



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **124957** (13) **U**
(51) МПК (2018.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2017 11597</p> <p>(22) Дата подання заявки: 27.11.2017</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2018</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2018, Бюл.№ 8</p>	<p>(72) Винахідник(и): Власов Василь Володимирович (UA), Бабій Ігор Володимирович (UA), Левчук Богдан Олександрович (UA), Гурніцький Артем Едуардович (UA), Юрчик Дмитро Сергійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОВЗНОЇ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування пахвинної ковзної грижі включає пошировий розтин структур пахвинного каналу, виділення та обробку грижового мішка, доступ та мобілізацію передочеревинного простору, встановлення та фіксацію сітчастого імплантату в передочеревинному просторі в межах пахвинного проміжку. Відірвані від пахвинної зв'язки внутрішній косий і поперечний м'язи живота вище глибокого пахвинного кільця підшиваються 3-ма вузловими швами до пахвинної зв'язки з подальшим відновленням стінок пахвинного каналу.

UA 124957 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при проведенні способу операції з приводу ковзної пахвинної грижі пахвинним доступом у випадках, коли наявний високий пахвинний проміжок (> 3 см), грижові ворота 3 ступеня згідно з класифікацією EHS, у випадках ковзної грижі, рецидивної пахвинної грижі і тоді, коли є відрив внутрішнього косоного та поперечного м'язів від пахвинної зв'язки вище внутрішнього пахвинного кільця.

Відомий метод передочеревинної алопластики стінок пахвинного каналу (Trabucco EE, Trabucco AF. TENSION-FREE, SUTURELESS, PRESHAPED MESH HERNIOPLASTY. Nyhus and Condon, Hernia, Fifth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002). Шкірний розріз завдовжки 5-6 см починається від горбка лобкової кістки і йде паралельно і вище за пахвинну зв'язку. Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота розтинається за ходом волокон. Сім'яний канатик мобілізують і відводять убік. При виявленні косої пахвинної грижі, по можливості не розкриваючи грижовий мішок, гостро виділяють його від елементів канатика до шийки. Грижовий мішок занурюють в черевну порожнину без розкриття, прошивки і розсічення. У разі виявлення ліпоми сім'яного канатика її необхідно видалити. У проекції внутрішнього пахвинного кільця тупо за допомогою пальця або катетера Фолея створюють передочеревинний простір, де розмішують круглий жорсткий поліпропіленовий ендопротез, задалегідь одягнений на сім'яний канатик. При цьому хвости сітки фіксують між собою поліпропіленовим вузловим швом. Передочеревинна імплантація ендопротеза. Декількома швами, що розсмоктуються, поперечну фасцію зашивають над ендопротезом і таким чином звужують з медіального боку глибоке пахвинне кільце.

Для того, щоб було можна вільно розташувати другий імплантат, виконують резекцію кремастера. Потім жорсткий поліпропіленовий ендопротез розмірами 4,5×10 см розмішують на задній стінці пахвинного каналу. В результаті сім'яний канатик розташовують над сіткою, а на рівні глибокого пахвинного кільця між її хвостами, широким верхнім і нижнім вузьким, які потім зшивають між собою вузловим поліпропіленовим швом. Важливо, щоб медіальний край ендопротеза покривав лобкову кістку і її горбок на 1,5-2 см. Таким чином, уся задня стінка пахвинного каналу укріплена сіткою, яку не фіксують швами до навколишніх тканин. Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота зашивають безперервним швом, що не розсмоктується, над ендопротезом і під сім'яним канатиком, який в результаті розташовується під шкірою. Потім накладають шви на підшкірну клітковину і шкіру.

