



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **99958** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 01639	(72) Винахідник(и): Тодуров Іван Михайлович (UA), Білянський Леонід Семенович (UA), Косюхно Сергій Вікторович (UA), Перехрестенко Олександр Васильович (UA), Калашніков Олександр Олександрович (UA), Плегуца Олександр Іларійович (UA), Потапов Олексій Андрійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 25.02.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.06.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.06.2015, Бюл.№ 12	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ПЛАСТИКИ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

(57) Реферат:

Спосіб виконання пластики пахвинної грижі включає лапароскопічний доступ та преперитонеальну пластику пахвинного каналу за допомогою поліпропіленового протезу, причому інтраопераційно обстежують пахвинний канал з контрлатеральної сторони, і при виявленні дефекту у ньому виконують синхронну преперитонеальну пластику обох пахвинних каналів одним протезом.

UA 99958 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні пахвинної грижі.

Відомий спосіб виконання пластики пахвинної грижі, який включає лапароскопічний доступ та преперитонеальну пластику пахвинного каналу за допомогою поліпропіленового протезу [Andrew N. Kingsnorth, Karl A. LeBlanc. Management of Abdominal Hernias, 4-th edition, Springer Science+Business Media London, 2013. - 277-278 p.].

Недоліком цього способу є велика кількість випадків утворення грижі з контрлатеральної сторони у прооперованих хворих, що можуть стати клінічно значущими у випадку відсутності лікування (28 % протягом 15 місяців).

Задачею корисної моделі є розробка такого способу виконання пластики пахвинної грижі, який за рахунок інтраопераційного виявлення дефекту із контрлатеральної сторони дає можливість виконувати синхронну преперитонеальну пластику обох пахвинних каналів одним протезом і тим самим зменшити кількість випадків утворення грижі із контрлатеральної сторони.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі виконання пластики пахвинної грижі, який включає лапароскопічний доступ та преперитонеальну пластику пахвинного каналу за допомогою поліпропіленового протезу, згідно з корисною моделлю, інтраопераційно обстежують пахвинний канал з контрлатеральної сторони, і при виявленні дефекту у ньому виконують синхронну преперитонеальну пластику обох пахвинних каналів одним протезом.

Виявлення за допомогою інтраопераційної діагностики (що стає можливим під час інсуфляції CO₂ у черевну порожнину) тих пацієнтів, у яких наявний не діагностований клінічно дефект пахвинного каналу із контрлатеральної сторони, і виконання синхронної преперитонеальної пластики обох пахвинних каналів одним протезом дозволяє зменшити кількість випадків утворення грижі у прооперованих пацієнтів із контрлатеральної сторони.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Після обробки операційного поля та створення карбоксиперитонеуму (за допомогою голки Veress або відкрито за допомогою способу Hassen) в черевну порожнину вводять три троакара 5, 10 та 12 мм в типових місцях. Положення хворого на операційному столі на спині з приведеними до тіла руками та в положенні Тренделенбурга (30°), з поворотом операційного столу на 15° в сторону протилежну робочому пахвинному каналу. Потім проводять ревізію пахвинного каналу, який планують протезувати, а також ревізію пахвинного каналу з контрлатеральної сторони. Якщо виявляють прихований дефект пахвинного каналу із контрлатеральної сторони, то виконують розсічення очеревини з обох боків від проекції передніх верхніх остей клубових кісток, що являються маркером в латеральному напрямку, до медіальних пахвинних складок над глибокими пахвинними кільцями у вигляді двох напівовалів з продовженням розрізу догори між медіальними складками та черевною стінкою до 2 см у вигляді ліри. Очеревину тупо відсепаровують вниз до початку гризових мішків. Препаровку тканин в зоні медіального кільця роблять до лобкової кістки в передміхуровій клітковині. При косих пахвинних грижах виділення гризового мішка представляє певні технічні труднощі через наявність досить щільних зрощень листків очеревини з елементами канатика. Під час виділення завжди пильно контролюють цілісність сім'явидних проток і судин канатиків. При прямих грижах, як правило, таких труднощів не відмічається. Виділяють гризові мішки з обох сторін. В деяких випадках гризові мішки відсікають та вилучають з черевної порожнини через 12 мм порт, в інших випадках мішки використовують як пластичний матеріал для відмежування протезу від органів черевної порожнини. Потім вимірюють відстань на передній черевній стінці між передніми верхніми остями клубових кісток, яка являється маркером довжини поліпропіленового протезу. Готують поліпропіленовий протез, наприклад фірми Ethicon вищеописаної довжини, шириною 12 см зі скосом в нижньо-латеральних кутах для здухвинних судин. Протез скручують в "трубочку" та вводять у підготовлений передочеревинний простір через 12 мм або оптичний 10 мм порт. Протез розкручують, розправляють у підготовленому ложі та фіксують до лобкової кістки та передньої черевної стінки за допомогою герніостеплера Ethicon 11 мм, що вводять через 12 мм порт. Протез фіксують з урахуванням критичних трикутників (trigonum doom and trigonum pain) та нижніх епігастральних судин. Розтягнуту поперечну фасцію, при прямих пахвинних грижах, фіксують також до здухвинно-лобкового тракту. Виконують контроль гемостазу. Цілісність очеревини відновлюють шляхом її зашивання ниткою PDS 2\0 або Endo Stitch-ем ниткою Ethibond 2\0. Проводять вилучення троакарів та зашивають місця введення троакарів вузловими швами ниткою Prolen 0. Асептичні пов'язки.

