



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46810 (13) U
(51) МПК (2009)
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 ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ ЕНДОВІДЕОГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ТА СТЕГНОВИХ ГРИЖАХ ЗА ДОПОМОГОЮ ІМПЛАНТАТА

1

2

(21) u200906450

(22) 19.06.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) ВОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ ОЛЕГОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики при пахових та стегнових грижах за допомогою імплантата, що передбачає накладання пневмоперитонеуму до 12-14 мм рт. ст., введення параумбілікального троакара та лапароскопа зі скошеною оптикою 30°, а також введення додаткових двох троакарів в обох здухвинних ділянках живота, за допомогою коагуляційного гачка –подібним розтинном ділянці парієтальної очеревини над медіальною та латеральною ямками від передньоверхньої ості клубової кістки до лобкового кісткового сполучення, інвагінацію грижового мішка в черевну порожнину, відділення

його від елементів сім'яного канатика, часткове розсічення в горизонтальному напрямі поліпропіленової сітки, нижній клаптик якої підводять під сім'яний канатик та фіксують дужками за допомогою герніостеплера латеральний край до косих м'язів живота, медіальний до лобкової кістки та куперівської зв'язки, поверх прикріплюють за допомогою герніостеплера ділянку раніше відшарованої парієтальної очеревини, який **відрізняється** тим, що відсікають грижовий мішок таким чином, щоб та його ділянка, яка злучена з елементами сім'яного канатика, залишилась на самому сім'яному канатику, поліпропіленовий імплантат фіксують над залишеною ділянкою грижового мішка із сім'яним канатиком та над ділянками можливого утворення стегової, прямої і косої гриж, поверх прикріплюють ділянку раніше відшарованої парієтальної очеревини та вільну ділянку грижового мішка.

Корисна модель відноситься до хірургії гриж передньої черевної стінки.

За останні роки відзначають широке розповсюдження ендовідеохірургічних методів герніопластики. Серед різних варіантів лапароскопічного лікування паховинних гриж найбільшу популярність набула розроблена J.D. Corbitt методика трансабдомінальної передчеревної грижеластики з імплантацією синтетичного сітчастого протезу. При даному способі фіксують протез таким чином, що він прикриває ділянки можливого утворення косої, прямої, стегової та надміхурової гриж [Corbitt J.D. Trasabdominal preperitoneal herniorrhaphy //Surg. Laparosc. Endosc. - 1994. - Vol. 4. - P.410]. Серед переваг лапароскопічної герніопластики відзначають малу травматичність, швидку соціальну та медичну реабілітацію пацієнтів, можливість поєднання операцій при двобічних грижесіченнях, частота рецидивів нижча ніж при традиційних методах (1,1-2,2%). За деякими прогнозами, лапароскопічна герніопластика, в недалекому майбутньому, буде застосовуватися у 50-70% всіх операцій з приводу паховинних та стегнових гриж [Гюльмамедов Ф.І., Плахотніков І.О., Гю-

льмамедов П.Ф. та ін. Лапароскопічна герніопластика у лікуванні паховинних гриж //Шпитальна хірургія. - 2005. - №1. – С. 175-177].

Вважають, однією із самих поширених та практичних способів лапароскопічної герніопластики - це трансабдомінальну преперитонеальну ендовідеогерніопластику. При даній методиці на першому етапі при пневмоперитонеумі 12-16 мм рт.ст. вводять три троакари: перший - в ділянці пупка, два інших - у правій та лівій здухвинних ділянках. Хворого під час операції переводять в положення Тренделенбурга. Визначають місце знаходження грижового отвору, виконують інвагінацію грижового мішка в черевну порожнину та, при косій грижі, відділяють його від сім'яного канатика, а сам сім'яний канатик мобілізують. Якщо спроба не вдала, то рекомендують відділяти за наступною методикою: з початку виконувати циркулярне відсічення в ділянці грижового утворення з боку черевної порожнини, а потім грижовий мішок видаляти через невеликий розріз на калитці [Юрасов А.В. Кулик Я.П., Хижняк А.Ю. и др. Результаты лапароскопической герниопластики //Анналы хірургии. - 2001. - №2. - С. 33-38].

