



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4031

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ ІЗ ЗРУЙНОВАНОЮ ПАХВИННОЮ ЗВ'ЯЗКОЮ

1

2

(21) 20040604326

(22) 04.06.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Фелештинський Ярослав Петрович, Чиньба Олег Васильович

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

(57) Спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою, що включає типовий доступ до пахвинного каналу, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, відведення сім'яного канатика на держальці вбік після виділення та видалення грижового мішка, пластику задньої стінки пахвинного каналу та

відновлення пахвинної зв'язки поліпропіленовою сіткою відповідних розмірів з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика та фіксацію поліпропіленової сітки до поперечної фасції і залишків пахвинної зв'язки, який відрізняється тим, що перед пластику задньої стінки пахвинного каналу та відновленням пахвинної зв'язки розрізають поперечну фасцію паралельно залишкам зруйнованої пахвинної зв'язки та відшаровують її від передочеревинної клітковини, поліпропіленову сітку з отвором для сім'яного канатика розміщують преперитонеально та додатково фіксують її до лобкового горбка, Куперової зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки і до поперечного апоневрозу та внутрішнього косого м'яза живота.

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

Оперативні втручання з приводу пахвинних гриж, доля яких складає 75-80% від загальної кількості гриж черевної стінки, є найчастішими в загальній хірургії [1]. З появою сучасних алопластичних матеріалів на основі поліпропілену, поліетілену, політетрафторетиліну, основним методом лікування пахвинних гриж стала герніопластика без натягу тканин, яка покращує результати лікування таких гриж. Але, не дивлячись на використання допоміжних пластичних матеріалів, частота виникнення повторних рецидивів при рецидивних пахвинних грижах коливається в межах 25-30%, а при багаторазових рецидивах, коли атрофія м'язово-апоневротичних тканин значно виражена, частково зруйнована, або повністю відсутня пахвинна зв'язка частота рецидивів доходить до 42,5% [2]. Це зумовлюється тим, що існуючі алопластичні способи хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж не забезпечують надійного укріплення задньої стінки пахвинного каналу, а значить не усувають основну причину повторного рецидивування пахвинної грижі.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою за способом Рівза, який полягає в тому, що після доступу до пахвинного каналу, розрізання його передньої стінки і видалення грижового мішка, під сім'яним канатиком поперечну фасцію розрізають поздовжньо, передочеревинний простір виділяють вверх та вниз за лонною кісткою. Після цього поліпропіленову сітку розташовують під поперечною фасцією та фіксують окремими трансмускулярними швами до прямого, поперечного та внутрішнього косого м'язів живота і пахвинної зв'язки. Завершують операцію зашиванням поперечної фасції та підшиванням м'язів до пахвинної зв'язки.

Частота повторних рецидивів пахвинної грижі після операції за способом Рівза становить 10-20% [3]. Це можна пояснити ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу. В результаті зашивання поліпропіленової сітки з пахвинною зв'язкою, яка при рецидивних пахвинних грижах є рубцево зміненою, або зруйнованою, не забезпечується надійність укріплення задньої стінки пахвинного каналу, що призводить до рецидиву грижі.

(13) U

(11) 4031

(19) UA

Прототипом способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою за способом Кислякова [4], який виконується наступним чином. На пахвинній ділянці типовим доступом до пахвинного каналу пошарово розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота і мобілізують стінки пахвинного каналу. Після видалення грижового мішка сім'яний канатик відводять вбік. Поліпропіленову сітку відповідних розмірів з попередньо сформованим отвором для сім'яного канатика підшивають на всьому протязі зруйнованої пахвинної зв'язки, від лобкового горбка до внутрішнього отвору пахвинного каналу. Надалі її латеральний край підшивають під внутрішнім косим і поперечним м'язами до збереженої поперечної фасції. Потім поперечний апоневроз підшивають до сформованої по новому пахвинної зв'язки. Далі над сім'яним канатиком контактено зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота і пошарово зашивають рану.

Такий спосіб дещо підвищує надійність пахвинної герніопластики, але не виключає рецидивів. Це пояснюється ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу, тому що фіксація поліпропіленової сітки лише до залишків пахвинної зв'язки, а також до поперечної фасції не є надійною і може призвести до міграції сітки, що створює підґрунтя для рецидивування пахвинної грижі.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу більш надійного укріплення задньої стінки пахвинного каналу у випадках зруйнування пахвинної зв'язки з використанням поліпропіленової сітки, яку розміщують преперитонеально та додатково фіксують до Куперової зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки і до поперечного апоневрозу та внутрішнього косого м'яза живота.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою, що заявляється, буде полягати в значному зниженні частоти повторних рецидивів грижі.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікуванні рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою, який включає типовий доступ до пахвинного каналу, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, відведення сім'яного канатика на держалці вбік після виділення та видалення грижового мішка, пластику задньої стінки пахвинного каналу та відновлення пахвинної зв'язки поліпропіленовою сіткою відповідних розмірів з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика та фіксацію поліпропіленової сітки до поперечної фасції та залишків пахвинної зв'язки, згідно корисної моделі, перед пластикою задньої стінки пахвинного каналу та відновленням пахвинної зв'язки розрізають поперечну фасцію паралельно залишкам зруйнованої пахвинної зв'язки та відшаровують її від передочеревинної клітковини, поліпропіленову сітку з отвором для сім'яного канатика розміщують преперитонеально

