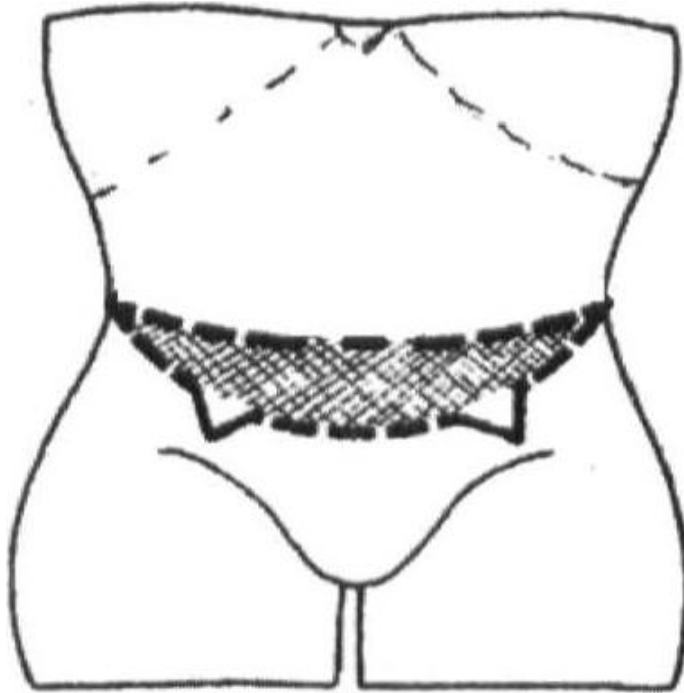
За запропонованим способом було проліковано 37 хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки. Віддалені результати хірургічного лікування (строком від 1 до 5 років)

за даними анкетування та оглядів вивчені у 32 хворих. Рецидивів післяопераційних гриж передньої черевної стінки - не виявлено.

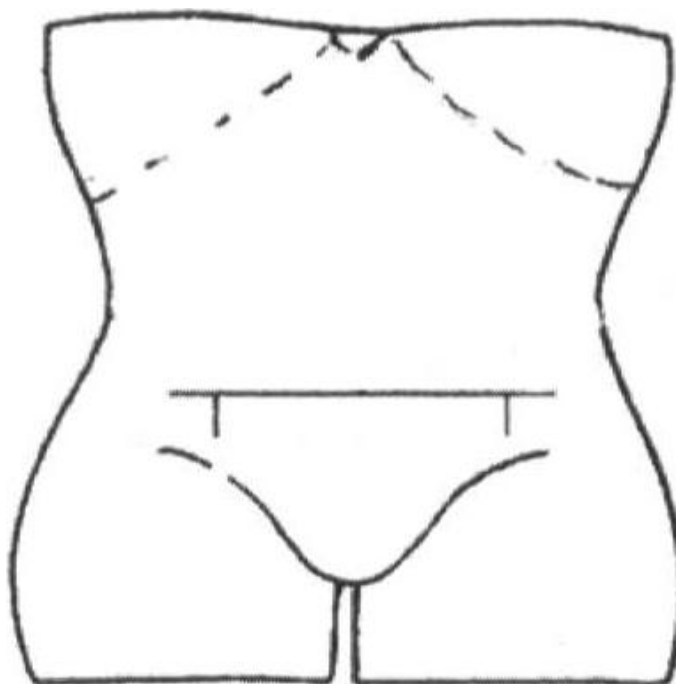
5 Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє поліпшити ефективність хірургічного лікування хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки із мезо- та гіпогастральною локалізацією гризових воріт та наявністю відвислого живота, а також покращити косметичні результати операції та прискорити фізичну і соціальну реабілітацію пацієнтів.

10 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб абдомінопластики при хірургічному лікуванні хворих з післяопераційними грижами передньої черевної стінки із мезо- та гіпогастральною локалізацією гризових воріт та наявністю відвислого живота, що включає виконання двох поперечно облямовуючих гризове випинання розрізів з повним висіченням шкірного рубця та трофічно змінених тканин, видалення шкірно-жирового клаптя у хворих із надмірною масою тіла та наявністю "висячого фартуха" значних розмірів, який **відрізняється** тим, що при оперативному доступі на нижньому краю рани додатково проводять два V-подібні розрізи, симетрично з обох боків від середньої лінії.



Фіг. 1



Фіг. 2

---

Комп'ютерна верстка О. Рябко

---

Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України,  
вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601