

14 лт.



РЕЄСТР ГАЛУЗЕВИХ НОВОВВЕДЕНЬ

2012 №37

задніх стінок грижових воріт. Мобілізуються у латеральному напрямку прямі м'язи живота до лінії Спінгелія. Анатомічно роз'єднуються шюнсротнчні частини *m\yi*р, \ч.ч/ниг.ч, нпглла* та поперечного м'язів живота у ділянці лінії Спінгелія латерально, що дозволяє мобілізувати та зблизити краї грижового дефекту. Зшиваються задні листки апоневрозів прямих м'язів живота разом із очервиною. Розташовується поліпропіленовий імплантат *під нряшіьш* м'язами живота медіально та поміж внутрішнім косим та поперечним м'язами живота латерально. Підшиваються передні листки апоневрозів до поліпропіленового імплантату медіально із формуванням діастазу поміж прямими м'язами живота в залежності від натягу тканин та підвищення внутрішньочеревного тиску.

4. Прецизійна хірургічна техніка, загальнохірургічний інструментарій, поліпропіленова сітка, синтетичний шовний матеріал.
5. Оперативні втручання у хворих із складними післяопераційними вентральними грижами велетенських розмірів серединної локалізації.
6. Гострі гнійні запальні процеси тканин в ділянці пластики.
7. Покращення ефективності лікування хворих із складними післяопераційними вентральними грижами велетенських розмірів серединної локалізації шляхом зменшення кількості рецидивів та післяопераційних ранових ускладнень, що забезпечується адекватним анатомічним розташуванням імплантату, надійним закриттям дефекту цієї ділянки живота, укріпленням слабких ділянок. Даний спосіб надає змогу виконати закриття практично всіх складних дефектів черевної стінки любых розмірів та соціально реабілітувати хворих даної категорії.
8. Використання малих розмірів поліпропіленового імплантату та неправильна фіксація його можуть призвести до зміщення сітки, розвитку рецидиву. Для попередження цього ускладнення необхідно використовувати поліпропіленові імплантати достатньо великих розмірів, щоб краї сітки виходили за краї роз'єднаних апоневротичних частин внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота у ділянці лінії Спінгелія латеральніше більше ніж на 5 см., а також фіксувати краї сітки до опірних структур. Також, для попередження ранових ускладнень (формування сером), необхідно проведення активного дренивання ділянки пластики над сіткою по серединній лінії, де є контакт її із підшкірною клітковиною.
9. Лисенко Б.П. Досвід хірургічного лікування та профілактики утворення гриж черевної стінки / Б.П. Лисенко, Р.Б. Лисенко, А.Л. Челішвілі // Сучасні технології в герніології : VI наук.-практ. конф. з міжнар. участю : Мат. конф. - Львів, 2009. - С 40 - 44; 1 Іаш досвід хірургічного лікування та профілактики утворення гриж черевної стінки [доповідь] / Б.П. Лисенко, Р.Б. Лисенко // Засідання Асоціації хірургів Полтавщини. - Полтава, 2010,
10. НДР «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», 01050007095.
11. Патент на корисну модель Х« 51418 Україна, МПК А 61В і 7/00. Спосіб пластики передньої черевної стінки при грижах після параректального розрізу / Лисенко Р.Б., Лисенко Б.П.; заявл. 23.02.2010 р.; опубл. 12,07.2010 р. Бюл. № 13.
12. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
13. Лисенко Р.Б. (0532672576), Лисенко Б.П. (05322286).
14. Вчена рада Вищого державного «ЗачаїноТо» закладу України «Українська медична стоматологічна академія» (протокол № 9 від 06.04.2011 р.).
15. Консультації розробника, навчання методики на робочому місці.

- Реєстр. №526/37/12

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ З МІСЦЕВИМ ПЕРИТОНІТОМ У ПАЦІЄНТІВ І ТЯЖКИМ ЗАГАЛЬНИМ СТАНОМ.
2. Використання методу, що описаний у нововведенні, призводить до покращення результатів лікування гострого деструктивного холециститу з місцевим перитонітом у хворих з тяжким загальним станом, що розвивається в результаті обтурації конкрементом шийки жовчного міхура та дозволяє шляхом накладання ультразвукомонтрольованої мікрохолецистостоми та дренивання підпечінкового простору з мінілапаротомного доступу з подальшою хімічною мукоклазією жовчного міхура, зменшити кількість післяопераційних ускладнень та знизити летальність у даної категорії пацієнтів.

