



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **19009** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННО-КАЛИТКОВИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ**

1

(21) u200607923

(22) 14.07.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. №11, 2006р.

(72) Фелештинський Ярослав Петрович, Філіп Михайло Степанович, Чиньба Олег Васильович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування пахвинно-каліткових гриж великих розмірів, що включає типовий доступ до пахвинного каналу, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, взяття сім'яного канатика на держалку та відведення його вбік, виділення грижового мішка, прошивання його і пересікання біля шийки, зшивання поперечного апоневрозу, внутрішнього косого м'яза та поперечного м'яза з пахвинною зв'язкою, виконання послаблюючого розрізу на поперечному апоневрозі, укріплення задньої стінки пахвинного каналу під

2

сім'яним канатиком поліпропіленовою сіткою відповідних розмірів з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика, фіксацію поліпропіленової сітки до пахвинної зв'язки, поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза живота, контактне зшивання клаптів апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота над сім'яним канатиком і пошарове зашивання рани, який **відрізняється** тим, що мобілізацію стінок пахвинного каналу виконують за межі верхньої стінки пахвинного каналу апоневротичної піхви прямого м'яза живота, грижовий мішок виділяють лише біля шийки, пересікають, прошивають і перев'язують, після чого виконують пластику задньої стінки пахвинного каналу, додатково фіксуючи поліпропіленову сітку до зовнішнього краю апоневротичної піхви прямого м'яза живота, а дистальну частину грижового мішка залишають у калитці і дренують через калитку вакуумним дренажем.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лікування складних пахвинних гриж.

Оперативні втручання з приводу складних пахвинних гриж, до яких належать великі пахвинно-каліткові грижі, складають значну частку серед загальної кількості гриж черевної стінки. Результати оперативного лікування таких гриж традиційними автопластичними способами не можуть вважатися задовільними через високу кількість рецидивів грижі (35-45%) [1]. З появою сучасних алопластичних матеріалів на основі поліпропілену, полієфіру, політетрафторетилену основним методом лікування складних пахвинних гриж стала герніопластика без натягу тканин, яка покращує результати лікування таких гриж. Але, не дивлячись на використання допоміжних пластичних матеріалів, частота виникнення післяопераційних ускладнень (сероми, гематоми, нагноєння, та ін.) при оперативному лікуванні пахвинно-каліткових гриж великого розміру висока - сягає до 30%, а кількість рецидивів залишається на рівні 15-25% [2]. Це

зумовлюється тим, що існуючі алопластичні способи хірургічного лікування таких пахвинних гриж досить травматичні і не забезпечують надійного укріплення задньої стінки пахвинного каналу, а значить не усувають основну причину рецидивування пахвинної грижі.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування пахвинно-каліткових гриж за Ліхтенштейном [3], сутність якого полягає в тому, що типовим доступом до пахвинного каналу його задню стінку укріплюють поліпропіленовою сіткою з отвором для сім'яного канатика. При цьому, сітку фіксують окремими швами до пахвинної зв'язки і внутрішнього косого м'яза живота. Далі над сім'яним канатиком контактено зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота і пошарово зашивають рану.

Частота рецидивів після операції Ліхтенштейна при пахвинно-каліткових грижах становить 10-20% [2]. Це пояснюється ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу. Широкий пахвинний проміжок, а також натяг опорних тканин на ділянці герніопластики, який посилює розвиток їх

(13) **U**(11) **19009**(19) **UA**

атрофії, неминуче призводять до рецидиву грижі. Низка післяопераційних ускладнень, таких як гематоми, сероми, пошкодження нервів та судин сім'яного канатика та ін., пов'язана з травматизацією при виділенні грижового мішка.

