



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62502 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЕРИТОНІЗАЦІЇ АЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ АЛОГЕРНІОПЛАСТИЦІ

1

2

(21) u201103899

(22) 31.03.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) ТУТЧЕНКО МИКОЛА ІВАНОВИЧ, ЯРАЩУК
ДМИТРО ВАЛЕРІЙОВИЧ, КЛЮЗКО ІВАН В'ЯЧЕ-
СЛАВОВИЧ, ШАВЛОВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ВА-
СИЛЬОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб перитонізації алотрансплантата при
лапароскопічній трансабдомінальній алогерніо-
пластиці, що включає розтин очеревини в ділянці
пупкового кільця, відділення лівого та правого

клатів очеревини вниз від підлеглих структур, виділення гризового мішка, інвертування його в черевну порожнину, введення через широкий порт поліпропіленової сітки в згорнутому стані, розміри котрої забезпечують перекриття гризового дефекту на 5-7 см ширше границі гризових воріт, фіксацію герніостеплером і закриття фіксованої сітки шляхом зшивання лівого та правого клаптів очеревини завдяки накладанню ручного або апаратного шва, який **відрізняється** тим, що виділяють васкуляризовану ділянку круглої зв'язки печінки відповідного розміру, яку розгортають на 180° до низу та використовують для перитонізації сітки в місцях недостатності парієтальної очеревини.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лапароскопічного лікування пупкових та післяопераційних гриж живота з використанням поліпропіленової сітки.

Пупкові грижі становлять 20-25 %, післяопераційні 25-30 % від загальної кількості гриж живота. Найчастіше такі грижі виникають у людей працездатного віку. Результати хірургічного лікування пупкових та післяопераційних гриж, а особливо їх рецидивів є незадовільними, оскільки частота післяопераційних рецидивів сягає 20-40 % [1].

Останнім часом все ширше використовуються лапароскопічні методики, які мають певні переваги і є альтернативою традиційним відкритим методам хірургічного лікування гриж.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лапароскопічного лікування пупкових та післяопераційних гриж живота - лапароскопічної трансабдомінальної преперитоніальної алогерніопластики (ТАРП) [2]. Вона полягає в тому, що після проведення лапароскопії, виконується розтин очеревини дугоподібно витинком, відступивши 4-5 см від гризових воріт. Після цього лівий та правий клапти очеревини виділяють вниз від підлеглих структур. Виділяють гризовий мішок та інвертують його в черевну порожнину. Далі в черевну порожнину вводиться через широкий порт поліпропіленова сітка в згорнутому стані. Розмір сітки повинен бути таким, щоб забезпечити

перекриття гризового дефекту на 5-7 см ширше границі гризових воріт. Фіксація виконується за допомогою герніостеплера. В подальшому виконується закриття фіксованої сітки шляхом зшивання лівого та правого клаптів очеревини шляхом накладання ручного шва, або за допомогою герніостеплера [3].

Дана методика, на наш погляд, має певний недолік - відсутність в деяких випадках достатньої кількості відсепарованої парієтальної очеревини або наявність в ній дефектів, що унеможливорює повну перитонізацію сітки. Не вкрита очервиною поліпропіленова сітка може призвести до утворення нориць кишечника та шлунку, що в подальшому призведе до перфорації цих органів та розвитку перитоніту.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу недостатньої кількості очеревини для перитонізації поліпропіленової сітки та запобігає формуванню нориць кишечника та шлунку, що в подальшому може призвести до перфорації цих органів та розвитку перитоніту.

Технічний результат від впровадження способу, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні побічних явищ алопластики.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає розтин очеревини в ділянці пупкового кільця, відділення лівого та правого клаптів очеревини вниз від підлеглих структур, виділення гризового мішка, інвертування його

(13) U
(11) 62502
(19) UA

в черевну порожнину, введення через широкий порт поліпропіленової сітки в згорнутому стані, розміри котрої забезпечують перекриття грижового дефекту на 5-7 см ширше границі грижових воріт, фіксацію герніостеплером і закриття фіксованої сітки шляхом зшивання лівого та правого клаптів очеревини завдяки накладанню ручного або апаратного шва, згідно з корисною моделлю, виділяють васкуляризовану ділянку круглої зв'язки печінки відповідного розміру, яку розгортають на 180° донизу та використовують для перитонізації сітки в місцях недостатності парієтальної очеревини.

