

Винахід відноситься до області медицини, зокрема, до хірургії і може бути використаний для хірургічного лікування пахвинних гриж.

Як прототип обраний спосіб ненатяжної пахвинної герніопластики (Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. The Tension-Free Hemioplasty // Am. J. Surg. - 1989 - Vol.157. - P.730-188-193), який полягає в тому, що виконують традиційний пахвинний доступ, обробляють і видаляють грижовий мішок, високо відсепаровують апоневроз зовнішнього косоного м'язу живота від підлягаючих тканин, далі експлантат із синтетичного сітчастого матеріалу моделюють за формою задньої стінки пахвинного каналу, укладають під сім'яним канатиком і фіксують швами без натягу країв грижового дефекту до окістя лонної кістки, пупартової зв'язки, внутрішнього косоного м'язу живота, а в області латерального краю експлантата формують внутрішній отвір пахвинного каналу. Операцію завершують відновленням передньої стінки пахвинного каналу та ушиванням шкірної рани.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками способу, що заявляється, є: виконання пахвинного доступу, обробка і видалення грижового мішка, відсепарування апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота від підлягаючих тканин, моделювання експлантата із синтетичного сітчастого матеріалу за формою задньої стінки пахвинного каналу, укладення його під сім'яним канатиком і фіксування швами без натягу країв грижового дефекту до окістя лонної кістки, внутрішнього косоного м'язу живота, формування в області латерального краю внутрішнього отвору пахвинного каналу з наступним відновленням його передньої стінки та ушиванням шкірної рани.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності лікування), є: застосування традиційного пахвинного доступу при рецидивних грижах утрудняє диференціацію тканин, утрудняє пошуки грижового мішка, не виключає травматизацію сім'яного канатика та його елементів, фіксація до пупартової зв'язки в зв'язку з можливим руйнуванням останньої при складних формах гриж зменшує надійність пластики чи робить її практично і технічно нездійсненною, відсутність фіксації експлантата в області внутрішнього кільця може привести до виникнення рецидиву, ймовірний відрив і зсув експлантата через неспроможність пахвинної зв'язки.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу-прототипу шляхом використання більш глибоких структур пахвинного каналу, а саме клубово-лонного тяжу, що навіть при грубих порушеннях топографії в пахвинній області з руйнуванням пахвинної зв'язки практично завжди зберігає свою цілісність, є в порівнянні з нею більш міцною анатомічною структурою, розташовується ближче до верхньої стінки пахвинного каналу, що значно зменшує натяг тканин, а, отже, і ймовірність розбіжності швів, що фіксують експлантат, його зсув і виникнення рецидиву захворювання.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі ненатяжної пахвинної герніопластики, який полягає в тому, що виконують оперативний доступ, видаляють грижовий мішок, відсепаровують апоневроз зовнішнього косоного м'язу живота від підлягаючих тканин, далі експлантат із синтетичного матеріалу моделюють за формою задньої стінки пахвинного каналу, укладають під сім'яним канатиком і фіксують швами до окістя лонної кістки, внутрішнього косоного м'язу живота, формують в області латерального краю експлантата внутрішній отвір пахвинного каналу, потім відновлюють його передню стінку й ушивають шкірну рану, відповідно до винаходу, застосовують надпахвинний доступ, експлантат додатково прифіксують до клубово-лонного тяжу і підшивають до сполученого апоневрозу внутрішніх м'язів, потім ушивають внутрішнє кільце, лігатуру не зрізують, а нею здійснюють додаткову фіксацію експлантата в області внутрішнього кільця.

Між сукупністю основних ознак запропонованого способу і технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-слідчий зв'язок: використання надпахвинного доступу дозволяє значно зменшити травматичність оперативного втручання, тому що даний доступ дозволяє, навіть за наявності рубцевих змін у пахвинному каналі після раніше перенесених утручань більш чітко деталізувати основні анатомічні структури пахвинної області, уникнути травматизації елементів сім'яного канатика і наступні за ними ускладнення, використання як опори для швів експлантата клубово-лонного тяжу, що розташований ближче до верхньої стінки пахвинного каналу і завжди зберігає свою цілісність, навіть при складних формах гриж, дозволяє надійно прифіксувати експлантат, уникнути надалі його відриву, і, тим самим, запобігти розвитку рецидиву, а підшивання експлантата до сполученого апоневрозу внутрішніх м'язів дозволяє запобігти зсуву верхнього краю експлантата, що дозволяє досягти очікуваний технічний результат, тобто підвищити якість оперативного втручання і знизити травматичність хірургічних маніпуляцій.

