



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **68537** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61B 6/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2011 11683</b>	(72) Винахідник(и): <b>Тодуров Іван Михайлович (UA), Білянський Леонід Семенович (UA), Мялковський Дмитро Сергійович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>04.10.2011</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>26.03.2012</b>	(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>26.03.2012, Бюл.№ 6</b>	

## (54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СЛАБКОСТІ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ПАХВИННОГО КАНАЛУ

### (57) Реферат:

Спосіб діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу включає рентгенографію після введення рентгенконтрастної речовини в черевну порожнину через прокол в передній черевній стінці. Згідно зі способом, попередньо накладають напружений карбоксиперитонеум. У разі невизначеності діагнозу, в черевну порожнину вводять метиленовий синій.

UA 68537 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до діагностики і може бути використана для виявлення слабкості задньої стінки пахвинного каналу у хворих на хронічний пахвинний біль.

Відомий спосіб діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу включає перитонеографію (герніографію), при цьому в положенні хворого на спині з розігнутою на 20-25° головою після розрізу шкіри над пупком під м/а, в черевну порожнину вводять голку для пункції, видаляють стилет і вводять провідник, по якому вводять мікрокатетер, провідник видаляється, виконується ін'єкція 100-150 мл рентгенконтрастної речовини, після чого проводиться рентгенографія. [Charles P. Heise, MD, Ian A. Sproat, MD, and James R. Starling, MD. Peritoneography (Herniography) for Detecting Occult Inguinal Hernia in Patients with Inguinodynia. Ann Surg. 2002 January; 235 (1): 140-144].

Недоліком цього способу є висока травматичність через ризик ушкодження органів черевної порожнини під час пункції та низька точність діагностики.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу, який за рахунок попереднього накладання напруженого карбоксиперитонеуму забезпечував би зниження травматичності маніпуляції та підвищення точності діагностики.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу, що включає рентгенографію після введення рентгенконтрастної речовини в черевну порожнину через прокол в передній черевній стінці, згідно з корисною моделлю, попередньо накладають напружений карбоксиперитонеум, та у разі невизначеності діагнозу, в черевну порожнину через той же прокол вводять 0,02 % метиленовий синій.

Попереднє накладення напруженого карбоксиперитонеуму зменшує ризик ушкодження органів черевної порожнини за рахунок утворення повітряного простору між ними та черевною стінкою та власне атравматичної конструкції голки Вереша, що й забезпечує зниження травматичності маніпуляції. Створене таким чином підвищення внутрішньочеревного тиску спричиняє вип'ячування ослабленої задньої стінки пахвинного каналу, яке і забезпечує підвищення точності діагностики. Тому же сприяє введення в черевну порожнину метиленового синього, при сумнівах діагностики, що дозволить під час хірургічної ревізії пахвинного каналу, виявити зафарбовані ділянки у випадках слабкості задньої стінки пахвинного каналу.

Спосіб виконують наступним чином.

Хворий знаходиться в положенні лежачи на спині з розігнутою на 20-25° головою. Під місцевим знеболенням над пупком виконують поперечний розріз завдовжки в 1 см. Виділяють пупкове кільце та захоплюється затискачем Мікулича. Далі в черевну порожнину вводять голку Вереша та накладають напружений карбоксиперитонеум з тиском 12 мм рт. ст. Після цього, в черевну порожнину вводять троакар діаметром 5 мм, видаляють стилет і вводять мікроірригатор 4F, через який виконують ін'єкцію рентгенконтрастної речовини (урографін 76 % або тріомбаст 76 %) в об'ємі 100-150 мл. Катетер закривають, навколо нього накладають асептичну пов'язку. Хворого транспортують в рентгенкабінет, вкладають на стіл в положення лежачи на животі. Виконують серію рентгенівських знімків в прямій та косій проекціях. Слабкість задньої стінки пахвинного каналу діагностують при появі вип'ячування в пахвинній ділянці на рентгенівських знімках. При невизначеності діагностики, в черевну порожнину вводять 40-50 мл 0,02 % метиленового синього, мікроірригатор видаляють. Після цього виконують хірургічну ревізію пахвинного каналу і по забарвлених ділянках діагностують слабкість задньої стінки пахвинного каналу.

