



УКРАЇНА

(19) UA (11) 74921 (13) C2
(51) МПК (2006)
A61B 17/94

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВОЇ ГРИЖІ У ЖІНОК

1

(21) 2004021287

(22) 23.02.2004

(24) 15.02.2006

(46) 15.02.2006, Бюл. № 2, 2006 р.

(72) Кот Олександр Григорович, Брага Катерина
Анатоліївна

(73) Кот Олександр Григорович

(56) Ороховский В.И. Основные грыжесечения. -
Донецк, 2000. - С. 93-96

SU A1 1648388 15.05.1991

(57) Спосіб хірургічного лікування пахової грижі у жінок, що включає розкриття пахового каналу через його передню стінку, резекцію грижового мішка з дислокацією його кукси під м'язовий шар, а також

2

дублікатурну герніопластику, який відрізняється тим, що здійснюють повну ліквідацію пахового каналу і його вмісту, для чого після розкриття каналу висікають круглу зв'язку матки на протязі від внутрішнього кільця пахового каналу до кінцевої її частини за межами зовнішнього кільця, лігують у місці перетинання куксу зв'язки і кривають її у передочеревинних тканинах заглибними швами, що закривають внутрішнє кільце, після чого ліквідують паховий проміжок шовним низведенням нижнього краю внутрішнього косого та поперечного м'язів до пахової зв'язки, а під час формування дублікатури апоневрозу косого м'яза живота ушивають наглухо зовнішнє пахове кільце.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії і призначений для підвищення ефективності оперативного лікування жінок, що страждають паховою грижею.

Відомий спосіб хірургічного лікування пахових гриж за методом Постемпскі [1], що припускає ліквідацію більшої частини пахового каналу за його протягом шляхом гострого розкриття каналу паралельно паховій зв'язці через передню стінку - апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, резекцію грижового мішка з дислокацією його кукси під край внутрішнього косого та поперечного м'язів, а також герніопластику підшиванням верхнього листка апоневрозу до пахової зв'язки під сім'яним канатиком із наступним формуванням апоневротичної дублікатури - прототип [1].

При використанні методики прототипу вміст пахового каналу-сім'яний канатик витягається з каналу, за рахунок чого в результаті наступної герніопластики за цим методом сам канал ліквідується на більшому протязі, при чому зовнішнє кільце його дислокується в місце проекції внутрішнього кільця, яке при цьому зберігається; у результаті переміщений сім'яний канатик "прободає" знову сформований м'язово-апоневротичний шар черевної стінки тільки в зоні проекції внутрішнього кільця, розташовуючись на

подальшому протязі в результаті виконаної операції підшкірно.

Незважаючи на високу ефективність способу-прототипу, використання останнього цілком не виключає можливості рецидиву грижі внаслідок збереження внутрішнього кільця пахового каналу, а також самого каналу в його "скороченому" вигляді, а доцільність його застосування у жінок невелика через мізерну (на відміну від сім'яного канатика) анатомо-функціональну значущість круглої зв'язки матки як вмісту жіночого пахового каналу.

Задача винаходу - підвищення ефективності хірургічного лікування пахових гриж у жінок шляхом виключення всіх потенційних умов для рецидивування грижі за рахунок повної ліквідації пахового каналу.

Задача вирішується тим, що після стандартного розкриття жіночого пахового каналу через його передню стінку, резекції грижового мішка і дислокації кукси останнього під м'язовий шар, вміст пахового каналу ліквідують висіченням круглої зв'язки матки протягом від внутрішнього кільця, до кінцевої її частини за межами зовнішнього кільця, внутрішнє кільце ліквідують його ушиванням заглибними швами над куксою круглої зв'язки в місці її проксимального відсічення;

(19) UA (11) 74921 (13) C2

паховий проміжок ліквідують шовним низведенням країв внутрішнього косого та поперечного м'язів до пупартової зв'язки з наступною дублікацією апоневрозу зовнішнього косого м'яза й ушиванням наглухо апоневрозу в місці колишнього зовнішнього кільця пахового каналу.

У результаті використання винаходу вперше клінічне реалізована можливість повної ліквідації пахового каналу у жінок-грижоносієв, що забезпечує повне усунення анатомічних передумов для рецидивування грижі. Інакше кажучи словами, оперативне усунення всіх складових жіночого пахового каналу (вмісту, стінок, зовнішнього і внутрішнього кілець) сприяє досягненню поставленої мети - виключенню умов для рецидивування гриж.

Спосіб здійснюють таким чином.

Після стандартної передопераційної підготовки пацієнтки з паховою грижею в умовах анестезії розкривають паховий канал стандартним косим розрізом через передню стінку, виділяють і відсікають грижовий мішок, переміщують його куксу під нижній край внутрішнього косого і поперечного м'язів. Потім мобілізують круглу зв'язку протягом усього каналу, відтинаючи її електроножем спочатку вгорі - одразу поблизу внутрішнього кільця з лігуванням її кукси, а потім унизу - у клітковині великої статевої губи за межами зовнішнього кільця. Потім ушивають тканини внутрішнього кільця поверх круглої зв'язки заглибними швами. Далі зводять за допомогою вузлових швів нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів до пупартової зв'язки разом із верхнім листком апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. У завершення операції формують дублікатуру апоневрозу нижнім його листком із ушиванням наглухо колишнього зовнішнього пахового кільця.

