



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4008

(13) U

(51) 7 A61B17/12

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ РОЗШИРЕННЯ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОЛАПАРОТОМІЇ

1

2

(21) 20040503555

(22) 13.05.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Власов Василь Володимирович, Суходоля  
Анатолій Іванович, Ахтемійчук Юрій Танасійович,  
Микитюк Святослав Ростиславович(73) Власов Василь Володимирович, Суходоля  
Анатолій Іванович, Ахтемійчук Юрій Танасійович,  
Микитюк Святослав Ростиславович

(57) Спосіб розширення пахвинної герніолапаротомії, що включає поширений розтин структур пахвинного проміжку, розкриття гризового мішка, ревізію защемлених органів, який **відрізняється** тим, що після ревізії виконують дугоподібний розтин пахвинного серпа і передньої пластинки піхви прямого м'яза живота присередньо (медіально) і краніально на 2/3 його ширини, відводять прямий м'яз живота присередньо і виконують розтин поперечної фасції і очеревини.

Запропонований спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при проведенні операції з приводу защемленої пахвинної або стегнової грижі пахвинним доступом у випадках, коли існує необхідність проведення ревізії органів черевної порожнини, декомпресії кишечника, резекції ділянки тонкої кишки, уникаючи серединної лапаротомії у хворих похилого та старечого віку з вираженою супутньою патологією.

Відомий метод розширення пахвинного доступу - герніолапаротомія (Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. -М.: Медицина. -1969. -440с.). Суть методу полягає в тому, що після розсічення поверхневих шарів пахвинної ділянки до апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота перевіряють на можливість защемлення пахвинної грижі в поверхневому пахвинному кільці. Розтинають поверхнєве пахвинне кільце і апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота. Розкривають гризовий мішок. Ревізують його вміст. Якщо защемлення відбувалось в глибокому пахвинному кільці, то розтинають гризові ворота. Вказівними пальцями обережно, достатньо широко розтягують гризові ворота, що гарантує від значного руйнування задньої стінки пахвинного каналу, але обмежує повний огляд внутрішніх органів, так як розміри операційної рани обмежені анатомічними розмірами пахвинного проміжку. При защемленій стегнової грижі розтинають поперечну фасцію, очеревину, встановлюють і утримують защемлений орган. В випадках, коли вміст гризового мішка ковзнув в черевну порожнину і спроба знайти його безрезультатна, при неможливості вільного виведення ділянки тонкої кишки в рану, за

необхідності виконання її резекції, операційну рану розширяють шляхом герніолапаротомії. Герніолапаротомію виконують в латеральну сторону з розволокненням внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота або медіальне і догори з розтинанням сухожилкової частини цих м'язів, зберігаючи обережність по відношенню до нижніх надчеревних судин, з наступним ретельним відновленням анатомії черевної стінки. Така методика розширення герніолапаротомії супроводжується передіченням м'язів передньої черевної стінки з наступним їх атрофічно-дегенеративним переродженням, призводить до розрушення присереднього фасціального вузла, що збільшує ймовірність утворення грижі на цьому місці.

В основу корисної моделі поставлено задачу в методі розширення пахвинного доступу (герніолапаротомії) при оперативному лікуванні защемленої пахвинної або стегнової грижі шляхом виконання спеціальних розтинів забезпечити технічний результат у вигляді збільшення розмірів операційної рани без передічення м'язів передньої черевної стінки, щоб утворений герніолапаротомний доступ дозволив вправити в черевну порожнину вміст грижі, провести якісну адекватну ревізію органів черевної порожнини (тонкої кишки та великого сальника), декомпресію тонкої кишки чи, за необхідності, виконати резекцію її ділянки з накладанням міжкишкового анастомозу, уникаючи серединної лапаротомії у хворих похилого та старечого віку з вираженою супутньою патологією, максимально зберігаючи при цьому анатомічну цілісність структур пахвинного проміжку.

(13) U

(11) 4008

(19) UA

Для вирішення цієї задачі в способі розширення пахвинної герніолапаротомії, що включає пошаровий розтин структур пахвинного проміжку, розкриття грижового мішка, ревізію защемлених органів, виконують дугоподібний розтин пахвинного серпа і передньої пластини піхви прямого м'яза живота присередньо і краніальне на 2/3 його ширини, відводять прямий м'яз живота присередньо і виконують розтин поперечної фасції і очеревини.

