



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3689

(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 ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ ПРИ ПАХОВИХ ГРИЖАХ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

1

2

(21) 2004020991

(22) 11.02.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Воровський Олег Олегович, Карий Ярослав Володимирович, Паламарчук Володимир Іванович
(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА(57) Спосіб пластики пахового каналу при пахових грижах у хворих похилого та старечого віку, що оснований на укріпленні задньої стінки пахового каналу, який **відрізняється** тим, що після відсічення грижового мішка та ушивання його куксу

переміщують в передочеревинний простір і підшивають за сухожильну частку внутрішнього косоного м'язу, потім після ушивання фасції сім'яного канатика при косих грижах чи висікання та ушивання поперечної фасції при прямих грижах формують одиночними вузловими швами з нижнього та медіального боків внутрішнє пахове кільце, підшивають вільний край внутрішнього косоного м'язу до поперечної фасції біля жолоба пупартової зв'язки під сім'яним канатиком, після чого підшивають медіальний край розсіченої пупартової зв'язки до латерального, захоплюючи у шов внутрішній косий м'яз.

Корисна модель відноситься до хірургії гриж передньої черевної стінки.

На даний час більшість хірургів притримуються думки про різні методи пластики пахового каналу в залежності від виду грижі [1]. У більшості хворих похилого віку спостерігається слабкість задньої стінки пахового каналу, тому вважаємо, що даній категорії хворим доцільно як при косих, так і при прямих пахових грижах слід виконувати пластику задньої стінки пахового каналу, так як при пластичній передній стінці слід очікувати від 20 до 45% рецидивів [2].

При пластичній задній стінці пахового каналу застосовують найбільш поширені операції Басіні, Постемпського, Кримова, Кукуджанова, Мак-Вея, Шолдіса Д'яконовим та Lambotte. Проте дані методи залишилися далекими від вирішення проблеми рецидиву захворювання. A.Nigus не зняв проблему натягнення тканин, а додав травматичність [3]. Операції Кукуджанова, Мак-Вея, Шолдіса [4] надмірно складні, черезмірне натягнення м'яких тканин намагались зменшити за рахунок травматичних послаблюючих розрізів. Метод Постемпського [4] включає необхідність розсічення м'язів для переміщення сім'яного канатика і також не знімає проблему натягнення м'яких тканин. Проте ні одна з них не стала оптимальною. Так метод Басіні (прототип), в основу якого покладено укріплення задньої стінки шляхом підшивання вну-

трішнього косоного і поперекового м'язів та поперечної фасції до жолоба пупартової зв'язки та створення дублікатури з апоневрозу зовнішнього косоного м'язу над сім'яним канатиком, давав у руках автора 1/3 рецидивів, причиною цього є не фізіологічність співставлення неоднорідних тканин.

Задачею корисної моделі є підвищення ефективності хірургічного лікування пахових гриж у хворих похилого віку за рахунок удосконаленого методу тришарового укріплення задньої стінки пахового каналу.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що в даному способі пластики пахового каналу при пахових грижах у хворих похилого та старечого віку після відсічення грижового мішка та ушивання, згідно з корисною моделлю, його куксу переміщують в передочеревинний простір і підшивають за сухожильну частку внутрішнього косоного м'язу, потім після ушивання фасції сім'яного канатика при косих грижах чи висікання та ушивання поперечної фасції при прямих грижах формують одиночними вузловими швами з нижнього та медіального боків внутрішнє пахове кільце, підшивають вільний край внутрішнього косоного м'язу до поперечної фасції біля жолоба пупартової зв'язки під сім'яним канатиком, після чого підшивають медіальний край розсіченої пупартової зв'язки до латерального, захватуючи у шов внутрішній косий м'яз.

(13) U

(11) 3689

(19) UA

Технічним результатом, який досягається корисною моделлю, є співставлення однорідних тканин на всіх етапах пластики при відсутності їх натягнення.

Запропонований спосіб відображено на малюнках (дивись Фіг.1-3) на яких зазначено відповідно:

Фіг.1 - стан пахового каналу на першому етапі пластики.

Фіг.2 - стан пахового каналу на другому етапі пластики.

