



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85192** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|--|---|
| (21) Номер заявки: u 2013 06641 | (72) Винахідник(и): Кот Олександр Григорович (UA), Христуленко Андрій Олександрович (UA), Кот Андрій Олександрович (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 28.05.2013 | |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013 | |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.11.2013, Бюл.№ 21 | (73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA) |

(54) СПОСІБ ПАХОВОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ У ЖІНОК

(57) Реферат:

Спосіб пахової герніопластики у жінок шляхом розкриття пахового каналу через його передню стінку, резекцію грижового мішка з дислокацією його кукси під м'язовий шар, повну ліквідацію пахового каналу і його вмісту. Всю процедуру герніопластики виконують єдиним безперервним швом одною хірургічною голкою з одною довгою лігатурою, для чого послідовно накладають, зав'язуючи перший фіксуючий шов за надкісницю лобкового бугорка біля початку пупартової зв'язки, залишають при цьому подовженим поряд з вузлом фіксуючого шва вільний початковий кінець нитки, послідовно захоплюють наступними витками безперервного шва нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів, поступово низводячи їх до пахової зв'язки. При наближенні до внутрішнього кільця та його безперервного швового заглушення, тою ж ниткою продовжують кроки безперервного шва до повного закриття решти пахового проміжку. Після цього поступово з'єднують тою ж лігатурою краї листків розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота в зворотному напрямі до самого лобкового бугорка і першого фіксуючого вузла початку безперервного шва. Після ушивання тут наглухо зовнішнього пахового кільця, з'єднують щільним зв'язуванням кінцеву частину використаної єдиної нитки з вільним кінцем початкової її частини.

UA 85192 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і призначена для 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.

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, причому 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 відому ефективність способу, 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 незначна через мізерну (на відміну від сім'яного канатика) анатомо-функціональну значущість круглої зв'язки матки як вмісту жіночого пахового каналу.

Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб хірургічного лікування пахової грижі у жінок, вибраний як найближчий аналог [2], що включає розкриття пахового каналу через його передню стінку, резекцію грижового мішка з дислокацією його кукси під м'язовий шар, 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, легують куксу зв'язки у місці перетинання і вкривають її у передочеревинних тканинах заглибленими швами, що закривають внутрішнє кільце, а також виконують дублікатурну герніопластику, а саме - 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. Недоліками відомого способу-аналогу є необхідність накладання багаторядних швів, що ускладнює методику операції та потребує зайвого часу для її виконання.

В основу корисної моделі поставлено задачу спрощення методики і зменшення часу виконання операції, а також підвищення ефективності герніопластики при пахових грижах у жінок.

Поставлена задача вирішується тим, що всю процедуру герніопластики виконують єдиним безперервним швом одною хірургічною голкою з одною довгою лігатурою, для чого послідовно накладають зав'язуючи перший фіксуючий шов за надкісницю лобкового бугорка біля початку пупартової зв'язки, залишають при цьому подовженим вільний початковий кінець нитки поряд з вузлом фіксуючого шва, послідовно захоплюють наступними витками безперервного шва нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів, поступово низводячи їх до самої пахової зв'язки. При наближенні до внутрішнього кільця та його безперервного швового заглушення, тою ж ниткою продовжують кроки безперервного шва до повного закриття решти пахового проміжку, після чого поступово з'єднують тою ж лігатурою краї листків розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота в зворотному напрямі до самого лобкового бугорка і першого фіксуючого вузла початку безперервного шва, а після ушивання тут наглухо зовнішнього пахового кільця, з'єднують щільним зв'язуванням кінцеву частину використаної єдиної нитки з вільним кінцем початкової її частини.

У результаті використання корисної моделі досягається спрощення методики і зменшення необхідного часу виконання операції. Крім того, клінічно реалізованою є можливість повної ліквідації пахового каналу у жінок-грижonoсiв, що забезпечує повне усунення анатомічних передумов для рецидивування грижі, оскільки має місце оперативне усунення всіх складових жіночого пахового каналу (вмісту, стінок, зовнішнього і внутрішнього кілець). Це сприяє досягненню поставленої мети - виключенню умов для рецидивування гриж і підвищення ефективності герніопластики.