Також відомий спосіб передочеревинної алопластики стінок пахвинного каналу при пахвинній грижі (Власов В.В., Бабій І.В., Спосіб передочеревинної алопластики стінок пахвинного каналу при пахвинній грижі, UA № 74416, 2012 р.), який включає поширений розтин структур пахвинного каналу, виділення та обробку грижового мішка, доступ та мобілізацію передочеревинного простору, встановлення та фіксацію сітчастого імплантату в передочеревинному просторі. Встановлення імплантату проводять в межах пахвинного проміжку та фіксацію його в 5 точках з укріпленням в ділянках медіальної, латеральної, пахвинних ямок і стегового проміжку з подальшим відновленням стінок пахвинного каналу.

В основу корисної моделі "Спосіб хірургічного лікування ковзної пахвинної грижі" поставлена задача шляхом встановлення та фіксації сітчастого імплантату в передочеревинний простір і підшивання 3-ма вузловими швами відірваних внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота до пахвинної зв'язки вище глибокого пахвинного кільця, щоб дані дії дозволили забезпечити надійне укріплення задньої стінки пахвинного каналу та знизити ризик виникнення рецидиву грижі.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб алопластики стінок пахвинного каналу при лікуванні пахвинної грижі проводиться поширений розтин структур пахвинного каналу, виділення та обробка грижового мішка, доступ та мобілізація передочеревинного простору, встановлення та фіксація сітчастого імплантату в передочеревинному просторі в межах пахвинного проміжку шляхом фіксації його в 5 точках з укріпленням в ділянках медіальної, латеральної пахвинних ямок і стегового проміжку, який відрізняється тим, що відірвані від пахвинної зв'язки внутрішній косий і поперечний м'язи живота, вище глибокого пахвинного кільця підшивають 2-3 вузловими швами до пахвинної зв'язки з подальшим відновленням стінок пахвинного каналу.

Спосіб виконують наступним чином. При косій пахвинній грижі після виділення грижовий мішок не видаляли. Якщо ж грижовий мішок мав великі розміри, то він видаляється частково. Після чого грижовий мішок або його куксу занурювали в черевну порожнину. Сітчастий імплантат (фіг. 1) (1) мав прямокутну форму, а розміри були на 2,5-3 см більші за пахвинний проміжок (в середньому 12×8 см). Відступивши 1,0 см від краю сітчастого імплантату, останній по краях (4 нитки) прошивали поліпропіленовою ниткою № 2-0. Від нижнього краю сітчастого

імплантату відступали на 1,5-2 см, що дозволяло прикрити ним стегнове кільце. Потім нитки по черзі одягали у велику голку. Через глибоке (2) пахвинне кільце вводили довгу браншу великого гачка Фарабефа. Проводячи голкою по бранші гачка Фарабефа, прошивали нитками м'язи черевної стінки або пахвинну зв'язку в п'ятьох точках. Перша точка (3) була розташована на 2 см латеральніше і вище від глибокого пахвинного кільця на внутрішньому косому м'язі живота. Друга точка (4) - на пахвинній зв'язці на 2 см латеральніше від глибокого пахвинного кільця. Після проведення ниток через вказані точки, підтягуючи за них, сітчастий імплантат розміщували під проколами і фіксували, прошиваючи тканини. Третя точка була розташована біля зовнішнього краю прямого м'яза живота на рівні першої точки! Нитку в третій точці проводили через товщу апоневрозів широких м'язів живота. Четверта точка знаходилась в ділянці лобкового горбика. Підтягуючи за нитки, сітчастий імплантат заводили в передочеревинний простір, пальцем розправляли його складки і фіксували у зазначених точках. В ділянці глибокого пахвинного кільця, імплантат фіксували до пахвинної зв'язки, з боку передочеревинного простору і позаду нижніх надчеревних судин. Для цього використовували поліпропіленову нитку, відступивши від нижнього краю сітчастого імплантату на 1,5-2 см. Глибоке пахвинне кільце звужували за методикою Марсі. Відірвані внутрішній косий і поперечний м'язи живота вище глибокого пахвинного кільця (фіг. 2, 3) підшивали 2-3 вузловими проленовими швами (5) до пахвинної зв'язки формуючи вузли тільки до співставлення м'язів та пахвинної зв'язки. Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота відновлювали встик безперервною поліпропіленовою ниткою.

