



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **20280** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПЕРЕДЧЕРЕВИННОЇ АЛОПЛАСТИКИ ПАХВИННОГО КАНАЛУ**

1

2

(21) u200608150

(22) 20.07.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Жебровський Віктор Вікторович, Абдул Валі ,  
Воровський Сергій Миколайович(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ ІМ. С.І.ГЕОРГІЄВСЬКОГО(57) Спосіб передчеревинної алопластики пах-  
винного каналу, який включає здійснення передо-  
черевинного доступу, виділення і видалення гри-  
жового мішка, відсепарування апоневрозу  
зовнішнього косого м'яза від прилеглих тканин,

використання для швів клубово-лобкового тяжа і  
внутрішнього косого м'яза живота, який **відрізня-  
ється** тим, що виконують надпахвинний оператив-  
ний доступ, після видалення грижового мішка  
установлюють поліпропіленовий трансплантат,  
який фіксують знизу до лобкової кістки в медаль-  
ному куті і клубово-лобкового тяжа латерально,  
заходячи за внутрішнє кільце, вгорі трансплантат  
підшивають П-подібним швом до внутрішнього  
поперечного і косого м'язів живота, потім ушива-  
ють поперечну фасцію, апоневроз зшивають у  
вигляді дублікатури.

Корисна модель відноситься до області меди-  
цини, а саме до хірургії і може бути використана  
для хірургічного лікування як первинних, так і  
рецидивних пахвинних гриж.

Як прототип вибраний спосіб передчеревин-  
ної алопластики пахвинного каналу [Nyhus L.M.,  
Condon K.E. Hernia - Philadelphia, Toronto, 1978 -  
128p.], який полягає в тому, що розріз шкіри вико-  
нують горизонтально, на 4-5см вище за пахвинну  
складку до зовнішнього краю прямого м'язу живо-  
та, при цьому апоневроз зовнішнього косого м'язу  
живота тупо відокремлюють від внутрішнього косо-  
го до краю прямого м'язу живота, внутрішня коса і  
поперечні м'язи частково розшаровуються уздовж  
волокон, далі розтинають поперечну фасцію і ого-  
ляють передчеревинний простір, прямий м'яз  
відводять медіально, черевина зміщується назад,  
оголяючи анатомію пахвинного простору з його  
задньою поверхнею, грижовий мішок виводять з  
пахвинного каналу в передчеревинний простір,  
розкривають, після вправлення змісту, у шийки  
прошивають і січуть, пластику пахвинного каналу  
проводять шляхом накладення швів між нижнім  
краєм внутрішнього косого м'язу живота і клубово-  
лобковим тяжем, потім розшаровані м'язи зшива-  
ють, апоневроз зшивають край в край.

Ознаками, які співпадають з істотними ознака-  
ми запропонованого способу, є: здійснення пере-  
дчеревинного доступу, виділення і видалення  
грижового мішка, відсепарування апоневрозу зов-

нішнього косого м'язу від належних тканин, вико-  
ристання для швів клубово-лобкового тяжу і внут-  
рішнього косого м'язу живота.

Причинами, які перешкоджають досягненню  
очікуваного технічного результату (підвищення  
ефективності лікування), є: використання тільки  
тканин самого хворого, що особливо при рецидив-  
них грижах знижує надійність пластики; також  
розшарування внутрішнього і поперечного м'язу з  
подальшим їх ушиванням, може сприяти виник-  
ненню рецидиву грижі, горизонтальний доступ при  
високому пахвинному проміжку утрудняє ідентифі-  
кацію клубово-лобкового тяжу і накладення швів  
на нижню стінку пахвинного каналу; а у хворих з  
великою надмірною вагою виконання цієї пластики  
стає неможливим.

У основу корисної моделі поставлена задача  
удосконалення способу-прототипу шляхом вико-  
ристання додаткового пластичного матеріалу -  
поліпропіленового трансплантату, що значно під-  
вищує надійність пластики, різко знижує кількість  
рецидивів, а як доступ застосування надпахвинно-  
го передчеревинного доступу, що дозволяє уник-  
нути додатковою травматизації внутрішнього косо-  
го і поперечного м'язів.