Вище перераховані нові ознаки (дугоподібний розтин пахвинного серпа і передньої пластинки прямого м'яза живота, розтин поперечної фасції і очеревини) при взаємодії з відомими ознаками (пошаровий розтин структур пахвинного проміжку, розкриття грижового мішка, ревізія защемлених органів) забезпечують виявлення нових технічних властивостей корисної моделі і одержання технічного результату - збільшення розмірів операційної рани без пересічення м'язів передньої черевної стінки.

На Фіг.1 - розтин пахвинного серпа і передньої пластинки піхви прямого м'яза живота;

на Фіг.2 - відведення прямого м'язу живота присередньо;

на Фіг.3 - розтин поперечної фасції і очеревини;

на Фіг.4 - загальний вид розширеної герніолапаротомії.

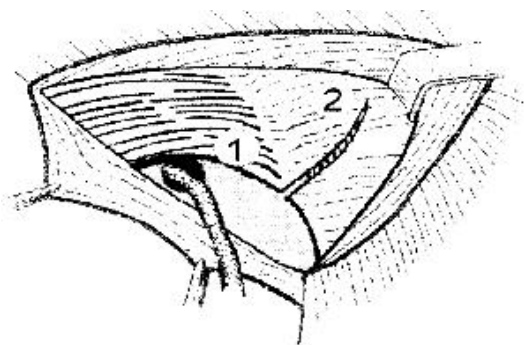
Спосіб виконують наступним чином.

Проводять пошаровий розтин структур пахвинного проміжку. Сім'яний канатик беруть на тримачку і відводять в сторону. Розкривають грижовий мішок. Проводять ревізію защемлених органів. Далі виконують розтин пахвинного серпа (1) в присередньому напрямку та передньої пластинки піхви (2) прямого м'яза живота (ПМЖ) краніальне (Фіг.1). Краї передньої пластинки ПМЖ розводять в сторони, латеральний край ПМЖ (3) гачком Фарабефа (4) зміщують медіальне, тим самим утворюється доступ до поперечної фасції (5) і очеревини (Фіг.2). Поперечну фасцію та очеревину розтинають присередньо (Фіг.3). Розводячи краї поперечної фасції і очеревини (Фіг.4) отримують поперечну герніолапаротомну рану (6) достатніх розмірів для проведення ревізії, декомпресії, резекції внутрішніх органів (петлі тонкої кишки і великого сальника). Після вправлення грижового вмісту в черевну порожнину, виконання резекції органа, накладання міжкишкового анастомозу, доступ зашивають пошарове за допомогою вузлових або неперервного швів. Виконується герніопластика традиційними методиками або з використанням синтетичних матеріалів.

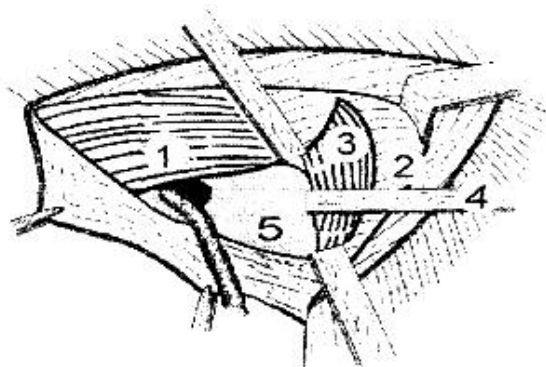
Приклад

Хвора Я., 66 років, госпіталізована 10.07.2003 року в хірургічне відділення із скаргами на болюче грижове випинання в лівій пахвинній ділянці, його невправимість, біль в животі, вздуття, нудоту, сухість в роті, обмеження при рухах тулубом. Хворіє на грижу близько 1 року. Грижа защемила 3 дні тому. Появу грижі пояснює важкою фізичною працею. Об'єктивно: стан хворої середньої важкості. Колір шкіри звичайний. Правильної статури, зниженого харчування. Р - 82, ритмічний. АТ - 130/90 мм.рт.ст. Язик підсихає, з білим нальотом. Живіт асиметричний, за рахунок роздутих петель

