



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41558** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/22**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОАЛОПЛАСТИКИ

1

2

(21) u200815251

(22) 29.12.2008

(24) 25.05.2009

(46) 25.05.2009, Бюл.№ 10, 2009 р.

(72) ГЮЛЬМАМЕДОВ ФАРМАН ІБРАГІМОВИЧ, UA,  
СІНГЕНОВ НІКАС МИХАЙЛОВИЧ, UA, БАЗІАН НА-  
ІРА КАРЕНІВНА, UA, КУХТО ОЛЕКСІЙ ПАВЛО-  
ВИЧ, UA(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, UA

(57) Спосіб лапароскопічної герніоалопластики, який включає мобілізацію сім'яного канатика, медіальної та латеральної пахових ямок, ревізію грижового мішка, встановлення та фіксацію сітчастого протеза з подальшою перитонізацією та дренажуванням місця фіксації, який **відрізняється** тим, що грижовий мішок резекують вздовж грижових воріт по колу і кукусу мішка опускають до мошонки, мобілізуючи сім'яний канатик.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії та також може бути використана при лапароскопічних операціях з приводу пахових і особливо гігантських рецидивних пахово-мошонкових грижах.

Відомим є спосіб герніоалопластики за Ліхтенштейном, за яким поліпропіленовий протез встановлюється таким чином, щоб перекрити медіальну і латеральну пахові ямки з метою попередження рецидивування грижі в післяопераційному періоді. У багатьох випадках у зв'язку з великими розмірами грижового мішка, останній не видаляється повністю, з метою зменшення травматизації елементів сім'яного канатика проводиться лише його резекція [1].

Недоліком цього способу є великий, порівняно з лапароскопічним способом, травматизм втручання.

Відомим є спосіб, обраний як найближчий аналог, коли виконується лапароскопічна герніоалопластика за наявності гігантських рецидивних пахово-мошонкових гриж. Після встановлення троакарів у типових точках, дугоподібним розтином у проекції пахових ямок розтинають парієтальну очеревину, мобілізують грижовий мішок, сім'яний канатик, медіальну і латеральну пахові ямки [2].

Недоліки найближчого аналога:

- у зв'язку з наявністю грижового мішка великих розмірів, під час його мобілізації пролонгується час оперативного втручання; недостатня мобілізація грижового мішка сильно підвищує ризик, і є однією з причин рецидивування гриж у післяопераційному періоді;

- мобілізація грижового мішка великих розмірів загрожує травматизацією сім'яного канатика, особливо при рецидивних грижах, що супроводжується набряком мошонки і можливою геморагією в тканині у найближчому післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалення способу лапароскопічної герніоалопластики, в якому забезпечується зниження ризику післяопераційних ускладнень, пов'язаних з травматизмом маніпуляцій на сім'яному канатіку під час виділення грижового мішка при гігантських рецидивних пахово-мошонкових грижах.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лапароскопічної герніоалопластики, який включає мобілізацію сім'яного канатика, медіальної та латеральної пахових ямок, ревізію грижового мішка, встановлення та фіксацію сітчастого протеза з подальшою перитонізацією та дренажуванням місця фіксації, згідно з корисною моделлю, грижовий мішок резекують вздовж грижових воріт по колу і кукусу мішка опускають до мошонки, мобілізуючи сім'яний канатик.

Спосіб ілюструють малюнки.

Фіг.1 - розтин парієтальної очеревини в проекції пахових ямок зліва.

Фіг.2 - розтин грижового мішка по колу.

Фіг.3 - мобілізація парієтальної очеревини, сім'яного канатика, пахових ямок.

Спосіб здійснюється таким чином.

Згідно з Фіг.1, розтинають парієтальну очеревину 1, мобілізують грижовий дефект 2, сім'яний канатик 3, нижні епігастральні судини 4. За Фіг.2, резекують по колу грижовий мішок 5, розтинаючи парієтальну очеревину (лінія розтину очеревини 6).

