



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30403 (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 ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ ДЕФЕКТУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ

1

2

(21) u200712093

(22) 01.11.2007

(24) 25.02.2008

(72) ШЕЙКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ, UA,
ЛАВРЕНКО ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
КРАВЧЕНКО СЕРГІЙ ПАВЛОВИЧ, UA(73) ШЕЙКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ, UA,
ЛАВРЕНКО ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
КРАВЧЕНКО СЕРГІЙ ПАВЛОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб визначення розміру дефекту передньої черевної стінки при післяопераційних вентральних грижах, що включає визначення розмірів грижового дефекту, який відрізняється тим, що розмір дефекту передньої черевної стінки визначається відношенням між об'ємом грижового дефекту та об'ємом передньої черевної стінки в відсотковому показнику.

Запропонована корисна модель належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використана в хірургічних стаціонарах при лікуванні хворих з післяопераційними вентральними грижами за умов наявності ожиріння.

Відомі способи характеристики дефекту передньої черевної стінки, які здійснюються за рахунок звичайного вимірювання розміру грижового дефекту, це класифікація К.Д.Тоскіна і В.В.Жебровського (1980), [Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Послеоперационные грыжи //Атлас операций при грыжах живота.- 2000.- С.201-242].

Недоліками цього способу є відсутність стандартизації вимірювань розмірів грижових воріт.

Найбільш близьким до заявленого способу є класифікація Chevrel J.P., Rath A.M (SWR-classification), 1999 (Мадрид-Испания), [Chevrel J.P., Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wait //Hernia. -2000. -Vol.4,№1. -P.1-7], що включає оцінку повздовжнього розміру грижового дефекту передньої черевної стінки, локалізацію та частоту рецидивів і характеризує отримані показники згідно стандартизованої аббревіатури.

Недоліком відомого способу є те, що розміри грижового дефекту представлені в цифрових величинах не співвідносять його до розміру передньої черевної стінки, що неадекватно відображає істинні розміри дефіциту передньої черевної стінки стосовно загального її розміру, а це суттєво впливає на вибір хірургічної тактики за

умов можливого виникнення компартмент синдрому.

В основу корисної моделі поставлене завдання створити спосіб визначення розміру дефекту передньої черевної стінки при післяопераційних вентральних грижах, що включає визначення розмірів грижового дефекту, який, згідно корисної моделі, відрізняється тим, що розмір дефекту передньої черевної стінки визначається відношенням між об'ємом грижового дефекту та об'ємом передньої черевної стінки в відсотковому показнику.

Це дозволить достовірно відображати дефіцит передньої черевної стінки в залежності від розміру грижового дефекту, що дозволить об'єктивізувати хірургічну тактику, та визначити індивідуалізований спосіб хірургічного лікування.

Поставленого завдання досягають послідовним вимірюванням у хворого наступних параметрів:

1. відстань від мечоподібного відростку до лонного зрощення;

2. відстань між передньо-верхніми остями підвздошних кісток;

3. максимальну повздовжню та поперечну відстань країв черевної стінки в зоні грижового дефекту.

Завдяки цим показникам за загальноприйнятою формулою $(S=X \cdot Y)$, розраховується площа передньої черевної стінки, та площа грижового дефекту; після чого визначають співвідношення між площами передньої черевної стінки та площею грижового

(13) U

(11) 30403

(19) UA

дефекту, яке виражається в відсотковому показнику.

Спосіб здійснюється таким чином.

У хворого вимірюється:

- довжина передньої черевної стінки (відстань від мечоподібного відростку до лонного зрощення) - Y ;

- ширина передньої черевної стінки (відстань між передньо-верхніми остями підвздошних кісток) - X ;

- на підставі одержаних розмірів за формулою $S=X \cdot Y$ розраховується площа передньої черевної стінки - S .

Площина грижового дефекту - S_1 вимірювалася згідно визначення довжини грижового дефекту - Y_1 , та ширини грижового дефекту - X_1 , за формулою $S_1=Y_1 \cdot X_1$.

Всі розміри розраховувалися в сантиметрових показниках (см).

На підставі отриманих результатів розраховувалося відношення між об'ємом грижового дефекту та об'ємом передньої черевної стінки, яке виражалось в відсотковому показнику - індекс дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС).

$$\text{ІДПЧС} = \frac{(Y_1 \cdot X_1) \cdot 100\%}{Y \cdot X}$$

Спосіб дозволяє адекватно оцінити співвідношення грижового дефекту до загального розміру передньої черевної стінки та обрати адекватну хірургічну тактику до операції.

Клінічний приклад.

Хвора К., 52 роки. Історія хвороби №6169. Поступила в хірургічне відділення в плановому порядку зі скаргами на наявність вип'ячування по ходу старого післяопераційного рубця. Із анамнезу: оперована 3 роки тому з приводу гострого холецистититу (верхньо-середина лапаротомія). На момент первинного огляду: хвора підвищеного харчування (зріст-162см, вага-98 кг, ІМТ- 37.3 - ожиріння ІІст.). Загальний стан задовільний, шкіра та видимі слизові без патологічних змін, периферійні лімфатичні вузли не збільшені, ЧДР 16 за 1хв., дихання везикулярне, хрипів немає, PS-78 за 1хв., АТ - 130/90мм рт.ст., серцеві тони ритмічні. Живіт м'який, при пальпації безболісний у всіх відділах, симптоми подразнення очеревини негативні.

Локальний статус: в вертикальному положенні в ділянці верхньої третини старого післяопераційного рубця (верхньо-середина лапаротомія) визначається грижове вип'ячування (грижовий мішок зі змістом) 10×10×15см в діаметрі, м'яко-еластичне, безболісне при пальпації, без змін шкірного покриву. В горизонтальному положенні вміст грижового мішка самостійно вправляється в черевну порожнину. Грижові ворота (дефект передньої черевної стінки) 12×15см. Діагноз: Післяопераційна вправима вентральна грижа без ознак защемлення. Хворій показано хірургічне лікування в плановому порядку з попереднім визначенням об'єму операції.

Об'єм операції визначався на підставі запропонованої методики визначення розміру дефекту передньої черевної стінки наступним

шляхом. Відстань від мечоподібного відростку до лонного зрощення (Y) становила 32см, відстань між передньо-верхніми остями підвздошних кісток (X) становила 27см. Розрахований за загальноприйнятою формулою об'єм передньої черевної стінки - S ($S=32 \times 27$) $S=864 \text{ см}^2$. За подібною схемою розрахований об'єм грижового дефекту - S_1 , де X_1 - ширина яка становила 15см, а Y_1 - висота, яка становила 10см. Таким чином $S_1=150 \text{ см}^2$ ($S_1=15 \times 10$). На підставі отриманих показників, завдяки запропонованого методу, розраховувався індекс дефекту передньої черевної стінки (ІДПЧС)

$$\text{ІДПЧС} = \frac{S_1 \cdot 100\%}{S}$$

Таким чином розмір дефекту передньої черевної стінки становив 17,3%, що дало змогу вибору адекватної хірургічної тактики в об'ємі абдоменоаллогерніопластики (без натягіння) з подальшим уникненням можливого розвитку ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень.