



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61055 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ

1

2

(21) u201014224

(22) 29.11.2010

(24) 11.07.2011

(46) 11.07.2011, Бюл.№ 13, 2011 р.

(72) ПАЦКАНЬ БОГДАН МИХАЙЛОВИЧ, ФАТУЛА
ЮРІЙ МИХАЙЛОВИЧ(73) ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
"УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИ-
ТЕТ"(57) Спосіб хірургічного лікування великих пахвин-
них гриж, який включає застосування як алопла-
стичного матеріалу поліпропіленової сітки при пла-
стиці гризових воріт, причому сім'яний канатик

ізолюють від поліпропіленової сітки власними тка-
нинами шляхом накладання швів на розсічену ді-
лянку апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота
таким чином, щоб сім'яний канатик був розташо-
ваний над апоневрозом, який відрізняється тим,
що додатково накладають лінію вузлових швів на
поперечну фасцію, поверх яких, під сім'яним кана-
тиком, розміщують поліпропіленову сітку, яку роз-
тягують над внутрішнім косим та поперечним м'я-
зами, заводячи під апоневроз зовнішнього косого
м'яза живота, фіксуючи до нього П-подібними
швами, а до пахвинної зв'язки вузловими швами.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії, і може бути використана для пла-
стики великих пахвинних гриж.

Протягом останнього десятиліття вітчизняни-
ми хірургами запропоновано та впроваджено у
клінічну практику ряд модифікацій класичної опе-
рації Ліхтенштейна.

Деякі методики передбачають ізоляцію сім'я-
ного канатика від алопластичного матеріалу (полі-
пропіленової сітки) власними тканинами (апонев-
розом зовнішнього косого м'яза живота або
поперечною фасцією). Відсутність безпосередньо-
го контакту сім'яного канатика з сіткою попереджає
його травмування, зменшує ризик утворення се-
ром та гематом, знижує вірогідність патологічного
рубцювання в ділянці післяопераційної рани [1, 4].

Інші методики вдосконалюють спосіб фіксації
поліпропіленової сітки до анатомічних структур
пахвинної ділянки з метою кращого розправлення
сітки, запобігання її «зморщування» та міграції,
меншої травматизації пахвинної зв'язки та м'язо-
вих структур застосуванням замість безперервно-
го вузлових та П-подібних швів [3, 5].

Найближчим аналогом є «Спосіб хірургічного
лікування пахвинних гриж», який включає фіксацію
поліпропіленової сітки вузловими швами до пах-
винної зв'язки та внутрішнього косого та попереч-
ного м'язів живота, зшивання над сіткою апонев-
розу зовнішнього косого м'яза живота і виведення
сім'яного канатика у підшкірну клітковину над апо-

неврозом [2].

Недоліком способу є недостатнє розправлен-
ня сітки, що може приводити до її подальшого
«зморщування» та гофрування і погіршення відда-
лених результатів лікування внаслідок формуван-
ня інфільтрату післяопераційного рубця та стійкого
больового синдрому.

В основу корисної моделі поставлене завдан-
ня вдосконалити спосіб фіксації сітки шляхом її
максимального розправлення для запобігання
гофрування та деформації, а також посилити на-
дійність пластики шляхом накладання додаткової
лінії вузлових швів на поперечну фасцію.

Поставлене завдання досягається таким чи-
ном, що в способі хірургічного лікування великих
пахвинних гриж, який включає застосування як
алопластичного матеріалу поліпропіленової сітки
при пластиці гризових воріт, причому сім'яний
канатик ізолюють від поліпропіленової сітки влас-
ними тканинами шляхом накладання швів на роз-
січену ділянку апоневрозу зовнішнього косого м'я-
за живота таким чином, щоб сім'яний канатик був
розташований над апоневрозом, який відрізняєть-
ся тим, що додатково накладають лінію вузлових
швів на поперечну фасцію, поверх яких, під сім'я-
ним канатиком, розміщують поліпропіленову сітку,
яку розтягують над внутрішнім косим та попереч-
ним м'язами, заводячи під апоневроз зовнішнього
косого м'яза живота, фіксуючи до нього П-
подібними швами, а до пахвинної зв'язки вузлови-

(13) U
(11) 61055
(19) UA

ми швами.

Запропонований спосіб хірургічного лікування великих пахвинних гриж відображено на малюнках (фіг.1-3), на яких зображено відповідно:

Фіг.1 - етап накладання додаткової лінії вузлових швів на поперечну фасцію, внаслідок чого додатково укріплюється задня стінка пахвинного каналу, а внутрішній косий та поперечний м'язи підтягуються до пахвинної зв'язки;

Фіг.2 - етап розміщення та фіксації поліпропіленової сітки;

Фіг.3 - етап зшивання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота під сім'яним канатиком, внаслідок чого останній ізолюється від сітки.