Суттєвою відмінністю запропонованого способу перитонізації алотрансплантата при лапароскопічній трансабдоминальній алогерніопластиці є формування шару очеревини, що відокремлює алотрансплантат від органів черевної порожнини. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування пупкових та післяопераційних гриж. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування пупкових та післяопераційних гриж живота невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином:

Аналогічно класичній методиці виконують постановку портів та лапароскопію. Далі виконують розтин очеревини дугоподібним витином, відступивши 4-5 см від грижових воріт. Після цього лівий та правий клапті очеревини виділяють вниз від підлеглих структур. Виділяють грижовий мішок та інвертують його в черевну порожнину. Далі в черевну порожнину вводять через широкий порт поліпропіленову сітку відповідного розміру в згорнутому стані. Фіксацію виконують за допомогою герніостеплера. В подальшому виконують закриття фіксованої сітки шляхом фіксації парієтальної очеревини, яка була відсепарована. Місця, де сітка не вкрита очеревиною, перитонізують завдяки виділеній та розгорнутій на 180° ділянці круглої зв'язки печінки відповідного розміру. Далі, аналогічно класичній методиці, перевіряють достатність виконаної перитонізації шляхом огляду та накладання додаткових ручних або апаратних швів.

Приклад конкретного виконання

Пацієнтка Т. 28 років була прийнята 31.01.11 з діагнозом: защемлена пупкова грижа. Грижа утворилась 4 роки тому після вагітності.

Лікування: Трансабдоминальна преперитоніальна алогерніопластика за способом, що заявляється.

Знеболювання: Внутрішньовенний комбінований наркоз.

Виконано карбоксиперитонеум за допомогою голки Вереша. Типово для виконання трансабдоминальної алогерніопластики при пупковій грижі встановлено порти. Після введення оптики проведено лапароскопію з оглядом органів черевної порожнини та передньої черевної стінки. Знайдено

ділянку великого чепця, який був защемлений з демаркаційною лінією та ознаками запалення - оцінено як життєздатний. В ділянці пупкового кільця виявлено заглиблення очеревини - пупкова грижа. Дугоподібним витином, відступивши 4-5 см від грижових воріт, виконується розтин очеревини. Після цього лівий та правий клапті очеревини виділяють вниз від підлеглих структур. Виділяють грижовий мішок та інвертують його в черевну порожнину. Далі в черевну порожнину вводиться через широкий порт поліпропіленова сітка відповідного розміру в згорнутому стані. Фіксація виконується за допомогою герніостеплера. В подальшому виконується закриття фіксованої сітки шляхом фіксації парієтальної очеревини, яка була відсепарована. Місця, де сітка не вкрита очеревиною, перитонізують завдяки виділеній та розгорнутій на 180° ділянці круглої зв'язки печінки відповідного розміру. Далі перевіряється достатність виконаної перитонізації шляхом огляду та накладання додаткових ручних або апаратних швів. Порти вилучено. Троякарні рани пошарово зашивають. Асептичні пов'язки.

За період з 2008 по 2011 роки у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги за способом, що заявляється, прооперовано 11 пацієнтів з пупковими та 4 з післяопераційними грижами живота. З них 14 пацієнтів обстежувались на протязі 1-3 років після операції, жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними рецидиви при пупкових та післяопераційних грижах живота сягають 5-14 %, у половини пацієнтів післяопераційний період супроводжується больовими відчуттями в ділянці герніопластики [1, 3]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів алогерніопластики.

Таким чином, спосіб перитонізації алотрансплантата при лапароскопічній трансабдоминальній алогерніопластиці з використанням круглої зв'язки печінки, що заявляється, завдяки формуванню шару парієтальної очеревини за рахунок васкуляризованого клаптя утвореного з круглої зв'язки печінки, запобігає контактуванню протеза з органами черевної порожнини, та є профлатичним заходом попередження утворення нориць, абсцесів та сером, мінімізує можливість рецидиву пупкових та післяопераційних гриж живота.

Література:

1. Жебровский В.В. Хирургия гриж живота. - Москва: "Медицинское информационное агенство" - 2005. - 114 с.
2. Cueto-Garcia J. Laparoscopic surgery. - New York: "McGraw-Hill" - 2003. - 445 p.
3. Жебровский В.В. Хирургия гриж живота и эвентераций. - Симферополь: "Бизнес - Информ". - 153 с.