Фіг.3 - стан пахового каналу на третьому етапі пластики.

На фігурах зазначено:

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

- 3) сім'яний канатик;
4) поперечна фасція;
5) внутрішнє пахове кільце;
6) вільний край внутрішнього косоного м'язу;
7) жолоб пупартової зв'язки;
8) медіальний листок пупартової зв'язки;
9) латеральний листок пупартової зв'язки.

Даний спосіб виконується наступним чином:

- на першому етапі виділяємо грижовий мішок по загальноприйнятій методиці, причому в ділянці внутрішнього пахового кільця шийка грижового мішка повинна бути обов'язково рухлива. Після відсічення грижового мішка його куксу (1) переміщуємо в передочеревинний простір та підшиваємо її за сухожильну частку внутрішнього косоного 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 і переходимо на пластику внутрішнього пахового кільця (5), яке ушиваємо одиночними вузловими швами з нижнього та медіального боків;

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

канатиком знімаємо натягнення з першого шару пластики;

- на четвертому етапі підшиваємо медіальний край розсіченої пупартової зв'язки (8) до латерального (9) у вигляді дублюкатори, при цьому захауємо у шов внутрішній косий м'яз (знімаємо натягнення з другого шару пластики).

Прикладом виконання даного способу є історія хвороби №587. Хворий Г., 73р., діагноз: правобічна рецидивна пахово-каліткова пряма грижа. Поступив 10.12.02 на оперативне лікування в плановому порядку. Під час операції був виявлений дефект задньої стінки правого пахового каналу до 4,0 см. Хворому була виконана пластика пахового каналу за розробленою 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 68 хворих. Результати добрі. Рецидиви захворювання відсутні.

Таким чином, заявлений корисна модель дає можливість уникнути рецидиву захворювання при хірургічному лікуванні пахових гриж у хворих похилого віку за рахунок методу тришарового укріплення задньої стінки пахового каналу однорідними тканинами, де кожний наступний шар знімає натягнення з попереднього.

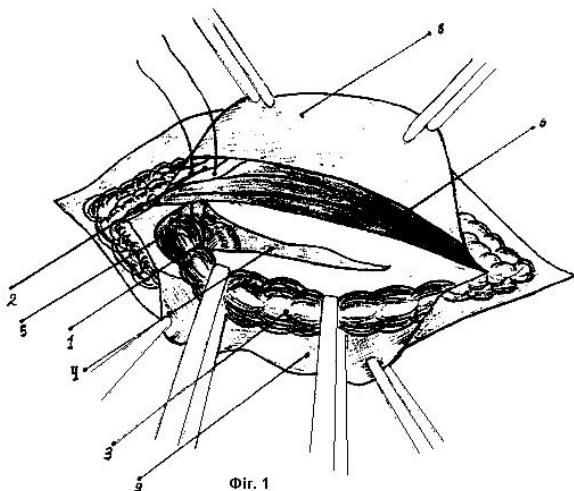
Джерела інформації:

1. Крымов А.П. Брюшные грыжи. -К.: Гостмедизд. УССР, -1950. -279с.

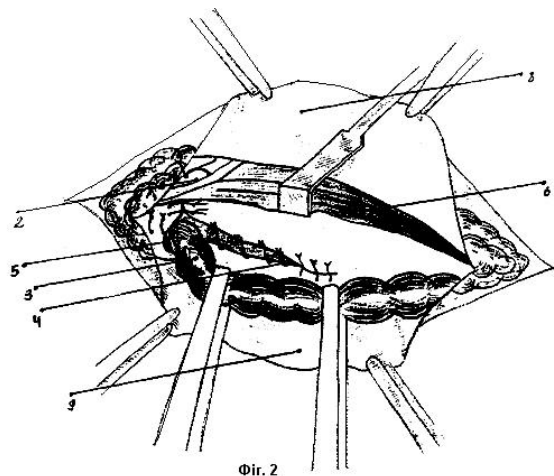
2. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. Причины рецидивирования паховых грыж //Клиническая хирургия. -1980. -№7. -С.24-28.

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

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



Фиг. 1



Фиг. 2