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 спочатку зверху - одразу поблизу внутрішнього кільця з літуванням її кукси, а потім

унизу - у клітковині великої статевої губи за межами зовнішнього кільця. Внутрішнє кільце пахового каналу ушивають над куксою круглої зв'язки матки заглибними швами. Всю процедуру герніопластики виконують єдиним безперервним швом одною хірургічною голкою з одною довгою лігатурою, для чого послідовно накладають зав'язуючи перший фіксуючий шов за надкісницю лобкового бугорка біля початку пупартової зв'язки, залишають при цьому подовженим поряд з вузлом фіксуючого шва вільний початковий кінець нитки, послідовно захоплюють наступними витками безперервного шва нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів, поступово низводячи їх до пахової зв'язки, а при наближенні до внутрішнього кільця та його безперервного швового заглиблення, тою ж ниткою продовжують кроки безперервного шва до повного закриття решти пахового проміжку, після чого поступово з'єднують тою ж лігатурою краї листків розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота в зворотному напрямі до самого лобкового бугорка і першого фіксуючого вузла початку безперервного шва, а після ушивання тут наглухо зовнішнього пахового кільця, з'єднують щільним зв'язуванням кінцеву частину використаної єдиної нитки з вільним кінцем початкової її частини.

Спосіб ілюструється прикладами.

Приклад 1

Пацієнтка Л., 36 років, діагноз: коса вправима пахова грижа справа. Скарги на наявність грижового випинання в паховій області протягом трьох років, появу якого зв'язує з перенесенням кашлюком. Об'єктивно: соматичний статус без особливостей; у правій паховій області над паховою складиною з овальної форми випинання, що вправляється в черевну порожнину; позитивні симптоми напруження та кашльового поштовху. В умовах комбінованого наркозу 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. Кукса круглої зв'язки перев'язана біля внутрішнього кільця каналу. Внутрішнє кільце пахового каналу ушите над куксою круглої зв'язки матки заглибними швами. Герніопластика виконана єдиним безперервним швом одною хірургічною голкою з одною довгою лігатурою. Послідовно накладений зав'язуючи перший фіксуючий шов за надкісницю лобкового бугорка біля початку пупартової зв'язки, залишений подовженим поряд з вузлом фіксуючого шва вільний початковий кінець нитки. Накладені послідовні витки безперервного шва на нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів, з поступовим низведенням їх до пахової зв'язки, при наближенні до внутрішнього кільця та його безперервного швового заглиблення, тою ж ниткою продовжені кроки безперервного шва до повного закриття решти пахового проміжку, після чого поступово з'єднані тою ж лігатурою краї листків розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота в зворотному напрямі до самого лобкового бугорка і першого фіксуючого вузла початку безперервного шва. Після ушивання в цьому місці наглухо зовнішнього пахового кільця, з'єднані щільним зв'язуванням кінцева частина використаної єдиної нитки з вільним кінцем початкової її частини. Операційну рану пошарово ушито. Післяопераційний період гладкий. Спостереження пацієнтки протягом 2-х років не виявило ніяких патологічних змін збоку зони операції й органів малого тазу, а також ознак рецидивування грижі.

Приклад 2

Грижосічення з герніопластикою за заявленим способом здійснили жінці 63 років з діагнозом: пряма невправима пахова грижа зліва. Скарги на наявність випинання округлої форми до 3 см в діаметрі в надлобковій області зліва, тупий ниючий біль. Грижозійка протягом 11 років. Останнім роком 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 була оперована в умовах загального знеболювання (інтубаційний наркоз). Розрізом над паховою складкою довжиною 10 см пошарово розсічені м'які тканини і передня стінка пахового каналу. Виділено грижовий мішок, вміст якого - інтимно спаяна зі стінкою грижового мішка частина великого сальника, остання видалена разом із грижовим мішком; кукса мішка переміщена під м'язи. Виділена кругла зв'язка матки протягом пахового каналу, лігована і відсічена біля внутрішнього його кільця, а потім видалена до місця кінцевого розщеплення за межами зовнішнього кільця в тканинах над великою статевою губою. Внутрішнє кільце пахового каналу ушите над куксою круглої зв'язки матки заглибними швами. Герніопластику виконано єдиним безперервним швом одною хірургічною голкою з одною довгою лігатурою. Послідовно накладений зав'язуючи перший фіксуючий шов за надкісницю лобкового бугорка біля початку пупартової зв'язки. Шов зав'язаний, залишений подовженим початковий вільний кінець нитки. Накладені послідовні витки безперервного шва на нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів, з