Приклад 1.

Хворий С, 1986 р.н., і.х. 1057. Скаржився на тривалий біль в пахвинній ділянці справа. Після використання всіх доступних методів обстеження діагноз встановити не вдалося. Запідозрено слабкість задньої стінки пахвинного каналу праворуч. З метою верифікації діагнозу виконано пневмоперитонеографію запропонованим способом. Хворого вклали в положенні лежачи на спині. Під місцевою анестезією над пупком виконали поперечний розріз завдовжки в 1 см. Виділили пупкове кільце та захопили затискачем Мікулича. Далі в черевну порожнину ввели голку Вереша та наклали напружений карбоксиперитонеум з тиском 12 мм рт. ст. Після цього, в черевну порожнину ввели троакар діаметром 5 мм, видалили стилет і ввели мікроірригатор 4F, через який виконали ін'єкцію рентгенконтрастної речовини (тріомбаст 76 %) в об'ємі 150 мл. Катетер закрили, наклали навколо нього асептичну пов'язку. Хворого відтранспортували в рентгенкабінет, вклали на стіл в колінно-ліктьове положення. Виконали серію рентгенівських знімків в прямій та косій проекціях. В правій пахвинній ділянці на рентгенівських знімках візуалізовано вип'ячування овальної форми. На основі чого було діагностовано слабкість задньої стінки пахвинного каналу праворуч. При подальшій хірургічній ревізії пахвинного каналу діагноз підтвердився. Ушкодження внутрішніх органів не було.

## Приклад 2.

Хворий 3. 1989 р. н., і. х. 3489. Скаржився на тривалий біль в пахвинній ділянці справа. Після використання всіх доступних методів обстеження діагноз встановити не вдалося. Залишалася підозра на слабкість задньої стінки пахвинного каналу праворуч. З метою верифікації діагнозу виконано етапну пневмоперитонеохромографію запропонованим способом. Хворого вклали в положенні лежачи на спині. Під місцевою анестезією над пупком виконали поперечний розріз завдовжки в 1 см. Виділили пупкове кільце та захопили затискачем Мікулича. Далі в черевну порожнину ввели голку Вереша та наклали напружений карбоксиперитонеум з тиском 12 мм рт. ст. Після цього, в черевну порожнину ввели троакар діаметром 5 мм, видалили стилет і ввели мікроіригатор 4F, через який виконали ін'єкцію рентгенконтрастної речовини (урографін 76 %) в об'ємі 150 мл. Катетер закрили, наклали навколо нього асептичну пов'язку. Хворого відтранспортували в рентгенкабінет, вклали на стіл в колінно-ліктьове положення. Виконали серію рентгенівських знімків в прямій та косій проекціях. На рентгенівських знімках патології не виявлено. В зв'язку з цим через мікрокатетер в черевну порожнину ввели 50 мл 0,02 % метиленового синього. При хірургічній ревізії пахвинного каналу виявлено зафарбовані ділянки його задньої стінки ближче до глибокого пахвинного кільця - діагностовано слабкість задньої стінки пахвинного каналу. Ушкодження внутрішніх органів не було.

За допомогою запропонованого способу слабкість задньої стінки пахвинного каналу виявлено у 8 з 10 хворих, що підтверджено при подальшому обстеженні. В той же час, як за допомогою способу аналога, слабкість задньої стінки пахвинного каналу виявлено у 6 з 10 хворих. А при подальшому обстеженні слабкість задньої стінки пахвинного каналу виявлено ще у двох, при цьому у одного хворого мала місце мікроперфорація тонкої кишки.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє підвищити точність діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу та зменшити травматичність маніпуляції.

## ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу, що включає рентгенографію після введення рентгенконтрастної речовини в черевну порожнину через прокол в передній черевній стінці, який **відрізняється** тим, що попередньо накладають напружений карбоксиперитонеум, та у разі невизначеності діагнозу, в черевну порожнину через той же прокол вводять метиленовий синій.

---

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601