



УКРАЇНА

(19) UA (11) 94544 (13) C2
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОАЛОПЛАСТИКИ ПРИ ЗАЩЕМЛЕНИХ ПАХОВИХ ГРИЖАХ

1

2

(21) а201007089

(22) 08.06.2010

(24) 10.05.2011

(46) 10.05.2011, Бюл.№ 9, 2011 р.

(72) КУДРЯВЦЕВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
МУЩИНІН ВОЛОДИМИР АНАТОЛІЙОВИЧ, ШЕП-
ТУН ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ, ТЕРЕЩЕНКО СЕРГІЙ ВА-
СИЛЬОВИЧ, КРИШЕНЬ ВАЛЕРІЙ ПАВЛОВИЧ(73) КУДРЯВЦЕВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
МУЩИНІН ВОЛОДИМИР АНАТОЛІЙОВИЧ, ШЕП-
ТУН ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ, ТЕРЕЩЕНКО СЕРГІЙ ВА-
СИЛЬОВИЧ, КРИШЕНЬ ВАЛЕРІЙ ПАВЛОВИЧ

(56) UA 33871, U 10.07.2008

UA 87941, C2 25.08.2009

RU 2160562, C1 20.12.2000

Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас
оперативной хирургии грыж // Москва, Медпракти-
ка, 2003Кришень В.П., Кудрявцев А.В., Муштинин, В.А., Ше-
птун Ю.Ю. Лапароскопична герніоалопластика в
лікуванні защемлених пахвинних гриж.- АСТА
MEDICA LEOPOLIENSIA, Львівський медичний
часопис. - 2009. - Т. XV, № 3(57) Спосіб лапароскопічної герніоалопластики при
защемлених пахових грижах, який включає прове-

дення лапароскопії під загальним знеболюванням через розріз шкіри в навколопупкової ділянці, додаткові троакари 5 та 12 мм для інструментів проводять у правому та лівому мезогастрії, грижовий мішок виділяють шляхом інвагінації його в черевну порожнину, при цьому розсікаючи очеревину вище грижових воріт з наступним відшаруванням її від апоневроза, який **відрізняється** тим, що перед виділенням грижового мішка проводять розсічення грижових воріт на 2 або 11 годинах умовного циферблата у безсудинних зонах, в залежності від типу грижі (пряма або коса), при цьому натягуючи гачком странгуляційне кільце в черевну порожнину та до зовні від защемленого органа, при цьому відбувається вправлення защемленого органа, грижова вода видаляється за допомогою відсмоктувача, закриття грижового дефекту проводять сітчастим поліпропіленовим імплантатом, який фіксується герніостеплером або клеєм до лонної кістки, поперечної фасції, надалі листки відшарованої очеревини зводять над сіткою і фіксують за допомогою герніостеплера або клею, операція завершується встановленням 2-х дренажів: у вільну черевну порожнину та під брюшину, що закриває сітку.

Винахід належить до медицини, а більш конкретно - до хірургії і може бути використаний при лікуванні пахових гриж, що ускладнені защемленням.

Відомий спосіб герніопластики з використанням алотрансплантата за Ліхтенштейном, який може бути використаним в лікуванні як неускладнених, так і защемлених пахових гриж [1]. Відповідно до зазначеного способу оперативне втручання здійснюють шляхом розтинання всіх шарів передньої черевної стінки у пахвинній ділянці, розсічення грижових воріт, ревізії вмісту та видалення грижового мішка, виконання пластики грижових воріт за допомогою алотрансплантата (поліпропіленової сітки), яку розміщують над ділянкою поперечної фасції під сім'ямим канатиком.

Способу властиві недоліки: травматичність внаслідок зшивання країв алотрансплантата з

крайми м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки пахвинної ділянки, високий ризик інфекційних ускладнень та рецидиву внаслідок маніпуляцій з відкритою умовно інфікованою ранною, що додатково обумовлені розташуванням в ній алотрансплантата. Цей спосіб використовується у світовій практиці для лікування защемлених пахових гриж.

