



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50317 (13) U
(51) МПК (2009)
A61D 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КОМБІНОВАНОЇ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ

1

2

(21) u201001666

(22) 17.02.2010

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) ТУТЧЕНКО МИКОЛА ІВАНОВИЧ, ПІОТРОВИЧ
СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, КЛЮЗКО ІВАН В'ЯЧЕ-
СЛАВОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб лапароскопічної комбінованої транс-
абдомінальної алогерніопластики, що включає роз-
тин очеревини в ділянці внутрішнього пахового
кільця, відділення нижнього клаптя очеревини від
підлеглих структур, виділення опорних структур

(куперової зв'язки, фасції прямого м'яза живота, пупартової зв'язки, іліо-пубічного тракту, краю внутрішнього косого м'яза), введення через широкий порт поліпропіленової сітки в згорнутому стані, її фіксацію до вищевказаних опорних структур герніостеплером і перитонізацію сітки шляхом зшивання нижнього та верхнього очеревинних клаптів ручним швом, який відрізняється тим, що дивертикулоподібну розтягнуту ділянку поперекової фасції вивертають в черевну порожнину у вигляді сформованої дублікатури та фіксують на відстані 2-3см одна від одної відповідно до куперової та пупартової зв'язок.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лапароскопічного лікування пахових та стегнових гриж живота з використанням поліпропіленової сітки.

Пахові грижі становлять 51-70% від загальної кількості гриж живота. Найчастіше такі грижі виникають у людей працездатного віку. Результати хірургічного лікування пахових гриж, а особливо рецидивних пахових гриж є незадовільними, оскільки частота післяопераційних рецидивів сягає 10-15% [1].

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

Так, відомий спосіб хірургічного лапароскопічного лікування пахових гриж з використанням імплантата за методикою R. Ger. Цей спосіб полягає в тому, що після типового для трансабдомінальної герніопластики встановлення портів та проведення лапароскопії, виконують розтин очеревини дугоподібно витином догори. Латерально розтин знаходиться на 5см латеральніше грижового мішка, медіально він доходить до рівня пупочно-пупкової складки. Після цього нижній клапоть очеревини виділяють вниз від підлеглих структур. Далі виконують ушивання внутрішнього паховинного кільця зі сторони черевної порожнини шляхом на-

кладання ручного шва, або за допомогою герніостеплера [2]. Але широкого використання ця операція не здобула в зв'язку з високим відсотком рецидивів, зумовлених наявністю ішемії тканин, що знаходились під натягом, особливо у хворих з високим паховим трикутником.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лапароскопічного лікування пахових гриж [3] - лапароскопічної трансабдомінальної преперитоніальної алогерніопластики (ТАРР). Вона полягає в тому, що після проведення лапароскопії виконується розтин очеревини дугоподібно витином догори. Латерально розтин знаходиться на 5см латеральніше грижового мішка, медіально він доходить до рівня пупочно-пупкової складки. Після цього нижній клапоть очеревини виділяють вниз від підлеглих структур. Виділяють тестикулярні судини та внутрішнє пахвинне кільце. Тупо оголюють наступні анатомічні структури: куперову зв'язку, фасцію прямого м'яза живота, іліо-пубічний тракт та фасціальні структури поперекового м'яза живота. Далі в черевну порожнину вводиться через широкий порт поліпропіленова сітка в згорнутому стані. Розмір сітки повинен бути таким, що забезпечить протекцію трьох потенційно слабких ділянок в цій зоні: латеральну та медіальну пахвинні ямки, ділянку судинної лакуні. Для профілактики згортання краю сітки в ділянці тестикулярних судин, останні відокрем-

(13) U
(11) 50317
(19) UA

люються від очеревини на достатньому протязі. Після встановлення та розправлення сітки її фіксують до куперової зв'язки та фасції прямого м'яза живота - медіально; пупартової зв'язки та ілію-пубічного тракту - знизу, внутрішнього косоного та поперекового м'яза живота - латерально та зверху. Фіксація виконується за допомогою герніостеплера. В подальшому виконується закриття фіксованої сітки шляхом зшивання нижнього очеревинного клаптя з верхнім накладанням ручного шва або за допомогою герніостеплера.

Але дана методика, на наш погляд, має певні недоліки. Одним з них є наявність неліквідованого дивертикулоподібного випинання поперекової фасції, яке з'являється внаслідок розтягування фасції грижевим мішком, що створює умови для пролобування сітки та може спричинити рецидив грижі. Другий недолік полягає в тому, що після видалення грижового мішка утворюється порожнина, сформована випином поперекової фасції, де може накопичуватися рідина, яка з часом трансформується в серому з можливим нагноєнням.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу попередження пролобування сітки в напрямку ділянки, де знаходився гризовий мішок та запобігання формуванню порожнин, де можуть утворюватися сероми, а в подальшому і нагноєння.

