



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40973 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

(21) 2000127237

(22) 15.12.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Фелештинський Ярослав Петрович

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

(57) Спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж, що включає пошарове розрізання шкіри та підшкірної основи паралельно пахвинній складці і на 2 см вище від неї, розрізання апоневроза зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, виділення і видалення грижового мішка, розрізання поперечної фасції і формування з її клаптів внутрішнього отвору пах-

винного каналу та поетапне укріплення задньої стінки пахвинного каналу під сім'яним канатиком шляхом зшивання клаптів поперечної фасції з пахвинною зв'язкою та поперечного апоневроза і внутрішнього косого м'яза з задньою поверхнею апоневроза зовнішнього косого м'яза, який відрізняється тим, що внутрішній отвір пахвинного каналу формують шляхом зшивання, разом з клаптями поперечної фасції, також поперечного апоневроза та іліопубічного тракту вузловими швами, а задню стінку пахвинного каналу укріплюють додатково шляхом зшивання вузловими швами поперечного апоневроза і внутрішнього косого м'яза з іліопубічним трактом, пахвинною і куперовою зв'язками.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів хірургічного лікування пахвинних гриж.

Результати хірургічного лікування пахвинних гриж існуючими способами не можуть вважатись задовільними, оскільки частота виникнення рецидиву грижі становить 25–30% [1, 2]. Це зумовлено тим, що класичні способи оперативних втручань не забезпечують надійного укріплення задньої стінки пахвинного каналу, а, значить, не усувають основну патогенетичну ланку в механізмі рецидивування пахвинної грижі.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж за Бассіні [3], який полягає в тому, що після розрізання передньої стінки пахвинного каналу виділяють, прошивають і видаляють грижовий мішок. Потім, з метою укріплення задньої стінки пахвинного каналу, під сім'яним канатиком підшивають краї поперечного та внутрішнього косого м'язів разом з поперечною фасцією до пахвинної зв'язки. Частота рецидивів після операції Бассіні коливається від 10 до 25% [2, 4]. Це пояснюється ненадійним укріпленням задньої стінки пахвинного каналу. В результаті зшивання м'язів розвивається їх рубцеве переродження, вони поступово відходять від пахвинної зв'язки, що й призводить до рецидиву грижі.

Відомий також спосіб лікування пахвинних гриж за Постемпським [4], який передбачає повну

ліквідацію пахвинного каналу, пахвинного проміжку та створення пахвинного каналу в новому напрямку. Основними етапами цієї операції, після видалення грижового мішка, є створення м'язово-апоневротичної перетинки з дуплікатурою апоневроза зовнішнього косого м'яза на ділянці пахвинного проміжку шляхом зшивання м'язів і апоневрозу з пахвинною зв'язкою під сім'яним канатиком. При цьому сім'яний канатик переміщується в підшкірну клітковину, а проекція зовнішнього отвору пахвинного каналу по відношенню до внутрішнього зміщується в сагітальному напрямку. Незважаючи на ліквідацію пахвинного проміжку, і цей спосіб дає високу частоту рецидивів (25–35%) [4]. Це можна пояснити тим, що глибокий отвір пахвинного каналу формується за рахунок його поверхневих м'язово-апоневротичних структур, які пізніше розтягуються і атрофуються, створюючи умови для розвитку рецидиву грижі.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб лікування пахвинних гриж за Шолдисом [5], який виконується наступним чином. На пахвинній ділянці розрізом довжиною 16–18 см паралельно пахвинній складці і на 2 см вище від неї пошарово розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота і мобілізують стінки пахвинного каналу. Грижовий мішок виділяють до шийки, прошивають і видаляють. Після цього сім'я-

ний канатик беруть на держалку, відводять вбік і розрізають поперечну фасцію паралельно пахвинній зв'язці. Потім шляхом зшивання клаптів поперечної фасції формують глибокий отвір пахвинного каналу. Після цього, під сім'яним канатиком, поетапно укріплюють задню стінку пахвинного каналу шляхом зшивання безперервним швом (1) клаптів поперечної фасції з пахвинною зв'язкою та (2) поперечного апоневрозу та внутрішнього косого м'яза з задньою поверхнею апоневрозу зовнішнього косого м'яза. Потім над сім'яним канатиком контактно зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Такий спосіб дещо підвищує надійність пластики задньої стінки пахвинного каналу, але не виключає рецидивів (8–15%) [6]. Це обумовлене тим, що формування глибокого отвору пахвинного каналу лише з клаптів поперечної фасції, яка є тонкою і механічно слабкою, не є надійним. Крім цього, укріплення задньої стінки пахвинного каналу без використання його глибинних анатомічних структур (іліопубічного тракту і куперової зв'язки) не забезпечує механічної міцності ділянки герніопластики і не ліквідує основне патогенетичне підґрунтя рецидивування пахвинної грижі.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу формування більш надійного внутрішнього отвору пахвинного каналу та більш механічно міцної задньої стінки пахвинного каналу за рахунок додаткового їх укріплення іліопубічним трактом та куперовою зв'язкою.

