



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **146636** (13) **U**  
(51) МПК (2021.01)  
**A61B 17/00**

НАЦІОНАЛЬНИЙ ОРГАН  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
"УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ"

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

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2020 00197</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Семенов Юрій Олександрович (UA),</b> <b>Гривенко Сергій Геннадійович (UA),</b> <b>Кондратюк Еwelіна Рустемівна (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>13.01.2020</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права інтелектуальної власності: <b>11.03.2021</b>	<b>(73)</b> Володілець (володільці): <b>Семенов Юрій Олександрович,</b> вул. Жуковського, 29, кв. 2, м. Сімферополь, АР Крим, 95011 (UA), <b>Гривенко Сергій Геннадійович,</b> пр. Ст. Бандери, 20, кв. 65, м. Тернопіль, 46002 (UA), <b>Кондратюк Еwelіна Рустемівна,</b> вул. Хрещатик, 4, кв. 1, м. Київ, 01001 (UA)
<b>(46)</b> Публікація відомостей про державну реєстрацію: <b>10.03.2021, Бюл.№ 10</b>	

**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**

**(57) Реферат:**

Спосіб профілактики рецидиву післяопераційних вентральних гриж включає грижосічення з курсом антибактеріальної терапії, вакуум-дренажу рани та електромагнітного опромінення передньої черевної стінки в післяопераційному періоді. Додатково виконується дерматоліпектомія з обов'язковим видаленням відвислого шкірно-жирового "фартуха".

**UA 146636 U**

UA 146636 U

Корисна модель належить до області медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для профілактики рецидивів при хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж передньої черевної стінки.

Як найближчий аналог вибраний спосіб профілактики рецидиву грижі живота [Патент України на корисну модель № 29973, МПК А61N 2/02 Спосіб профілактики рецидиву грижі живота / Фелештинський Я.П., Куценко В.А., заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (Україна).- з. № 97115620; Заяв. 24.11.1997.; Опубл. 15.11.2000.; Бюл.№6], який включає грижосічення з курсом антибактеріальної терапії, вакуум-дренажу рани та електромагнітного опромінення передньої черевної стінки в післяопераційному періоді.

Недоліками відомого аналога, які перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату, є такий факт, що запропоновані заходи опосередковано впливають на можливість рецидиву грижі, адже вони направлені в першу чергу на зменшення ускладнень з боку рани в післяопераційному періоді за рахунок створення кращих умов для регенерації тканин передньої черевної стінки в ділянці герніопластики, та не враховують доцільність використання інтраопераційних хірургічних технологій для зменшення навантаження на зону пластики та покращення результатів лікування.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу профілактики рецидиву грижі живота шляхом одночасного виконання у цієї категорії хворих грижосічення та дерматоліпектомії з обов'язковим видаленням відвислого шкірно-жирового "фартуха", що надалі сприяє зменшенню навантаження на апоневроз та зону алогерніопластики.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб профілактики рецидиву грижі живота, який включає грижосічення з курсом антибактеріальної терапії, вакуум-дренажу рани та електромагнітного опромінення передньої черевної стінки в післяопераційному періоді, згідно корисної моделі, додатково виконується дерматоліпектомія з обов'язковим видаленням відвислого шкірно-жирового "фартуха".

Ознаками найближчого аналога, які співпадають з істотними ознаками моделі, що заявляється, є: застосування грижосічення з курсом антибактеріальної терапії та вакуум-дренажу рани.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу і очікуваним технічним результатом простежується наступний причинно-наслідковий зв'язок: додаткове застосування дерматоліпектомії при проведенні грижосічення з обов'язковим видаленням відвислого шкірно-жирового "фартуха" сприяє зменшенню навантаження на апоневроз та зону алогерніопластики і може розглядатись як спосіб профілактики рецидивів.

Спосіб профілактики рецидиву післяопераційних вентральних гриж полягає у наступному.

