



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19663 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ ІЗ ЗРУЙНОВАНОЮ ПАХВИННОЮ ЗВ'ЯЗКОЮ ТА ЗАГАЛЬНИМ ПАХВИННО-СТЕГНОВИМ ДЕФЕКТОМ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

1

2

(21) u200608242

(22) 24.07.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. №12, 2006р.

(72) Чиньба Олег Васильович, Фелештинський Ярослав Петрович

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

(57) Спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою та загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки, що включає типовий доступ до пахвинного каналу, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, взяття сім'яного канатика на тримач, виділення та видалення грижового мішка, розрізання поперечної фасції та відшарування її від передочеревинної клітковини, пластику задньої стінки пахвин-

ного каналу та відтворення пахвинної зв'язки поліпропіленовою сіткою відповідних розмірів з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика, фіксацію поліпропіленової сітки до лобкового горбка, куперової зв'язки, залишків пахвинної зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки та до поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза живота, який **відрізняється** тим, що після розрізання поперечної фасції та відшарування її від передочеревинної клітковини, поліпропіленову сітку з отвором для сім'яного канатика, в якій по нижньому краю попередньо викроюють заглиблення для *lacuna vasorum*, розміщують преперитонеально та додатково фіксують до прямого м'яза живота, після чого апоневроз зовнішнього косого м'яза живота зашивають контактно під сім'яним канатиком.

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

З появою сучасних алопластичних матеріалів основним методом лікування пахвинних гриж стала герніопластика без натягу тканин, яка покращує результати лікування таких гриж [1]. Однак, не дивлячись на використання допоміжних пластичних матеріалів, виконання повторної операції при рецидивних пахвинних грижах, за яких атрофія м'язово-апоневротичних тканин значно виражена, пахвинна зв'язка зруйнована і утворився загальний пахвинно-стегновий дефект черевної стінки, є особливо складною задачею [2]. В таких складних випадках частота виникнення повторних рецидивів коливається в межах 25-30%, а частота виникнення післяопераційних ускладнень (сероми, гематоми, нагноєння та ін.) сягає 30% [3]. Це зумовлюється тим, що існуючі алопластичні способи хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж досить травматичні і в означених випадках 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 Рівзом [4], який полягає в тому, що після типового доступу до пахвинного каналу, розрізання його передньої стінки і видалення грижового мішка, поперечну фасцію розрізають під сім'яним канатиком, а передочеревинний простір виділяють вверх та вниз за лобковою кісткою. Після цього поліпропіленову сітку розміром 8×6см розташовують під поперечною фасцією, фіксують вузловими швами до Куперової зв'язки та чотирма V-подібними трансмускулярними швами до поперечного і внутрішнього косого м'язів живота. Завершують операцію підшиванням фасції і м'язів до пахвинної зв'язки.

Частота повторних рецидивів пахвинної грижі після операції за способом Рівза становить 10-25%. Це можна пояснити ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу за таких складних умов. Через використання досить малого розміру імплантату не забезпечується надійність укріплення дна пахвинного каналу. Підшивання

(13) U
(11) 19663
(19) UA

м'язів до пахвинної зв'язки, яка є рубцево зміненою або повністю зруйнованою, а також натяг опорних тканин на ділянці герніопластики, що посилює розвиток їх атрофії, призводять до рецидиву грижі.

Прототипом способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою та загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки [5], 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. Сім'яний канатик беруть на держалку і відводять вбік. Грижовий мішок виділяють до шийки, прошивають і видаляють. Потім розрізають поперечну фасцію і відшаровують її від передочеревинної клітковини. Поліпропіленову сітку відповідних розмірів з отвором під сім'яний канатик розміщують преперитонеально. Далі поліпропіленову сітку фіксують до лобкового горбка, Куперової зв'язки, залишків пахвинної зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки та до поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза. Далі над сім'яним канатиком контактено зашивають клапти апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота і пошарово зашивають рану.

Такий спосіб дещо підвищує надійність пахвинної герніопластики, але дає низку післяопераційних ускладнень (сероми, гематоми, атрофія яєчка, тривалий набряк нижньої кінцівки та ін.). Контакт сім'яного канатика з поліпропіленовою сіткою призводить до його травматизації, а тиск імплантату на стегові судини веде до погіршення венозного відтоку з нижньої кінцівки. Крім того, спосіб не виключає рецидивів. Це пояснюється ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу за таких умов. В результаті того, що в медіальній зоні поліпропіленова сітка фіксується лише до лобкового горбка та поперечного апоневрозу, залишається щілина між поліпропіленовою сіткою та зовнішнім краєм прямого м'яза, що призводить до повторного рецидиву, особливо в умовах широкого пахвинного проміжку.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу покращення результатів хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж з загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки за рахунок створення умов, які виключають тиск поліпропіленової сітки на стегові судини (для чого в сітці попередньо викроюють заглиблення для *lacuna vasorum*), та додаткової фіксації сітки до прямого м'яза живота. Цим досягається надійність укріплення задньої стінки, а сім'яний канатик виводиться над апоневрозом зовнішнього косого м'яза, що виключає його контакт з сіткою - усувається розвиток можливих ускладнень.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж з загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки, що заявляється, буде полягати в значному зменшенні частоти післяопераційних ускладнень та частоти повторних рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-

