



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56940

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ

1

2

(21) 2002129694

(22) 04 12 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Дзюбановський Ігор Якович, П'ятночка Володимир Іванович

(73) Дзюбановський Ігор Якович, П'ятночка Володимир Іванович

(57) Спосіб хірургічного лікування пахових гриж, що включає поширене розсічення тканин в ділянці грижі, виділення грижового мішка, його ревізію,

прошивання його біля основи і висічення, фіксування сітчастого алотрансплантата, зшивання апоневрозу, зашивання рани і накладання асептичної пов'язки, який відрізняється тим, що спочатку грижовий дефект закривають власними тканинами шляхом зшивання апоневрозу зовнішнього косого м'яза, поперечного і внутрішнього косого м'яза з паховою зв'язкою, а потім фіксують з натягом сітчастий алотрансплантат під сім'яним канатиком до апоневрозу по лінії швів

Спосіб відноситься до медицини, зокрема хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування пахових гриж.

За прототип прийнято спосіб хірургічного лікування пахових гриж, який включає розсічення шкіри з підшкірно-клітковиною до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, розсічення останнього паралельно паховій зв'язці, розсічення оболонки сім'яного канатика і виділення грижового мішка. Після цього проводять ревізію вмісту грижового мішка, нутрощі вправляють в черевну порожнину, а грижовий мішок біля основи прошивають і відсікають. До пахової зв'язки, з одного боку та до внутрішнього косого та поперечного м'яза з іншого, фіксують сітчастий алотрансплантат, в якому формують вікно для виходу сім'яного канатика і кінці якого зшивають між собою. Над алотрансплантатом зшивають апоневроз зовнішнього косого м'яза окремими вузловими швами, накладають шви на рану і асептичну пов'язку (Lichtenshtein IL, Shulman AG, Amid RK The tension free hernioplasty Am J Surg 157 188, 1989).

Недоліком відомого способу є те, що сітчастий алотрансплантат фіксують без натягу до країв грижового дефекту під апоневрозом, внаслідок чого є небезпека зміщення сітки, травматизації сім'яного канатика при зміні внутрішньочеревного тиску, її гофрування з утворенням підапоневротичних порожнин, сером та гематом у 2,5 - 4,0% прооперованих хворих.

В основу винаходу поставлено завдання ство-

рити такий спосіб хірургічного лікування пахових гриж, у якому шляхом попереднього закриття грижового дефекту власними тканинами і розміщення алотрансплантата поверх апоневрозу досягається щільне співставлення зшитих між собою тканин та алотрансплантата чим запобігається виникнення вищеназваних ускладнень.

Поставлене завдання вирішують тим, що запропоновано спосіб хірургічного лікування пахових гриж, який включає поширене розсічення тканин в ділянці грижі, виділення грижового мішка, його ревізію, прошивання його біля основи і висічення, фіксування сітчастого алотрансплантату, зшивання апоневрозу, зашивання рани і накладання асептичної пов'язки, у якому, згідно з винаходом, спочатку грижовий дефект закривають власними тканинами шляхом зшивання апоневрозу зовнішнього косого м'яза, поперечного і внутрішнього косого м'яза з паховою зв'язкою, а потім фіксують з натягом сітчастий алотрансплантат під сім'яним канатиком до апоневрозу по лінії швів.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином після видалення грижового мішка верхній край апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота та нижній край внутрішнього косого м'яза живота зшивають вузловими швами з паховою зв'язкою, тим самим закривають грижовий дефект, поверх сформованого апоневрозу щільно фіксують алотрансплантат перекриваючи лінію швів на 2 - 3см під сім'яним канатиком.

Приклад 1. Хворий Н., 62 роки, хворіє на пахо-

(13) A

(11) 56940

(19) UA

ву грижу близько 15 років. У хворого діагностовано правобічну набуту вправимо косу пахвинно-капіткову килу. Супутня патологія - ішемічна хвороба серця, кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II ст., недостатність кровообігу I ст.

При огляді правої пахової ділянки виявлене випинання м'яко-еластичної консистенції, 15 x 6 см, вільно вправляється в черевну порожнину, не болюче. Зовнішній отвір пахового каналу діаметром близько 3 см. Перкуторно над випинанням - тимпаніт, при аускультативі вислуховуються перистальтичні шуми. Визначається позитивний симптом кашльового поштовху.

Під час операції розсічено шкіру та підшкірною жировою клітковиною до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Виділили зовнішнє пахове кільце. Паралельно паховій зв'язці розсічено апоневроз зовнішнього косого м'яза живота. Розсічено оболонки сім'яного канатика і виділено гризовий мішок. Вміст останнього - петля тонкого кишківника - вправлено в черевну порожнину. Гризовий мішок біля шийки прошили, перев'язали і відікли. Окремими вузловими швами відновили цілісність оболонок сім'яного канатика. Останній взяли на трималку. Закриття гризового дефекту виконали окремими вузловими швами зшиваючи між собою верхній край апоневрозу зовнішнього косого м'яза, внутрішній косий та поперечний м'язи з паховою зв'язкою, перемістивши сім'яний канатик під шкіру за методикою Постемпського.

Алотрансплантат розмірами 8 x 5 см із закругленими краями фіксували до окістя лонної кістки, апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота та нижнього краю пахової зв'язки окремими вузловими швами, відступивши від лінії швів на власних тканинах на 2 см по периметру. Латеральний відрізок сітки розсікали посередині до місця виходу сім'яного канатика з-під апоневрозу, що відповідає проекції внутрішнього пахового кільця, яке моделювали двома півовальними розрізами на сітці. Обидва розсічені клапти сітки фіксували в латеральному напрямку до апоневротичної пластинки. Окремими вузловими швами зшивали між собою медіальні краї розсічених клаптів сітки. Змодельоване кільце на сітці в ділянці виходу сім'яного канатика з-під апоневрозу фіксували окремими вузловими швами до апоневрозу. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

Поопераційний період протікав без ускладнень. В задовільному стані хворий виписаний додому на 2 добу після операції. Хворий фізично працює з 2-х тижнів поопераційного періоду. Спостерігається хірургом 2 роки - рецидиву грижі, болювих відчуттів, дискомфорту - не відмічено.

Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування пахових гриж попереджує виникнення в ранньому поопераційному періоді гематом, сером, що реалізується раннім відновленням фізичної активності пацієнтів, зниженням небезпеки інфекційних ускладнень та рецидивів гриж.