

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме, до хірургічної герніології і може бути використаним для пластики пахово-стегнової ділянки при виконанні оперативного втручання у пацієнтів з паховими килами.

Найбільш близьким до заявляемого винаходу є спосіб пластики пахового каналу, який описаний у книзі: "Современные методы лечения брюшных грыж". В.В.Грубник, А.А.Лосев, Н.Р.Баязитов, Р.С.Перфентьев. - Київ. "Здоров'я". -2001. -С. 160-163.

Цей спосіб застосовується наступним чином : після розсічення шкіри і підшкірної жирової клітковини, розрізом паралельним паховій зв'язці, розсікають апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота та зовнішнє пахове кільце. Верхній листок апоневроза зовнішнього косоного м'яза мобілізують від нижче розміщеного внутрішнього косоного м'яза живота на 3-4 см. Мобілізується сім'яний канатик. Видаляється киловий мішок після його прошивання в місці килових воріт. Закруглений кінець поліпропіленової сітки фіксують до лобкового бугорка. До пахової зв'язки сітку фіксують 4-5 швами з розрахунку, що остання лігатура повинна розміщуватись за внутрішнім паховим кільцем. Зовнішній край сітки розрізають для проведення сім'яного канатика. Потім фіксують 4-5 швами верхньомедіальний край сітки до внутрішнього косоного та поперечного м'яза живота і на закінчення до прямого м'яза.

Недоліком цього способу є зростання навантаження на тканини стегового кільця обумовленого збільшенням тиску з боку органів черевної порожнини на його ділянку у зв'язку з підвищенням герметичності ділянки пахового каналу. Це відповідно ускладнює перебіг післяопераційного періоду і супроводжується виникненням стегових кил.

Задачею заявляемого винаходу є створення способу хірургічної корекції недостатності стегового кільця у хворих з паховими килами, що буде сприяти його герметизму чим запобіжить виникненню стегових кил.

Задача досягається тим, що створюються оптимальні умови в ділянці пахово-стегової зони шляхом підвищення герметичності стегового кільця у пацієнтів з паховими килами за рахунок його пластики клаптем поліпропіленовою сіткою якою проводиться герніопластика пахового каналу.

Вигляд способу представлено на рисунку, де 1 - пахова зв'язка, 2-сітчатий трансплантат, 3 - лакуарна зв'язка, 4 - гребінцева зв'язка, 5 - стегова вена, 6 - елементи сім'яного канатика.

Заявляемий винахід використовується наступним чином : після розсічення шкіри і підшкірної жирової клітковини, розрізом паралельним паховій зв'язці з переходом на стegno, розсікають апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота та зовнішнє пахове кільце. Верхній листок апоневроза зовнішнього косоного м'яза мобілізують від нижче розміщеного внутрішнього косоного м'яза живота на 3-4 см. Мобілізується сім'яний канатик. Видаляється киловий мішок після його прошивання в місці килових воріт. Для усунення недостатності стегового кільця поліпропіленову сітку проводять дистальніше пахової зв'язки і фіксують нижній край позаду до гребінцевої зв'язки і медіальне до лакуарної зв'язки. До пахової зв'язки сітку фіксують 4-5 швами з розрахунку, що остання лігатура повинна розміщуватись за внутрішнім паховим кільцем. Зовнішній край сітки розрізають для проведення сім'яного канатика. Потім фіксують 4-5 швами верхньомедіальний край сітки до внутрішнього косоного та поперечного м'яза живота і на закінчення до прямого м'яза. Рана пошарово зашивається.

Запропонований спосіб хірургічної корекції недостатності стегового кільця у хворих з паховими килами був апробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги та широко використовується з позитивним ефектом. Як приклад конкретного використання способу наводимо виписку з історії хвороби № пацієнта П. 67 років, який був госпіталізований в ургентному порядку з клінікою правобічної пахово-калиткової кири великих розмірів. Крім того, у хворого мала місце: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, стенокардія напруги третього функціонального класу, ожиріння. Хворий 05.04.2002 року було проведено оперативне втручання: герніопластика пахово-стегової зони поліпропіленовою сіткою. Під час проведення операції: розсічення шкіри, підшкірної жирової клітковини, апоневроза зовнішнього косоного м'яза живота та зовнішнього пахового кільця було видалено киловий мішок значних розмірів. При ревізії пахово - стегової ділянки було виявлено значне розширення не лише пахового каналу але і велику тракцію стегової кільця. Це і стало підставою до проведення поліпропіленової сітки дистальніше пахової зв'язки з наступною фіксацією її нижнього краю позаду до гребінцевої зв'язки і медіальне до лакуарної зв'язки. В подальшому сітку до пахової зв'язки фіксували 4-5 швами з розрахунку, що остання лігатура доцільно розміщувати за внутрішнім паховим кільцем. Зовнішній край сітки розрізають для проведення сім'яного канатика. Потім фіксують 4-5 швами верхньомедіальний край сітки до внутрішнього косоного та поперечного м'яза живота і на закінчення до прямого м'яза. Рана пошарово зашивається.

Даний спосіб було застосовано у 7 пацієнтів, які були оперовані з приводу защемлених пахово-калиткових кил, котрим було виконано герніопластику пахово-стегової ділянки поліпропіленовою сіткою, що сприяло підвищенню герметичності стегового кільця і запобігало виникненню стегової кири.

Таким чином, спосіб хірургічної корекції недостатності стегового кільця у хворих з паховими килами розширює можливості збільшення герметичності пахово-стегової зони чим запобігає виникненню стегових кил і підвищує комфорт соціальної реабілітації.