домому способі хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою та загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки, який включає типовий доступ до пахвинного каналу, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, взяття сім'яного канатика на держалку, виділення та видалення грижового мішка, розрізання поперечної фасції та відшарування її від передочеревинної клітковини, пластику задньої стінки пахвинного каналу та відтворення пахвинної зв'язки поліпропіленовою сіткою відповідних розмірів з попередньо сформованим в ній отвором для сім'яного канатика, фіксацію поліпропіленової сітки до лобкового горбка, Куперової зв'язки, залишків пахвинної зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки та до поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза живота, згідно корисної моделі, після розрізання поперечної фасції та відшарування її від передочеревинної клітковини, поліпропіленову сітку з отвором для сім'яного канатика, в якій по нижньому краю попередньо викроюють заглиблення для *lacuna vasorum*, розміщують преперитонеально та додатково фіксують до прямого м'яза живота, після чого апоневроз зовнішнього косого м'яза живота зашивають контактено під сім'яним канатиком.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою та загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки є формування більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу. За рахунок додаткового підшивання поліпропіленової сітки до прямого м'яза живота виключається можливість міграції сітки. Цим забезпечується надійне укріплення задньої стінки пахвинного каналу і усувається підґрунтя для повторного рецидивування пахвинної грижі. Викрое- ння в поліпропіленовій сітці заглиблення для *lacuna vasorum* виключає можливість тиску сітки на стегові судини, що дає можливість уникнути порушення венозного відтоку з нижньої кінцівки, а виведення сім'яного канатика над апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота виключає травмування сім'яного канатика поліпропіленовою сіткою, чим забезпечується зниження частоти післяопераційних ускладнень.

Таким чином, спосіб, що заявляється, реалізує новий підхід до хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж із зруйнованою пахвинною зв'язкою та загальним пахвинно-стегновим дефектом черевної стінки. За літературними даними такий спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж невідомий.

Сутність способу, що заявляється, ілюструється схематичними малюнками, на яких представлено:

На Фіг.1 - Етап укріплення задньої стінки пахвинного каналу поліпропіленовою сіткою.

На Фіг.2 - Кінцевий кінець операції - виведення сім'яного канатика над апоневрозом косого м'яза живота.

На Фіг.3 - Викроювання поліпропіленової сітки.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. На пахвинній ділянці розрізом довжи-

ною біля 12см, паралельним пахвинній складці і на 2см вищим від неї, розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза 1 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 розрізають поперечну фасцію і відшаровують її від передочеревинної клітковини. Поліпропіленову сітку 3 відповідних розмірів з отвором сім'яного канатика, в якій по нижньому краю вирізано заглиблення для *lacuna vasorum* (дивись Фіг.3), розміщують преперитонеально. Далі поліпропіленову сітку 3 фіксують до лобкового горбка 4, Куперової зв'язки 5, залишків пахвинної зв'язки 6, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки знизу та трансмускулярними швами зверху до прямого м'яза 7, поперечного апоневрозу 8 і внутрішнього косого м'яза живота (дивись Фіг.1). Далі під сім'яним канатиком зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза 1 живота (дивись Фіг.2), підшкірну рану дренують гумовими смужками і зашивають пошарово.

Приклад конкретного виконання.

Пацієнт К. 57 років поступив 20.03.2001 з діагнозом „багаторазово рецидивуюча пряма пахвинна грижа справа”. Хворіє впродовж чотирьох років після перенесеної операції з приводу рецидивної пахвинної грижі. Рецидив грижі виник через 6 місяців після операції, виконаної за способом Бассіні. При обстеженні у хворого виявлено зруйновану пахвинну зв'язку та загальний пахвинно-стегновий дефект черевної стінки.

Операція:

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

На правій пахвинній ділянці видалено старий післяопераційний рубець і пошарове 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 грижовий мішок виділено до шийки, прошито кисетним швом і видалено. При ревізії пахвинного каналу виявлено руйнування медіального відділу пахвинної зв'язки. Далі розрізано поперечну фасцію і відшаровано її від передочеревинної клітковини. Поліпропіленову сітку відповідних розмірів з отвором для сім'яного канатика, в якій по нижньому краю викроєно заглиблення для *lacuna vasorum*, встановлено препери-

тонеально. Далі поліпропіленову сітку фіксовано до лобкового горбка, Куперової зв'язки, залишків пахвинної зв'язки, окістя передньо-верхнього крила здухвинної кістки знизу та зверху до прямого м'яза, поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза живота. Після цього під сім'яним канатиком зшито клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Гемостаз за ходом оперативного втручання - сухо. Підшкірну рану дреновано гумовими смужками і зшито пошарово.

