



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 87941

(13) C2

(51) МПК (2009)

A61B 17/00

A61B 17/94

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖАХ

1

(21) а200807690

(22) 05.06.2008

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл. № 16, 2009 р.

(72) ШЕПТУН ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ, МУЩИНІН ВОЛОДИМИР АНАТОЛІЙОВИЧ, ТЕРЕЩЕНКО СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, КУДРЯВЦЕВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ШЕПТУН ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ, МУЩИНІН ВОЛОДИМИР АНАТОЛІЙОВИЧ, ТЕРЕЩЕНКО СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, КУДРЯВЦЕВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(56) RU 2279251 C2, 10.07.2006

Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. - М.: Медпрактика, 2003. - С. 188-200.

Тимошин А.Д., Юрасов А.В. Современные методики хирургического лечения паховых грыж. - Методические рекомендации. - М., 2003. - С. 19-27.

2

(57) Спосіб хірургічного лікування вентральних гриж, який включає проведення лапароскопії під загальним знеболюванням через розріз шкіри в епігастральній області під мечоподібним відростком, додаткові троакари 5 та 12 мм для інструментів проводять у правому та лівому підребер'ї, який **відрізняється** тим, що грижовий мішок не виділяють, а лише розсікають очеревинні спайки між мішком і його вмістом, при цьому вміст мішка після роз'єднання спайок повертають в черевну порожнину, закриття грижового дефекту проводять сітчастим поліпропіленовим імплантатом, який укладається на очеревину і фіксується герніостеплером до здорового апоневрозу по периметру дефекту, надалі сітку закривають за допомогою клаптя великого сальника, що його підводять і фіксують герніостеплером по периметру імплантата.

Винахід відноситься до медицини, а більш конкретно - до хірургії і може бути використаний при лікуванні вентральних гриж.

Найбільш близькими по технічній сутності до способу що заявляється, є наступні:

1. Спосіб лапароскопічного лікування післяопераційної вентральної грижі (патент UA71703, 8 A61B17/00, 15.12.2004), який виконується таким чином - у черевну порожнину вводять від трьох до п'яти 10мм троакарів, розміщуючи їх навколо грижового дефекту на відстані 10см від краю грижі. Перший троакар вводять за Hasson. тим самим уникають можливості ятрогенних пошкоджень органів черевної порожнини. Створюють пневмоперитонеум із тиском в межах 12-15 мм рт.ст. Для огляду черевної порожнини використовують лапароскоп з торцевою оптикою, а для виконання лапароскопічної герніопластики - лапароскоп з кутом зору 45°. Зрощення між органами черевної порожнини та черевною стінкою роз'єднують з використанням електрокоагуляції, звільняють грижовий мішок від його вмісту. Через розріз шкіри 2мм, голкою типу "endoclose", відступаючи від краю грижових воріт на 1см, у черевну порожнину вводять нерозчинну монофіламентну лігатуру. Далі шлях лігатури нагадує вигляд латинської букви W, після чого її виводять назовні через протилежний край грижі. Цей метод шва дозволяє під час зав'язування вправити грижовий мішок у черевну порожнину зіставити однорідні тканини. Шви накладали на відстані до 1см один від одного, після чого випускають газ із черевної порожнини та зав'язують нитки, занурюючи вузли під шкіру.

Недоліками цього способу є:

- необхідність формування ендохірургічного шву для ушивання дефекту, що призводить до значного подовшення часу оперативного втручання, що в свою чергу веде до збільшення ризику небажаних загальнохірургічних ускладнень;
- високий ризик рецидивів, пов'язаний з натягом при виконанні пластики власними тканинами, і який не відповідає сучасним принципам герніології щодо ненапругної пластики сітчастими алотрансплантатами.

2. Спосіб лапароскопічної герніопластики вентральних гриж, при якому сітка-протез розміщується

(13) C2

(11) 87941

(19) UA

ся безпосередньо на очеревину з боку черевної порожнини накриваючи гризовий дефект, при цьому забезпечується низька питома вага рецидивів завдяки використанню сітки [Константин Франзайдес. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия / Санкт-Петербург. Издательство "Невский диалект". - 2000. - 319с.], але через контакт сітки з органами черевної порожнини є наступні недоліки:

- утворення спайок між сіткою і кишечником, що призводить до виникнення гострої кишкової непрохідності, кишкових нориць, що може потребувати повторного більш складного оперативного лікування.

