



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69417** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2011 12711	(72) Винахідник(и):	Капшитар Олександр Васильович (UA)
(22) Дата подання заявки:	31.10.2011	(73) Власник(и):	Капшитар Олександр Васильович,
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.04.2012		вул. Ульянова, 157, кв. 2, м. Запоріжжя,
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.04.2012, Бюл.№ 8		69069 (UA)

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування пахової грижі шляхом пошарового розсічення тканин в ділянці пахової грижі, виділення грижового мішка, його ревізії, прошивання і висічення, закриття грижового дефекту власними тканинами шляхом зшивання верхнього краю апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, внутрішнього косого і поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксації сітчастого алотрансплантату під сім'яним канатиком до апоневрозу, зашивання рани і накладання асептичної пов'язки.

UA 69417 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії - розділу герніології, та може бути використана у хірургічному лікуванні хворих на пахову грижу.

У світі налічується 2-4 % населення, що страждають на грижу. В клінічній практиці 70-80 % пацієнтам виконують операції з приводу пахової грижі. Не зважаючи на багаторічну історію лікування хворих, результати залишаються незадовільними. Так, частота післяопераційних ускладнень складає 10-15 %, а рецидиви грижі становлять 2,8-37 %.

За останні роки стали популярні нові синтетичні матеріали (експлантати). Серед них затвердилися поліуретан, поліпропілен, пролен і політетрафторетилен. Їх розробка створила передумови для покращення результатів лікування пацієнтів на пахову грижу. Це стало можливим завдяки таким якостям вищевказаних експлантатів як біологічна та хімічна інертність, резистентність до мікробних агентів, достатня молекулярна проникність, еластичність, монолітність, сумісність, легкість при стерилізації.

Створені методи оперативних втручань з використанням сітчастого алотрансплантату - поліпропіленової сітки найбільш поширені (герніопластика за LICHENSTEIN-I та -II, TRABUCO та ін.), їх впровадження дозволило скоротити відсоток післяопераційних ускладнень та мінімізувати відсоток рецидивів грижі - 1-5 %. Втім, у цілому ці методи також не дозволили остаточно вирішити проблему, тому що лишилися післяопераційні ускладнення та рецидиви грижі. Це обумовлює необхідність вдосконалення існуючих та розробку нових більш ефективних методів герніопластики пахової грижі.

Найбільш близьким за технічною суттю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у наступному. Після пошарового розсічення тканин в ділянці пахової грижі, виділенні грижового мішка, його ревізії, прошиванні і висіченні, грижовий дефект закривають власними тканинами шляхом зшивання верхнього краю апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, внутрішнього косого і поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксують сітчастий алотрансплантат під сім'яним канатиком до апоневрозу з натягом, зашивають рану і накладають асептичну пов'язку (Патент України 3 56940, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пахових гриж / І.Я. Дзюбановський, В.І. П'ятючка (Україна). - Заявлено 04.12.2002; Опубл. 15.05.2003 // Промислова власність. - 2003. - № 5.)

Спільними суттєвими ознаками прототипу і способу, що заявляється, є такі:

- виконання пошарового розсічення тканин в ділянці пахової грижі;
- виділення грижового мішка;
- ревізія грижового мішка;
- прошивання і висічення грижового мішка;
- закривання грижового дефекту власними тканинами шляхом зшивання верхнього краю апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, внутрішнього косого і поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою;
- фіксування сітчастого алотрансплантату під сім'яним канатиком до апоневрозу;
- зашивання рани;
- накладання асептичної пов'язки.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний. Він має певні вади:

- не сформоване зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу шляхом зашивання поперечної фасції, що являється прецедентом рецидиву грижі;
 - сім'яний канатик проходить з внутрішнього пахового кільця, сформованого власними тканинами, через кільце у сітчастому алотрансплантаті в сагітальному напрямку - канал прямий.
- Це є анатомічною передумовою виникнення рецидиву пахової грижі під час підвищення внутрішньоочеревинного тиску (закреп, кашель, аденома простати та ін.);

- у частини хворих розвиваються післяопераційні ускладнення (серома, запальний інфільтрат, гематома, нагноєння рани), що потребує розкриття рани, обробку антисептиками та дренивання рани з подальшими щоденними перев'язками, фізіотерапевтичними процедурами (УВЧ, УФО, лазерне опромінення та ін.). Консервативну терапію доповнюють введенням антибіотиків, імунопрепаратів, проводять детоксикацію. У подальшому рана загоюється вторинним натягом;

