



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **60210** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ТА РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ**

1

2

(21) u201014735

(22) 08.12.2010

(24) 10.06.2011

(46) 10.06.2011, Бюл. № 11, 2011 р.

(72) ШКВАРКОВСЬКИЙ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
МОСКАЛЮК ОЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ, ПЕЛЕ-
ПЕЦЬ ЮРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ(73) ШКВАРКОВСЬКИЙ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
МОСКАЛЮК ОЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ, ПЕЛЕ-
ПЕЦЬ ЮРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб лікування ускладнених та рецидивних пахових гриж, який передбачає розмежування полімерного імплантату та сім'яного канатика, який **відрізняється** тим, що сім'яний канатик розташовується в передочеревинному просторі під поперечною фасцією, місцем його виходу в підшкірну клітковину є проекція зовнішнього отвору пахового каналу, а полімерний імплантат розташовується під поперечним м'язом живота та фіксується до нього і пахової зв'язки.

Корисна модель належить до галузі практичної медицини, зокрема хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з паховими грижами, особливо молодого віку.

Відомий спосіб алогерніопластики пахово-стегнової ділянки при защемленій грижі, ускладненій гострою тонкокишковою непрохідністю (Слонецький Б.І., Гавриленко Н.В., Дейнека С.В., Слонецький І.І., Максименко М.В. // Патент №200505427 опублікований 15.11.2005), що включає видалення петлі некротично зміненої защемленої кишки та відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту, згідно з корисною моделлю, оперативне втручання розпочинають з ділянки защемленої грижі, залишки парієтальної очеревини в ділянці шийки грижового мішка не ушивають, а під час лапаротомії відсепаровують незащиту частину парієтальної очеревини з подальшим розміщенням передочеревинно в її вікні сітчастого трансплантата, яким охоплюють усю пахово-стегнову ділянку і ушивають парієтальну очеревину з попереднім підведенням мікроіригатора.

Недоліком запропонованого способу є те, що даний спосіб потребує додаткової лапаротомії і може бути використаним лише при защемлених грижах з некрозом петлі кишечника. Використання цього методу не ліквідує причину розвитку атрофічних змін з боку сім'яного канатика, а саме розташування на полімерному імплантаті.

Як прототип вибрано спосіб безнатяжної комбінованої пластики пахового каналу по Кошеву-Петрову (Кошев В.І., Петров Е.С., Петров С.Е., Чраган Г.А., Фролов С.А., Антипов В.Д. Патент №

2262312 опублікований 20.10.2005 Бюл. №29), який включає мобілізацію сім'яного канатика шляхом розсічення м'язу, що піднімає яєчко, фасціальної оболонки сім'яного канатика біля глибокого пахового кільця. Розсікають поперечну фасцію за сім'яним канатиком в напрямку до зовнішнього краю піхви прямого м'язу живота. Переміщують сім'яний канатик в передочеревинну клітковину. Зшивають поперечну фасцію обвивним неперервним швом. Вузьку частину пахового проміжку ліквідують шляхом підшивання вільного краю внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота до пахової зв'язки. Простір, що залишився в паховому проміжку накривають лоскутом синтетичної тканини. Формують нове глибоке кільце пахового каналу. Переміщують сім'яний канатик в латеральному напрямку. Вкладають канатик на лоскут. З'єднують краї розсіченого апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота. Формують нове поверхнєве апоневротичне кільце пахового каналу.

Недоліками прототипу, з одного боку, є те, що при його виконанні проводиться з'єднання морфологічно неоднорідних тканин при зшиванні вузької частини пахового проміжку. Фіксація синтетичного трансплантату до зовнішньої поверхні внутрішнього косоного м'язу живота та передньої поверхні піхви прямого м'язу живота, на наш погляд, є ненадійною. З іншого боку, розміщення сім'яного канатика на синтетичному трансплантаті та маніпуляції при його переміщенні можуть викликати рубцево-атрофічні зміни останнього.

В основу корисної моделі поставлено задачу покращити результати хірургічного лікування

(19) **UA** (11) **60210** (13) **U**

ускладнених та рецидивних пахових гриж шляхом зменшення атрофічних змін з боку елементів сім'яного канатика, обумовлених розташуванням останнього на полімерному імплантаті.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування ускладнених та рецидивних пахових гриж, який передбачає розмежування полімерного імплантату та сім'яного канатика, згідно з корисною моделлю, сім'яний канатик розташовується в передочеревинному просторі під поперечною фасцією, місцем його виходу в підшкірну клітковину є проекція зовнішнього отвору пахового каналу, а полімерний імплантат розташовується під поперечним м'язом живота та фіксується до нього і пахової зв'язки.

Спільними ознаками прототипу та рішення, що заявляється, є використання синтетичного трансплантату та розміщення сім'яного канатика при пластиці пахових гриж в передочеревинному просторі. Корисна модель відрізняється від прототипу тим, що сітчастий трансплантат фіксується під поперечним м'язом живота та до задньої поверхні піхви прямого м'язу живота та попередження контакту синтетичного матеріалу з елементами сім'яного канатика.

Запропонований спосіб використовується наступним чином. Відповідно до розробленого способу після висічення залишків грижового мішка ми розсікали поперечну фасцію від внутрішнього отвору пахового каналу до зовнішнього краю піхви прямого м'язу живота. Сім'яний канатик після мобілізації розташовували у передочеревинному просторі, а краї поперечної фасції зшивали безперервним швом з ліквідацією внутрішнього отвору пахового каналу. Нове місце виходу сім'яного канатика відповідало проекції зовнішнього отвору пахового каналу. Відповідно до особливостей пластики нами обґрунтовано оптимальну форму полімерного імплантату, його розміри становили 3-3,5 см на 6-7 см, що залежало від анатомо-

морфологічних особливостей організму. На медіальній стінці імплантату, ближче до нижньої третини, формували виріз, розмір якого відповідає розміру сім'яного канатика (Фіг. 1).

Сітчастий імплантат розташовували на поперечній фасції заводячи верхній край під поперечний м'яз. Фіксацію починали з підшивання нижнього краю імплантату до пахової зв'язки, особливу увагу приділяли фіксації нижнього медіального кута до *tuberculum pubicum*. Латеральний та верхній край імплантату підшивали до поперечного м'язу, а його медіально-верхній край фіксували до задньої поверхні піхви прямого м'язу живота таким чином, що б сім'яний канатик розташовувався у сформованій вирізці. Для відокремлення полімерного матеріалу від елементів сім'яного канатика використовували залишки поперечної фасції. Краї апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота зшивали обвивним швом.

На кресленні зображено: форма полімерного імплантату для пластики пахових гриж. 1 - лоскут для фіксації до *tuberculum pubicum*, 2 - вирізка для розміщення сім'яного канатика, 3 - лоскут для фіксації імплантату до задньої поверхні піхви прямого м'язу живота.

Використання запропонованого способу лікування пахових гриж має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. По-перше, запропонована методика попереджує контакт сім'яного канатика з алопротезом, попереджуючи тим самим розвиток рубцево-атрофічних ускладнень. По-друге, ушивання глибокого пахового кільця, як одного з найслабших місць пахового каналу та створення нового пахового каналу, попереджує розвиток рецидиву грижі.

Технічний результат: використання запропонованого способу запобігає розвитку рубцево-атрофічних процесів у сім'яному канатіку, що важливо у чоловіків молодого віку.

