



МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **123905** (13) **U**  
(51) МПК (2018.01)  
**A61B 17/00**

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2017 10016</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>17.10.2017</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>12.03.2018</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>12.03.2018, Бюл.№ 5</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Юффе Олександр Юлійович (UA), Стеценко Олександр Павлович (UA), Тарасюк Тетяна Василівна (UA), Цюра Юрій Петрович (UA), Омельченко Анастасія Віталіївна (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA)</b></p>
---	---

**(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОАЛОПЛАСТИКИ У ФУТБОЛІСТІВ ПРИ СПОРТИВНІЙ ГРИЖІ**

**(57) Реферат:**

Спосіб лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі включає проведення лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики. Сітчастий протез імплантують інтраперитонеально з попереднім субдермальним ушиванням внутрішнього пахового кільця.

**UA 123905 U**

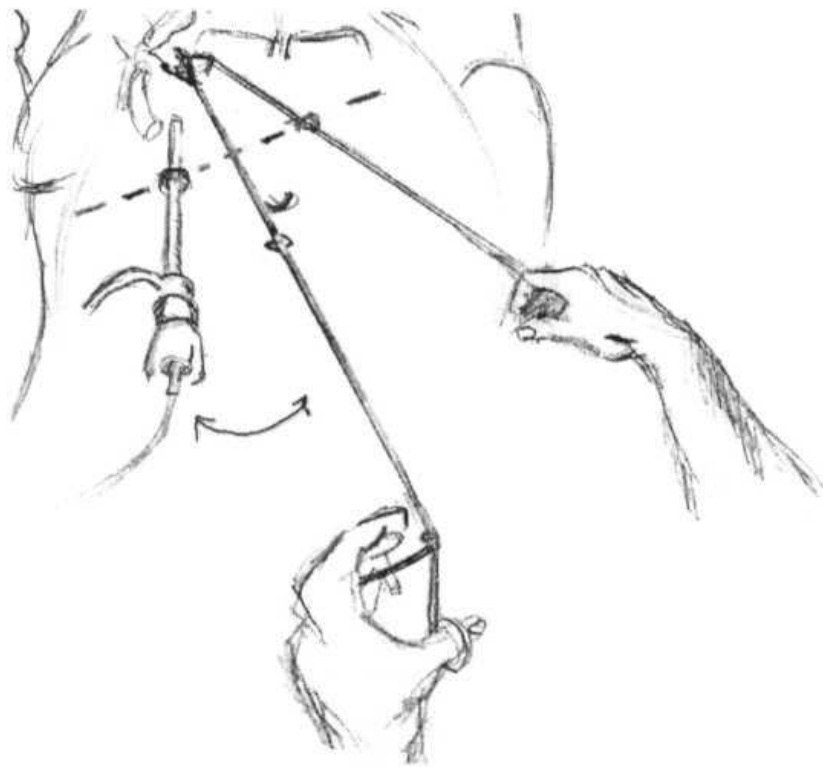


Fig. 1

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для лікування спортивної грижі у футболістів.

Відомим способом лікування спортивної грижі у футболістів є лапароскопічна трансабдомінальна (інтраабдомінальна) передочеревинна герніопластика TAPP - transabdominal preperitoneal hernioplasty, який здійснюють шляхом використання відеолапароскопічної техніки, що дозволяє якісно візуалізувати пахову ділянку, а саме - зону внутрішнього пахового кільця та задню стінку пахової ямки, що є надзвичайно важливими при наявності спортивної грижі у футболістів. Також, в свою чергу, лапароскопічна методика дозволяє одночасно оцінити іншу пахову ямку з метою виявлення безсимптомного дефекту та запобігти непотрібному обстеженню та наступній операції на протилежному боці в майбутньому (1).