При розробці способу, що заявляється, метою була встановлена необхідність удосконалення відомих способів хірургічного лікування вентральних гриз водночас для вирішення проблеми високого рівню рецидивів першого методу, та проблем кишкових спайок, нориць другого зі збереженням простоти та швидкості виконання методу. У результаті вирішення поставлених завдань був розроблений метод, сутністю якого є наступне: проведення лапароскопії під загальним знеболюванням через розріз шкіри в епігастральній області під мечоподібним відростком, додаткові троакари 5 та 12 мм для інструментів проводять у правому та лівому підребер'ї, гризовий мішок не виділяють, а лише розсікають очеревинні спайки між мішком і його вмістом, при цьому вміст мішка після роз'єднання спайок повертають в черевну порожнину, закриття гризового дефекту проводять сітчастим поліпропіленовим імплантатом, який укладається на очеревину і фіксується герніостеплером до здорового апоневрозу по периметру дефекту, надалі сітку закривають за допомогою клаптя великого сальника, що його підводять і фіксують герніостеплером по периметру імплантату.

Загальними ознаками способу, що заявляється, і прототипів є виконання їх відеоендоскопічним методом, використання сітчастого імплантату.

Ознаки, що відрізняються, зазначені вище в розділі рішення завдань.

Доцільність вищевказаних ознак, що відрізняються, обумовлена спрощенням методики, скороченням часу її виконання, значним зменшенням рівня рецидивів після лікування, виключенням проблем спайок між сіткою та кишками, виключенням кишкових нориць.

За даними, що є у заявника запропонована сукупність ознак, що характеризують винахід, що заявляється, є невідомою за рівнем техніки. Таким чином спосіб, що заявляється, відповідає критерію «новизна».

Сутність винаходу, що заявляється, не походить явно з відомого рівня медичної техніки. Сукупність ознак, що характеризують відоме рішення, не забезпечує досягнення нових властивостей і тільки наявність вищевказаних нових ознак дає

можливість одержати більш високий технічний результат. Таким чином винахід, що заявляється, відповідає критерію «винахідницький рівень».

Спосіб виконується таким чином: під загальним знеболюванням виконують розріз шкіри в епігастральній області під мечоподібним відростком, проводять лапароліфтинг за допомогою затискача типу «цапки», надалі крізь розріз обертовими рухами вводять троакар 10мм в черевну порожнину до появи відчуття провалу, після витягування стилету проводять інсуфляцію вуглекислим газом (CO₂) до тиску 12 мм водного столба. Крізь троакар вводять лапароскоп, проводять ревізію черевної порожнини, надалі під контролем зору через розрізи шкіри в правому і лівому підребер'ї вводять додаткові троакари відповідно 5 та 12 мм для інструментів, таким чином, щоб відстань між ними була якнайбільшою. Хірург стає ліворуч від хворого, асистент - праворуч. Крізь додаткові троакари вводять м'які лапароскопічні затискачі, за допомогою яких та коагуляційного гачка, що його можуть вводити крізь троакар в правому підребер'ї замість одного з затискачів, розділяють спайки між внутрішньою поверхнею гризового мішка та його вмістом, надалі вміст мішка повертають у черевну порожнину, гризовий дефект закривають сітчастим поліпропіленовим імплантатом, який вирізається індивідуально таким чином, щоб його радіус був на 3-5 см більше радіусу гризового дефекту. Далі крізь троакар в правому підребер'ї вводять герніостеплер, за допомогою якого імплантат фіксується 6-10 кліпсами до здорового апоневрозу по периметру гризового дефекту, надалі сітку закривають за допомогою клаптя великого сальника, що його підводить асистент за допомогою м'якого затискача, і фіксують герніостеплером по периметру імплантату. Після цього з черевної порожнини витягують інструменти, троакари, проводять десуфляцію, на розрізи шкіри накладають косметичні шви та асептичні пов'язки.

Спосіб, що заявляється, був застосований у практиці у спеціалізованій медико-санітарній частині №6 м. Дніпропетровська, у якій, використовуючи даний спосіб починаючи з 2007 року прооперовано 16 хворих.

Приклад - хвора М., поступила в клініку 12.08.2007 р. з діагнозом післяопераційна вентральна грижа, у 1999 році перенесла нижньосерединну лапаротомію, гістеректомію, після якої утворився гризовий дефект 7×8 см у верхній третині рубця. 13.08.2007 р. операція лапароскопічна герніоалопластика за вищевказаною методикою. Післяопераційний період проходив без особливостей, наступило выздоровлення. Виписана з клініки 15.08.2007 р. в задовільному стані.

Таким чином спосіб може бути використаний у практичній охороні здоров'я, чим відповідає критерію «промислове (медичне) застосування».