



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 5668

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ І РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ

1

2

(21) 20040706350

(22) 30.07.2004

(24) 15.03.2005

(46) 15.03.2005, Бюл. №3, 2005р.

(72) Аракелян Арсен Гензелович, Тетера Сергій
Олександрович(73) Аракелян Арсен Гензелович, Тетера Сергій
Олександрович

(57) Спосіб хірургічного лікування великих і рецидивних пахвинних гриж, який включає типовий доступ до пахвинного каналу, виділення і відведення на держальці в бік сім'яного канатика, видалення гризового мішка та фіксацію ендопротеза, який відрізняється тим, що до пахвинної зв'язки з боку пахвинного каналу безперервним обвивним швом від лобкового бугорка фіксують сітчастий ендопротез, другий ряд швів накладають вузлованими швами по Кімбаровському через верхній край

розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота і внутрішній косий м'яз живота з підхоплюванням сітчастого ендопротеза і нижнього краю розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, третім рядом швів фіксують ендопротез і залишки нижнього краю розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, при цьому шви заходять на 2-3 см вище внутрішнього кільця пахвинного каналу, а сім'яний канатик залишається в підшкірній клітковині, над ним ушивають поверхневу фасцію і підшкірну клітковину розсмоктуваним шовним матеріалом, при цьому в медіальному куті рани в другому ряду швів ендопротез фіксують до краю апоневротичної стінки прямого м'яза живота, а в третьому ряду швів фіксують 2-3 швами до передньої апоневротичної стінки прямого м'яза живота.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використана при лікуванні великих і рецидивних пахвинних гриж.

При рецидивних і великих пахвинних грижах завжди проблематичний спосіб грижопластики. Це обумовлюється як порушенням нормальних анатомічних взаємин в області пахвинного каналу, так і проблемою закриття великих гризових воріт. При цьому завжди виникає питання про обмеження натягу тканин при пластиці, щоб уникнути рецидиву грижі.

Відомий спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж з використанням алотрансплантата [Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грижи брюшной стенки. М., Медицина, 1990, 272с.]. Спосіб здійснюють у такий спосіб. Після звичайного розрізу шкіри розсікають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота. Виділяють і видаляють гризовий мішок. Трансплантат проводять під сім'яний канатик і щільно обгортають ним останній до діаметра 0,8-1,0см. Обидві сторони трансплантата зшивають окремими швами між собою. Потім, створену в такий спосіб трубку підшивають до внутрішнього косого м'яза,

поперечної фасції і пахвинної зв'язці. Наступним етапом операції є формування внутрішнього отвору пахвинного каналу. Поперечну фасцію підшивають до латерального краю раніше отриманої трубки по всій її окружності. Дистальний кінець трубки підшивають до окістя симфізу і лобкового горбка і зшивають над нею апоневроз зовнішнього косого м'яза живота.

Недоліки способу зв'язані з тим, що трансплантат при стиканні з оболонками сім'яного канатика викликає рубцеве переродження останніх і, отже, приводить до ослаблення глибокого пахвинного кільця. Зіткнення трансплантата з м'язово-апоневротичними тканинами пахвинної області приводить до рубцевого переродження останніх, що в наступному послабляє їхню опорну функцію.

Найбільш близьким і обраним як прототип є спосіб хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж, при якому використовують поліпропіленову сітку [патент України №66228]. Спосіб включає типовий доступ до пахвинного каналу, мобілізацію стінок пахвинного каналу, відведення сім'яного канатика на держальці в бік, виділення та видалення гризового мішка, пластику задньої

(13) U

(11) 5668

(19) UA

стілки пахвинного каналу, яку починають зі створення опорної тканинної основи шляхом підшивання поперечного апоневрозу разом з внутрішнім косим та поперечним м'язами до пахвинної зв'язки, у якій формують отвір для сім'яного канатика, потім виконують послаблюючий розріз поперечної апоневротичної стінки прямого м'яза живота паралельно пахвинній зв'язці, після чого поліпропіленову сітку розміщують на опорній тканинній основі і додатково фіксують до передньої апоневротичної стінки прямого м'яза живота таким чином, щоб вона перекривала послаблюючий розріз.

Недоліки способу пов'язані з тим, що підшивання поліпропіленової сітки до м'язів не завжди є досить міцним і це може привести до рецидиву грижі. При фіксації сітки до поперечного апоневрозу можливе ушкодження нижньої підчеревної артерії.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу хірургічного лікування великих і рецидивних пахвинних гриж, у якому за рахунок зміни способу і місця підшивки ендопротеза досягається пластика без натягання та запобігання рецидивів.