Цей спосіб вибраний як найближчий аналог, який виконують наступним чином: під загальним знеболенням проводять поздовжній розріз шкіри до 1 см над пупком, по серединній в черевну порожнину вводять голку Вереша для інсуфляції CO<sub>2</sub>. Після формування карбоксиперитонеуму з внутрішньоочеревинним тиском до 12 мм рт.ст. через даний доступ вводять 10 мм троакар для відеокамери. Після введення оптики проводять ревізію черевної порожнини, огляд обох пахових ямок. Далі в здухвинній ділянці на стороні дефекту вводять 5 мм троакар. На тому ж рівні з протилежного боку вводять 10 мм чи 12 мм троакар (перевага 12 мм троакару обумовлена необхідністю безпечного та легкого введення сітчастого імплантату в черевну порожнину). Виконують дугоподібний розріз парієтального листка очеревини в медіальному та латеральному напрямках над верхнім краєм грижових воріт. Клапоть очеревини разом з грижовим мішком тупим та гострим шляхом атравматично відділяють від підлеглих анатомічних структур та поперечної фасції, що відкриває доступ до латеральної та медіальної пахових ямок. Після цього виконують підготовку (розмітка та орієнтація) сітчастого алотрансплантату та введення його в черевну порожнину, фіксація верхнього та бокового краю сітки герніостеплером по периметру до черевної стінки. Заключним етапом хірургічного втручання є відновлення парієтальної очеревини для повної ізоляції алотрансплантату від вільної черевної порожнини. Цей спосіб дозволяє зменшити інтенсивність болю в ранньому післяопераційному періоді та знизити ризик виникнення хронічного післяопераційного болю в порівнянні з відкритими методиками, скоротити терміни післяопераційної реабілітації, пришвидшити повернення до повної фізичної активності та активних занять спортом в коротші терміни на відміну від відкритих методик. Але його недоліками є доволі високий ризик пошкодження судинних та нервових структур, стінки сечового міхура, елементів сім'яного канатика. Це зумовлює необхідність досконалого знання ендоскопічної анатомії пахової ділянки та бездоганних навичок лапароскопічної хірургії, що зумовлює необхідність навчання даній методиці в спеціалізованих центрах. Спосіб не враховує анатомічні особливості пахової ділянки у футболістів, не здійснюється ушивання внутрішнього пахового кільця. Використання для фіксації металевих скобок спричиняє більш інтенсивний больовий синдром в післяопераційному періоді та подовжує час професійної реабілітації після хірургічного лікування у футболістів.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі шляхом здійснення герніоалопластики інтраперитонеально, а саме імплантуванням сітчастого протезу з попереднім ушиванням внутрішнього пахового кільця, що забезпечує безпечне та надійне закриття дефекту пахової ямки у футболістів, з швидким поверненням їх до активних занять спортом та є доступним, технічно простим, малотравматичним способом хірургічного втручання.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі включає проведення лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики, згідно з корисною моделлю, імплантують сітчастий протез інтраперитонеально з попереднім субдермальним ушиванням внутрішнього пахового кільця.

Суть корисної моделі пояснюють зображення, де на Фіг. 1 показано точки встановлення портів при лапароскопічній методиці лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики, на Фіг. 2 зображено етапи субдермального ушивання внутрішнього пахового кільця за допомогою нитки Prolen 2-0 (Ethicon, Німеччина), на Фіг. 3 показано фіксацію композитного сітчастого протеза за допомогою герніостеплера Absorbotack (Covidien, США), де

- 1 - композитний сітчастий протез,
- 2 - фіксаційні скоби з матеріалу, що розсмоктується,
- 3 - герніостеплер Absorbotack (Covidien, США),
- 4 - місця проколу голки,
- 5 - нитка Prolen 2-0.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Під загальним знеболенням за допомогою голки Вереша накладають карбоксиперитонеум. Після введення порту 10 мм (KarlStorz, Німеччина) над пупком проводять ревізію черевної порожнини, додатково вводять два троакари (5 та 12 мм KarlStorz, Німеччина) в лівій та правій здухвинних ділянках (Фіг. 1). Цим досягають візуалізацію анатомічних структур обох пахових ямок, виконують субдермальне ушивання розширеного внутрішнього пахового кільця (4) за допомогою нитки Prolen 2-0 (Ethicon, Німеччина) (5). Після цього в паховій ямці проводять імплантацію синтетичного композитного сітчастого протеза Proceed (1) без розсічення очеревини в зоні пахових ямок та фіксацію її до окістя бугорка лобкової кістки за допомогою герніостеплера Absorbotack (Covidien, США) (3), в якому застосовують фіксаційні скобки із матеріалу, що розсмоктується.