Приклад

Хворий П., 07.05.1970 р.н. знаходився на стаціонарному обстеженні та лікуванні в хірургічному відділенні ХОЛ з 07.06.15 по 14.06.15 року з клінічним діагнозом: правобічна коса пахвинна грижа. рL3. Хворий був прийнятий у відділення зі скаргами на наявність грижового утворення в нижній частині живота справа, яке з'являється при найменшому фізичному навантаженні. Хворіс близько 3 років, носив бандаж. Пацієнт гіпостенічної статури, з чоловічою формою живота і підчерев'я. Р - 82 уд/хв., АТ 120/70 мм рт. ст. ЧД 21 в 1 хв. В лівій пахвинній ділянці в спокої з'являється утворення, що опускається в мошонку, розміром 14×8 см, що вправляється з "квакаючим" звуком, не болюче. Позитивний кашлевий поштовх. Поверхневе пахвинне кільце пропускає два пальці (Д ≈ 4,0 см). Діагноз при госпіталізації: Правобічна ковзна пахвинна грижа.

УЗД ОЧП. Висновок: жировий гепатоз, хронічний панкреатит, СКД.

ФЕГДС. Висновок: хронічний гастродуоденіт, дуоденогастральний рефлюкс.

Кардіолог: гіпертонічна хвороба II ст.

Результати аналізів: група крові В (III), Rh(+) позитивна, RW -негативна. Нb-151 г/л, еритр. - 5.0 Т/л, КП - 0.9, лейкоц. - 8.7 Г/л, ШОЕ - 8 мм/год., загальний білок - 71.0 г/л, коефіцієнт - 1,81, загальний білірубін - 11,32 ммоль/л, сечовина - 5.18 ммоль/г. Аналіз сечі, аналіз калу без змін.

Встановлено діагноз: правобічна ковзна пахвинна грижа великих розмірів рL3. Жировий гепатоз. Хронічний гастродуоденіт. Гіпертонічна хвороба II ст.

08.06.15 р. під спинномозковою анестезією в плановому порядку виконано операцію - герніотомія, передочеревинна пластика грижового дефекту, сітчастим імплантатом Арма - ТУРА, підшивання внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота до пахвинної зв'язки вище глибокого пахвинного кільця. Розріз шкіри та підшкірної жирової клітковини паралельно і вище на 2 см від пахвинної зв'язки. Поверхневе пахвинне кільце розширене (4,5×3,0 см). Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота середньої щільності. Розріз апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота паралельно пахвинній зв'язці по верхній границі поверхневого пахвинного кільця. Виділено і взято на тримач сім'яний канатик. Виявлено і виділено грижовий мішок косої пахвинної грижі. Глибоке пахвинне кільце розширене (ширина 4,5 см, висота 3 см). За класифікацією EHS г рL3. Ширина пахвинного проміжку становить 4,5 см, висота 3,0 см. Грижовий мішок довжиною до 10 см, розкритий на верхівці. Бічною стінкою грижового мішка є ілеоцекальний кут з апендиксом. Частково грижовий мішок видалено, очеревина зашита. Мобілізовано передочеревинний простір через глибоке пахвинне кільце. В мобілізований простір встановлено сітчастий імплантат і фіксовано в 5 точках. Глибоке пахвинне кільце звужено за Марсі до 1,0 см проленовим безперервним швом 2-0. Додатково, внутрішній косий і поперечний м'язи живота вище глибокого пахвинного кільця підшити 3 вузловими проленовими швами до пахвинної зв'язки формуючи вузли тільки до співставлення м'язів та пахвинної зв'язки довжиною приблизно 3 см. Вільні листки апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота зшили між собою безперервним швом (пролен 2-0) над сім'яним канатиком. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Виписаний на 5 добу в