Передопераційну розмітку доступу проводять при вертикальному положенні пацієнта, коли м'які тканини передньої черевної стінки опущені під дією сили тяжіння. Розмічають серединну лінію від мечоподібного відростка через пупок до лобкового симфізу, та поперечну лінію, що з'єднує між собою передньо-верхній вертлюг крила клубової кістки з обох сторін. З урахуванням індивідуальної мобільності шкірно-жирового шару хірург з асистентом натягує лігатуру через серединну лінію між протилежними симетричними частинами живота над шкірно-жировим клаптем та розмічає верхню лінію доступу маркером по лігатурі. Аналогічно проводиться маркування нижньої лінії доступу під шкірно-жировим клаптем. На закінчення розмітки хірург ще раз визначає симетричність нанесених ліній та, створюючи своїми пальцями шкірно-жирову складку на передній черевній стінці, визначає співпадіння верхньої та нижньої ліній хірургічного доступу. При цьому необхідно переконатись, що краї майбутньої рани будуть "без натягу".

Інтраопераційно, після обробки антисептиками операційного поля проводять дерматоліпектомію з обов'язковим видаленням відвислого шкірно-жирового "фартуха" за попередньо проведеної розмітки хірургічного доступу. В подальшому проводять грижосічення з ретромускулярною алогерніопластикою. Оперативне втручання закінчують дренажуванням надсіткового простору та післяопераційної рани. В післяопераційному періоді застосовують антибактеріальну та симптоматичну терапію.

Відомості, що підтверджують застосування способу.

Запропонований спосіб ілюструється слідуєчим клінічним прикладом.

Хвора І., 65 років (медична карта № 3702), госпіталізована у хірургічне відділення Сімферопольської ЦКРЛ 15.05.2019 р. в плановому порядку з діагнозом: гігантська післяопераційна рецидивна вентральна грижа живота (MW4R1 по SWR-classification, 1999), ІХС, кардіосклероз, гіпертонічна хвороба ІІ ст., ступінь 2, ризик 2, СН-І ст. Хвора перенесла декілька оперативних втручань: лапароскопічну холецистектомію (2014 р.) та резекцію сигмовидної кишки (2015 р.) з приводу її злоякісного новоутворення. Останнє оперативне втручання

- ускладнилось розвитком післяопераційної вентральної грижі, з приводу чого в 2018 р. проведено її ліквідацію з алогерніопластиком. Проте, на початку 2019 року у хворої діагностовано рецидив післяопераційної вентральної грижі, з приводу чого хвора і госпіталізована на планове оперативне лікування. Після проведення передопераційної підготовки 16.05.2019 р. виконано оперативне втручання - ліквідацію післяопераційної вентральної рецидивної грижі живота з ретромускулярною алогерніопластиком, ліподермектомією, дренажуванням надсіткового простору та післяопераційної рани за запропонованим способом. Як трансплантат використано синтетичний сітчастий матеріал – "ЭСФИЛ®" - стандартний, компанії "Линтекс" (РФ), розміром", 15 × 15 см. Тривалість операції - 1 година 50 хвилин. У післяопераційному періоді отримувала знеболюючі, профілактичну антибактеріальну, кардіометаболічну та симптоматичну терапію. Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. Внутрішньошкірний косметичний шов видалено на 8 добу - рана загоюється первинним натягом, та 31.05.2019 р. хвора у задовільному стані виписана на амбулаторне лікування. Оглянута через 1 та 3 місяця після операції, скарг не вказує, ознак рецидиву захворювання не має.
- Запропонований спосіб профілактики рецидиву післяопераційних вентральних гриж є ефективним та надійним і виключає недоліки попередніх методик.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб профілактики рецидиву післяопераційних вентральних гриж, який включає грижосічення з курсом антибактеріальної терапії, вакуум-дренажу рани та електромагнітного опромінення передньої черевної стінки в післяопераційному періоді, який **відрізняється** тим, що додатково виконується дерматоліпектомія з обов'язковим видаленням відвислого шкірно-жирового "фартуха".