



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64295 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

1

(21) u201101914

(22) 18.02.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл. № 21, 2011 р.

(72) ФЕЛЕШТИНСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ,  
СВИРИДОВСЬКИЙ СЕРГІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-  
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА(57) Спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж,  
що включає доступ до пахвинного каналу, взяття

2

сім'яного канатика на держалку, виділення, прошивання і видалення грижового мішка, звуження глибинного отвору пахвинного каналу, фіксацію сітчастого імплантата до пахвинної зв'язки, внутрішнього косого і поперечного, який **відрізняється** тим, що спочатку беруть на держалки та відводять вбік нерви пахвинної ділянки (n.genitofemoralis, n.ileohypogastricus та n.ileoinguinalis), потім фіксують сітчастий імплантат, що виключає зшивання його із нервами.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана в звичайних хірургічних стаціонарах.

Використання сітчастих імплантантів (пролен, ультрапро, промеш та ін.) для хірургічного лікування пахвинних гриж значно знизило частоту післяопераційних рецидивів (2-5 %) [1,2]. Водночас після пахвинної алогерніопластики збільшилася частота хронічного болю (18,1 %) на ділянці перенесеної операції [1,3]. Хронічний післяопераційний біль спостерігається впродовж 6-24 місяців та значно впливає на якість життя пацієнтів [1,2,3]. Однією з основних причин хронічного болю після виконання традиційних способів пахвинної алогерніопластики є пришивання сітчастого імплантата до гілок нервів пахвинного каналу, що призводить до рубцевого переродження нервів та виникнення невринои.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж з преперитонеальним розміщенням сітчастого імплантата [1], суть якого полягає в тому, що типовим доступом до пахвинного каналу сім'яний канатик беруть на держалку, мобілізують задню стінку пахвинного каналу від оточуючих тканин та розрізають її паралельно пахвинній зв'язці. Далі преперитонеально розміщують сітчастий імплантат з отвором для сім'яного канатика і фіксують його по периметру до пахвинної зв'язки та до внутрішнього косого і поперечного м'язів. Над сітчастим імплантатом зшивають клапті поперечної фасції. Частота хронічного болю після пахвинної алогерніопластики складає 12-14,5 % [1,2,3].

Це пояснюється тим, що пришивання сітки до м'язів і апоневрозу з боку преперитонеального простору виконується, як правило, з прошиванням нервів пахвинної ділянки, що стає основною причиною хронічного болю у віддаленому післяопераційному періоді.

Прототипом способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж за Ліхтенштейном [2]. Типовим доступом до пахвинного каналу поширово розрізають шкіру, підшкірну основу, поверхневу фасцію, апоневроз зовнішнього косого м'яза живота. Сім'яний канатик беруть на держалку і відводять вбік та мобілізують стінки пахвинного каналу. Далі виділяють грижовий мішок, прошивають його біля шийки і видаляють. Глибинний отвір пахвинного каналу звужують до 0,8 см шляхом накладання шва на край внутрішнього косого м'яза та пахвинну зв'язку. Після цього сітчастий імплантат з отвором для сім'яного канатика пришивають по периметру до пахвинної зв'язки, внутрішнього косого та поперечного м'язів, далі над сім'яним канатиком зшивають клапті апоневрозу і поширово зашивають шкірно-підшкірну рану.

Такий спосіб дещо підвищує надійність пахвинної герніопластики, але не виключає післяопераційного хронічного болю (8-12 %). Основною причиною виникнення хронічного болю у віддаленому післяопераційному періоді (6-12 місяців) є прошивання нервів пахвинного каналу разом з сіткою при її фіксації тому, що їх значна ділянка прикрита волокнами м'язів і апоневрозу та відсут-

(19) UA (11) 64295 (13) U

ня їх повна візуалізація. Усунення цього недоліку і є основною задачею запропонованого рішення.

Поставлене завдання вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування пахвинних гриж сітку фіксують до м'язів та апоневрозу з прошиванням нервів пахвинної ділянки, що прикриті тканинними структурами, а згідно з корисною моделлю, сітку фіксують до м'язів і апоневрозу після виділення нервів пахвинного каналу (*n.ilioinguinalis*, *n.iliohypogastricus*, *n.genitofemoralis*) з оточуючих тканин та взяття їх на держалки, це дозволяє повністю візуалізувати нерви та уникнути їх прошивання. Крім цього, на ділянках виходу нервів з м'язово-фасціальних структур пахвинної ділянки, пришивання сітки на цих ділянках виконують шляхом накладання так званих «повітряних швів». Накладені шви зав'язують лише до дотику з тканинами.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином і пояснюється за допомогою креслення. На ньому зазначено: 1) *n.ilioinguinalis*; 2) апоневроз зовнішнього косого м'язу живота; 3) сім'яний канатик; 4) косий м'яз живота; 5) сітчастий імплантат.

Під місцевою анестезією розрізом паралельно і вище пахвинної зв'язки

розсічена шкіра, підшкірна основа, поверхнева фасція, апоневроз зовнішнього косого м'язу живота (2). Сім'яний канатик (3) взятий на держалку і відведений вбік. Широко мобілізовані стінки пахвинного каналу і виділений гризовий мішок, який прошитий біля шийки та видалений. Глибинний отвір пахвинного каналу звужений до 0,8 см шляхом накладання шва на край внутрішнього косого (4) та пахвинну зв'язку. Після цього виділені, взяті на держалки *n.genitofemoralis*, *n.ileohypogastricus*, *n.ileoinguinalis* (1) та відведені вбік. Далі сітчастий імплантат (5) відповідних розмірів пришитий по периметру до пахвинної зв'язки, внутрішнього косого (4) та поперечного м'язів. Над канатиком зшиті клапті апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота та пошарово зашита шкірно-підшкірна рана.

