



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59574 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ ЖИВОТА ПРИ ПОВНОМУ АБО ЧАСТКОВОМУ РУЙНУВАННІ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ

1

2

(21) u201011737

(22) 04.10.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) ГРИВЕНКО СЕРГІЙ ГЕННАДІЙОВИЧ, ГРИВЕНКО ІРИНА СЕРГІЇВНА

(73) ГРИВЕНКО СЕРГІЙ ГЕННАДІЙОВИЧ, ГРИВЕНКО ІРИНА СЕРГІЇВНА

(57) 1. Спосіб комбінованої герніопластики пахових гриж живота при повному або частковому руйнуванні передньої стінки пахового каналу, що включає закриття грижового дефекту за допомогою

поліпропіленового трансплантата, який **відрізняється** тим, що створюють нове ложе для сім'яного канатика.2. Спосіб комбінованої герніопластики пахових гриж живота при повному або частковому руйнуванні передньої стінки пахового каналу за п. 1, який **відрізняється** тим, що нове ложе для сім'яного канатика утворюють шляхом фіксації вузловими швами залишків апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота до пупартової зв'язки під елементами сім'яного канатика.

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування пахових гриж живота.

Як прототип вибраний спосіб комбінованої герніопластики пахових гриж живота при повному або частковому руйнуванні передньої стінки пахового каналу [Шалашов С. В., Куликов Л. К., Михайлов А. Л., Буслаев О. А., Егоров И. А. Выбор способа пластики при паховых грыжах //Сибирский медицинский журнал. - 2008. - №6. - С.96-98.], який полягає у закритті грижового дефекту за допомогою поліпропіленового трансплантата при герніопластичі значних по розмірах пахових гриж у випадках, коли має місце повна або часткова руйнація передньої стінки пахового каналу.

Недоліками відомого способу є характер фіксації нижнього краю поліпропіленового трансплантату, який передбачає часткову участь поліпропіленового трансплантату в утворенні передньої стінки пахового каналу, що сприяє контакту поліпропіленового трансплантату з підшкірно-жировою клітковиною і призводить до ускладнень зі сторони рани (сероми, ліполіз).

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу комбінованої герніопластики пахових гриж живота при повній або частковій руйнації передньої стінки пахового каналу шляхом зміни техніки оперативного втручання, що сприяє його ефективності та запобігає виникненню післяопераційних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі комбінованої герніопластики пахових гриж живота при повному або частковому руйнуванні передньої стінки пахового каналу, який включає закриття грижового дефекту за допомогою поліпропіленового трансплантата, шляхом фіксації вузловими швами залишків апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота до пупартової зв'язки під елементами сім'яного канатика створюють нове ложе для сім'яного канатика.

Ознаками, які співпадають з суттєвими ознаками моделі, що заявляється, є: закриття грижового дефекту за допомогою поліпропіленового трансплантату при герніопластичі значних по розмірах пахових гриж у випадках, коли має місце повна або часткова руйнація передньої стінки пахового каналу. Згідно корисної моделі, шляхом "класичної" фіксації поліпропіленового трансплантата з додатковою фіксацією над трансплантатом залишків передньої стінки пахового каналу створюють нове ложе для сім'яного канатика та ліквідують паховий канал.

Між сукупністю суттєвих ознак запропонованого способу і очікуваним технічним результатом простежується наступний причинно-наслідковий зв'язок: зміна техніки оперативного втручання - додаткова фіксація над трансплантатом залишків передньої стінки пахового каналу призводить до ліквідації пахового каналу та створення нового ложа для сім'яного канатика, що сприяє ефектив-

(19) UA (11) 59574 (13) U

ності способу та запобігає виникненню післяопераційних ускладнень.

Спосіб комбінованої герніопластики пахових гриж при повній або частковій руйнації передньої стінки пахового каналу виконують наступним чином.

Через розріз шкіри у паховій ділянці традиційним доступом виділяють грижовий мішок. При косій грижі після видалення мішка відновлюється глибоке пахове кільце та ушивається поперечна фасція. При прямій паховій грижі неушкоджену поперечну фасцію розсікають тільки над грижовим мішком, а потім ушивають безперервним швом поперечну фасцію. Для пластики грижових воріт використовують поліпропіленову сітку, з якої виокроюють заплату відповідних розмірів. Експлантат фіксують під сім'яним канатиком вузловими швами до пупартової зв'язки та внутрішнього косого м'язу живота. Формують внутрішнє пахове кільце. Нижній кінець сітки фіксують двома швами до лонного горбика з захопленням верхньої лобкової зв'язки. Залишки апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота вузловими швами фіксують до пупартової зв'язки під елементами сім'яного канатика. Таким чином, утворюється нове ложе для сім'яного канатика та ліквідується паховий канал. Операція за-

кінчується накладанням пошарових швів на поверхневу фасцію над сім'яним канатиком та підшкірну клітковину та шкіру.

Відомості, що підтверджують застосування способу.

Запропонований спосіб ілюструється наступним клінічним прикладом. Хворий В., 68 років (медична карта № 9883) поступив у хірургічне відділення Сімферопольської ЦКРЛ 17.11.09 р. в плановому порядку з діагнозом: лівобічна вправи-ма набута пахова грижа, гіпертонічна хвороба III ст., ступінь 2, СН 0, ФК 1, ГПМК (1991 р.) Після проведення передопераційної підготовки та дообстеження 19.11.09 р. виконано оперативне втручання за запропонованим способом. Тривалість операції 1 година. Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. Шкірні шви знято на 10 добу - рана загоюється первинним натягом. 29.11.09 р. у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування. Оглянутий через 6 місяців після операції, скарг не пред'являє, ознак рецидиву захворювання не виявлено.

Запропонований спосіб є малотравматичним, простим та надійним і виключає недоліки прототипу.