



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **38270** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ СИМУЛЬТАННОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ТА ВІДКРИТОЇ АЛОПЛАСТИКИ ПУПКОВОЇ ГРИЖІ АБО ГРИЖІ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

1

2

(21) u200811201

(22) 16.09.2008

(24) 25.12.2008

(46) 25.12.2008, Бюл.№ 24, 2008 р.

(72) ЧИНЬБА ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЯЦЕНТЮК
ВІТАЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб симультанної лапароскопічної холецистектомії та відкритої алопластики пупкової грижі або грижі білої лінії живота, що передбачає виконання лапароскопічної холецистектомії та відкритої герніотомії і преперитонеальної алогерніопластики з наступним пошаровим зашиванням операційної рани, який відрізняється тим, що спочатку виконують відкриту герніотомію, видаляють грижовий мішок, потім через грижовий дефект в черевну порожнину вводять троакар з лапароскопом, накладають навколо нього кисетний шов на апоневроз для герметизації черевної порожнини, після досягнення пневмоперитонеуму через 2-3 робочі троакари виконують лапароскопічну холецистектомію з видаленням жовчного міхура через грижовий дефект, а потім виконують відкриту преперитонеальну алогерніопластику без натягу тканин.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лікування пацієнтів з патологією жовчного міхура в поєднанні з пупковою або грижею білої лінії живота.

Пацієнтам з хірургічною патологією жовчного міхура найчастіше виконують лапароскопічну холецистектомію, яка добре відпрацьована і дає мінімальну кількість ранніх післяопераційних ускладнень. Але досить часто кандидати на холецистектомію одночасно є носіями пупкової грижі або грижі білої лінії живота. Частота такої поєднаної патології становить 11-14% [1]. Враховуючи цю обставину, запропоновано кілька методів симультанної лапароскопічної холецистектомії та алопластики пупкової грижі або грижі білої лінії живота. Для цього після досягнення пневмоперитонеума встановлюють чотири порти в стандартних точках, виділяють та через один з портів видаляють жовчний міхур. В подальшому, використовуючи лапароскоп з боковою оптикою (скошеною під кутом 45°) виконують преперитонеальну алогерніопластику з фіксацією допоміжного пластичного матеріалу герніологічним степлером [2]. Недоліками вище наведеного способу є:

1) Неможливість виконання оперативного втручання в випадках фіксованої невправної грижі.

2) Можлива міграція допоміжного пластичного матеріалу і, внаслідок цього, рецидивування грижі.

3) Висока ймовірність утворення спайок в черевній порожнині.

4) Післяопераційна деформація та зміна форми пупка чи передньої черевної стінки при великих грижових випинах.

5) Висока вартість обладнання та матеріалів.

6) Висока ймовірність утворення троакарних гриж у віддаленому періоді [3].

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб симультанної лапароскопічної холецистектомії та відкритої алогерніопластики [4] у пацієнтів з поєднаною пупковою або грижею білої лінії живота. Першим етапом виконують лапароскопічну холецистектомію через традиційні троакарні доступи, потім з окремого доступу - відкриту преперитонеальну алогерніопластику з наступним пошаровим зашиванням операційної рани.

Цей спосіб дає можливість з троакарного доступу видалити жовчний міхур, а також надійно закрити грижовий дефект шляхом фіксації допоміжного пластичного матеріалу до опорних м'язово-апоневротичних тканин без натягу тканин, чим знижує ризик рецидивування грижі до мінімуму. Проте недоліками способу є те, що він досить травматичний, асоціюється з високою ймовірністю виникнення троакарної грижі в місці видалення жовчного міхура (6-12%) та великою кількістю післяопераційних ускладнень - серома (11-16%), міс-

(13) **U**

(11) **38270**

(19) **UA**

цева підшкірна гематома (8-10%), нагноєння (6-8%), гіпертрофія та деформація післяопераційних рубців (17%) [5-6]. Крім цього, численні післяопераційні рубці на передній черевній стінці часто не задовольняють пацієнтів.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу підвищення ефективності хірургічного лікування пацієнтів з патологією жовчного міхура, поєднаною з пупковою грижею або грижею білої лінії живота, з рахунок виконання лапароскопічної холецистектомії через доступ до грижового дефекту без використання спеціального троакарного доступу з наступною відкритою преперитонеальною алогерніопластикою без натягу тканин.