Поставлена задача вирішується в способі хірургічного лікування великих і рецидивних пахвинних гриж, який виключає типовий доступ до пахвинного каналу, виділення і відведення на держальці в бік сім'яного канатика, видалення грижового мішка та фіксацію ендопротеза, згідно з корисною моделлю, до пахвинної зв'язки з боку пахвинного каналу безперервним обвивним швом від лобкового горбка фіксують сітчастий ендопротез, другий ряд швів накладають вузлуватими швами по Кімбаровському через верхній край розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота і внутрішній косий м'яз живота з підхоплюванням сітчастого ендопротеза і нижнього краю розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, третім рядом швів фіксують ендопротез і залишки нижнього краю розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, при цьому шви заходять на 2-3 см вище внутрішнього кільця пахвинного каналу, а сім'яний канатик залишається в підшкірній клітковині, над ним ушивають поверхневу фасцію і підшкіряну клітковину розсмоктуванням шовним матеріалом, при цьому в медіальному куту рани в другому ряду швів ендопротез фіксують до краю апоневротичної стінки прямого м'яза живота, а в третьому ряду швів фіксують 2-3 швами до передньої апоневротичної стінки прямого м'яза живота.

У даному способі запропонований спосіб пластики великих і рецидивних пахвинних гриж з використанням сітчастого ендопротеза. При цьому не має особливого значення матеріал і структура самого ендопротеза. Також при проведенні даного способу грижопластики рекомендуємо використання атравматичного шовного матеріалу, що повинний бути по складу ідентичний матеріалу ендопротеза.

Саме за рахунок використання атравматичного матеріалу зменшується травматизація тканин.

Матеріал, який використовують, є інертним для організму. Ці дві особливості обумовлюють відсутність реакції тканин і відповідно, післяопераційного набряку, що зменшує больовий післяопераційний синдром і дозволяє практично обходитися без анальгетиків.

На Фіг.1, 2, 3 зображені етапи операції. На Фіг.1 показаний перший ряд фіксуючих швів, на Фіг.2 - другий ряд швів, на Фіг.3 фіксація медіальної ділянки ендопротеза.

Спосіб хірургічного лікування, що заявляється, здійснюють у такий спосіб. Даний спосіб пластики відноситься до способів пластики задньої стінки пахвинного каналу. Після розсічення шкіри і розкриття пахового каналу виділяють і беруть на держальку сім'яний канатик. Паралельно виділяють грижовий мішок, прошивають у підстави і висікають. З боку пахвинного каналу безупинним обвивним швом від лобкового горбка до пахового зв'язування фіксують сітчастий ендопротез (Фіг.1). Другий ряд швів накладають вузлуватими швами по Кімбаровському через верхній край розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота і внутрішній косий м'яз живота з підхоплюванням сітчастого ендопротеза і нижнього краю розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота (Фіг.2). Таким способом уникають натягу тканин у місці пластики. Третім рядом швів (можна накладати як безупинним, так і вузлуватим) відбувається фіксація ендопротеза і залишків нижнього краю розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. При недоліку вільного нижнього краю апоневрозу фіксують тільки ендопротез. При накладанні швів формують, так назване «коліно» сім'яного канатика, тобто шви заходять на 2-3 см вище внутрішнього кільця пахового каналу. Вільний латеральний край ендопротеза може бути розсічений для формування нового кільця, або обведений знизу сім'яного канатика. Сім'яний канатик залишається в підшкірній клітковині. Над ним робимо ушивання поверхневої фасції і підшкірної клітковини шовним матеріалом, що розсмоктується. Ниткою вибору є «Капроаг». Накладають шви на шкіру.

Приклад

Хворий К. Поступив до стаціонару з рецидивною пахвинною грижею живота зліва. В анамнезі 12 років назад операція з приводу лівосторонньої пахвинної грижі, 10 років назад правосторонньої пахвинної грижі. Біля 6 років назад виявив появу рецидиву грижі зліва.

Оперований в плановому порядку за способом, що запропонований, під внутрішньовенною анестезією. Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний на шосту добу. Контрольний огляд через 1, 5 місяці. Стан задовільний. Скарг нема. Дані про рецидив грижі відсутні.

Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування великих і рецидивних пахвинних гриж дозволяє досягнути пластики без натягнення, що призводить до запобігання рецидивів.

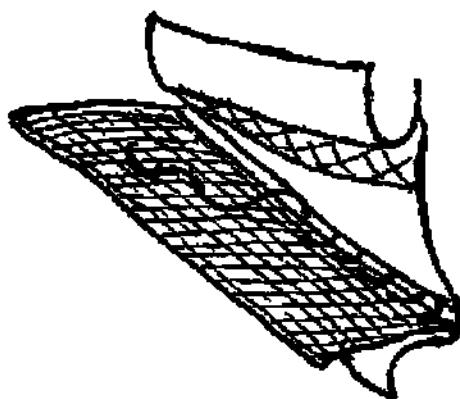


Fig. 1



Fig. 2

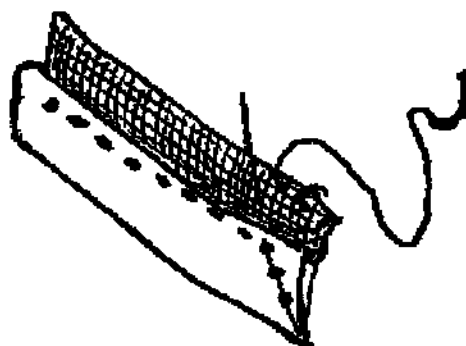


Fig. 3

