



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **49929** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЗАВЕРШЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ**

1

2

(21) u201000841

(22) 28.01.2010

(24) 11.05.2010

(46) 11.05.2010, Бюл.№ 9, 2010 р.

(72) ЛУРІН ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ, КУДІНОВ ГЕО-  
РГІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ, ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИ-  
РОВИЧ, ГИБАЛО РОТИСЛАВ ВІТАЛІЙОВИЧ(73) ЛУРІН ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ, КУДІНОВ ГЕО-  
РГІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ, ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИ-  
РОВИЧ, ГИБАЛО РОТИСЛАВ ВІТАЛІЙОВИЧ

(57) Спосіб завершення лапароскопічної герніопластики, що передбачає пластику килових воріт алотрансплантатом, який **відрізняється** тим, що герніопластику завершують укріттям проленового алотрансплантата попередньо відсепарованим клаптем парієтальної очеревини на ніжці з фіксацією останнього вузловими екстракорпоральними швами.

Корисна модель стосується медицини, а саме абдомінальної хірургії, і може бути використана при лапароскопічній герніопластиці килових воріт алотрансплантатом при вроджених та набутих вентральних килах передньої черевної стінки.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб завершення лапароскопічного оперативного втручання, описаний нами як прототип, що передбачає пластику килових воріт сіткою "Просид" з допомогою степлерного апарату. Спосіб-прототип передбачає пластику килових воріт сіткою "Просид" зі спеціальним покриттям, що запобігає утворенню спайок та пролежнів кишок [1].

Недоліки способу-прототипу:

- після виконання таких втручань у хворих з'являються довічні обмеження: протипоказано виконання МРТ, КТ;

- металеві скоби можуть стати причиною недостатньої фіксації алотрансплантату до апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота, оскільки при фізичному навантаженні вони можуть розгинатися та випадати;

- накладання степлерних швів здійснюється неконтрольовано, без урахування товщини передочеревинної клітковини, що може призводити до неповного потрапляння у скоби тканин апоневрозу;

- вартість сітки зі спеціальним покриттям "Просид" у десятки разів вища за вартість звичайних проленових сіток;

- металеві скоби, що фіксують сітку, безпосередньо контактують з органами черевної порожни-

ни, що створює передумови до спайкоутворення.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу завершення лапароскопічної герніопластики, який запобігає залишенню в організмі металевих скоб та спайкоутворенню, дозволяє використовувати більш доступні в економічному плані алотрансплантати (проленові сітки).

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в підвищенні ефективності оперативного втручання, зниженні післяопераційних ускладнень, скороченні строків лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі завершення лапароскопічного оперативного втручання, що передбачає пластику килових воріт алотрансплантатом, згідно корисної моделі герніопластику завершують укріттям проленового алотрансплантата попередньо відсепарованим клаптем парієтальної очеревини на ніжці з фіксацією останнього вузловими екстракорпоральними швами.

Спосіб виконується наступним чином.

Після фіксації алотрансплантата до тканин передньої черевної стінки останній укривають попередньо відсепарованим клаптем парієтальної очеревини на живильній ніжці. Очеревину фіксують до передньої черевної стінки з допомогою вузлових екстракорпоральних швів шовним матеріалом, що не розсмоктується. Шви накладають через розрізи шкіри, що попередньо були виконані при фіксації алотрансплантата. При цьому об'єкту змінюють кут уколу голки з тією метою, щоб шви, що фіксують клапоть очеревини, були назовні від швів, фіксуючих алотрансплантат.

(13) **U**(11) **49929**(19) **UA**

Спосіб має наступні переваги:

- укріплення алотрансплантата власною очеревиною пацієнта запобігає спайкоутворенню;
- додаткове укріплення алотрансплантата дає можливість використовувати звичайні алотрансплантати (проленову сітку), які в десятки разів дешевші за сітки зі спеціальним захисним покриттям, які використовуються згідно способу-аналогу;
- не залишається металевих предметів в організмі людини;
- після завершення герніопластики за запропонованим способом відсутні обмеження щодо методів обстеження з використанням електромагнітних хвиль та ядерного резонансу;
- спосіб виконується контрольовано, що забезпечує повноцінне захоплення у шов тканин апоневрозу косого м'язу живота;
- при затягуванні екстракорпорального шва утворюється воронкоподібне втягнення парієтальної очеревини у цьому місці, що запобігає контакту шовного матеріалу з органами черевної порожнини до його інкапсуляції.

Приклад: Хворий Ш., госпіталізований до відділення 05.03.2008 року з діагнозом: неускладнена післяопераційна вентральна кіла. Хворому проведено планове оперативне втручання: лапароскопічна герніопластика килових воріт з підшиванням алотрансплантата (пропіленова сітка) з боку черевної порожнини вузловими екстракорпоральними швами через мікропроколи (до 2мм) на передній черевній стінці (в проекції алотрансплантата). Лапароскопічну кілопластику завершили укріпленням алотрансплантата попередньо відсепарованим клаптом парієтальної очеревини на живильній ніжці. Фіксацію клаптя очеревини здійснювали з допомогою вузлових екстракорпоральних

швів, які проводили через шкірні отвори, що залишилися після фіксації алотрансплантата. Шкірні рани після фіксації клаптя очеревини не ушивалися. Найближчий післяопераційний період протікав без ускладнень. Післяопераційний больовий синдром купувався прийомом ненаркотичних анальгетиків (50% розчин анальгін 2,0 на ніч). Хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару на другий день післяопераційного періоду. Хворий знаходився під наглядом протягом року після операції. Шкірні рани загоїлися первинним натягом, рецидиву вентральної кіли не спостерігали, ускладнень в післяопераційному періоді не було.

Запропонований спосіб завершення лапароскопічної герніопластики застосовувався при лікуванні 14 пацієнтів з набутими та вродженими вентральними кілами. Середня тривалість лікування одного хворого в стаціонарі склала  $3,8 \pm 0,45$  ліжко-дня. В усіх хворих післяопераційний період протікав сприятливо, у жодного хворого не відмічалось проявів спайкової хвороби органів черевної порожнини. За період спостереження (до 1 року) рецидивів захворювання не було. За способом-аналогом оперовано 16 пацієнтів з набутими та вродженими вентральними кілами. Середня тривалість лікування одного хворого в стаціонарі склала  $4,1 \pm 1,2$  ліжко-дня. У двох пацієнтів в післяопераційному періоді відмічались прояви спайкової кишкової хвороби органів черевної порожнини, а у одного пацієнта через 1 місяців після операції виник рецидив кіли в наслідок неспроможності степлерних швів і ретракції алотрансплантата.

Література.

1. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2005. - 384с.