Конкретний приклад виконання

Хворий Н., № 118/267, був госпіталізований в хірургічне відділення КМКЛ № 3 з діагнозом: Двобічна спортивна грижа. На основі скарг, анамнезу захворювання та життя, даних клінічного огляду та результатів інструментальних досліджень показано проведення планового хірургічного лікування. Було проведено хірургічне втручання, згідно із запропонованим способом. В ранньому післяопераційному періоді не відмічав болю вище 5 (за шкалою VAS). Повернувся до тренувань через 1 місяць, продовжив професійну кар'єру футболіста.

Таким чином, можна виділити переваги способу лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі над найближчим аналогом.

Завдяки способу, що заявляється, є можливість забезпечити значну малотравматичність втручання, скорочення часу оперативного втручання, покращити якість життя хворого у післяопераційному періоді за рахунок скорочення термінів професійної реабілітації футболіста, зменшити інтенсивність больового синдрому за рахунок фіксації сітки за допомогою герніостеплера з розсмоктуючим матеріалом та запобігти можливих ускладнень під час операції. Спосіб простий та доступний у навчанні.

Спосіб був апробований на базі кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати його для широкого впровадження в медицину.

Джерела інформації:

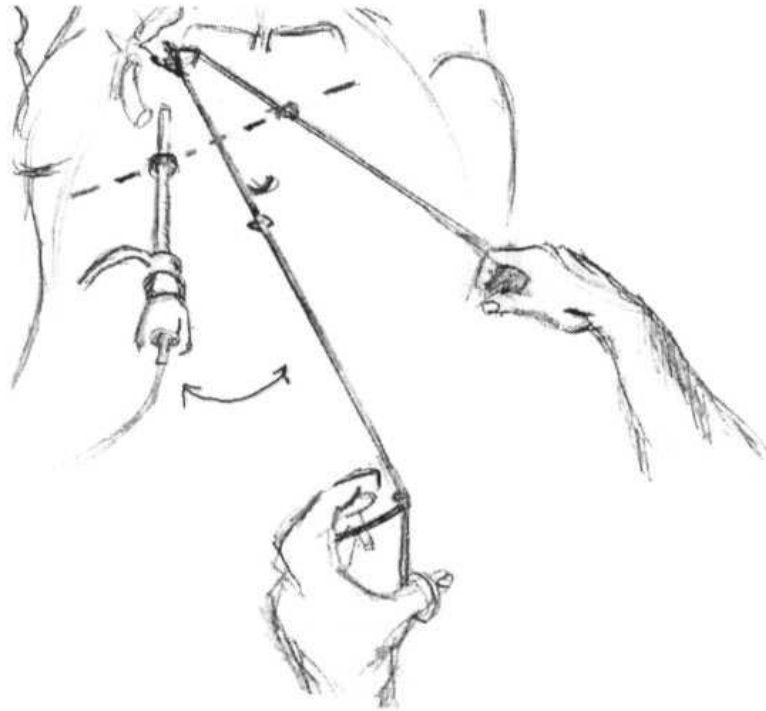
1. Transabdominal preperitoneal laparoscopic approach for the treatment of sportsman's hernia // Ziprin P., Prabhudesai S.G, Abrahams S., Chadwick S.J.//J LaparoendoscAdvSurgTech (2008) 18:669-672.

2. Guidelines for laparoscopic (TAPP) andendoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)]// Bittner R., Arregui M.E., BisgaardT. etal.//SurgEndosc (2011) 25:2773.

