



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37035 (13) A

(51) B 6 A61B17/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ СТЕГНОВОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ

(21) 2000031426

(22) 13.03.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Цигалко Валерій Федорович, Цигалко Денис Валерійович

(73) Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

(57) Спосіб стегнової герніопластики шляхом розсікання стінок пахового каналу і закриття внутрішнього отвору стегнового каналу, який **відрізняється** тим, що внутрішній отвір стегнового каналу закривають клаптом із передньої стінки піхви прямого м'яза живота, який одним краєм з'єднують з паховим серпом та куперівською зв'язкою, а іншим - з пупартовою зв'язкою.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до хірургічного лікування і належить до оперативного лікування стегнових гриж і може використовуватися для стегнової герніопластики.

Відомий спосіб пластики по Руджі - Парлавеччо, що включає розсікання передньої та задньої стінок пахового каналу та закриття внутрішнього отвору стегнового каналу швами між куперівською та пупартовою зв'язками. Другий ряд швів між внутрішньо косим та поперечним м'язом з пупартовою зв'язкою (див.: Тоскин К.Д., Жибровский В.В. Грыжи брюшной стенки. - М.: Медицина, 1990. - С. 159-162).

Однак недоліки в закритті внутрішнього отвору стегнового каналу полягають в тому, що при атрофії та рубцьовому переродженні внутрішньокосого та поперечного м'язу та розволокненні поперечної фасції ефективність способу стає сумнівною, а також порушується анатомічне розташування м'язово-зв'язочних елементів каналу. Крім цього, може відбуватись звуження та деформація стегнової вени швом, який близький до самої стегнової вени.

В основу винаходу поставлене завдання - попередження розвіду рецидивів та ускладнень при пластичі внутрішнього отвору стегнового каналу. Це здійснюється завдяки тому, що запропонований спосіб включає закриття внутрішнього отвору стегнового каналу клаптом із передньої стінки піхви прямого м'яза живота, який одним краєм з'єднується з куперівською зв'язкою та паховим серпом, а інший край - пупартовою зв'язкою. При цьому не порушується анатомічне розташування м'язово-зв'язочних елементів каналу та не деформується стегнова вена.

Основні етапи способу стегнової вени грижепластики зображені на кресленні: Фіг. 1 - стегновий

канал після обробки грижового мішка; Фіг. 2 - пластика стегнового каналу.

Спосіб виконують в такій послідовності. Проводять розтин шкіри, підшкірної жирової клітковини і поверхневої фасції в проекції пахового каналу і продовжують медіальне до передньої середньої лінії живота. По зонду розтинають апоневроз 1 косо м'язу живота, чим скривають паховий канал від його зовнішнього кільця. Апоневроз 1 і нижню межу широких м'язів живота 2 відводять до верху, а сім'яний канатик (круглу зв'язку матки) 3 донизу. Розтинають поперечну фасцію 4 живота. Розтин поперечної фасції 4 зашивають, після обробки грижового мішка і його закриття 5. Оголюють куперівську зв'язку 8. Виділяють останки жирової клітковини з поверхні передньої стінки піхви 6 прямого м'язу живота, пахового серпа 7, куперівської зв'язки 8, пупартової зв'язки 9. Із передньої стінки піхви прямого м'язу живота 6 викроюють клапоть з основою біля лонного бугорка, довжиною відповідно відстані від лонного бугорка до стегнової вени 11. Клапоть 10 розвертають і переміщують до стегнової вени 11. Один край 12 швами з'єднують з паховим серпом 7 та куперівською зв'язкою 8, а інший край 13 з пупартовою зв'язкою 9. Сім'яний канатик (круглу зв'язку матки) 3 вкладають на місце. Після чого зшивається підшкірна жирова клітковина і межі операційної рани.

Приклад виконання способу

Хвора К-к А.К., № історії хвороби 9956, 1921 року народження, госпіталізована в хірургічне відділення МКЛ № 2 міста Вінниці 14.11.99 р. через 20 годин після початку захворювання із скаргами на інтенсивний постійний біль в правій паховій ділянці, загальну слабкість, нудоту, блювання, сухість в роті. З анамнезу відомо, що хвора є грижоносієм протягом 5 років. Грижове вип'ячування

не турбувало пацієнтку, вона за медичною допомогою не зверталась.

За 20 годин до захворювання після фізичного перевантаження раптово з'явився різкий біль в правій паховій ділянці, потім через деякий час з'явилися всі вище згадані скарги.

Об'єктивно: стан хворої середнього ступеню важкості, в свідомості. Шкіра бліда, суха. Пульс 88 ударів за 1 хвилину, ритмічний. А/Д 160/95 мм. рт. ст. Тони серця послаблені, акцент 2 тону на аорті. ЧД-20 в 1 хвилину. В легенях вислуховується послаблене везикулярне дихання. Язик сухий обкладений білим нальотом. Живіт приймає участь в диханні, симптоми подразнення очеревини відсутні. Перистальтика послаблена. Температура тіла 37,2°C.

У хворої визначається грижове вип'ячування в правій паховій ділянці нижче пупартової зв'язки, розмірами 6х5х2см, болюче, тверде, не вправимо в черевну порожнину, шкіра над ним гіперемована, кашльовий поштовх - від'ємний.

Загальний аналіз крові: Нв - 120 г/л, лейкоцити - 11,6 10<sup>9</sup>/л, сегм. - 76%, пал. - 2%, лімф. - 12%, мон. - 6%, еозин. - 4%. ШОЕ-16мм/год.

Загальний аналіз сечі - без особливостей.

Цукор крові - 6,4 ммоль/л.

ЕКГ - гіпертрофія лівого шлуночка, дифузні зміни в міокарді шлуночків.

