

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, а именно к способам хирургического лечения бедренных грыж, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Проблема хирургического лечения бедренных грыж, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, продолжает оставаться актуальной, несмотря на многообразие предложенных способов и подходов. Рецидивы бедренных грыж составляют 16 - 33% [1]. Основными причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения бедренных грыж являются технические сложности пластики внутреннего отверстия бедренного канала, обусловленные морфофункциональной недостаточностью таких анатомических структур данной области, как паховая и лонная связки, которая особенно выражена у больных пожилого и старческого возраста [2]. В силу этого обстоятельства были разработаны способы оперативного вмешательства с использованием для пластики бедренного канала трансплантата. Они несколько улучшают результаты хирургического лечения бедренных грыж, но не исключают большого количества рецидивов. Это связано с тем, что трансплантат, соприкасаясь с тканями бедренного канала, в процессе биодеструкции вызывает их рубцовое перерождение, приводящее к функциональной слабости, то есть и в этом случае не устраняется патогенетический механизм рецидива бедренной грыжи.

Так, известен способ хирургического лечения бедренной грыжи с пластикой бедренного канала мышечным лоскутом [3]. В соответствии с этим способом, вертикальный разрез кожи производят над грыжевым выпячиванием. Грыжевой мешок выделяют и обрабатывают по общепринятой методике. Затем выкраивают лоскут из гребешковой мышцы, с помощью которого и выполняют пластику внутреннего отверстия бедренного канала. Данный способ имеет высокий процент рецидивов, так как перемещенный мышечный лоскут вследствие нарушения кровоснабжения и иннервации скоро атрофируется и перестает выполнять роль "тампонатора" бедренного канала.

Известен также способ пластики внутреннего отверстия бедренного канала апоневротическим лоскутом на ножке [4]. Лоскут с основанием у наружного отверстия бедренного канала оттягивают вниз и фиксируют к лонной и лакунарной связкам и сосудистому влагалищу. После этого зашивают дефект апоневроза. Данный способ хирургического лечения бедренной грыжи, как и предыдущий, имеет большой процент рецидивов в силу того обстоятельства, что апоневротический лоскут, морфофункционально недостаточный у пожилых больных, надежно не укрепляет внутреннее отверстие бедренного канала. Кроме этого, выкроенный лоскут апоневроза быстро атрофируется вследствие нарушения кровоснабжения, что приводит к рецидиву грыжи.

Наиболее близким к предлагаемому способу является способ хирургического лечения бедренных грыж у больных пожилого и старческого возраста с укреплением внутреннего отверстия бедренного канала трансплантатом [5].

Доступ к бедренному каналу осуществляют через паховый канал. Выделяют, прошивают и иссекают грыжевой мешок. Из консервированной твердой мозговой оболочки выкраивают трансплантат, размеры которого на 1 - 2 см превышают размеры подлежащего закрытию дефекта. Трансплантат фиксируют узловыми швами к верхнему краю рассеченной поперечной фасции и лонной связке, а затем к нижним краям внутренней косой и поперечной мышц, влагалищу прямой мышцы и подвздошно-лобковому тяжу с захватом лакунарной связки. После этого паховый канал закрывают обычным способом. Описанный способ хирургического лечения бедренных грыж несколько улучшает результаты лечения с точки зрения частоты рецидивов за счет более удачной пластики грыжевых ворот с укреплением внутреннего отверстия бедренного канала трансплантатом. Однако, данный способ имеет ряд недостатков, приводящих к рецидивам, в том числе за счет того, что: (1) пластика внутреннего отверстия бедренного канала непосредственно трансплантатом в процессе биодеструкции последнего приводит к рубцовому перерождению паховой, лонной и лакунарной связок; (2) сшивание трансплантата с мышцами паховой области при последующем их рубцовом перерождении ослабляет паховый канал; (3) пластика внутреннего отверстия бедренного канала через вскрытый паховый канал технически сложна и травматична.

Заявляемое изобретение решает задачу более надежного укрепления внутреннего отверстия бедренного канала.

Достижимый технический результат заключается в снижении количества послеоперационных рецидивов.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе хирургического лечения бедренных грыж у больных пожилого и старческого возраста, включающем выделение, прошивание и иссечение грыжевого мешка, пластику внутреннего отверстия бедренного канала с использованием трансплантата и лонной связки, согласно изобретению, перед иссечением грыжевого мешка из него выкраивают лоскут на питающей ножке, перегибают его вдвое, укладывают внутрь трансплантата и прошивают по периметру, затем подготовленный таким образом трансплантат смещают через наружное отверстие бедренного канала к внутреннему, где фиксируют сверху к паховой связке, снизу к лонной связке, после чего обычным способом закрывают наружное отверстие бедренного канала.