Протягом останніх 20 років лапароскопічна герніопластика стала стандартом де-факто у лікуванні неускладнених пахових гриж у Західній Європі та США. Існує безліч методик оперативного втручання, що використовуються у лікуванні неускладнених форм даного захворювання. Найбільш близьким по технічній суті до способу, що заявляється, є спосіб лапароскопічної герніопластики [3], при якому операція виконується шляхом введення маніпуляторів у черевну порожнину, видалення

(13) C2

(11) 94544

(19) UA

гризового мішка, використання алотрансплантата, при цьому алотрансплантат розміщують внутрішньочеревно та фіксують його до м'язово-апоневротичного шару через парієтальну очеревику за допомогою герніостеплера (патент України № 33871, 7 А61В 17/02, 10.07.2008, бюл. № 13).

Недоліком способу лапароскопічної герніопластики, що взято за основу, та його відомих світових аналогів є неможливість використання лапароскопічної герніопластики у лікуванні ускладнених защемленням пахових гриж.

Задачею розроблюваного способу є покращення результатів лікування защемлення пахових гриж за рахунок можливості застосування лапароскопічної герніопластики при паховій грижі, ускладненій защемленням, зниження травматизації тканин, рівня ускладнень та рецидивів. Вищезазначена задача вирішується тим, що у способі лапароскопічної герніопластики додатково виконують дисекцію гризових воріт з оцінкою життєздатності кишок, вправлення кишок у черевну порожнину та дренування черевної порожнини і передочеревинного простору для післяопераційного контролю за станом кишечника.

У результаті вирішення поставлених задач був розроблений метод, суттю якого є наступне: проведення лапароскопії під загальним знеболюванням через розріз шкіри в навколопупкової ділянці, додаткові троакари 5 та 12 мм для інструментів проводять у правому та лівому мезогастрії, гризовий мішок виділяють шляхом інвагінації його в черевну порожнину, при цьому розсікаючи очеревику вище гризових воріт з наступним відшаруванням її від апоневроза, згідно з винаходом, перед виділенням гризового мішка проводять розсічення гризових воріт на 2 або 11 годинах умовного циферблата у безсудинних зонах, в залежності від типу грижі (пряма або коса), при цьому натягуючи гачком странгуляційне кільце в черевну порожнину та до зовні від защемленого органа, при цьому відбувається вправлення защемленого органа, гризова вода видаляється за допомогою відсмоктувача, закриття гризового дефекту проводять сітчастим поліпропіленовим імплантатом, який фіксується герніостеплером або клеєм до лонної кістки, поперечної фасції, надалі листки відшарованої очеревики зводять над сіткою і фіксують за допомогою герніостеплера або клею, операція завершується встановленням 2-х дренажів: у вільну черевну порожнину та під очеревику, що закриває сітку. Загальними ознаками способу, що заявляється, і прототипу є проведення лапароскопії під загальним знеболюванням, виділення гризового мішка шляхом інвагінації його до черевної порожнини, розсічення парієтального листка очеревики з наступним відшаруванням її від гризових воріт.

Ознаки, що відрізняються, зазначені вище в розділі рішення задач.

Доцільність вищевказаних ознак, що відрізняються, обумовлена наступними перевагами: можливість виконання лапароскопічної герніопластики в умовах защемлення пахової грижі, можливість розкриття зони защемлення та тотальної ревізії внутрішніх органів з боку черевної порожнини, в тому числі ретроградного защемлення, зменшена

травматизація ділянки операції, відсутність інфікування рани, значне зменшення відсотку рецидивів, зниження рівня безпосередніх ускладнень, в тому числі інфекційних, за власними даними на 35 відсотків, зниження частоти синдрому хронічного пахового болю у віддаленому періоді, швидша реабілітація хворих, добрий косметичний ефект.

За даними, що є у заявника, запропонована сукупність ознак, що характеризують винахід, що заявляється, є невідомою за рівнем техніки. Таким чином спосіб, що заявляється, відповідає критерію "новизна".

Суть винаходу, що заявляється, не походить явно з відомого рівня медичної техніки. Сукупність ознак, що характеризують відоме рішення, не забезпечує досягнення нових властивостей і тільки наявність вищевказаних нових ознак дає можливість одержати більш високий технічний результат. Таким чином винахід, що заявляється, відповідає критерію "винахідницький рівень".