Спосіб виконують наступним чином. Косим розрізом у пахвинній ділянці вище та медіальніше пахвинної складки розсікають шкіру та підшкірну клітковину. Виділяють та розкривають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота (1). Сім'яний канатик (2) виділяють та беруть на держалку. Диференціюють та виділяють косу чи пряму пахвинну грижу. Гризовий мішок косої грижі виділяють до шийки, висікають, куксу її переводять у верхньо-медіальному напрямку та фіксують попід внутрішнім косим та поперечним м'язами (за Красінцевим-Баркером). При прямій грижі гризовий мішок не розкриваючи занурюють у передочеревинний простір. Вузловими швами ушиваємо поперечну фасцію (3) - перший ряд пластики. Далі розміщуємо поліпропіленову сітку (4) з відповідним розрізом для сім'яного канатика (в ділянці внутрішнього пахвинного кільця) під сім'яним канатиком, фіксуємо 1-2-ма вузловими швами до лонного окістя, максимально розправляємо сітку, заводячи її під апоневроз зовнішнього косого м'яза живота; при цьому вона лягає на внутрішній косий і поперечний м'язи (5). Нижній край сітки фіксуємо вузловими швами з інтервалом 1 см до пахвинної зв'язки (6). Верхній край сітки фіксуємо П-подібними швами з інтервалом 1,5 см, які проводять через апоневроз зовнішнього косого м'яза і зав'язують на зовнішній поверхні останнього. Такою фіксацією, на наш погляд, досягається максимальне розтягнення і розправлення сітки. Наступним етапом ушиваємо вузловими швами апоневроз зовнішнього косого м'яза під сім'яним канатиком, розташовуючи останній у підшкірній клітковині.

Приклад. Хворий С., 54 роки, (історія хвороби

№1943/407). Діагноз: лівобічна вправима коса пахвинно-калиткова грижа. 3.09.2007 р. під місцевою анестезією виконана операція - герніотомія, алопластика поліпропіленовою сіткою за нашою модифікацією. Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом. Виписаний у задовільному стані на четвертий день після операції. Контрольно оглядався на 7-й день після операції, а також через півроку, 1 і 3 роки. Скарг не має, виконує фізичну працю, рецидиву не відзначено.

Протягом останніх восьми років у хірургічній клініці Ужгородської центральної міської клінічної лікарні виконано 115 операцій з приводу пахвинних гриж за різними алопластичними методиками з використанням поліпропіленових сіток: класична операція Ліхтенштейна (63 хворих), модифікована алопластика за нашою методикою (52 хворих). У 30 пацієнтів, оперованих за нашою методикою, прослідковано віддалені результати за період від 1 до 5 років. Рецидивів захворювання не спостерігалося.

Використання запропонованого способу хірургічного лікування великих пахвинних гриж дозволяє покращити результати хірургічного лікування хворих з пахвинними грижами і може бути рекомендоване для практичного застосування у хірургічних відділеннях.

Джерела інформації:

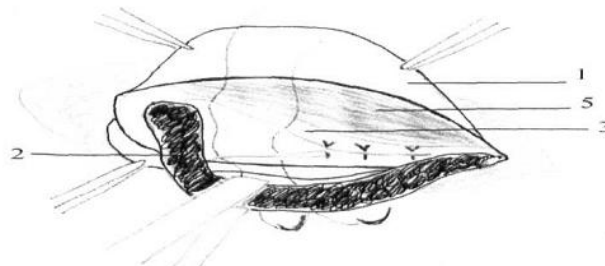
1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных гриж. - К.: Здоров'я, 2001. - 278с.

2. Деклараційний патент України на винахід № 51588 А, А61В 17/00, Бюл. № 11, 2002р. - прототип.

3. Кутовой А.Б., Самарец Э.Ф. Способ аллопластики пахового канала и его топографо-анатомическое обоснование // Хірургія України. - 2008. - №2. - С.45-47.

4. Тодуров І.М., Білянський Л.С., Перехрестенко О.В., Кучерук В.В. Порівняльний аналіз методів пахвинної алогерніопластики // Львівський медичний часопис. - 2009. - № 3. - С.50-53.

5. Фелештинський Я.П., Філіп М.С., Чиньба О.В. Преперитонеальна алопластика при складних рецидивних пахвинних грижах // Хірургія України. - 2008. - №2. - С.76-78.



Фіг. 1

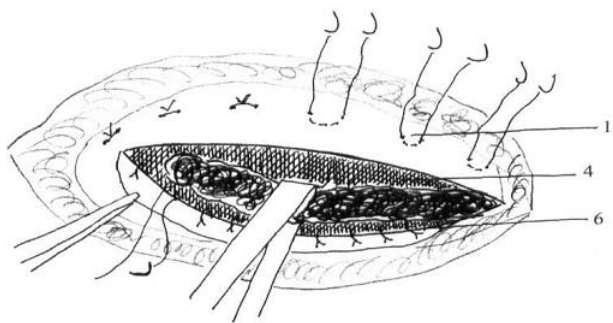


Fig. 2

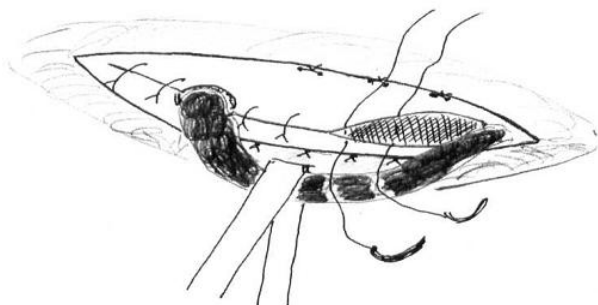


Fig. 3