Спосіб ілюструється прикладами.

Приклад 1. Для здійснення розробленого способу підготовлено пацієнтку В., 39 років з діагнозом: правобічна коса вправима пахова грижа. При обстеженні скаржиться на наявність грижового випинання в паховій області протягом чотирьох років, появу якого зв'язує з важкою фізичною працею (кочегар котельні). Об'єктивно: соматичний статус без особливостей; у правій паховій області над паховою складинкою овальної форми випинання, що вправляється в черевну порожнину; позитивні симптоми напруження та кашльового поштовху. Хворій в умовах комбінованого внутрішньовенного кетамінового наркозу з нейролептаналгезією та інфільтраційною анестезією виконано операцію: герніотомію, резекцію грижового мішка, переміщення його кукси під м'язи, висічення круглої зв'язки від рівня внутрішнього кільця до її розщеплення за межами зовнішнього кільця в тканинах над великою статевою губою. Після цього перев'язану біля внутрішнього кільця каналу куксу круглої зв'язки ушито поверх її заглибними швами з ліквідацією останніми внутрішнього кільця пахового каналу. Нижній край м'язів із верхнім листком апоневрозу низведено вузловими швами до пупартової зв'язки, а нижнім листком швово сформовано апоневротичну дублікатуру, при якій на-

глухо ушите колишнє зовнішнє пахове кільце. Операційну рану пошарово ушито. Післяопераційний плин гладкий. Спостереження пацієнтки протягом 4-х років не виявило ніяких патологічних змін збоку місця операції й органів малого тазу, а також ознак рецидивування грижі, незважаючи на повернення до колишньої професії.

Приклад 2. Грижосічення з герніопластиком за заявленим способом, що передбачає повну ліквідацію пахового каналу, здійснювали жінці 69 років з діагнозом: лівобічна пряма невправима пахова грижа. При надходженні скаржилась на наявність круглого випинання в надлобковій області зліва, тупий ниючий біль. Є грижосієм протягом 11 років. Останні 2 роки грижове випинання кількоразово защемлювалось і спонтанно вправлялося. Останні 3 місяці випинання не вправляється, турбує постійний тупий біль. Після детального обстеження соматичного статусу та передопераційної підготовки, хвора оперована в умовах загального знеболювання (інтубаційний наркоз). Розрізом над паховою складкою довжиною 12 см пошарово розкриті м'які тканини і передня стінка пахового каналу. Виділено грижовий мішок, уміст якого - інтимно спаяна зі стінкою грижового мішка пасма великого сальника, остання резектована разом із грижовим мішком; куксу мішка переміщено під м'язи. Далі виділена кругла зв'язка матки протягом пахового каналу, яка лігована і відсічена біля внутрішнього його кільця, а потім видалена протягом до місця свого кінцевого розщеплення за межами зовнішнього кільця в тканинах над великою статевою губою. Внутрішнє кільце пахового каналу ушито над куксою круглої зв'язки матки заглибними швами. Виконано низведення нижніх країв м'язів з верхнім листком апоневрозу вузловими швами до пупартової зв'язки, нижнім листком апоневрозу швово сформовано апоневротичну дублікатуру - при її формуванні швово цілком ліквідоване зовнішнє пахове кільце. Операцію завершено пошаровим ушиванням рани. Післяопераційний період протікав гладко. Подальше спостереження пацієнтки протягом 2 років виявило, що рецидивування грижі немає, так саме, як і патології збоку місця операції та органів тазу.

Таким чином, уперше розроблено метод герніопластики у жінок шляхом повної ліквідації пахового каналу, що технічно цілком відтворюється в клініці і, як показує досвід його використання авторами, є загальнодоступним і надійним заходом відносно профілактики післяопераційних рецидивів пахових гриж у жінок.

Спосіб, що заявляється, розроблено і технічно опробовано на базі кафедри шпитальної хірургії № 1 Донецького державного медичного університету на 5 нативних кадаверах, клінічне виконано у 14 пацієнток з паховими грижами. Представлені приклади клінічних випробувань способу та результатів заздалегідь проведених експериментальних досліджень, включаючи також патентний пошук, свідчать про принципову новизну й ефективність способу, що відповідають рішенням дослідницької задачі і досягненню поставленої мети.

Спосіб, що заявляється, є технічно загально-доступним, що цілком відтворюється в будь-якій хірургічній клініці і є надійним заходом профілактики післяопераційних рецидивів гриж у жінок.

Перелік використаних аналогів:

1. Ореховский В.И «Основные грыжесечения» \\ Донецк -Коттбус. - 2000г. - с. 93-96 - прототип.

2. Верхулецкий И.Е., Гринцов А.Г., Куницкий Ю.Л., Танцюра В.П., Ореховский В. И., Межаков С.В., Кот А.Г., Филина В.В., Бомбушкар И.С. «Защемлені грижі» \\ Донецк 2003г.