(19) **UA** (11) **41558** (13) **U**

Після мобілізації парієтальної очеревини за Фіг.3, парієтальну очеревину відгортають 7, в ній залишають дефект, після резекції грижового мішка 8, встановлюють сітчастий протез, проводять його перитонізацію.

Приклад.

Хворий К., 50 років звернувся до хірургічного відділення зі скаргами на випинання у правій паховій ділянці. При огляді у правій паховій ділянці визначається грижове випинання овальної форми, м'яко-еластичної консистенції, безболісне, шкіра над ним не змінена, розміром 7×12см у діаметрі, яке не вправляється при намаганні вправити. Зовнішнє пахове кільце розширене до 4см, також відзначається позитивний симптом «кашльового поштовху». Зліва пахове кільце не розширене. Була діагностована правобічна невправима пахово-мошонкова грижа. Хворий був прооперований у плановому порядку, виконана лапароскопічна герніо-

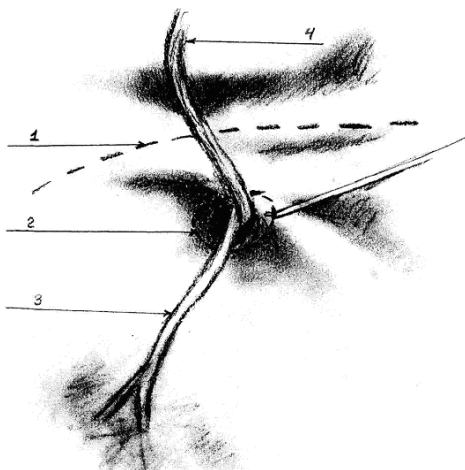
алопластика. Інтраопераційно грижовий мішок великих розмірів, мобілізувати його неможливо, виконана резекція грижового мішка за запропонованою методикою. Післяопераційний період протікав гладко, мошонка нормальних розмірів, рани загоїлися первинним натягом, шви зняті вчасно.

Переваги способу:

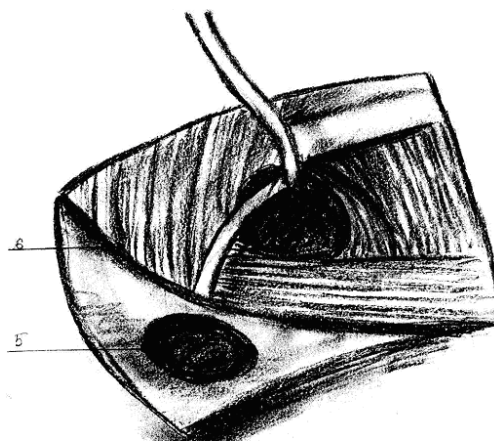
- мінімальна травматизація сім'яного канатика, що дозволяє уникнути набряку мошонки у найближчому післяопераційному періоді;
- зменшення часу проведення оперативного втручання за рахунок скорочення кількості маніпуляцій з грижовим мішком.

Джерела інформації, взяті до уваги:

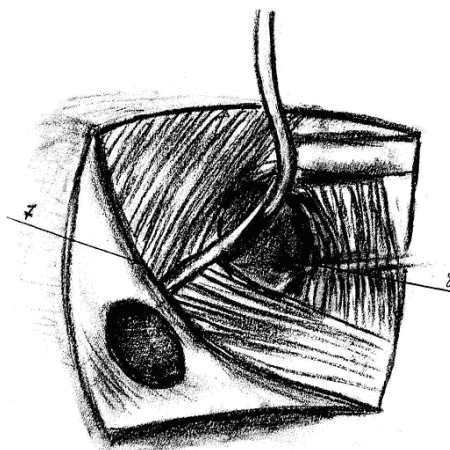
1. Мухин Е.П. Аллопластическая реконструкция пахового канала как способ герниотомии. Вестник хирургии 1965; 10: 111-112.
2. Bauer K.H., Kemen M, Senkal M, Zumtobel V Zbl F Chif 1998; 123: 163-166.



Фіг.1



Фіг.2



Фіг.3