Технічний результат від впровадження способу хірургічного лікування пахвинних гриж, що заявляється, буде полягати в значному зниженні частоти рецидиву грижі.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування пахвинних гриж, який включає поширене розрізання шкіри та підшкірної основи паралельно пахвинній складці, розрізання апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, мобілізацію стінок пахвинного каналу, виділення і видалення грижового мішка, розрізання поперечної фасції і формування з її клаптів внутрішнього отвору пахвинного каналу та поетапне укріплення задньої стінки пахвинного каналу під сім'яним канатиком шляхом зшивання клаптів поперечної фасції з пахвинною зв'язкою та поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза з задньою поверхнею апоневрозу зовнішнього косого м'яза, згідно винаходу, внутрішній отвір пахвинного каналу формують шляхом зшивання, разом з клаптями поперечної фасції, також поперечного апоневрозу та іліопубічного тракту вузловими швами, а задню стінку пахвинного каналу укріплюють додатково шляхом зшивання вузловими швами поперечного апоневрозу і внутрішнього косого м'яза з іліопубічним трактом, пахвинною і куперовою зв'язками.

Суттєвою відмінністю способу хірургічного лікування пахвинних гриж, що заявляється, є формування більш міцних механічно внутрішнього отвору та задньої стінки пахвинного каналу за рахунок додаткового їх укріплення іліопубічним трактом і куперовою зв'язкою. Це забезпечує надійне укріплення ділянки герніопластики та ліквідує основне патогенетичне підґрунтя рецидивування грижі. Таким чином, спосіб, що заявляється,

реалізує якісно новий підхід до хірургічного лікування пахвинних гриж. За літературними даними такий підхід до хірургічного лікування пахвинних гриж є новим.

Сутність винаходу пояснюється рисунком, на якому показано формування внутрішнього отвору пахвинного каналу і укріплення задньої стінки цього каналу.

Спосіб, що заявляється, виконується наступним чином. На пахвинній ділянці розрізом довжиною 18 см паралельно пахвинній складці і на 2 см вище від неї розрізають шкіру і підшкірну основу. Потім розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза 1 живота і мобілізують стінки пахвинного каналу. Грижовий мішок виділяють до шийки, прошивають і видаляють. Після цього сім'яний канатик 2 беруть на держалку, відводять вбік і розрізають поперечну фасцію 3 паралельно пахвинній зв'язці 4. Потім формують внутрішній отвір пахвинного каналу розміром 0,8–1,0 см шляхом зшивання вузловими швами, разом з клаптями поперечної фасції 3, поперечного апоневрозу 5 та іліопубічного тракту 6. Після цього укріплюють задню стінку пахвинного каналу шляхом зшивання вузловими швами поперечного апоневрозу 5, поперечної фасції 3 і внутрішнього косого м'яза з іліопубічним трактом 6, пахвинною 4 і куперовою 7 зв'язками. Потім над сім'яним канатиком 2 контактно зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Підшкірну рану дреновують гумовими смужками і зашивають пошарово.

Приклад конкретного виконання.

Пацієнт М., 56 років поступив 6.12.95 з діагнозом правобічної прямої пахвинної грижі. Хворіє впродовж 6 місяців.

Об'єктивно: на правій пахвинній ділянці визначається грижовий випин розміром 5 x 3 см. Вміст випину вправляється в черевну порожнину. Симптом кашльового поштовху визначається в проекції медіальної пахвинної ямки.

Операція: Радикальна операція пахвинної грижі за способом, що заявляється. Знеболювання: місцева анестезія 0,5% розчином новокаїну.