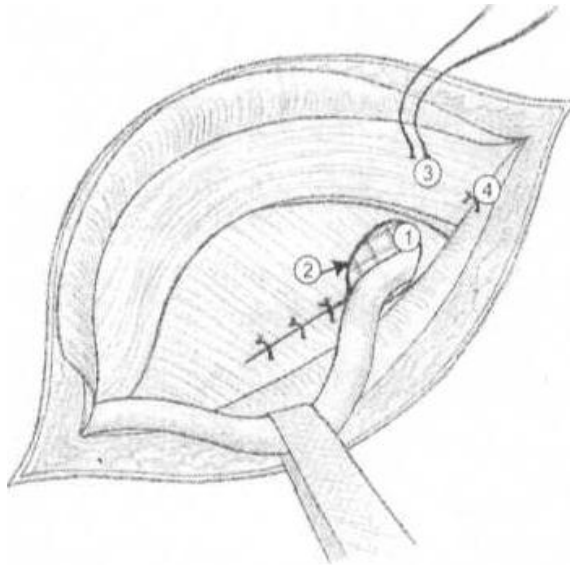
задовільному стані. Контроль в Хмельницькій обласній лікарні через 1 місяць, 6 місяців та 1 рік – рецидиву немає.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

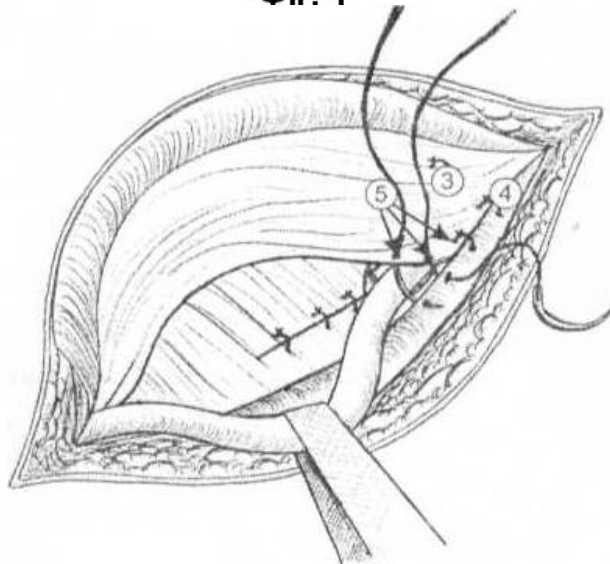
5

Спосіб хірургічного лікування пахвинної ковзної грижі, що включає пошаровий розтин структур пахвинного каналу, виділення та обробку грижового мішка, доступ та мобілізацію передочеревинного простору, встановлення та фіксацію сітчастого імплантату в передочеревинному просторі в межах пахвинного проміжку, який **відрізняється** тим, що відірвані від пахвинної зв'язки внутрішній косий і поперечний м'язи живота вище глибокого пахвинного кільця підшиваються 3-ма вузловими швами до пахвинної зв'язки з подальшим відновленням стінок пахвинного каналу.

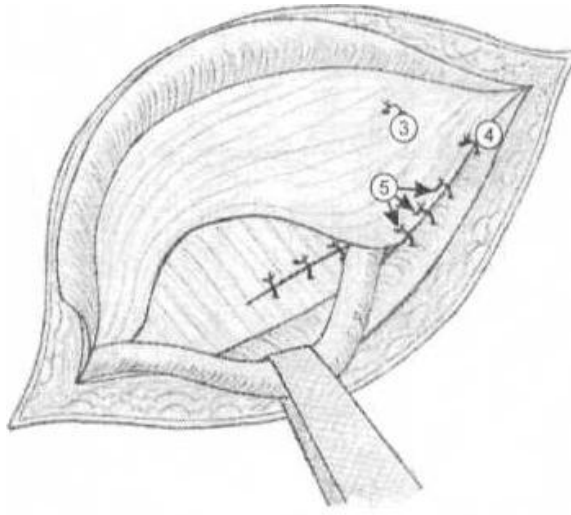
10



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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