Технічний результат від впровадження способу симультанної лапароскопічної холецистектомії та відкритої алопластики пупкової грижі або грижі білої лінії живота, який передбачає зменшенні травми черевної стінки, зменшенні частоти рецидивів грижі і післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі симультанної лапароскопічної холецистектомії та відкритої алопластики пупкової грижі або грижі білої лінії живота, який передбачає виконання лапароскопічної холецистектомії та відкритої герніотомії і преперитонеальної алогерніопластики з наступним пошаровим зашиванням операційної рани, згідно корисної моделі, спочатку виконують відкриту герніотомію, видаляють грижовий мішок, потім через грижовий дефект в черевну порожнину вводять троакар з лапароскопом, накладають навколо нього кисетний шов на апоневроз для герметизації черевної порожнини, після досягнення пневмоперитонеуму через 2-3 робочі троакари виконують лапароскопічну холецистектомію з видаленням жовчного міхура через грижовий дефект, а потім виконують відкриту преперитонеальну алогерніопластику без натягу тканин.

Суттєвою відмінністю способу симультанної лапароскопічної холецистектомії та відкритої алопластики пупкової грижі або грижі білої лінії живота є те, що лапароскопічну холецистектомію виконують через, відкритий доступ до грижового дефекту з видаленням жовчного міхура через грижовий дефект, а потім виконують відкриту преперитонеальну алогерніопластику без натягу тканин. Це дозволяє зменшити кількість розрізів на черевній стінці, зменшити травмування тканин та знизити можливість розвитку ускладнень. Відкрита преперитонеальна герніопластика виконується з міні доступу, що забезпечує надійне закриття грижового дефекту. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів з поєднаною пупковою або грижею білої лінії живота. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. В проекції грижового дефекту на передній черевній стінці виконують розріз шкіри, підшкірної клітковини і виділяють грижовий мішок, який відповідно видаляють. Потім через грижовий дефект в черевну порожнину вводять троакар з лапароскопом, навколо якого накладають кисет-

ний шов на апоневроз для герметизації черевної порожнини. Після досягнення пневмоперитонеуму через 2-3 троакари робочими інструментами виділяють шийку жовчного міхура та поетапно кліпують міхурову протоку та міхурову артерію. Виконують типову холецистектомію від шийки з видаленням жовчного міхура через грижовий дефект. Далі зашивають контактну очереувину та виділяють преперитонеальний простір, в якому під м'язами встановлюють допоміжний пластичний матеріал, фіксуючи його до м'язово-апоневротичних структур вузловими швами, та закінчують пошаровим зашиванням шкірних ран.

Приклад конкретного виконання

Пацієнтка С, 47 років, поступила 10.03.08 з діагнозом жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит в стадії ремісії, пупкова грижа. Грижа виникла після останньої вагітності. Грижовий випин вправлявся в черевну порожнину, розміром 5х5см.

Після відповідного обстеження та передопераційної підготовки виконано лапароскопічну холецистектомію з відкритою преперитонеальною алогерніопластикою пупкової грижі за способом, що заявляється.

Знеболювання: загальна анестезія з міорелаксантами.

На передній черевній стінці під пупком виконали поперечний напівсферичний розріз шкіри, підшкірної основи впродовж 4см. Потім виділили та розсікли грижовий мішок. Далі через грижовий дефект ввели троакар з лапароскопом в черевну порожнину і наклали навколо нього кисетний шов на апоневроз для герметизації черевної порожнини. Після досягнення пневмоперитонеуму через 3 робочих троакари ввели інструменти, якими виділили шийку жовчного міхура, поетапно кліпували міхурові проток і артерію та виконали типову холецистектомію. Видалили жовчний міхур через грижовий дефект. Далі зашили очереувину, в сформований преперитонеальний простір під м'язами встановили поліпропіленову сітку 5х5см і зафіксували її до м'язово-апоневротичних структур без натягу тканин, після чого пошарово зашили шкірні рани.

В ранньому післяопераційному періоді ускладнень з боку рани не спостерігали. В віддаленому періоді пацієнтка спостерігалась протягом року. Рецидиву грижі не спостерігалось.

За період з 2006 по 2008 роки у І хірургічному відділенні міської клінічної лікарні №15 м.Києва та Київському центрі хірургії гриж живота за способом, що заявляється, прооперовано 8 пацієнтів з хірургічною патологією жовчного міхура, поєднаною з пупковою або грижею білої лінії, яким виконали симультанну лапароскопічну холецистектомію з відкритою алогерніопластикою. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось, жодного випадку рецидиву грижі не виявлено.

Література:

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. - К.: Здоровье, 2001. - 279с.

2. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саєнко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции

в хирургии и гинекологии. - К.: Здоров'я, 2000. - 304с.

3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота// Медицинское информационное агентство. Москва - 2005. - 384С.

4. Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота. -М.: «МИА», 2006. - 445стр.

5. Суковатых Б.С, Нетяга А.А., Валуйская Н.М., Праведникова Н.В. Частота осложнений хирургического лечения грыж брюшной стенки. // Герниология. - 2006. - №3(11) - С.41-42.

6. Ситало О.Ю. Сочетанные операции при грижах// Материалы конференции «Современные методы хирургического лечения вентральных гриж и эвентраций». Алушта, 2006г. С.160.