Приклад. Хворий Н., 1965 р.н., історія хвороби № 3602, 2014 рік.

Хворий Н. госпіталізований до клініки з діагнозом: лівобічна пахвинна грижа. Обстежений клінічно, лабораторно та інструментально. Діагноз підтверджено.

Техніка операції. Після обробки операційного поля та створення карбоксиперитонеуму за допомогою голки Veress до 11 мм рт. ст., в типових місцях ввели три троакара 5, 10 та 12 мм. Положення хворого на операційному столі на спині з приведеними до тіла руками та в положенні Тренделенбурга (30°), з поворотом операційного столу на 15° в сторону протилежну

5 робочому пахвинному каналу. При ревізії окрім грижового дефекту в проекції латеральної пахвинної ямки ліворуч з розширеним глибоким пахвинним кільцем (за класифікацією по Nyhus - тип II) також встановлено наявність грижового дефекту в ділянці медіальної пахвинної ямки праворуч (за класифікацією по Nyhus - тип III A). Праворуч та ліворуч розсікли очеревину вище медіальних та латеральних пахвинних ямок до 8 см, від проекції передніх верхніх остей

10 клубових кісток до медіальних пахвинних складок. З преперитонеального простору виділили грижові мішки розмірами 10×6 см ліворуч та 4×6 см праворуч. Розтягнуту поперечну фасцію праворуч фіксували до здухвинно-лобкового тракту герніостеплером Ethicon 11 мм. В преперитонеальний простір ввели поліпропіленовий протез - сітку фірми Ethicon розміром 25×12 см та фіксували вищевказаним герніостеплером. Контроль гемостазу - сухо. Очеревину

15 зашили EndoStitch-ем безперервним швом (Etibond 2-0) з використанням тканини грижових мішків. Троакари вилучили із черевної порожнини, місця введення троакарів зашили вузловими швами ниткою Prolen 0. Пошарові шви на рани. Асептичні пов'язки.

За запропонованим способом прооперовано 10 хворих. Виникнення грижі із контрлатеральної сторони не виявлено. У 2 з 10 хворих оперованих за способом аналогом в

20 післяопераційному періоді з'явилась грижа із контрлатеральної сторони через 9 місяців.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість випадків утворення грижі із контрлатеральної сторони.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб виконання пластики пахвинної грижі, який включає лапароскопічний доступ та преперитонеальну пластику пахвинного каналу за допомогою поліпропіленового протезу, який

25 **відрізняється** тим, що інтраопераційно обстежують пахвинний канал з контрлатеральної сторони, і при виявленні дефекту у ньому виконують синхронну преперитонеальну пластику

30 обох пахвинних каналів одним протезом.