Найближчим аналогом способу, що заявляється, є модифікований спосіб Ліхтенштейна з укріпленням задньої стінки пахвинного каналу без натягу тканин за рахунок комбінованої герніопластики м'язово-апоневротичними структурами пахвинного каналу та поліпропіленовою сіткою [4], який виконується наступним чином. На пахвинній ділянці типовим доступом до пахвинного каналу поширено розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота і мобілізують стінки пахвинного каналу. Сім'яний канатик беруть на держалку і відводять вбік. Грижовий мішок виділяють до шийки з оточуючих тканин сім'яного канатика та калитки, прошивають та видаляють. Потім ліквідують пахвинний проміжок шляхом підшивання поперечного апоневрозу внутрішнього косого і поперечного м'язів живота до пахвинної зв'язки, формуючи отвір для сім'яного канатика. Після цього виконують послаблюючий розріз на ділянці поперечного апоневрозу живота. Під сім'яним канатиком задню стінку пахвинного каналу укріплюють поліпропіленовою сіткою. При цьому, попередньо в поліпропіленовій сітці викроюють отвір для сім'яного канатика та фіксують сітку окремими швами до пахвинної зв'язки, поперечного апоневрозу, внутрішнього косого та поперечного м'язів живота. Далі над сім'яним канатиком контактено зшивають клапти апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота і поширено зашивають рану.

Такий спосіб дещо підвищує надійність пахвинної герніопластики, але не виключає рецидивів (15-25%). Це пояснюється ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу. В результаті зшивання поліпропіленової сітки з внутрішнім косим та поперечним м'язами, які при пахвинно-каліткових грижах є атрофованими, не забезпечується надійність укріплення задньої стінки пахвинного каналу, що призводить до міграції сітки. Виділення грижового мішка та його видалення при пахвинно-каліткових грижах є особливо травматичними, що створює передумови для розвитку гематом, сером, довготривалого набряку калитки та інфекційних ускладнень.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу покращення результатів хірургічного лікування великих пахвинно-каліткових гриж за рахунок того, що грижовий мішок, який знаходиться в калитці, не видаляється, прошивається біля шийки, а дренируется лише його дистальна частина, що усуває розвиток можливих ускладнень, а також за рахунок більш надійного укріплення задньої стінки пахвинного каналу без натягу тканин.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування великих пахвинно-каліткових гриж, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні частоти рецидивів та післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування пахвинно-

каліткових гриж великих розмірів, який включає виконання типового доступу до пахвинного каналу, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, взяття сім'яного канатика на держалку, виділення грижового мішка, прошивання його і пересікання біля шийки, зшивання поперечного апоневрозу, внутрішнього косого м'яза та поперечного м'яза з пахвинною зв'язкою, виконання послаблюючого розрізу на поперечному апоневрозі, укріплення задньої стінки пахвинного каналу під сім'яним канатиком поліпропіленовою сіткою відповідних розмірів з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика, фіксацію поліпропіленової сітки до пахвинної зв'язки, поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза живота, контактне зшивання клаптів апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота над сім'яним канатиком і поширено зашивання рани, згідно корисної моделі, мобілізацію стінок пахвинного каналу виконують за межі верхньої стінки пахвинного каналу апоневротичної піхви прямого м'яза живота, грижовий мішок виділяють лише біля шийки, пересікають, прошивають і перев'язують, після чого виконують пластику задньої стінки пахвинного каналу, додатково фіксуючи поліпропіленову сітку до зовнішнього краю апоневротичної піхви прямого м'яза живота, а дистальну частину грижового мішка залишають у калитці і дрениують через калитку вакуумним дренажем.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування пахвинно-каліткових гриж великих розмірів, що заявляється, є формування більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу. За рахунок додаткового підшивання поліпропіленової сітки до апоневротичної піхви прямого м'яза живота виключається можливість міграції сітки. Цим забезпечується надійне укріплення задньої стінки пахвинного каналу і усувається підґрунтя для рецидивування грижі. Грижовий мішок виділяють і пересікають на рівні його шийки, при цьому проксимальний відділ прошивають, перев'язують, а дистальний - залишають в калитці та дрениують через калитку вакуумним дренажем. У такий спосіб, не видаляючи грижовий мішок, виключається можливість травмування елементів сім'яного канатика, судини та нерви не пошкоджуються, чим забезпечується зниження частоти післяопераційних ускладнень.

Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує новий підхід до хірургічного лікування пахвинно-каліткових гриж великих розмірів.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. На пахвинній ділянці розрізом довжиною біля 7см, паралельним пахвинній складці і на 2см вищим від неї, розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота і мобілізують стінки пахвинного каналу, при цьому мобілізацію верхньої стінки проводять за межі пахвинного каналу до апоневротичної піхви прямого м'яза живота. Після цього сім'яний канатик беруть на держалку і відводять вбік. Потім грижовий мішок виділяють лише біля шийки пересікають, прошивають та перев'язують. Після цього виконують послаблюючий розріз на поперечному апоневрозі з метою попередження

натягу тканин. Пластику задньої стінки пахвинного каналу виконують поліпропіленовою сіткою відповідного розміру з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика, фіксацію поліпропіленової сітки виконують до пахвинної зв'язки, внутрішнього косого та поперечного м'язів живота, додатково фіксуючи поліпропіленову сітку до зовнішнього краю апоневротичної піхви прямого м'яза живота. Потім над сім'яним канатиком контактно зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косого м'язів живота, підшкірну рану дренують гумовими смужками і зашивають пошарово. Дистальну частину грижового мішка, не виділяючи, залишають у калитці і дренують через калитку вакуумним дренажем. Підшкірну рану дренують гумовими смужками і зашивають пошарово.

Приклад конкретного виконання

Пацієнт Т. 52 років, історія хвороби №1134, поступив 20.09.2003 з діагнозом правобічна пахвинно-калиткова грижа великих розмірів. Хворіє впродовж десяти років.

Операція: Радикальна операція пахвинно-калиткової грижі з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється. Знеболювання: місцева анестезія 0,5% розчином новокаїну.

На правій пахвинній ділянці пошарово розрізані шкіра і підшкірна основа. Потім розрізано апоневроз зовнішнього косого м'яза живота і мобілізовані стінки пахвинного каналу, мобілізацію верхньої стінки виконано за межі пахвинного каналу до апоневротичної піхви прямого м'яза живота. Грижовий мішок виділено локально біля шийки. Після цього сім'яний канатик взято на держалку і відведено вбік. Виділено грижовий мішок біля шийки, пересічено. Прошито і перев'язано тільки проксимальний кінець кукси грижового мішка. Виконано послаблюючий розріз на поперечному апоневрозі з метою попередження натягу тканин. Пластику задньої стінки пахвинного каналу виконано поліпропіленовою сіткою відповідного розміру з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика. Поліпропіленову сітку фіксувано до пахвинної зв'язки і внутрішнього косого м'яза живота та додатково до зовнішнього краю піхви прямого м'яза живота. Потім над сім'яним канатиком контактно зшито клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Дистальну частину грижо-

вого мішка, не виділяючи, залишено в калитці і дреновано через калитку вакуумним дренажем. Гемостаз по ходу оперативного втручання - сухо. Підшкірну рану дреновано гумовими смужками і зашито пошарово.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний на сьомий день після операції у задовільному стані. Обстежений через 1, 2, 3 роки - рецидиву грижі немає, займається помірною фізичною працею, що засвідчує повну реабілітацію пацієнта.

За період з 1997 по 2006рр., в Міському центрі хірургії гриж живота м.Києва прооперовано 168 пацієнтів з пахвинно-калитковими грижами великих розмірів за способом, що заявляється. З них 155 обстежувались протягом 1-7 років після операції; жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними рецидиви складних пахвинних гриж сягають 10-25% [5]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, спосіб хірургічного лікування пахвинно-калиткових гриж великих розмірів, що заявляється, за рахунок того, що грижовий мішок, який знаходиться в калитці, не видаляється, а лише дренується, та завдячуючи формуванню більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу значно знижує частоту післяопераційних ускладнень і усуває підґрунтя для рецидивування пахвинної грижі.

Література

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. и др. Современные методы лечения грыж. - К.: Здоров'я, 2001. - С.6-9.
2. Жебровский В.В., Мохаммед Том Эльбашир Хирургия грыж живота и эвентраций. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. - с.140-188.
3. Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L. The Lichtenstein open „tension-free” procedure for inguinal hernias // Surgery Today. - 1995. - Vol. 25, №7.
4. Патент України на винахід №66228 А, заявка №2003087874 від 20.08.2003р.
5. Delvin B. & Kingsnorth A. Management of abdominal hernias // Chapman Hall Medical / - 1998. - 319p.