Технічний результат від впровадження способу, що заявляється, буде полягати в значному зниженні частоти рецидиву грижі та зменшенні побічних явищ алопластики.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає розтин очеревини в ділянці внутрішнього пахового кільця, відділення нижнього клаптя очеревини від підлеглих структур, виділення опорних структур (куперової зв'язки, фасції прямого м'яза живота, пупартової зв'язки, ілію-пубічного тракту, краю внутрішнього косоного м'яза), введення через широкий порт поліпропіленової сітки в згорнутому стані та фіксацію сітки до вищевказаних опорних структур герніостеплером з її перитонізацією шляхом зшивання нижнього та верхнього очеревинних клаптів ручним швом, згідно корисної моделі дивертикулоподібну розтягнуту ділянку поперекової фасції вивертають в черевну порожнину у вигляді сформованої дублікатури та фіксують на відстані 2-3см одна від одної відповідно до куперової та пупартової зв'язок.

Суттєвою відмінністю способу комбінованої лапароскопічної трансабдомінальної алогерніопластики є формування внутрішнього паховинного кільця та опорної мембрани з вивернутої дивертикулоподібно розтягнутої ділянки поперекової фасції. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування пахових і стегових гриж. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування пахових і стегових гриж живота невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином: аналогічно класичній методиці виконують постановку портів та лапароскопію. Дугоподібним розтином розсікають очеревину протяжністю від пупирно-пупкової зв'язки в напрямку верхньої передньої здухвинної ості верхівкою догори. Відшаровують нижній клапоть очеревини та змішують

донизу. Тупо розсувають передочеревинний жир, що знаходиться в гризовому каналі, та за допомогою затискувача вивертають дивертикулоподібно розтягнуту ділянку поперекової фасції в напрямку черевної порожнини. Її купол у вигляді сформованої дублікатури фіксують двома кліпсами, розташованими на відстані 2-3см одна від одної, до куперової зв'язки та до пупартової зв'язки відповідно. Далі, аналогічно класичній методиці, виконують фіксацію сітки з перитонізацією її шляхом зшивання нижнього та верхнього клаптів очеревини та накладанням ручного шва або за допомогою герніостеплера.

Приклад конкретного виконання способу:

Пацієнт Д. 40 років поступив 05.07.09 з діагнозом правобічна коса пахова грижа. Грижа утворилась 5 років тому після тяжкої фізичної праці.

Лікування: Трансабдомінальна алогерніопластика за способом, що заявляється, знеболювання: внутрішньовенний комбінований наркоз.

Протокол операції:

Виконано карбоксиперитонеум за допомогою голки Вереша. Типово для виконання трансабдомінальної алогерніопластики встановлено порти. Після введення оптики проведено лапароскопію з оглядом обох паховинних ділянок. В ділянці правої латеральної паховинної ямки латеральніше від нижніх епігастральних судин виявлено заглиблення очеревини - коса правобічна пахова грижа. Дугоподібним розтином розсічено очеревину на протязі від пупирно-пупкової зв'язки в напрямку верхньої передньої здухвинної ості верхівкою догори. Відшаровано нижній клапоть очеревини та зміщено його донизу. Тупо розсунуто передочеревинний жир, що знаходиться в гризовому каналі та, за допомогою затискувача, вивернуто дивертикулоподібно розтягнуту ділянку поперекової фасції в напрямку черевної порожнини. Її купол у вигляді сформованої дублікатури фіксовано двома кліпсами, розташованими на відстані 2-3см одна від одної до куперової зв'язки та до пупартової зв'язки відповідно. Після встановлення та розправлення сітки її фіксовано до куперової зв'язки та фасції прямого м'яза живота - медіально; пупартової зв'язки та ілію-пубічного тракту - знизу, внутрішнього косоного та поперекового м'яза живота - латерально та зверху. Фіксацію виконано за допомогою герніостеплера. Далі виконано перитонізацію сітки шляхом зшивання нижнього та верхнього клаптів очеревини за допомогою накладання ручного шва. Порти вилучено. Троякарні рани пошарово зашивають. Асептичні, пов'язки.

За період з 2008 по 2010 роки у Київському центрі хірургії гриж живота за способом, що заявляється, прооперовано 17 пацієнтів з паховими грижами, 5 з рецидивними паховими грижами. З них 19 пацієнтів обстежувались протягом 1-5 років після операції; жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними рецидиви при складних формах пахових гриж сягають 5-14%, у половини пацієнтів післяопераційний період супроводжується больовими відчуттями в ділянці герніопластики. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не

відрізняється від традиційних способів алогерніопластики.

Таким чином, спосіб комбінованої лапароскопічної трансабдомінальної алогерніопластики пахових та стегнових гриж з використанням поліпропіленової сітки, що заявляється, завдяки формуванню внутрішнього пахвинного кільця та фіксованої дублікатури поперекової фасції запобігає пролобуванню протеза та є профілактичним заходом попередження утворення сером, мінімізує можливість рецидиву пахових і стегнових гриж.

Література:

1. Жебровский В.В. Хирургия гриж живота. - Москва: "Медицинское информационное агенство" - 2005 - 384с.

2. Емельянова С.И. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии. - Москва: "Медицинское информационное агенство" - 2004 – 151с.

3. Жебровский В.В. Хирургия гриж живота и эвентераций. - Симферополь: "Бизнес - Информ" 281с.