На правій пахвинній ділянці 18-см розрізом паралельно пахвинній складці і на 2 см вище від неї поширено розрізані шкіра і підшкірна основа. Потім розрізано апоневроз зовнішнього косого м'яза живота і мобілізовані стінки пахвинного каналу. Грижовий мішок виділено до шийки, прошито ксетним швом і видалено. Після цього сім'яний канатик взято на держалку, відведено вбік і розрізано поперечну фасцію паралельно пахвинній зв'язці. Потім сформовано внутрішній отвір пахвинного каналу до розміру 0,8 см шляхом зшивання вузловими швами клаптів поперечної фасції разом з поперечним апоневрозом та іліопубічним трактом. Після цього укріплено задню стінку пахвинного каналу шляхом зшивання вузловими швами поперечного апоневрозу, поперечної фасції і внутрішнього косого м'яза з іліопубічним трактом, пахвинною і куперовою зв'язками. Потім над сім'яним канатиком контактно зшиті клапті апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Підшкірна рана дренована двома гумовими смужками і пошарово зашита.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний на 7-й день після операції у задовіль-

ному стані. Обстежений через 1, 2, 3, 4 і 5 років – рецидиву грижі не має, займається помірною фізичною працею, що засвідчує повну реабілітацію пацієнта.

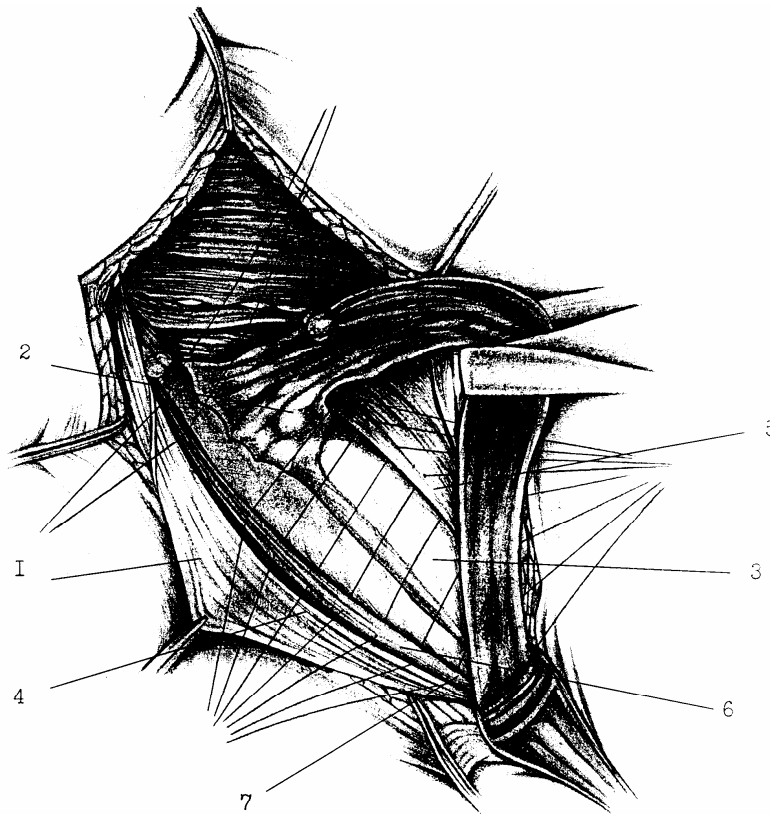
За період з 1995 по 2000 рр. в Міському центрі гриж живота м. Києва прооперовано 145 пацієнтів з пахвинними грижами за способом, що заявляється. З них 112 обстежено на протязі 1–5 років після операції; рецидив грижі виявлено лише у одного (0,9%) пацієнта.

За літературними даними рецидиви пахвинних гриж сягають 25–30% [1, 2]. Ці цифри можна цілком віднести і до способу-прототипу, оскільки він принципово не відрізняється від традиційних способів герніопластики.

Таким чином, спосіб, що заявляється, за рахунок формування більш надійного внутрішнього отвору пахвинного каналу та більш міцного механічно укріплення задньої стінки пахвинного каналу значно зменшує частоту післяопераційних рецидивів пахвинних гриж.

Література:

1. Большаков О.П., Тарбаев С.Д., Аль-Ахмад Р.М. О строении поперечной фасции и некоторых способах оперативного укреплении грыжевых ворот при паховых грыжах//Вестник хирургии. – 1996. – № 1. – С. 101–103.
2. Намашко М.В. Хирургическое лечение косой паховой грыжи//Хирургия. – 1998. – № 2. – С. 48.
3. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н. и др. Брюшные грыжи. – К.: Здоров'я, 1995. – С. 96–97.
4. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н. и др. Брюшные грыжи. – К.: Здоров'я, 1995. – С. 97–98.
5. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н. и др. Брюшные грыжи. – К.: Здоров'я, 1995. – С. 104–105.
6. Nygus L.M., Condon R. Hernia. – Philadelphia. – 1995. – P. 416–418.



Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