Спосіб виконується таким чином: під загальним знеболюванням виконують розріз шкіри в навколопупкової області під пупком, проводять лапароліфтинг за допомогою затискача типу "цапки", надалі крізь розріз обертовими рухами вводять троакар 10 мм в черевну порожнину до появи відчуття провалу, після витягування стилета проводять інсуфляцію вуглекислим газом (CO₂) до тиску 12 мм водного стовпа. Крізь троакар вводять лапароскоп, проводять ревізію черевної порожнини, надалі під контролем зору через розрізи шкіри в правому і лівому мезогастрії вводять додаткові троакари 5 та 12 мм для інструментів, таким чином, щоб 12 мм троакар вводився з боку, протилежного розташуванню грижі. Хірург стає з боку, протилежного розташуванню грижі, асистент навпроти. Крізь додаткові троакари асистент вводить м'який лапароскопічний затискач, хірург - коагуляційний гачок, за допомогою яких проводять розсічення гризових воріт на 2 або 11 годинах умовного циферблата у безсудинних зонах, в залежності від типу грижі (пряма або коса), при цьому натягуючи гачком странгуляційне кільце в черевну порожнину та до зовні від защемленого органа, далі гризовий мішок виділяють шляхом інвагінації його в черевну порожнину, при цьому розсікають очеревику вище гризових воріт за допомогою коагуляційного гачка, при цьому настає вправлення защемленого органа, виконується візуальна його ревізія. При цьому хірург може додатково вводити через свій троакар м'який затискач або дисектор. Надалі очеревику відшаровують від шкіри і апоневроза, гризовий дефект закривають сітчастим поліпропіленовим імплантатом розміром 10 на 15 см. Далі крізь 12 мм троакар вводять герніостеплер, за допомогою якого імплантат фіксується кліпсами до окістя лонної кістки та до внутрішнього листка апоневроза косих м'язів живота та поперечної фасції таким чином, щоб вони були розміщені по краях імплантата, уникаючи трикутника болю у нижньолатеральній ділянці, також фіксацію можливо проводити за допомогою клею. Надалі листки відшарованої очеревики зводять над сіткою і також фіксують за допомогою герніостеплера або клею та встановлюють дві дренажні трубки - одну у

вільну черевну порожнину, іншу між сіткою та очеревиною. Після цього з черевної порожнини витягують інструменти, троакари, проводять десуфляцію, на розрізи шкіри накладають шви та асептичні пов'язки.

Спосіб, що заявляється, був застосований у практиці хірургічного відділення СМСЧ-6 м. Дніпропетровська, у якій, використовуючи даний спосіб починаючи з 2008 року прооперовано 36 хворих. Методика операції, показання до неї та її результати доповідалися та обговорювалися на міжнародних та українських наукових конгресах (Неаполь 2008 р., Тбілісі 2009 р., Львів 2009 р., Тернопіль 2009 р.), та була опублікована у наступних виданнях: [2]-[4].

Таким чином спосіб може бути використаний у практичній охороні здоров'я, чим відповідає критерію "промислове (медичне) застосування".

Список літератури:

1. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж // М.: Медпрактика, 2003.

2. V.P. Kryshen, A.V. Kudryavtsev. V.A. Muschinin, Y.Y. Sheptun The modern management of strangulated inguinal hernia // Materials of 13th annual conference of European society of surgery. Tbilisi. October 27-19, 2009. - p. 44-45.

3. В.П. Кришень, А.В. Кудрявцев. В.А. Мушиним. Ю.Ю. Шептун Лапароскопічна герніоалопластика у лікуванні защемлених пахових гриж // Acta medica leopolensia, 2009, vol. 15, № 3, Львів, 2009. стор. 13-15.

4. V.P. Kryshen, A.V. Kudryavtsev. V.A. Muschinin, Y.Y. Sheptun Laparoscopic hernioalloplasty as method of strangulated inguinal hernia repair: first experience and meta-analysis // European integration for surgical know-how, Naples, November 27-29, p. 41.