



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3402

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту(54) СПОСІБ АЛОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ ПРИ ПАХОВИХ ГРИЖАХ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕКС-  
ПЛАНТАТА У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

1

2

(21) 2004020992

(22) 11.02.2004

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Воровський Олег Олегович, Карий Ярослав  
Володимирович, Паламарчук Володимир Іванович(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА(57) Спосіб алопластики пахового каналу при па-  
хових грижах за допомогою експлантата у хворих  
похилого та старечого віку, що оснований на  
укріпленні задньої стінки за допомогою експланта-  
та, який відрізняється тим, що після відсічення  
грижового мішка його куксу переміщують у пере-  
дочеревинний простір і фіксують до сухожильної

частини внутрішнього косоного м'яза лігатурою,  
потім після ушивання поперечної фасції з форму-  
ванням внутрішнього пахового кільця та  
підшивання вільного краю внутрішнього косоного  
м'яза розміщують експлантат під сім'яним канати-  
ком, з латерального боку розсікають експлантат  
напроти внутрішнього пахового кільця, вирізають  
отвір, де розміщують сім'яний канатик з фіксацією  
його оболонок до експлантата, підшивають лате-  
ральний край експлантата до жолоба пупартової  
зв'язки, а медіальний край підшивають до  
медіального листка пупартової зв'язки зсередини,  
причому краї ниток зав'язують при зшиванні країв  
апоневрозу над експлантатом.

Корисна модель відноситься до хірургії гриж  
передньої черевної стінки. Рецидив даного захво-  
рювання в деяких випадках може не залежати від  
способу пластики пахового каналу та майстерності  
хірурга, а виникати внаслідок сформованої "слаб-  
кості" пахової ділянки [1]. Для усунення даної при-  
чини при хірургічному лікуванні складних форм  
пахових гриж ряд хірургів використовували біоло-  
гічні алотрансплантати, а саме реберний хрящ [2],  
ребінцевий м'яз [3], шкіру [4], тверду мозкову обо-  
лонку [5]. Проте значну популярність набуло за-  
стосування синтетичних матеріалів (експлантатів)  
на поліпропіленовій чи політетрафторетиленовій  
основах у вигляді сіток. Дані матеріали мають до-  
статню міцність, еластичність, біологічну інерт-  
ність, легко піддаються обробці та стерилізації.

На даний час розроблена достатня кількість  
методів імплантації даних сіток. Проте, на нашу  
думку, залишаються невідпрацьовані під час опе-  
ративного втручання такі важливі моменти як  
фіксація протезу та його розправлення.

Ми незгодні з твердженням, що фіксація дано-  
го експлантата до підшкірної клітковини чи до  
м'язів принципового значення немає [6]. У хворих  
вищевказаного віку відбуваються значні дис-  
трофічні зміни в м'язах та поперечній фасції, тому  
фіксація до них навряд чи дасть гарантію протидії

факторам грижоутворення. Отже, такі способи  
імплантації експлантата як за Воскресенським-  
Гореліком [7], Киселем [8], Тоскіном-Жебровським  
[9], Ліхтенштейном №1 [9], раціональніше засто-  
сувати хворим більш молодшого віку. Другий мо-  
мент - техніка розправлення трансплантата авто-  
рами майже зовсім не описана.

Основним недоліком способу Ліхтенштейна  
№1 (прототип) є те, що після видалення грижового  
мішка та ушивання поперекової фасції, фіксація  
експлантату з медіального боку відбувається до  
дистрофічно зміненого внутрішнього косоного м'язу  
у даній категорії хворих, а з латерального - до жо-  
лоба пупартової зв'язки.

Задачею корисної моделі є розробка способу  
надійної фіксації експлантату при пластиці задньої  
стінки при пахових грижах у хворих похилого та  
старечого віку, а також відпрацювання техніки  
розправлення трансплантату при даній  
маніпуляції.

Вирішення поставленої задачі досягається  
тим, що у відомому способі алопластики задньої  
стінки пахового каналу при пахових грижах за до-  
помогою експлантата у хворих похилого та старе-  
чого віку після відсічення грижового мішка, згідно з  
винаходом, його куксу переміщують у передоче-  
ревний простір і фіксують до сухожильної частини

(13) U

(11) 3402

(19) UA

внутрішнього косого м'язу лігатурою, формують внутрішнє пахове кільце, підшивають вільний край внутрішнього косого м'язу до поперекової фасції, розміщують експлантат під сім'яним канатиком, з латерального боку розсікають експлантат напроти внутрішнього пахового кільця, вирізають отвір де розміщують сім'яний канатик з фіксацією його оболонок до експлантату, підшивають латеральний край експлантату до жолоба пупартової зв'язки, а медіальний край підшивають до медіального листка пупартової зв'язки із середини, краї ниток зав'язують при зшиванні країв апоневрозу над експлантатом.

