



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16687 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

1

2

(21) u200602421

(22) 06.03.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Кнут Руслан Петрович, Волянчук Петро Михайлович, Сидорчук Руслан Ігорович

(73) Кнут Руслан Петрович, Волянчук Петро Михайлович, Сидорчук Руслан Ігорович

(57) Спосіб пластики пахвинної грижі за допомогою алотрансплантата, у якому фіксація алотранспла-

нтата досягається за рахунок розташування останнього навколо сім'яного канатика між м'язами живота (внутрішнім косим та поперечним) та апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, в якому зміщення алотрансплантата попереджується за допомогою чотирьох вузлових швів, накладених монофіламентним шовним матеріалом, що розсмоктується, по краях алотрансплантата.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме клінічної хірургії і може бути використана для лікування пахвинних гриж.

Не дивлячись на успіхи в лікуванні гриж передньої черевної стінки і використання нових, більш ефективних методик та алотрансплантатів відсоток розвитку післяопераційних ускладнень у таких хворих досі залишається високим.

За прототип прийнято спосіб пластики пахвинної грижі за методикою Liechtenstein [Jaimie D. Nathan, MD, Theodore N. Papas, MD Inguinal hernia an old condition with new solutions //Annals of surgery. - 2003. - №65, том 238. -С.148-157.], в якому пластику пахвинної грижі здійснюють із застосуванням алотрансплантату, шляхом підшивання неперервним швом якого до Пупартової зв'язки та апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, зміцнюють задню стінку пахвинного каналу.

Недоліком найближчого аналогу є те, що в післяопераційному періоді у таких хворих тривалий час виникає відчуття "пахвинного" болю та стороннього тіла.

В основу корисної моделі покладене завдання розробити спосіб пластики пахвинної грижі, при якому досягається ефективна фіксація алотрансплантату та відсутні післяопераційні ускладнення.

Поставлене завдання вирішується тим, що у запропонованому способі пластики пахвинної грижі фіксація алотрансплантата досягається за ра-

хунок розташування останнього навколо сім'яного канатика між м'язами живота (внутрішнім косим та поперечним) та апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, в якому зміщення алотрансплантата попереджується за допомогою чотирьох вузлових швів, накладених монофіламентним шовним матеріалом, що розсмоктується, по краях алотрансплантату.

Спільними ознаками корисної моделі та найближчого аналогу є пластика пахвинної грижі за допомогою алотрансплантату.

Корисна модель відрізняється від найближчого аналогу тим, що:

Фіксація алотрансплантату досягається за рахунок розташування останнього між м'язами живота (внутрішнім косим та поперечним) та апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, в якому зміщення алотрансплантата попереджується за допомогою чотирьох вузлових швів, накладених монофіламентним шовним матеріалом, що розсмоктується, по краях алотрансплантату.

Технічний результат, який досягається при здійсненні корисної моделі, полягає у тому, що застосування запропонованої корисної моделі дозволить вірогідно підвищити ефективність пластики пахвинної грижі за допомогою алотрансплантатів, покращити перебіг раннього та пізнього післяопераційного періоду та попередити виникнення у таких хворих відчуття "пахвинного" болю та стороннього тіла в післяопераційному періоді.

(13) U
(11) 16687
(19) UA

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ефективності
пластики пахвинної грижі відомим та запропонованим способом

Прототип	Кількість пацієнтів	Тривалість болю після операції (днів)	Відчуття стороннього тіла (днів)	Тривалість післяопераційного періоду (днів)	Розвиток ускладнень
Пластика пахвинної грижі за Ліхтенштейном (прототип)	9	5,12±2,30	45,64±4,17	7,53±1,07	2 (22%)
Запропонований метод	17	3,01±1,22	21,79±2,63	5,32±2,52	1 (5,9%)

Клінічний приклад:

Хворий В. 1974 року народження, історія хвороби №37 поступив в стаціонар 10.01.2006р. зі скаргами на наявність грижового випинання у правій пахвинній ділянці. Хворіє впродовж 3 років, коли вперше після важкого фізичного навантаження з'явилося грижове випинання в правій пахвинній ділянці, яке з часом збільшувалося в розмірах. Об'єктивно при поступленні: у правій пахвинній ділянці наявне грижове випинання розмірами 5х6см не болюче, рухоме, шкіра над ним не змінена, вміст вільно вправляється в черевну порожнину, симптом кашльового поштовху позитивний. Було виставлено діагноз: правобічна вправима пахвинна грижа. Виконана радикальна операція грижі. Після виділення грижового мішка останній вправлено в черевну порожнину. Виконано пластику глибокого пахвинного кільця. Сітчастий протез розміщено на задній стінці пахвинного каналу навколо сім'яного канатика. Після адаптування отвору протезу для сім'яного канатика за допомогою проленових швів сітка фіксована за допомогою чотирьох вузлових швів з моно-філаментного шовного матеріалу, що розсмоктується (монокрил), розташованих по краях протезу. Ушито апоневроз зовнішнього косого м'яза живота з виведенням сім'яного канатика в підшкірну жирову клітковину. Рана ушита пошарово. Післяопераційний період протікав без ускладнень, шви знято на

7 добу.

Хворий З. 1972 року народження, історія хвороби №117 поступив в стаціонар 28.01.2006р. зі скаргами на наявність грижового випинання в лівій пахвинній ділянці. Хворіє протягом 1 року, коли після фізичного навантаження з'явилося грижове випинання в лівій здухвинній ділянці. Об'єктивно при поступленні: у лівій пахвинній ділянці наявне грижове випинання розмірами 10х6см не болюче, рухоме шкіра над ним не змінена, вміст вільно вправляється в черевну порожнину, симптом кашльового поштовху позитивний. Було виставлено діагноз: лівобічна вправима пахвинна грижа. Виконана радикальна операція грижі. Після виділення та розсічення грижового мішка вміст останнього вправлено в черевну порожнину. Грижовий мішок перев'язано та відсічено. Виконано пластику глибокого пахвинного кільця. Сітчастий протез розміщено на задній стінці пахвинного каналу навколо сім'яного канатика. Після адаптування отвору протезу для сім'яного канатика за допомогою проленових швів сітка фіксована за допомогою чотирьох вузлових швів з монофіламентного шовного матеріалу, що розсмоктується (монокрил), розташованих по краях протезу. Ушито апоневроз зовнішнього косого м'яза живота з виведенням сім'яного канатика в підшкірну жирову клітковину. Рана ушита пошарово. Післяопераційний період протікав без ускладнень, шви знято на 7 добу.