поступовим низведенням їх до пахової зв'язки, при наближенні до внутрішнього кільця та його безперервного швового заглушення, тою ж ниткою продовжені кроки безперервного шва до повного закриття решти пахового проміжку, після чого поступово з'єднані тою ж лігатурою краї листків розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота в зворотному напрямі до самого лобкового бугорка і першого фіксуючого вузла початку безперервного шва. Після ушивання в цьому місці наглухо зовнішнього пахового кільця, з'єднані щільним зв'язуванням кінцева частина використаної єдиної нитки з вільним кінцем початкової її частини. Операцію завершено пошаровим ушиванням рани. Післяопераційний період протікав гладко. Подальше спостереження пацієнтки протягом року виявило, що ознак рецидивування грижі немає, так

саме, як і патології місця операції та органів тазу.

У результаті використання способу досягається спрощення методики і зменшення необхідного часу виконання операції. Крім того, клінічно реалізованою є можливість повної ліквідації пахового каналу у жінок-грижоносієв, що забезпечує повне усунення анатомічних передумов для рецидивування грижі, оскільки має місце оперативне усунення всіх складових жіночого пахового каналу (вмісту, стінок, зовнішнього і внутрішнього кілець). Це сприяє досягненню поставленої задачі - виключенню умов для рецидивування грижі і підвищення ефективності герніопластики.

Спосіб, що заявляється, розроблено і технічно опробовано на базі кафедри хірургії ім. В.М. Богославського Донецького державного медичного університету на 5 навивних кадаверах, клінічно виконано у 25 пацієнток із паховими грижами.

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

Джерела інформації:

1. Ороховский В.И. Основные грыжесечения // Донецк - Коттбус. - 2000 г. - с. 93-96.

2. Патент UA № 74921 Спосіб хірургічного лікування пахової грижі у жінок, опубл. 15.02.2006. Бюл. № 2, 2006 - прототип

3. Верхулецкий И.Е., Гринцов А.Г., Куницкий Ю.Л., Танцюра В.П., Ороховский В.И., Межаков С.В., Кот А.Г., Филина В.В., Бомбушкар И.С. "Защемлені грижі" // Донецк 2003 г.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб пахової герніопластики у жінок шляхом розкриття пахового каналу через його передню стінку, резекцію грижового мішка з дислокацією його кукси під м'язовий шар, повну ліквідацію пахового каналу і його вмісту, для чого висікають круглу зв'язку матки на протязі від внутрішнього кільця пахового каналу до кінцевої її частини за межами зовнішнього кільця, легують куксу зв'язки у місці перетинання і вкривають її у передочеревинних тканинах заглибленими швами, що закривають внутрішнє кільце, 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'язу живота ушивають наглухо зовнішнє пахове кільце, який **відрізняється** тим, що всю процедуру герніопластики виконують єдиним безперервним швом одною хірургічною голкою з одною довгою лігатурою, для чого послідовно накладають зав'язуючи перший фіксуючий шов за надкисницю лобкового бугорка біля початку пупартової зв'язки, залишають при цьому подовженим поряд з вузлом фіксуючого шва вільний початковий кінець нитки, послідовно захоплюють наступними витками безперервного шва нижній край внутрішнього косого та поперечного м'язів, поступово низводячи їх до пахової зв'язки, а при наближенні до внутрішнього кільця та його безперервного швового заглушення, тою ж ниткою продовжують кроки безперервного шва до повного закриття решти пахового проміжку, після чого поступово з'єднують тою ж лігатурою краї листків розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота в зворотному напрямі до самого лобкового бугорка і першого фіксуючого вузла початку безперервного шва, а після ушивання тут наглухо зовнішнього пахового кільця, з'єднують щільним зв'язуванням кінцеву частину використаної єдиної нитки з вільним кінцем початкової її частини.

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