Передопераційний діагноз: защемлена правобічна стегнова грижа. Ішемічна хвороба серця: атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II ст.

Протокол операції.

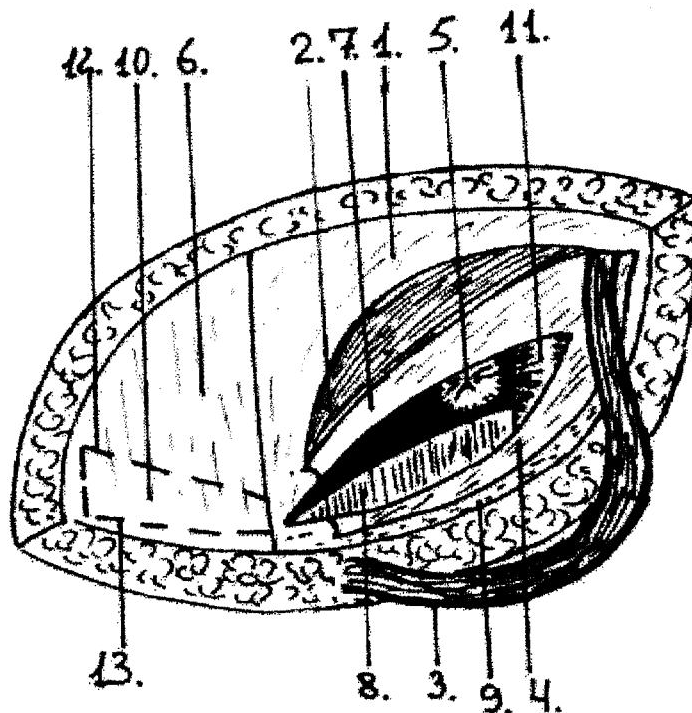
Після обробки операційного поля по Пирогову, під місцевим знечуженням розчином новокаїну

0,25% до 80 мл проводять розтин шкіри, підшкірної жирової клітковини і поверхневої фасції в проекції пахового каналу і продовжують медіальне до передньої серединної лінії живота. По зонду розтинають апоневроз 1 косо м'язу живота чим вскривають паховий канал від його зовнішнього кільця. Апоневроз 1 нижня межа широких м'язів живота 2 відводять до верху, а круглу зв'язку матки 3 донизу. Розтинають поперечну фасцію 4 живота. Розтин поперечної фасції 4 зашивають, після обробки грижового мішка та його закриття 5. Оголюють куперівську зв'язку 8. Виділяють останки жирової клітковини з поверхні передньої стінки піхви 6 прямого м'язу живота, пахового серпа 7, куперівської зв'язки 8, пупартової зв'язки 9. Із передньої стінки піхви прямого м'язу живота 6 викроюють клапоть з основою у лонного бугорка, довжиною відповідно відстані від лонного бугорка до стегнової вени 11. Клапоть 10 розвертають і переміщують до стегнової вени 11. Один край 12 швами з'єднують з паховим серпом 7 та куперівською зв'язкою 8, а інший край 13 з пупартовою зв'язкою 9. Круглу зв'язку матки 3 вкладають на місце. Пошарове зашивання післяопераційної рани. Дренування гумовим випускником. Асептична пов'язка.

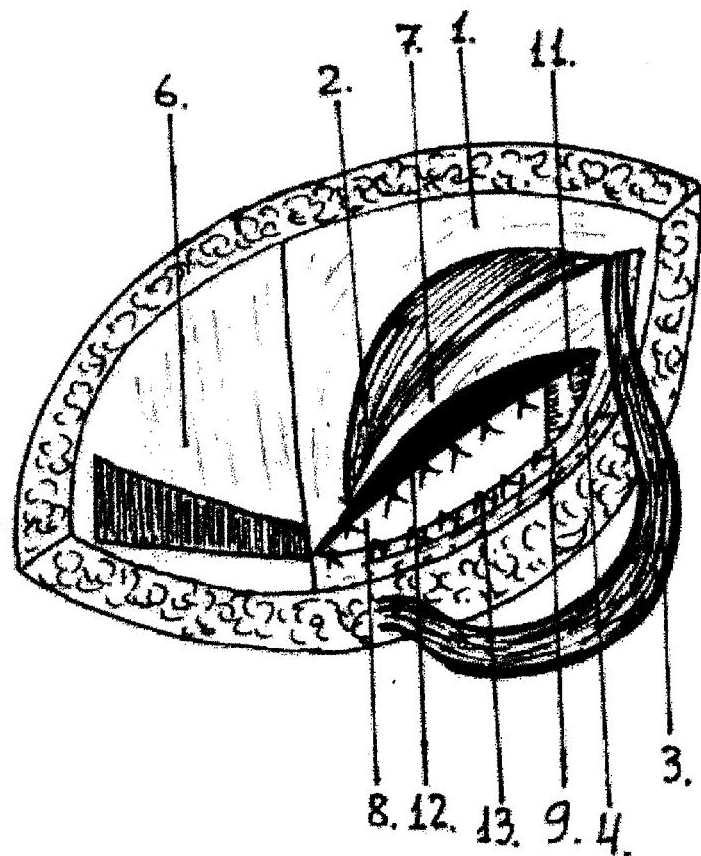
Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Хвора виписана на 9 добу в задовільному стані.

Даний спосіб стегнової герніопластики технічно простий, надійний, дозволяє закрити внутрішній отвір стегнового каналу місцевими тканинами, попереджує ускладнення та рецидиви.

Спосіб може використовуватись в будь-якому хірургічному відділенні.



Фіг. 1



Фіг. 2

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
 (044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60x84 1/8.  
 Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
 (044) 268-25-22

---