



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **20079** (13) **U**
(51) **МПК (2006)**
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕЦИДИВНИМИ ТА РЕЦИДИВУЮЧИМИ ПАХВИННИМИ ГРИЖАМИ ПІСЛЯ ВИКОНАНОЇ РАНІШЕ ГРИЖОПЛАСТИКИ ПО ПОСТЕМПСЬКОМУ**

1

2

(21) u200606937

(22) 21.06.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Бежевець Михайло Олексійович, Гибало Ростислав Віталійович, Кудінов Георгій Валерійович, Трофімчук Павло Петрович, Андрієнко Микола Миколайович

(73) Бежевець Михайло Олексійович, Гибало Ростислав Віталійович, Кудінов Георгій Валерійович, Трофімчук Павло Петрович, Андрієнко Микола Миколайович

(57) Спосіб лікування хворих з рецидивними та рецидивуючими пахвинними грижами після вико-

наної раніше грижопластики по Постемпському, що включає пошировий розтин тканин, виділення та видалення грижового міхура, пластику задньої стінки пахвинного каналу аутоканинами та апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, який **відрізняється** тим, що до сшивання апоневрозу задню стінку пахвинного каналу зміцнюють алотрансплантатом, який пришивають до окістя лобкового горбика, пахової зв'язки та внутрішнього косого м'яза живота, а апоневроз зовнішнього косого м'яза живота зшивають над алотрансплантатом без натягу стик в стик.

Корисна модель має відношення до медицини, а саме до хірургії, може бути використана при лікуванні хворих з рецидивними та рецидивуючими пахвинними грижами після виконаної раніше грижопластики по Постемпському, який є аналогом є спосіб лікування хворих з рецидивними та рецидивуючими пахвинними грижами по Постемпському, що включає пошировий розтин тканин, виділення та видалення грижового міхура, пластику задньої стінки пахвинного каналу аутоканинами та апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, який відрізняється тим, що до зшивання апоневрозу задню стінку пахвинного каналу зміцнюють алотрансплантатом який пришивають до окістя лобкового горбика, пахової зв'язки та внутрішнього косого м'яза живота, а апоневроз зовнішнього косого м'яза живота зшивають над алотрансплантатом без натягу стик в стик [1].

Недоліком цього способу є велика кількість (9,7%) рецидивів; складність виконання його при рецидивних та рецидивуючих пахвинних грижах, якщо у цих хворих раніше виконувалася пластика задньої стінки пахового каналу, що проявляється в дефіциті незмінених лоскутів апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота та необхідності додаткової мобілізації медіального листка апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота з виконанням

додаткових „послабляючих” розрізів переднього листка піхв прямих м'язів живота (додаткова інтраопераційна травма та збільшення часу операції).

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лікування хворих з рецидивними та рецидивуючими пахвинними грижами, яким раніше виконувалася пластика задньої стінки пахвинного каналу по Постемпському, у якому шляхом додаткового використання алотрансплантату досягається зменшення тривалості операції, інтраопераційної травми, зменшення кількості рецидивів та післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що запропонований спосіб лікування хворих з рецидивними та рецидивуючими пахвинними грижами після виконаної раніше грижопластики по Постемпському, що включає пошировий розтин тканин, виділення та видалення грижового міхура, пластику задньої стінки пахвинного каналу аутоканинами та апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, у якому, згідно з корисною моделлю до сшивання апоневрозу задню стінку пахвинного каналу зміцнюють алотрансплантатом який пришивають до окістя лобкового горбика, пахової зв'язки та внутрішнього косого м'яза живота, а апоневроз зовнішнього косого м'яза живота зшивають над алотрансплантатом без натягу стик в

(13) **U**(11) **20079**(19) **UA**

стик.

Виконання запропонованого способу алопластики дозволило зменшити тривалість операції, інтраопераційну травму, зменшити кількість післяопераційних ускладнень (гематом та сером післяопераційної рани), запобігти рецидиву.

Спосіб виконується наступним чином: двома окаймлюючими розрізами висікається старий післяопераційний рубець з висіченням рубцово-зміненої підшкірно-жировою клітковиною, сім'яний канатик виділяється з рубцово-зміненої підшкірно-жирової клітковини з її частковим висіченням та береться на „трималку". Частково висікається рубцово-змінена дубліката апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота. Латеральний та медіальний лоскути апоневрозу мобілізуються. Гризовий мішок виділяється, розкривається, ревізується та видаляється. Усунення гризового дефекту проводиться фіксацією алотрансплантату до окістя лобкового бугорка, пахової зв'язки, внутрішнього косоного м'язу живота. У вікно сітки проводиться сім'яний канатик та за ним краї сітки зшиваються. Після ретельного гемостазу лоскути апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота зшиваються край в край вузловими швами до сім'яного канатика вище та нижче останнього з дотриманням фізіологічних розмірів внутрішнього пахового кільця. Сім'яний канатик вкладається на зшитий апоневроз. Підшкірно-жирова клітковина ушивається над канатиком вузловими швами. Шов шкіри.

Приклад. Хворий К, 1948р. народження, госпіталізований до клініки 24.12.2003р. зі скаргами на наявність гризового випинання в правій пахвинній ділянці, помірний біль при фізичному навантаженні в цій ділянці. Після обстеження встановлено діагноз: правобічна рецидивна заправна пахвинна грижа. 25.12.2003р. хворому виконано операцію: алопластика задньої черевної стінки правого пахового каналу по запропонованому нами способу. З протоколу операції: „в правій пахвинній ділянці висічено старий післяопераційний рубець. Розсічено підшкірну жирову клітковину та апоневроз

зовнішнього косоного м'язу живота, що рубцово змінені. Мобілізовано сім'яний канатик, взято на „трималку". Медіальне від сім'яного канатика знаходиться гризовий мішок, куполоподібної форми, розмірами 5 х 4 х 3см. Гризовий мішок виділено, розкрито, проведено ревізія, прошито, видалено, куску занурено у черевну порожнину. Виконано пластику задньої стінки по запропонованому нами способу з використанням алотрансплантату, що встановлено підапоневротично, та з зшиванням лоскутів апоневрозу стик в стик над алотрансплантатом без натягу. Гемостаз по ходу операції - сухо. Рахунок сторонніх тіл. Пошаровий шов рани. Асептична наклейка."

Після операції наступило одужання - гризове вип'ячування ліквідовано, болі в правій пахвинній ділянці не турбують. Гладкий післяопераційний перебіг. На п'яту добу після операції хворого випускано під нагляд лікаря - хірурга поліклініки. Під час спостереження на протязі року рецидиву не виявлено.

З приводу рецидивних та рецидивуючих пахвинних гриж після виконаної раніше грижепластики по Постемпському прооперований 41 хворий з використанням запропонованого способу. Після операційних ускладнень не було.

З 41 хворого, прооперованого за способом найближчого аналога у 4 (9,7%) виник рецидив (проведено повторне оперативне лікування), у 2 мала місце гематома післяопераційної рани, у 2 - серома післяопераційної рани, які не потребували повторного оперативного втручання.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволило зменшити тривалість операції, інтраопераційну травму, зменшило кількість рецидивів та післяопераційних ускладнень у порівнянні з способом найближчого аналога.

Джерела інформації.

1. Хирургия грыж живота и эвентраций /В.В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. - Симферополь: Бизнес - Информ. - 2002. - 440с. - Найближчий аналог.