Запропонований спосіб відображено на малюнках (дивись фіг. 1-4), на яких зазначено відповідно:

Фіг. 1 - стан пахового каналу при першому етапі герніопластики експлантатом.

Фіг. 2 - стан пахового каналу при другому етапі герніопластики експлантатом.

Фіг. 3 - стан пахового каналу при третьому етапі герніопластики експлантатом.

Фіг. 4 - стан пахового каналу при четвертому етапі герніопластики експлантатом.

На фігурах зазначено:

1) кукса грижового мішка;  
2) сухожильна частка внутрішнього косого м'язу;

3) сім'яний канатик;

4) поперечна фасція;

5) внутрішнє пахове кільце;

6) вільний край внутрішнього косого м'язу;

7) жолоб пупартової зв'язки;

8) медіальний листок пупартової зв'язки;

9) латеральний листок пупартової зв'язки;

10) експлантат.

Таким чином, нами запропонований спосіб який, на нашу думку, вирішує вищевказані проблеми, складається з наступних етапів:

- на першому етапі виділяємо грижовий мішок по загальноприйнятій методиці. Після відсічення грижового мішка його куксу (1) переміщуємо в передочеревинний простір та підшиваємо її за сухожильну частку внутрішнього косого м'язу (2);

- на другому етапі ушиваємо фасцію сім'яного канатика (3) при косих грижах чи висікаємо послаблену частину поперечної фасції (4) при прямих грижах, ушиваємо її й переходимо на пластику внутрішнього пахового кільця (5), яке ушиваємо одиночними вузловими швами з нижнього та медіального боків;

- на третьому етапі підшиваємо вільний край внутрішнього косою м'язу (6) до поперечної фасції біля жолоба пупартової зв'язки (7) під сім'яним канатиком;

- на четвертому етапі розміщуємо трансплантат під сім'яним канатиком, з латерального боку розсікаємо його напроти внутрішнього пахового кільця (найменша відстань) й вирізаємо отвір який відповідає за діаметром даному утворенню. Розміщуємо в ньому сім'яний канатик, ушиваємо розріз та фіксуємо край даного отвору до оболонок сім'яного канатика;

- на п'ятому етапі підшиваємо латеральний

край сітки до жолоба пупартової зв'язки, а медіальний край експлантату підшиваємо до медіального листка пупартової зв'язки (8) із середини, при цьому відступивши від її краю на таку відстань, яка б дозволяла ушити латеральний листок пупартової зв'язки (9) з медіальним над експлантатом (10), не деформуючи його. Краї ниток зав'язуємо при зшиванні листів апоневрозу над експлантатом.

Прикладом даного способу є історія хвороби №2347. Хворий Д., 78., діагноз: гігантська правобічна рецидивна пахово-мошкова ковзна коса грижа. Поступив 17.09.02 на оперативне лікування в плановому порядку. Під час операції було виявлено дефект задньої стінки 2x4 см. Хворому була виконана пластика пахового каналу за нашою методикою. Хворий знаходиться на диспансерному обліку за місцем проживання, рецидиву захворювання не спостерігається.

Експериментально-клінічне впровадження даного методу оперативного лікування пахових гриж проведено на базі хірургічного відділення обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни м. Вінниці на 18 хворих. Результати добрі та відмінні.

Таким чином, даний винахід дає можливість уникнути рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні пахових гриж з великим дефектом задньої пахової стінки у хворих похилого та старечого віку за рахунок надання їй експлантатом у сукупності з апоневрозом більшої міцності, а також розроблена нами техніка фіксації експлантата дає змогу запобігти проблемі з його розправленням під час операції.

Джерела інформації:

1. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. Причины рецидивирования паховых грыж//Клиническая хирургия. - 1980. - №7. - С.24-28.

2. Павелко Е.М. Герниопластика при рецидивных паховых грыжах//Клиническая хирургия. - 1979. - №6. - С.43-44.

3. Караванов Г.Г. Методика оперативного лечения больших паховых грыж со значительным дефектом медиальной части пахового канала//Клиническая хирургия. - 1981. - №3. - С.57-58.

4. Янов В.Н. Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального имплантата при трудных формах паховых грыж: Дис. к.мед.н. - М., 1970.

5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. - М.: Медицина, - 1990. - 270с.

6. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций. - Симферополь: "Бизнес-Информ", - 2002. - 438с.

7. Горелик М.М. Морфологические и оперативно-хирургические факторы риска рецидива косой паховой грыжи//Клиническая хирургия. - 1987. - №2. - С.1-3.

8. Кисель А.Г. Сравнительная оценка оперативного лечения прямых и рецидивных паховых грыж с применением алло- и аутодермального имплантатов: Дис. к.мед.н. - Запорожье, 1974.

9. Lichenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Twenty quesnios about Hernioplasty//Amer. Surg. - 1991. - Vol.57. - N11. - P.730-733.