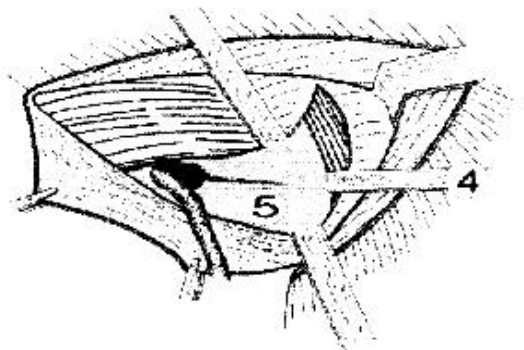
кишечнику та грижового випинання в лівій пахвинній ділянці продовгуватої форми, розмірами 6х5 см. Грижа не вправляється в черевну порожнину, болюча при пальпації, симптом кашльового поштовху негативний. В інших ділянках живіт м'який, піддутий, не болючий. Печінка та селезінка не збільшені. Хвора обстежена (ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини та грижового вип'ячування). Органічних змін з боку органів черевної порожнини не виявлено. Петлі тонкої кишки незначно роздуті. В грижовому мішку стегнової грижі петля тонкої кишки з проявами кишкової непрохідності. При лабораторному обстеженні незначне згущення крові. Ht - 0,48; Hb - 138 г/л, еритроц. - 4,0 Т/л, КР - 0,89, лейкоц. - 6,7 Г/л, ШОЕ - 19 мм/год, загальний білірубін - 11 мкмоль/л, (непрямий), загальний білок - 65 г/л. К - 3,6 ммоль/л, Na - 138 ммоль/л, початок згортання - 3хв 20 сек, кінець - 3хв 55 сек. Аналіз сечі - рН-6, питома вага - 1,027, білок - 0,08 г/л, лейкоцити 2-3 в п/з, епітелій 1-2 в п/з, еритроц. - поодинокі в п/з, солі сечової кислоти +++. В аналізі калу я/г не виявлено. В ургентному порядку 10.07.03 року під ендотрахеальним наркозом виконано операцію - Герніолапаротомія. Резекція ділянки клубової кишки. Ентеро-ентеростомія бік в бік. Часткова декомпресія кишечника. Пластика стегнової грижі за методом Руджи-Парлавецо з пластикою пахвинного каналу за Мартинівим. Дренування очеревинної порожнини. Виконано косий розтин шкіри та підшкірної клітковини вище лівої пахвинної складки. Розсічено апоневроз апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Кругла зв'язка виділена, пересічена. Розкрито поперечну фасцію та очеревину. Під час ревізії виявлено защемлену петлю клубової кишки та ділянку великого сальника в грижових воротах стегнової грижі. Привідна петля тонкої кишки розширена до 4 см, дещо гіпертрофована, має кишковий вміст та газ. Грижові ворота розширені зсередини шляхом розтину лакунарної зв'язки. На ділянці клубової кишки, що була в грижовому мішку серозна оболонка темного кольору, стінка атонічна, з боку брижі - гематома, крайові судини не пульсують. Петля клубової кишки визнана нежиттєздатною. Далі в краніальному напрямку дугоподібно розсічена передня пластинка піхви прямого м'яза живота. Прямий м'яз живота відведено гачком медіальне. Розтин задньої пластинки піхви прямого м'яза живота присередньо. Рану розведено гачками, що дозволило виконати адекватну ревізію, мобілізувати та виконати резекцію 40 см клубової кишки з її декомпресією, накласти ентеро-ентероанастомоз бік в бік, провести санацію та дренування очеревинної порожнини. Очеревину зашито. Окремо зашити задню та передню пластинки піхви прямого м'яза живота. Пластика пахвинного каналу шляхом формування дуплікатури апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота за методикою Мартінова. Підшкірну клітковину дреновано. Післяопераційний період перебігав гладко. Шви знято на 3-8 добу. Рана загоїлась. Виписана в задовільному стані на 9 добу під спостереження хірурга за місцем проживання. Оглянута через 6 місяців - рецидиву грижі не виявлено, скарг не виказує.



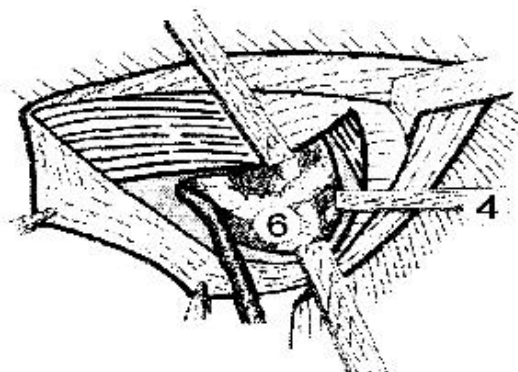
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4