По запропонованому способі було прооперовано 38 хворих у віці від 50 до 69 років. Усі хворі - чоловіки. У 19 хворих були первинні грижі великих і гігантських форм, у 5 хворих - ковзні, у 4 - двосторонні, у 10 - рецидивні.

Післяопераційних ускладнень не спостерігали. Протягом наступних 2 років рецидиви також відзначені не були.

Спосіб здійснюють таким чином.

Розріз шкіри роблять на 2-3см вище і паралельно звичайного пахвинного доступу. Апоневроз зовнішнього косоного м'язу живота розсікають по верхньому краю зовнішнього пахвинного кільця. Після виділення грижового мішка, його перев'язки і відсікання, при косих грижах, чи занурення в черевну порожнину при прямих грижах, роблять ушивання вузловими швами поперечної фасції, звертаючи особливу увагу на формування внутрішнього пахвинного кільця, що є важливим моментом у профілактиці виникнення рецидиву грижі, особливо при косих грижах. Потім викроюють експлантат із синтетичного сітчастого матеріалу. Мінімальний розмір експлантата - 6×12см. У ньому формують отвір для сім'яного канатика і фіксують позаду останнього на поперечній фасції. На відміну від способу Ліхтенштейна знизу експлантат підшивають безперервно проленою ниткою до клубово-лонного тяжу, що при будь-якій формі грижі і ступеню руйнування апоневротичних структур дна паху зберігає свою будову і міцність. У медіальному куті накладають і вузловий шов до лонного горбка, і додатково фіксують вузловим швом до лонного симфізу. Подальшу фіксацію здійснюють вузловими швами до латерального краю піхви прямого м'язу живота, сполученого апоневрозу внутрішніх м'язів, внутрішнього косоного м'язу від медіального кута і на 2см латеральніше внутрішнього кільця. В області сім'яного канатика експлантат підшивають до поперечної фасції, що запобігає його зсуву при подальшому зморщуванні і підвищує надійність пластики в області внутрішнього кільця. Апоневроз зшивають край у край, формуючи зовнішнє пахвинне кільце.

Всі операції виконувалися під місцевою анестезією з внутрішньовенним седативним заспокоєнням хворого при рецидивних і гігантських пахвинних грижах.

Тривалість операції складає одна година.

Хворий С. 72 року. Надійшов у клініку зі скаргами на наявність рецидивної лівосторонньої пахвинної грижі. Оперований раніше тричі. При огляді по ходу післяопераційного рубця є грижове випинання, яке займає медіальні відділи пахвинної області, що опускається в мошонку і невправиме в черевну порожнину. Грижonoсій протягом 6 років, останній рецидив настав півроку назад. Діагноз: Лівостороння багаторазово рецидивуюча пахвинна грижа. Під час операції: структури пахвинного каналу рубцово змінені, нижня стінка практично цілком зруйнована. Основною структурою пахвинного дна, що зберегла свою будову, є клубово-лонний тяж. Хворому поставлений пропіленовий імплантат, фіксований знизу до клубово-лонного тяжу. Протягом наступного року рецидиву захворювання не відзначено.

Приклад №2.

Хворий Д. 52 років надійшов у клініку з приводу лівосторонньої пахвинної грижі середніх розмірів. Грижonoсій протягом 2 років. Протипоказань до оперативного лікування немає. Хворому була зроблена операція в модифікації клініки під місцевою анестезією. У післяопераційному періоді вираженого болючого синдрому немає. Наркотичні анальгетики не застосовувалися. Перебіг післяопераційного періоду гладкий. На 6 добу виписаний у задовільному стані. У майбутньому рецидиву не відзначалося.

Для клінічного застосування заявляемого способу характерний більш легкий перебіг раннього післяопераційного періоду, відсутність вираженого болювого синдрому, мінімальне травмування сім'яного канатика та його елементів.

Використання запропонованого способу в клініці дозволяє значно підвищити якість хірургічного лікування хворих з пахвинними грижами.