- ранні ускладнення подовжують термін перебування у ліжку, що спонукає виникненню таких ускладнень, як пневмонія, тромбоемболічні ускладнення, пролежні, атонія та парез кишечника та ін.;

- вище вказане приводить до збільшення грошових витрат, подовженню термінів лікування у клініці, створює ризик летальних наслідків;

- у віддаленому періоді в частини хворих розвиваються нориці. Останні потребують консервативного або оперативного лікування зі значним ризиком нових післяопераційних ускладнень та рецидивом пахової грижі;

- уповільнення процесів загоєння післяопераційної рани настає при гіпо- та диспротеїнемії, авітамінозі, кахексії, хронічній анемії, порушенні процесів обміну, імунологічних розладах та ін. Це також може привести до рецидиву післяопераційної грижі.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробити спосіб хірургічного лікування пахової грижі шляхом формування зруйнованого внутрішнього кільця пахового каналу та пластики задньої стінки пахового каналу власними тканинами і розміщення сітчастого алотрансплантата зверху апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, створивши між ними паховий канал, що має косий напрямок - це забезпечить підвищення надійності лікування та профілактику рецидиву пахової грижі.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає пошарове розсічення тканин в ділянці пахової грижі, виділення грижового мішка, його ревізію, прошивання і висічення, закриття грижового дефекту власними тканинами шляхом зшивання верхнього краю апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, внутрішнього косого і поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксацію сітчастого алотрансплантату під сім'яним канатиком до апоневрозу, зашивання рани і накладання асептичної пов'язки, новим є те, що грижовий мішок прошивають біля шийки і відновлюють зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу, зашиваючи поперечну фасцію у ділянці розширеного внутрішнього пахового кільця, а сітчастий трансплантат фіксують без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зашивання розсічених клаптів сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних тканин та отвором у сітчастому трансплантаті протягом 2,5 см.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом, полягає у наступному. У пацієнта під час операції у зв'язку з паховою грижею після доступу до пахового каналу, розсіченні його передньої стінки, виділенні грижового мішка та його обробки, формуванні зруйнованого внутрішнього пахового кільця, виконанні пластики задньої стінки пахового каналу власними тканинами, фіксуванні сітчастого трансплантату зверху та створенні косого пахового каналу між апоневрозом та сітчастим трансплантатом зверху виключається можливість утворення рецидиву пахової грижі. Наявність створеного пахового каналу у косому напрямку дозволяє під час підвищеного внутрішньоочеревинного тиску сформоване внутрішнє кільце пахового каналу притиснути до сітчастого трансплантату, що виключає утворення рецидиву грижі. У способі-прототипі обидва кільця, одне з власних тканин, друге - з сітчастого трансплантату, знаходились одне навпроти одного (в сагітальній площині), що було анатомічною передумовою рецидиву пахової грижі.

Прилягання сітчастого трансплантату до апоневрозу без натягу виключає можливість прорізання швів та зміщення трансплантату з утворенням різної конфігурації порожнин, скручення трансплантату, що є профілактикою різних ускладнень зі сторони рани та рецидиву грижі.

Хворі раніше піднімаються з ліжка та починають активно ходити, що виключає низку ускладнень в післяопераційному періоді (пневмонія, тромбоемболічні ускладнення, пролежні та ін.).

Скорочені післяопераційні ранові ускладнення.

Зменшені грошові витрати на лікування, скорочений ліжко/день, період повної реабілітації.

Відсутні пізні післяопераційні ускладнення.

Немає необхідності у повторних оперативних втручаннях.

Спосіб здійснюється таким чином.

Паралельно та на 2 см вище пахової зв'язки розсікають шкіру, поверхневу фасцію, підшкірну клітковину. Розсікають передню стінку пахового каналу. З елементів сім'яного канатика виділяють грижовий мішок, розсікають у ділянці дна, ревізують його вміст, прошивають у ділянці шийки, перев'язують та відсікають. Вузовими швами відновили цілісність оболонок сім'яного канатика. Останній беруть на трималку. Відновлюють зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу, зашиваючи поперечну фасцію з внутрішньої сторони розширеного пахового кільця. Власними тканинами зшивають верхній край апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксують сітчастий алотрансплантат під сім'яним канатиком до апоневрозу, без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зшивання розсічених клаптів сітчастого алотрансплантату сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних тканин та отвором у сітці протягом 2,5 см.

Приклад.

