



УКРАЇНА

(19) UA (11) 44146 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДВОБІЧНИХ СКЛАДНИХ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ

1

2

(21) u200901967

(22) 05.03.2009

(24) 25.09.2009

(46) 25.09.2009, Бюл.№ 18, 2009 р.

(72) ФЕЛЕШТИНСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ,  
ФІЛІП МИХАЙЛО СТЕПАНОВИЧ, СВИРИДОВСЬКИЙ  
СЕРГІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-  
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

(57) Спосіб хірургічного лікування двобічних скла-  
дних рецидивних пахвинних гриж, що включає  
поперечний розріз шкіри, підшкірної основи вище  
лобкового зрощення, поперечний розріз передніх

стінок апоневротичних піхв прямих м'язів живота,  
роз'єднання прямих м'язів, мобілізацію їх від попе-  
речної фасції та парієтальної очеревини, мобілі-  
зацію косих та поперечних м'язів живота справа і  
зліва від поперечної фасції та парієтальної оче-  
ревини, взяття сім'яних канатиків на держалки,  
виділення грижових мішків та їх занурення в пре-  
перитонеальний простір, фіксацію сітчастого ім-  
плантату до зв'язок Купера справа і зліва та по  
периметру до м'язово-апоневротичних тканин,  
який відрізняється тим, що сітчастий імплантат  
фіксують додатково до окістя лобкового зрощення  
та окістя духвинної кістки справа і зліва.

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

Хірургічні втручання з приводу складних пах-  
винних гриж, до яких належать великі пахвинно-  
калиткові грижі, складають значну частку серед  
загальної кількості гриж черевної стінки. Результа-  
ти хірургічного лікування таких гриж традиційними  
автопластичними способами не можуть вважатися  
задовільними через високу кількість рецидивів  
грижі (25-30 %) [1, 2]. З появою сучасних алопла-  
стичних матеріалів на основі поліпропілену, полі-  
ефіру, політетрафторетилену основним методом  
лікування складних пахвинних гриж стала герніоп-  
ластика без натягу тканин, яка покращує результа-  
ти лікування таких гриж. Але, не дивлячись на ви-  
користання допоміжних пластичних матеріалів,  
частота виникнення післяопераційних ускладнень  
(сероми, гематоми, нагноєння, та ін.) при опера-  
тивному лікуванні двобічних пахвинних гриж висока  
сягає до 30%, а кількість рецидивів залишається  
на рівні 15-25 % [2]. Це зумовлюється тим, що іс-  
нуючі алопластичні способи хірургічного лікування  
таких пахвинних гриж досить травматичні і не за-  
безпечують надійного укріплення задньої стінки  
пахвинного каналу, а значить не усувають основну  
причину рецидивування пахвинної грижі.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування пах-  
винно-калиткових гриж за Ліхтенштейном [3], сут-  
ність якого полягає в тому, що типовим доступом

до пахвинного каналу його задню стінку укріплю-  
ють поліпропіленовою сіткою з отвором для сім'я-  
ного канатика. При цьому, сітку фіксують окреми-  
ми швами до пахвинної зв'язки і внутрішнього  
косого м'яза живота. Далі над сім'яним канатиком  
контактно зшивають клапті апоневрозу зовнішньо-  
го косого м'яза живота і пошарово зашивають ра-  
ну.

Частота рецидивів після операції Ліхтенштей-  
на при пахвинно-калиткових грижах становить 10-  
20 % [2]. Це пояснюється ненадійним укріпленням  
задньої стінки пахвинного каналу. Широкий пах-  
винний проміжок, а також натяг опорних тканин на  
ділянці герніопластики, який посилює розвиток їх  
атрофії, та неминуче призводять до рецидиву гри-  
жі. Низка післяопераційних ускладнень, таких як  
гематоми, сероми, пошкодження нервів та судин  
сім'яного канатика, пов'язана з травматизацією  
при виділенні грижового мішка.

Прототипом способу, що заявляється, є спосіб  
хірургічного лікування двобічних рецидивних пах-  
винних гриж за Стопа. Після поперечного розрізу  
шкіри, підшкірної основи на 5 - 6 см, вище лобко-  
вого зрощення, виконують поперечний розріз пе-  
редніх стінок апоневротичних піхв прямих м'язів  
живота. Далі роз'єднують прямі м'язи та мобілізу-  
ють їх від поперечної фасції та парієтальної оче-  
ревини. Наступним етапом мобілізують косі та  
поперечні м'язи живота справа і зліва від попе-  
речної фасції та парієтальної очеревини. Сім'яні  
канатики правий і лівий беруть на держалки. Гри-

(13) U

(11) 44146

(19) UA

жові мішки виділяють з оточуючих тканин та занурюють їх преперитонеально. Сітчастий імплантат з отворами для сім'яних канатиків відповідних розмірів (щоб закривав всю гіпо-гастральну ділянку) розміщують преперитонеально та фіксують до зв'язок Купера справа і зліва та по периметру до м'язово-апоневротичних тканин. Після контактної зшивають апоневротичні тканини підшкірну основу та шкіру.