3. Під ультразвуковим контролем виконують пункційне дренування та декомпресію жовчного міхура. В правому підребер'ї під місцевою анестезією виконують мінілапаротомію (розріз 3-4 см). з відеолапароскопічним асистуванням виконують ревізію, санацію розчином антисептиків та дренування підпечінкового простору. Санацію порожнини жовчного міхура проводять розчинами антисептиків до зменшення клінічних проявів гострого холециститу та явищ місцевого перитоніту. На 4-5 добу виконують рентгенконтрастну холецистофістулографію та при непрохідності міхурової протоки, виконують хімічну мукоклазію слизової оболонки жовчного міхура шляхом введення 50-70 мл 96% розчину етилового спирту з експозицією 30 секунд, процедуру повторюють 5 разів. З наступною санацією порожнини жовчного міхура *in vivo* повного регресу клінічних проявів гострого холециститу та зменшення об'єму порожнини жовчного міхура, холецистостомічну трубку поступово підтягують до повного її видалення. Контроль за облітерацією проводять з допомогою УЗД та рентгенологічно.
4. Апарат для ультразвукової діагностики з конвексним датчиком, дренажна система типу «pig tail» діаметр дренажу 2,5-3 мм, набір хірургічних інструментів для мінідоступу «міні-асистент», лапароскоп, прецизійна хірургічна техніка, загальнохірургічний інструментарій, поліхлорвініловий трубчастий та напіврукавичковий гумовий дренажі, шовний матеріал, 0,5% розчину новокаїну, 96% розчин етилового спирту.
5. Гострий деструктивний холецистит з явищами місцевого перитоніту у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією, літнього та старечого віку, які мають високий ступінь операційно-анестезіологічного ризику при застосуванні радикальних оперативних втручань.
6. Розлитий перитоніт, заповнення жовчного міхура конкрементами на $\frac{2}{3}$ і більше.
7. Покращення ефективності лікування гострого деструктивного холециститу з місцевим перитонітом у пацієнтів з тяжким, загальним станом, що дозволить знизити частоту виникнення післяопераційних ускладнень та летальності.
8. Кровотеча з паренхіми печінки, підтікання жовчі в черевну порожнину з місця пункції жовчного міхура, потрапляння склерозита в загальну жовчну протоку та розвиток холангіту чи стріктур холедоха. Для попередження ускладнень необхідно обирати траєкторію руху стилет-катетера з застосуванням режиму кольорового доплерівського картування, чітко дотримуватись методики, перед застосуванням склерозанту обов'язково виконувати холецистофістулографію для підтвердження непрохідності міхурової протоки.
9. Безручко М.В. Хірургічне лікування гострого деструктивного холециститу з місцевим перитонітом у пацієнтів з тяжким загальним станом / М.В. Безручко, С.В. Малик, С.П. Кравченко [та ін.] // Укр. журн. хірургії. - 2011. - X» 2 (11). - С і 69 - 172.
10. НДР «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», 01050007095, 2006-2011 рр.
11. Патент на корисну модель №51713 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування гострого деструктивного холециститу з місцевим перитонітом у пацієнтів з тяжким загальним станом / Малик С.В., Безручко М.В., Кравченко С.П. - Заявл. 19.02.2010 р.; опубл. 26.07.2010 р. Бюл. № 14.
12. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
13. Малик С.В. (0532676276), *Вс^ручко^ВА^ЩіВ^О^^*
14. §чена рада і ЗйшоПГдТфжшшо навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» (протокол № 10 від 16.05.20! 1 р.).
- i5. Консультації розробника, навчання методики на робочому місці.

Реєстр. № 527/37/12

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ ^РАННЬОМУ ТА ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДАХ.
2. Покращення ефективності та точності оцінки ступеня порушення функціональної активності печінки протягом всього терміну післяопераційної курації хворих, оперованих з приводу ускладнень доброякісної гепатобіліарної патфільді, диначпті адсии «феятаногі запропонованого комплексу післяопераційної гепатбпротЩгорної терапії, раннього прогнозування та визначення ступеня ризику прогресування печінкової дисфункції в постдекомпресійний період під впливом застосування різних методів біліарної деюомираі** та гаіаіим оперативної ко-