Хворий Ф., 75 років, № історії хвороби 3015 19.09.2007 року госпіталізований у хірургічне відділення КП "Міська клінічна лікарня № 2" м. Запоріжжя клініки загальної хірургії та догляду за хворими ЗДМУ зі скаргами на випинання у лівій паховій ділянці, яке помітив 4 роки тому. З

часом випинання збільшилось у розмірах та перестало вправлятися у черевну порожнину. Обстежений у поліклініці та направлений для планової операції. Під час вступу до клініки загальний стан задовільний. У лівій паховій ділянці випинання 10×6 см, м'яко-еластичне, не болюче та не вправляється у черевну порожнину, знаходиться справа від сім'яного канатика.

5 Діагноз: лівостороння коса пахова грижа, що не вправляється.

20.09.2007 р. у плановому порядку виконаний оперативний доступ до пахового каналу. Паралельно та на 2 см вище пахової зв'язки розсічені шкіра, поверхнева фасція, підшкірна клітковина. Розсічена передня стінка пахового каналу. З елементів сім'яного канатика виділений гризовий мішок розміром 10×8 см, розсічений у ділянці дна. Його вмістом є сигмовидна ободова кишка, вона вправлена у черевну порожнину. У ділянці шийки мішок прошитий, перев'язаний, відсічений. Вузовими швами відновили цілісність оболонок сім'яного канатика. Останній беруть на трималку. Відновлюють зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу, зашиваючи поперечну фасцію з внутрішньої сторони розширеного до 4 см пахового кільця. Висота пахового проміжку 4 см. Власними тканинами зшивають верхній край апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксують вузовими поліпропіленовими швами N 2/00 до сітчастого алотрансплантату розміром 11×6 см під сім'яним канатиком до апоневрозу без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зшивання розсічених клаптів сітчастого алотрансплантату сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних

10 кишка, вона вправлена у черевну порожнину. У ділянці шийки мішок прошитий, перев'язаний, відсічений. Вузовими швами відновили цілісність оболонок сім'яного канатика. Останній беруть на трималку. Відновлюють зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу, зашиваючи поперечну фасцію з внутрішньої сторони розширеного до 4 см пахового кільця. Висота пахового проміжку 4 см. Власними тканинами зшивають верхній край апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксують вузовими поліпропіленовими швами N 2/00 до сітчастого алотрансплантату розміром 11×6 см під сім'яним канатиком до апоневрозу без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зшивання розсічених клаптів сітчастого алотрансплантату сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних

15 тканин та отвором у сітці протягом 2,5 см.

Післяопераційний перебіг задовільний. Шви зняті на 8 добу. Рана зажила первинним натягом. Виписаний у задовільному стані 28.09.2007 р. До цього часу (2011 рік) рецидиву не спостерігалось.

25 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування пахової грижі шляхом пошарового розсічення тканин в ділянці пахової грижі, виділення гризового мішка, його ревізії, прошивання і висічення, закриття гризового дефекту власними тканинами шляхом зшивання верхнього краю апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, внутрішнього косого і поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксації сітчастого алотрансплантату під сім'яним канатиком до апоневрозу, зашивання рани і накладання асептичної пов'язки, який **відрізняється** тим, що гризовий мішок прошивають біля шийки і відновлюють зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу, зашиваючи поперечну фасцію у ділянці розширеного внутрішнього пахового кільця, а сітчастий трансплантат фіксують без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зашивання розсічених клаптів сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних тканин та отвором у сітчастому трансплантаті протягом 2,5 см.

30 зовнішнього косого м'яза живота, внутрішнього косого і поперечного м'язів живота з паховою зв'язкою, фіксації сітчастого алотрансплантату під сім'яним канатиком до апоневрозу, зашивання рани і накладання асептичної пов'язки, який **відрізняється** тим, що гризовий мішок прошивають біля шийки і відновлюють зруйноване внутрішнє кільце пахового каналу, зашиваючи поперечну фасцію у ділянці розширеного внутрішнього пахового кільця, а сітчастий трансплантат фіксують без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зашивання розсічених клаптів сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних тканин та отвором у сітчастому трансплантаті протягом 2,5 см.

35 трансплантат фіксують без натягу, при цьому останній розрізають посередині вздовж латеральної її частини таким чином, щоб після зашивання розсічених клаптів сім'яний канатик проходив у косому напрямку між його виходом з власних тканин та отвором у сітчастому трансплантаті протягом 2,5 см.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601