Существенное отличие заявляемого способа хирургического лечения бедренных грыж у больных пожилого и старческого возраста заключается в новом подходе к пластике внутреннего отверстия бедренного канала, предусматривающем использование трансплантата из биодеструктируемого полиуретана, завернутого в предварительно выкроенный из грыжевого мешка лоскут на питающей ножке. Подготовленный таким образом трансплантат смещают через наружное отверстие бедренного канала к внутреннему, где фиксируют сверху к паховой связке, снизу - к лонной. Проведенная таким образом герниопластика надежно укрепляет внутреннее отверстие бедренного канала и устраняет патогенетические

предпосылки рецидива бедренной грыжи, поскольку трансплантат в оболочке из грыжевого мешка непосредственно не контактирует с тканями бедренного канала и в процессе биодеструкции не будет вызывать их рубцового перерождения. По литературным источникам такой подход к хирургическому лечению бедренных грыж не известен.

На фиг.1 показан первый этап хирургического лечения бедренной грыжи: оставленный после иссечения грыжевого мешка лоскут на питающей ножке сложен вдвое; на фиг.2 - второй этап: внутрь сложенного вдвое лоскута уложен трансплантат, прошит по периметру и взят на П-образные швы-держалки; на фиг.3 - третий этап операции: трансплантат в оболочке из грыжевого мешка смещен к внутреннему отверстию бедренного канала и фиксирован к паховой и лонной связкам; полулунный край овальной ямки бедра и гребешковая фасция прошиты для последующего стягивания.

Заявляемый способ осуществляется следующим образом. Разрезом длиной 10 - 12см параллельно и на 2см ниже паховой связки 1 рассекают кожу и подкожную клетчатку. Обнажают паховую связку 1, прилегающий участок апоневроза 2 наружной косой мышцы живота и гребешковую фасцию 3. Грыжевой мешок выделяют до его шейки путем освобождения от жировой клетчатки. Затем грыжевой мешок вскрывают, прошивают у шейки и, прежде чем иссекать, из него выкраивают лоскут 4 на питающей ножке. Остатки грыжевого мешка иссекают. Выкроенный лоскут 4 перегибают вдвое мезотелиальным покровом внутрь. Затем из биодеструктируемого полиуретана выкраивают трансплантат 5 размером, несколько превышающим размер внутреннего отверстия бедренного канала, укладывают его внутрь сложенного вдвое лоскута 4 и прошивают по периметру. Подготовленный таким образом трансплантат 5 в оболочке из грыжевого мешка смещают на П-образных швах-держалках через наружное отверстие бедренного канала к внутреннему 7 и фиксируют сверху к паховой связке 1, снизу к лонной связке 8 (рис.2). Трансплантат 5 следует фиксировать в хорошо расправленном виде, чтобы он плотно прилегал к внутреннему отверстию 7 бедренного канала. Таким образом, внутреннее отверстие 7 бедренного канала оказывается надежно укрепленным. Затем закрывают наружное отверстие бедренного канала путем сшивания узловыми швами 9 полулунного края 10 овальной ямки бедра и гребешковой фасции 3 (рис.3). Рану дренируют резиновыми полосками и послойно зашивают кожу, подкожную клетчатку.

Пример конкретного выполнения.

Больная М. 68 лет поступила с диагнозом большой правосторонней бедренной грыжи. Грыжа образовалась 8 месяцев тому назад, прогрессивно увеличивалась в размерах. Грыжевое выпячивание размером 5 × 3см определяется ниже паховой связки, содержимое его болезненное, вправимое в брюшную полость.

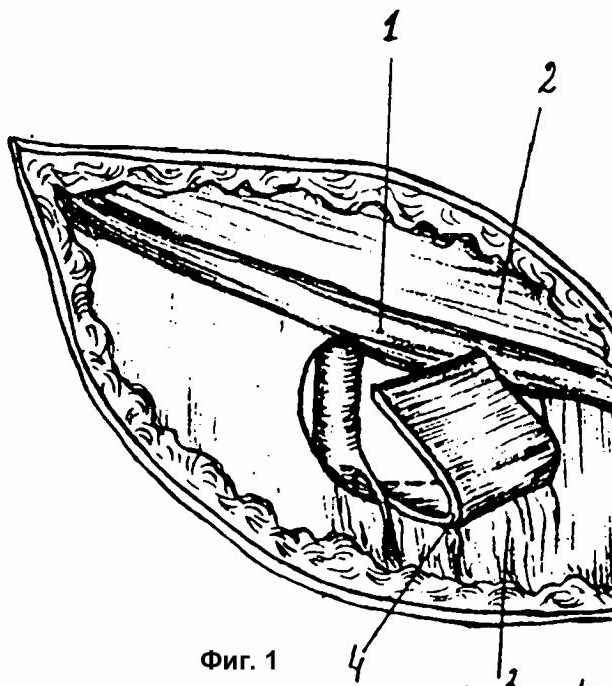
Под местной инфильтративной анестезией 0,5% раствором новокаина 200мл и нейролептанальгезией разрезом 12см над грыжевым выпячиванием, параллельно и на 2см ниже паховой связки, рассечены кожа, подкожная