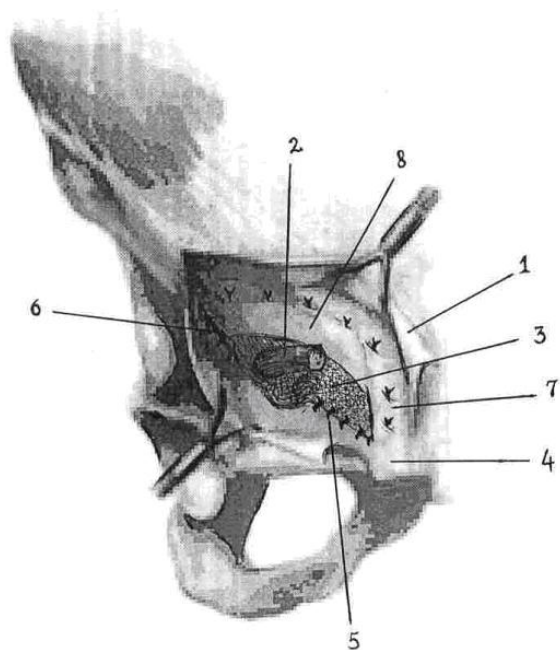
Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний на восьмий день після операції в задовільному стані. Обстежений через 1, 2, 3, 4 роки - рецидиву грижі немає, займається помірною фізичною працею, що засвідчує повну реабілітацію пацієнта.

За період з 2001 по 2006рр. В Міському центрі хірургії гриж живота м.Києва прооперовано 23 пацієнта з рецидивними грижами за способом, що заявляється. 18 з них обстежено протягом від 1 до 4 років після операції; жодного випадку повторного рецидиву грижі не виявлено.

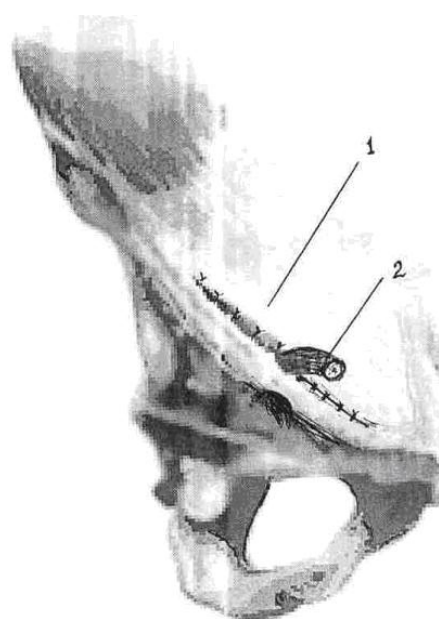
Проведення апробації розробленого способу хірургічної алопластики показало, що застосування описаної методики, завдяючи формуванню більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу, значно знижує частоту повторного рецидивування пахвинної грижі, а також гематом і сером приблизно в 2,5 рази у порівнянні з результатами лікування за способом-прототипом. В віддаленому післяопераційному періоді не спостерігалось жодного випадку розвитку атрофії яєчка, в той час як у групі пацієнтів, яким преперитоніальну герніопластику було виконано іншими способами, дане ускладнення спостерігається у 12% пацієнтів.

Література:

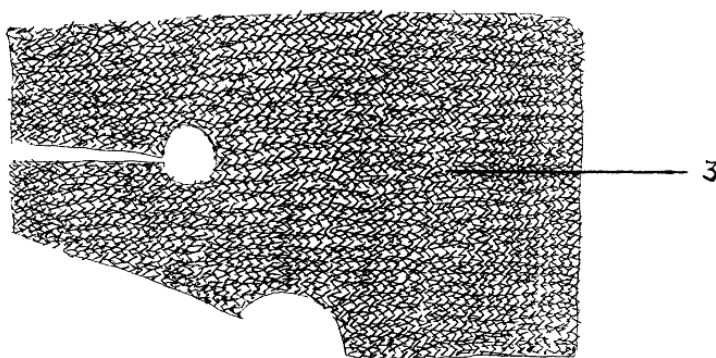
1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. и др. Современные методы лечения грыж. -К: Здоров'я, 2001. - С.6-9.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. - Медицинское информационное агентство. Москва - 2005. - с.202-225.
3. Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала. -М: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. - с.92-95.
4. Delvin B. & Kingsnorth A. Management of abdominal hernias //Chapman Hall Medical/- 1998. - 319р.
5. Патент України на корисну модель №4031, заявка №20040604326 від 15.12.2004. Бюл. №12.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3