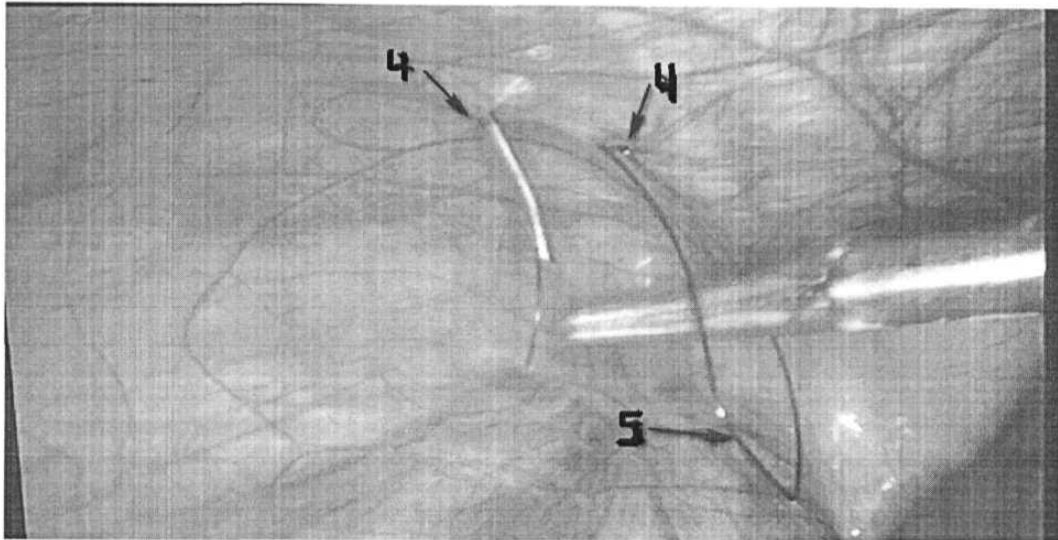
3. Лапароскопическая интраабдоминальная герниопластика как операция выбора при лечении паховой грыжи / А.Ю. Иоффе, А.В. Васильев // Клінічна хірургія. - 2012. - № 1. - С. 26-29.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

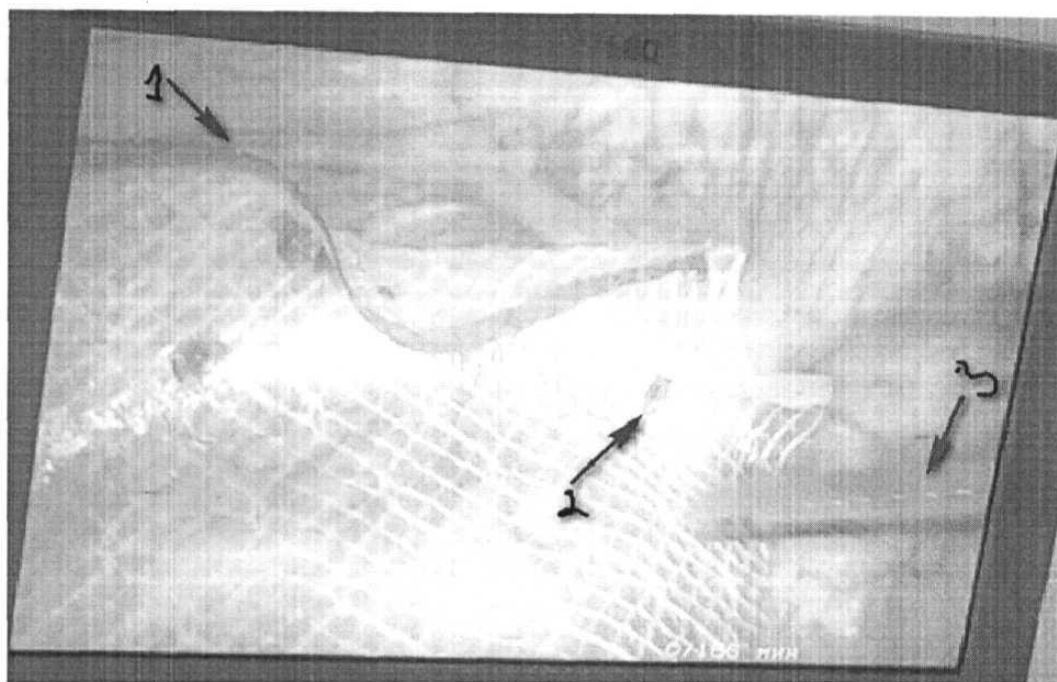
Спосіб лапароскопічної герніоалопластики у футболістів при спортивній грижі, що включає проведення лапароскопічної інтраабдомінальної герніоалопластики, який **відрізняється** тим, що сітчастий протез імплантують інтраперитонеально з попереднім субдермальним ушиванням внутрішнього пахового кільця.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фіг. 3

---

Комп'ютерна верстка О. Гергіль

---

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601