Поставлена задача розв'язується тим, що в  
способі передчеревинної алопластики пахвинно-  
го каналу, який включає здійснення передоче-  
ревинного доступу, виділення і видалення грижового  
мішка, відсепарування апоневрозу зовнішнього

(13) **U**(11) **20280**(19) **UA**

косого м'язу від належних тканин, використання для швів клубово-лобкового тяжу і внутрішнього косого м'язу живота, згідно корисної моделі, виконують надпахвинний оперативний доступ, після видалення грижового мішка установлюють поліпропіленовий трансплантат, який фіксують знизу до лобкової кістки в медіальному кутку і клубово-лобкового тяжу латеральне, заходячі за внутрішнє кільце, вгорі трансплантат підшивають П-подібним швом до внутрішнього поперечного і косого м'язам живота, потім ушивають поперечну фасцію, апоневроз зшивають у вигляді дублікатури.

Між сукупністю основних ознак запропонованого способу і технічним результатом, який може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-слідчий зв'язок: використання надпахвинного доступу дозволяє значно знизити травматичність оперативного втручання, тому, що даний доступ дозволяє за наявності рубцевих змін в пахвинному каналі після раніше перенесених операцій, чіткіше деталізувати анатомічні структури пахвинного каналу, а також уникнути пошкодження елементів сім'яного канатика, оскільки втручання практично відбувається поза пахвинним каналом; застосування поліпропіленового трансплантата значно підвищує надійність задньої стінки пахвинного каналу, знижує натягнення швів, яке практично при даній методиці відсутнє.

За запропонованим способом було прооперовано 42 хворих у віці від 32 до 75 років. Всі хворі чоловіки.

Післяопераційних ускладнень не спостерігалося. Впродовж подальших 1,5-2 років рецидивів не відмічено.

Спосіб виконують таким чином.

Здійснюють надпахвинний оперативний доступ - розріз шкіри виконують на 2-3 см вище і паралельно звичайного пахвинного доступу. Апоневроз розтинають по верхньому краю зовнішнього пахвинного кільця, відсепаровують від належних тканин, внутрішній косий і поперечний м'язи живота тупо гачком відводять вгору; розтинають поперечну фасцію, тупо відшаровують очеревину. У передочеревинній клітковині знаходять шийку грижового мішка. Останній витягують ретроградний з пахвинного каналу, після розкривають. Ревізують і вправляють грижовий вміст. Мішок у шийки прошивають і видаляють, потім поліпропіленовий трансплантат фіксують знизу до лобкової кістки в медіальному кутку і клубово-лобкового тяжу латеральний, заходячі за внутрішнє кільце. Вгорі

трансплантат П-подібним швом підшивають до внутрішнього і поперечного і косого м'язів живота, потім ушивають поперечну фасцію. Апоневроз зшивають у вигляді дублікатури.

Операцію виконують під місцевою анестезією з нейрореплетанальгезією.

Тривалість операції складає в середньому 1 годину 10 хвилин.

Запропонований спосіб ілюструється наступними клінічними прикладами.

#### Приклад 1

Хворий Ч. 75 років. Поступив в клініку зі скаргами на наявність правосторонньої пахвинної грижі. Тривалість захворювання протягом 1,5 років. Останнім часом грижа різко прогресувала стала турбувати хворого. Застосовував носіння бандажа. При огляді виявлена також грижа зліва. З супутньої патології є ІХС, кардіосклероз, порушення провідності І ступеня. Діагноз: Правостороння рецидивна грижа, лівобічна первинна грижа. Хворому проведена операція запропонованим способом.

Після проведення передопераційної підготовки проведена операція запропонованим способом. Під час операції справа є коса пахова грижа складної форми. Пахвинний проміжок практично повністю зруйнований. Зліва - пряма пахова грижа. Хворому поставлений поліпропіленовий трансплантат. Загоєння первинним натягненням. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Виписаний в задовільному стані на 7 доби після операції. Протягом подальших 2 років рецидиву не спостерігалося.

#### Приклад 2

Хворий Л. 52р. Поступив в клініку зі скаргами на наявність грижового випинання в правій пахвинній області, що частково вправи мого, такого, що опускається в мошонку. Зі слів хворого двічі був раніше оперований з приводу пахвинної грижі. Останній рецидив наступив через 8 місяців після попередньої операції. За останні 6 місяців відзначає різке прогресування грижового випинання, появи больового синдрому. Об'єктивно: у правій пахвинній області визначається грижове випинання, що частково опускається в мошонку, щільно-еластичної консистенції, що частково вправляється в черевну порожнину. Хворому після передопераційного обстеження і підготовки виконана операція грижосічення за розробленим способом. Післяопераційний перебіг без особливостей. Впродовж подальших 18 місяців рецидив захворювання не виявлений.