Такий спосіб дещо підвищує надійність пахвинної герніопластики при двобічних рецидивних пахвинних грижах, але не виключає рецидивів (15-25 %) [4]. Це пояснюється ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу, результаті незадовільної фіксації сітки лише до зв'язок Купера. Як результат виникає міграція, зморщування сітки, що не забезпечує надійності укріплення задньої стінки пахвинного каналу та призводить до повторного рецидивування.

Спосіб, що заявляється, вирішує завдання покращення результатів хірургічного лікування двобічних складних рецидивних пахвинних гриж.

Поставлене завдання вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування двобічних рецидивних пахвинних гриж, виконують фіксацію сітчастого імплантату матеріалу тільки до зв'язок Купера справа і зліва та по периметру до м'язово-апоневротичних тканин, а згідно корисної моделі сітчастий імплантат додатково фіксується до окістя лобкового зрощення та окістя здухвинної кістки справа і зліва.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування двобічних рецидивних пахвинних гриж, що заявляється, є додаткова фіксація до окістя лобкового зрощення та окістя здухвинної кістки справа і зліва. Цим забезпечується надійне укріплення задніх стінок пахвинних каналів і усувається підґрунтя для повторного рецидивування грижі.

Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує новий підхід до хірургічного лікування двобічних складних рецидивних пахвинних гриж. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування гриж невідомий.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. Після поперечного розрізу шкіри, підшкірної основи на 5 - 6 см, вище лобкового зрощення, виконують поперечний розріз передніх стінок апоневротичних піхв прямих м'язів живота. Далі роз'єднують прямі м'язи та мобілізують їх від поперечної фасції та парієтальної очеревини. Після цього мобілізують косі та поперечні м'язи живота справа і зліва від поперечної фасції та парієтальної очеревини. Сім'яні канатики правий і лівий беруть на держалки. Грижові мішки виділяють з оточуючих тканин та занурюють їх преперитонеально. Сітчастий імплантат з отворами для сім'яних канатиків відповідних розмірів (щоб закривав всю гіпогастральну ділянку) розміщують преперитонеально та фіксують до зв'язок Купера справа і зліва та по периметру до м'язово-апоневротичних тканин. Після цього додатково сітчастий імплантат фіксують до окістя лобкового зрощення та окістя здухвинної кістки справа і зліва. Далі контактної зшивають апоневротичні тканини підшкірну основу та шкіру.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування двобічних складних рецидивних пахвинних гриж, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні частоти рецидивів та післяопераційних ускладнень.

Приклад конкретного виконання

Пацієнт М. 52 років, медична карта стаціонарного хворого №2589, поступив 12.11.2004 з діагнозом двобічна рецидивна пахвинна грижа. Хворіє впродовж дванадцяти років.

Операція: Радикальна операція двобічної пахвинної грижі з використанням поліпропіленової сітки за способом, що заявляється. Знеболювання: комбінована загальна анестезія.

Після поперечного розрізу шкіри, підшкірної основи на 5 - 6 см, вище лобкового зрощення, виконують поперечний розріз передніх стінок апоневротичних піхв прямих м'язів живота. Далі роз'єднують прямі м'язи та мобілізують їх від поперечної фасції та парієтальної очеревини. Після цього мобілізують косі та поперечні м'язи живота справа і зліва від поперечної фасції та парієтальної очеревини. Сім'яні канатики правий і лівий беруть на держалки. Грижові мішки виділяють з оточуючих тканин та занурюють їх преперитонеально. Сітчастий імплантат з отворами для сім'яних канатиків відповідних розмірів (щоб закривав всю гіпогастральну ділянку) розміщують преперитонеально та фіксують до зв'язок Купера справа і зліва та по периметру до м'язово-апоневротичних тканин. Після цього додатково сітчастий імплантат фіксують до окістя лобкового зрощення та окістя здухвинної кістки справа і зліва. Далі контактної зшивають апоневротичні тканини підшкірну основу та шкіру.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний на восьму добу після операції у задовільному стані. Обстежений через 1, 2, 3 роки - рецидиву грижі немає, займається фізичною працею, скарг не пред'являє що засвідчує повну реабілітацію пацієнта.

За період з 2000 по 2008 рр., в нашій клініці прооперовано 67 пацієнтів з двобічними складними рецидивними пахвинними грижами за способом, що заявляється. З них 58 протягом 1-4 років після операції; жодного випадку рецидиву грижі не виявлено. За літературними даними рецидиви складних рецидивних двобічних пахвинних гриж сягають 10-25 % [4]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, спосіб хірургічного лікування двобічних складних рецидивних пахвинних гриж, що заявляється, за рахунок того, що виконується додаткова фіксація сітчастого імплантату до окістя лобкового зрощення та окістя здухвинної кістки справа і зліва, забезпечує більш надійну його фіксацію до механічно міцних анатомічних структур, і усуває підґрунтя для повторного рецидивування пахвинної грижі.

Джерела інформації:

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