та додатково фіксують її до лобкового горбка, Куперової зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки і до поперечного апоневрозу та внутрішнього косого м'яза живота.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою, що заявляється, є формування більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу, за рахунок додаткової фіксації поліпропіленової сітки, що розташовується преперитонеально до окістя лобкового горбка, Куперової зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки та до поперечного апоневрозу та внутрішнього косого м'яза живота. Цим забезпечується відновлення пахвинної зв'язки та надійне укріплення задньої стінки пахвинного каналу і усувається підґрунтя для повторного рецидивування пахвинної грижі. Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує новий підхід до хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж невідомий.

Сутність корисної моделі, що заявляється, ілюструється схематичним малюнком, на якому зображено момент операції, коли поліпропіленову сітку вже фіксовано до опорних тканин.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. На пахвинній ділянці розрізом довжиною біля 12 см, паралельно пахвинній складці і на 2 см вищим від неї, розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз 1 зовнішнього косого м'яза живота і мобілізують стінки пахвинного каналу. Після цього сім'яний канатик 2 беруть на держалку і відводять вбік. Грижовий мішок виділяють до шийки, прошивають і видаляють. Потім поперечну фасцію розрізають паралельно залишкам зруйнованої пахвинної зв'язки 3 і відшаровують її від передочеревинної клітковини. Поліпропіленову сітку 4 відповідних розмірів з отвором сім'яного канатика 2 розміщують преперитонеально. Далі поліпропіленову сітку фіксують до лобкового горбка 5, Куперової зв'язки 6, залишків пахвинної зв'язки 3, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки та до поперечного апоневрозу 7 і внутрішнього косого м'яза живота. Потім над сім'яним канатиком 2 контактено зшивають клапті апоневрозу 1 зовнішнього косого м'яза живота, підшкірну рану дренують гумовими смужками і зашивають пошарово.

Приклад конкретного виконання.

Пацієнт С. 52 років поступив 30.07.1998 з діагнозом "багаторазово рецидивуюча пахвинна грижа справа". Хворіє впродовж трьох років після перенесеної операції з приводу рецидивної пахвинної грижі. Рецидив грижі виник через 5 місяців після операції, виконаної за способом Бассіні.

Операція:

Радикальна операція рецидивної пахвинної грижі з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється. Знеболювання: місцева анестезія 0,5% розчином новокаїну.

На правій пахвинній ділянці видалено старий післяопераційний рубець і пошарово розрізані шкіра і підшкірна основа. Потім розрізано апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, видалено

рубцеві тканини і мобілізовані стінки пахвинного каналу. Сім'яний канатик взято на держалку і відведено вбік. Після цього гризовий мішок виділено до шийки, прошито кисетним швом і видалено. Далі розрізано поперечну фасцію паралельно залишкам зруйнованої пахвинної зв'язки та мобілізовано стінки преперитонеального простору. Поліпропіленову сітку відповідних розмірів з отвором для сім'яного канатика встановлено преперитонеально та фіксовано до лобкового горбка, Куперової зв'язки, залишків пахвинної зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки та до поперечного апоневрозу і внутрішнього косоного м'яза живота. Після цього над сім'яним канатиком контактно зшити клапті апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. 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, 4 і 5 років - рецидиву грижі немає, займається помірною фізичною працею, що засвідчує повну реабілітацію пацієнта.

За період з 1997 по 2002 рр. В Міському центрі хірургії гриж живота м. Києва прооперовано 21 пацієнта з рецидивними пахвинними грижами за

способом, що заявляється. З них 17 обстежувались протягом 1-5 років після операції; жодного випадку повторного рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними повторні рецидиви пахвинних гриж сягають 10-25% [1, 3]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвиною зв'язкою, що заявляється, завдячуючи формуванню більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу значно знижує частоту повторного 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., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций - "Бизнес-Информ", 2002 с. 7-10, 191-193.

3. Delvin B. & Kingsnorth A. Management of abdominal hernias // Chapman Hall Medical/- 1998.-319 р.

4. Кисляков В.В. Автореферат кандидатської дисертації. Сімферополь. - 2002.С. 12-13.