Технічний результат.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування пахвинних гриж, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні частоти хронічного болю після алогерніопластики за рахунок того, що не прошиваються нерви пахвинного каналу. За період з 2005 по 2010 рр., в нашій клініці прооперовано 92 пацієнти з пахвинними грижами за способом, що заявляється. З них тільки у 2 (2,1 %) хворих спостерігався хронічний біль, який був ліквідований консервативними за-

ходами. За літературними даними хронічний біль після пахвинної алогерніопластики виникає у 11-18,1 %.

Таким чином використання відкритої пахвинної алогерніопластики за способом власної розробки з візуалізацією нервів пахвинного каналу і контрольованою фіксацією сітки зменшує частоту післяопераційного хронічного болю в 5-9 разів.

Приклад конкретного виконання.

Пацієнт К.62 років медична карта стаціонарного хворого № 1079, був прийнятий 16.10.07 з діагнозом правобічна пахвинна грижа. Хворіє впродовж 10 років.

Операція: Алогерніопластика за способом, що заявляється.

Під місцевою анестезією розрізом до 10 см паралельно і вище пахвинної зв'язки розсічена шкіра, підшкірна основа, поверхнева фасція, апоневроз зовнішнього косого м'язу живота. Сім'яний канатик взятий на держалку і відведений вбік. Широко мобілізовані стінки пахвинного каналу і виділений гризовий мішок, який прошитий біля шийки та видалений. Глибинний отвір пахвинного каналу звужений до 0,8 см шляхом накладання шва на край внутрішнього косого та пахвинну зв'язку. Після цього виділені, взяті на держалки *n.genitofemoralis*, *n.ileohypogastricus*, *n.ileoinguinalis* та відведені вбік. Далі сітчастий імплантат відповідних розмірів пришитий по периметру до пахвинної зв'язки, внутрішнього косого та поперечного м'язів. Над канатиком зшиті клапті апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота та пошарово зашита шкірно-підшкірна рана.

Післяопераційний період без ускладнень. Пацієнт оцінив інтенсивність післяопераційного болю на 2 бали за візуальною аналоговою шкалою. Виписаний на 3 добу у задовільному стані. Через 2 тижні приступив до роботи. Обстежений через 1, 2 роки - хронічного болю та рецидиву грижі немає, займається фізичною працею, що свідчить про повну реабілітацію пацієнта.

Джерела інформації:

1. Жебровский В.В., Моххамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и Эвентраций.- Симферополь., 2002.-е. 140-188.

2. Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L. The Lichtenstein open "tension-free" procedure for inguinal hernias//Surgery Today. - Vol.25, №7.

3. Bove A., Borgarzone G., Palone G., Battaglia D., Calisesi E.M., Di Renzo R.M., Corbellini L. Chronic pain after open mesh sutureless hernioplasty.// European hernia society. 30 Congress Sevilla. 7-10 May.-2008. p. 146-147.

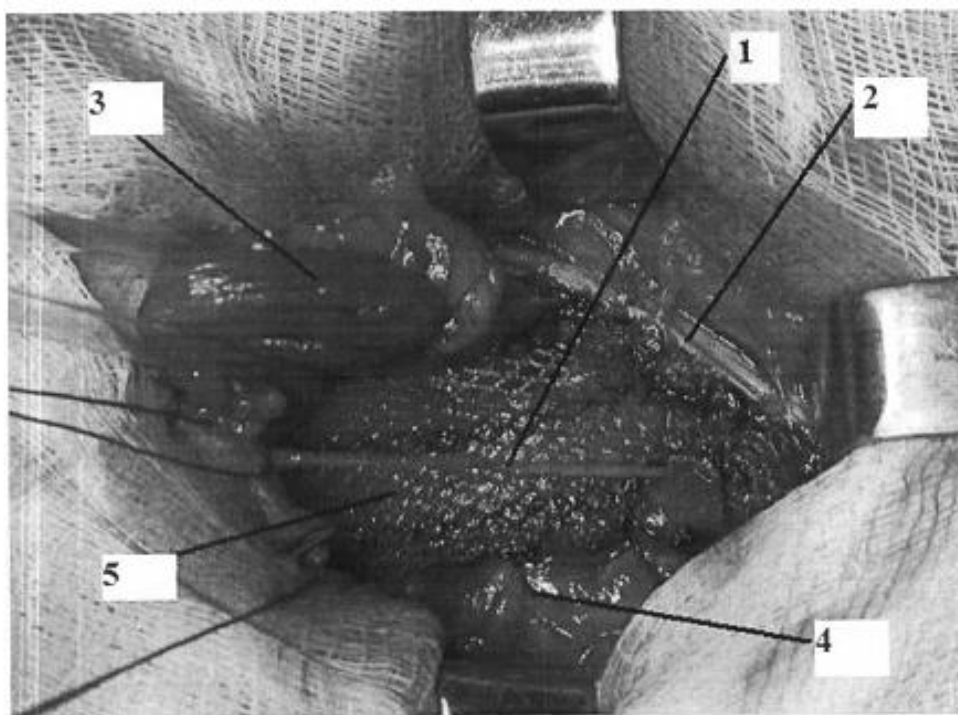


Fig. 1