клетчатка. Обнажены паховая связка, апоневроз наружной косой мышцы живота и гребешковая фасция. Грыжевой мешок выделен до шейки путем освобождения его от жировой клетчатки. Затем грыжевой мешок вскрыт, находящаяся в нем прядь большого сальника вправлена в брюшную полость. Размер грыжевых ворот составляет 3 × 2см. Грыжевой мешок прошит у шейки кисетным швом. Затем из грыжевого мешка выкроен лоскут на питающей ножке, остатки грыжевого мешка иссечены. Выкроенный из грыжевого мешка лоскут сложен вдвое мезотелиальным покровом внутрь. После этого из биодеструктивного материала полиуретан выкроен трансплантат размером 3,5 × 2,5см, уложен внутрь сложенного вдвое лоскута и прошит по периметру узловыми швами. Затем трансплантат в оболочке из грыжевого мешка смещен на П-образных швах-держалках через наружное отверстие бедренного канала к внутреннему, хорошо расправлен и фиксирован подшиванием сверху к паховой связке, снизу - к лонной. После этого, путем сшивания узловыми швами полулунного края овальной ямки бедра и гребешковой фасции, закрыто наружное отверстие бедренного канала. Рана дренирована резиновой полоской и послойно зашита. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 7 - е сутки.

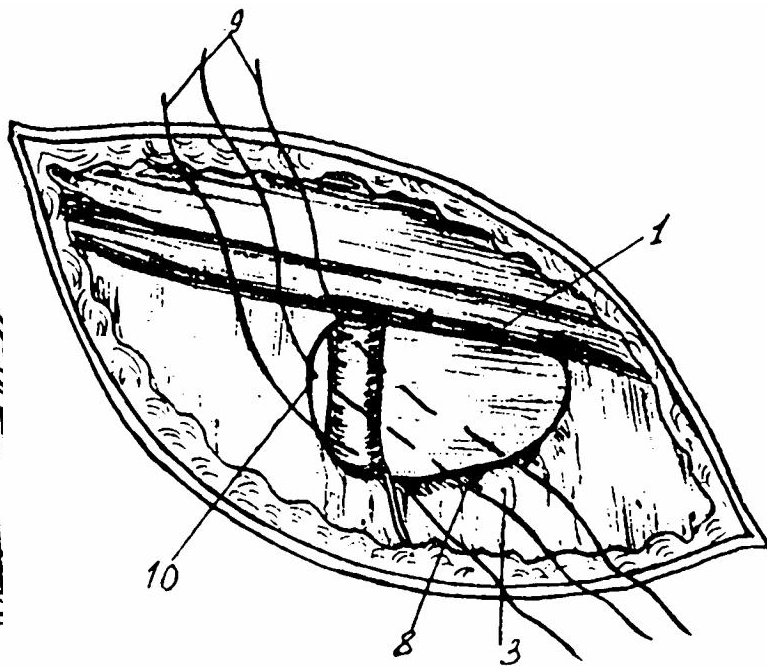
Осмотрена через 1 и 3 года, рецидива грыжи не обнаружено.

В период с января 1994 по декабрь 1996г. в хирургической клинике РМО Подольского района г.Киева по заявленному способу прооперированы 38 больных пожилого и старческого возраста по поводу бедренных грыж. В течение периода последующего наблюдения продолжительностью до 3 - х лет (в среднем 1,5 года) рецидивов грыжи не выявлено. По способу-прототипу в предшествующий период с 1990 по 1993 годы прооперированы 40 больных, сходных с вышеуказанной группой по возрасту, полу и размерам грыж. Путем ретроспективного анализа изучены отдаленные результаты - рецидив грыжи наблюдался у 9 (20,3%) больных.

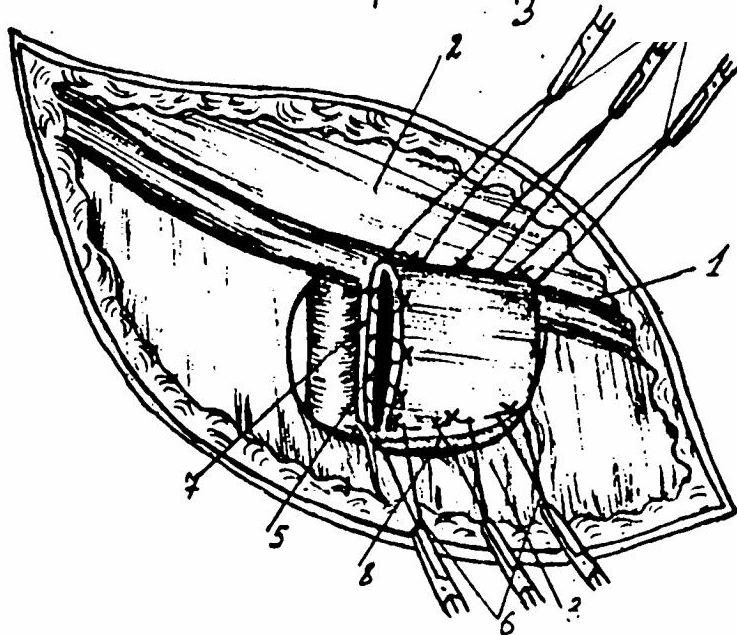
Как видно, заявляемый способ является значительно более эффективным в хирургическом лечении бедренных грыж у больных пожилого и старческого возраста.



Фиг. 1



Фиг. 3



Фиг. 2