(19) UA (11) 46810 (13) U

На другому етапі, за допомогою коагуляційного гачка Г-подібним розтином відділяють парієнтальну очеревину над медіальною та латеральною ямками від передньоверхньої ості клубової кістки до лобкового кісткового сполучення.

На третьому етапі поліпропіленову сітку частково розсікають в горизонтальному напрямі, нижній клаптик якої підводять під сім'яний канатик та фіксують дужками за допомогою герніостеплера латеральний край до косих м'язів живота, медіальний - до лобкової кістки та куперівської зв'язки. Потім поліпропіленовий протез прикривають ділянкою, раніше відшарованою, парієнтальної очеревини [Рутенборг Г.М., Самойлов А.В. Протезирующая герниопластика паховых грыж //Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 6. - С. 3-7].

Основними недоліками вищевказаного способу є те, що за їх же даними, відділення грижового мішка від сім'яного канатика та мобілізація його супроводжується розвитком до 3,5% ускладнень: гематоми та сероми калитки, орхоепідіміти, орхіти, фунікуліти, кровотечі, а в деяких випадках, мало місце пошкодження і навіть, пересічення самого сім'яного канатика [Юрасов А.В. Кулик Я.П., Хижняк А.Ю. и др. Результаты лапароскопической герниопластики //Анналы хирургии. - 2001. - №2. - С. 33-38].

В основу корисної моделі "Спосіб трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики при пахових та стегнових грижах за допомогою імплантата" поставлено завдання уникнути вищевказаних ускладнень при надійній фіксації протезу. Це досягається тим, що грижовий мішок відсікають таким чином, щоб та його ділянка, яка злучена з елементами сім'яного канатика, залишилась на самому сім'яному канатику, поліпропіленовий імплантат не розсікають для розміщення в ньому сім'яного канатика, а фіксують над залишеною ділянкою грижового мішка зі сім'яним канатиком та над ділянками можливого утворення стегової, прямої і косої гриж.

Спосіб здійснюється таким чином. Накладають пневмоперитонеуму до 12-14мм рт.ст., вводять

параумбілікальний троакар та лапароскоп зі скошеною оптикою 30° в черевну порожнину, вводять додаткових два троакара в здухвинні ділянки живота, за допомогою коагуляційного гачка Г-подібним розтином відділяють парієнтальну очеревину над медіальною та латеральною ямками від передньоверхньої ості клубової кістки до лобкового кісткового сполучення, грижовий мішок інвагінують черевну порожнину та відсікають таким чином, щоб та його ділянка, яка злучена з елементами сім'яного канатика, залишилась на самому сім'яному канатику, поліпропіленовий імплантат фіксують над залишеною ділянкою грижового мішка зі сім'яним канатиком та над ділянками можливого утворення стегової, прямої і косої гриж, поверх прикріплюють за допомогою герніостеплера ділянку, раніше відшарованої, парієнтальної очеревини та вільну ділянку грижового мішка.

Приклад.

Історія хвороби №1207. Хворий Ж., 60р., діагноз: Лівобічна вправима пахвинна коса грижа. Поступив 11.03.2008 на оперативне лікування в плановому порядку. 12.03.2008 хворому була виконана трансабдомінальна преперитонеальна ендовідеогерніопластика лівобічної пахвинної косої грижі за нашою методикою. 15.03.2008 хворий виписаний із стаціонару.

В післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось. Хворий, на даний час, знаходиться на диспансерному обліку за місцем проживання, рецидиву захворювання не спостерігається.

Експериментально-клінічне впровадження даного методу проведено на базі хірургічного відділення обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни м. Вінниці на 22 хворих. Безпосередні та віддалені результати оцінені за шкалою Visick як добрі та відмінні. В одного хворого спостерігали тимчасові парестезії в ділянці передньої поверхні стегна.

Таким чином, нами запропонований спосіб який, на нашу думку, дає змогу скоротити час оперативного втручання та уникнути травматизації елементів сім'яного канатика.