

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ

**Том 13, № 3 (49)
2014**

Науково-практичний медичний журнал
Видається 4 рази на рік
Заснований в квітні 2002 року

Головний редактор

Бойчук Т.М.

Почесний головний редактор

Ахтемійчук Ю.Т.

**Перший заступник
головного редактора**

Іващук О.І.

**Заступники головного
редактора**

Чайковський Ю.Б.

Слободян О.М.

Відповідальні секретарі

Проняєв Д.В.

Товкач Ю.В.

Секретар

Назимок Є.В.

Редакційна колегія

Білоокій В.В.

Боднар Б.М.

Булик Р.Є.

Власов В.В.

Давиденко І.С.

Іфтодій А.Г.

Кривецький В.В.

Макар Б.Г.

Олійник І.Ю.

Полянський І.Ю.

Федорук О.С.

Хмара Т.В.

Засновник і видавець: Буковинський державний медичний університет
Адреса редакції: 58002, пл. Театральна, 2, Чернівці, Україна

URL: <http://kaos.bsmu.edu.ua/>;

E-mail: cas@bsmu.edu.ua

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Вовк Ю.М. (Луганськ), Волошин М.А. (Запоріжжя), Гнатюк М.С. (Тернопіль), Головацький А.С. (Ужгород), Дуденко В.Г. (Харків), Запорожан В.М. (Одеса), Катеренюк І.М. (Кишинів), Кір'якулов Г.С. (Донецьк), Ковешніков В.Г. (Луганськ), Костиленко Ю.П. (Полтава), Костюк Г.Я. (Вінниця), Кривко Ю.Я. (Львів), Ледванов М.Ю. (Москва), Лупир В.М. (Харків), Мазорчук Б.Ф. (Вінниця), Масловський С.Ю. (Харків), Молдавська А.А. (Астрахань), Околокулак Є.С. (Гродно), Пикалюк В.С. (Сімферополь), Попов О.Г. (Одеса), Попович Ю.Л. (Івано-Франківськ), Рилюк А.Ф. (Мінськ), Ромаєв С.М. (Харків), Сак Н.М. (Харків), Семенов Г.М. (Санкт-Петербург), Сікора В.З. (Суми), Талько В.І. (Київ), Терещенко А.О. (Харків), Топка Е.Г. (Дніпропетровськ), Топор Б.М. (Кишинів), Федонюк Я.І. (Тернопіль), Черкасов В.Г. (Київ), Шкодівський М.І. (Сімферополь)

**Свідоцтво про державну реєстрацію –
серія КВ № 6031 від 05.04.2002 р.**

**Журнал включений до бази даних
Всеросійського інституту наукової і технічної інформації
Російської академії наук**

**Журнал "Клінічна анатомія та оперативна хірургія" –
наукове фахове видання України
(Постанова президії ВАК України від 14.10.2009 р., № 1-05/4)**

Рекомендовано вченою радою
Буковинського державного медичного університету
(протокол № 1 від 28.08.2014)

ISSN 1727-0847
Kliniĉna anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Print)
Clinical anatomy and operative surgery

ISSN 1993-5897
Kliniĉna anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Online)
Kliniĉeskaâ anatomiâ i operativnaâ hirurgiâ

| | | |
|---|--------------|---|
| О.П. Москалюк, І.В. Шкварковський РОЗРОБКА НОВОГО СПОСОБУ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ <i>Проблеми викладання</i> | 73 | IMPLEMENTATION OF A NEW METHOD OF INGUINAL HERNIOPLASTY <i>Problems of teaching</i> |
| Л.Г. Логуш АКТУАЛЬНІСТЬ ОСВІТНЬОЇ ПОЛІТИКИ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ | 75 | TOPICALITY OF EDUCATIONAL POLICY IN MEDICAL EDUCATION |
| В.Л. Таралло ЗДОРОВ'Я ЯК КОД УПРАВЛІННЯ ЙОГО ОХОРОНОЮ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ <i>Короткі повідомлення</i> | 77 | HEALTH AS A CODE TO MANAGE ITS PRO- TECTION: THEORETICAL ANALYSIS <i>Brief Communications</i> |
| П.Є. Ковальчук, С.В. Тулюлюк, О.Г. Паливода ВАРІАНТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ХВОРИХ ІЗ СЕЛЕНОДИФІЦИТОМ <i>Наукові огляди</i> | 79 | TREATMENT OPTIONS OF FEMORAL NECK FRACTURES IN PATIENTS WITH SELENIUM DE- FICIENCY <i>Scientific Reviews</i> |
| В.Л. Дронова, О.І. Дронов, Р.С. Теслюк, К.С. Бурміч ГЕНІТАЛЬНИЙ ПРОЛАПС – АСПЕКТИ ЕТИ- ОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ, СУЧАСНІ ОС- НОВНІ МЕТОДИКИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ | 82 | GENITAL PROLAPSE – ASPECTS OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS, MODERN BASIC METH- ODS OF SURGICAL CORRECTION |
| <i>Сторінки історії</i> В.П. Пішак, М.І. Кривчанська, О.В. Пішак ІВАН ІВАНОВИЧ ШМАЛЬГАУЗЕН – ВІТЧИ- ЗНЯНИЙ КОРИФЕЙ БІОЛОГІЇ ЗІ СВІТОВИМ ІМ'ЯМ (до 130-річчя від дня народження) | 86 | <i>Pages of history</i> IVAN IVANOVYCH SHMALGAUZEN – A NATIONAL CORYPHEUS IN BIOLOGY WITH A WORLD NAME (devoted to the 130 anniversary of his birth) |
| <i>Хроніка</i> ВСЕУКРАЇНСЬКА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАР- НА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧА- СТЮ “КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ НА СУЧАС- НОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ. ЗАВДАННЯ, МО- ЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ” | 88 | <i>Chronicles</i> ALL-UKRAINIAN MULTI-DISCIPLINE CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION “CLINICAL ANATOMY ON CONTEMPORARY STAGE OF DEVELOPMENT. TASKS, POSSIBILITIES AND PROSPECTS” |
| <i>Ювілеї</i> ПРОФЕСОР ЗАМЯТИН ПЕТР НИКОЛАЄВИЧ (к 60-летию со дня рождения) ПРОФЕСОР ГНАТЮК МИХАЙЛО СТЕПАНОВИЧ (до 70-річчя від дня народження) | 90 92 | <i>Jubily</i> PROFESSOR ZAMIATIN PETR NIKOLAYEVICH (devoted to the 60 anniversary of his birth) PROFESSOR GNATIUK MYKHAYLO STEPANOVYCH (devoted to the 70 anniversary of his birth) |
| ПРОФЕСОРУ ЛУЗИНУ ВЛАДИСЛАВУ ІГОРОВИЧУ – 50 РОКІВ! | 94 | PROFESSOR LUZIN VLADYSLAV IGOROVYCH IS 50! |
| <i>Некролог</i> ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА КОВАЛЬЧУКА ЛЕОНІДА ЯКИМОВИЧА (1947 – 2014) | 96 | <i>Obituary</i> IN COMMEMORATION OF THE PROFESSOR KOVALCHUK LEONID YAKYMOVYCH (1947 – 2014) |

УДК 616.329-002:616-018

О.П. Москалюк, І.В. Шкварковський*Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г. Іфтодій)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці***РОЗРОБКА НОВОГО СПОСОБУ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ**

Резюме. В статті описується новий спосіб фіксації сітчастого імплантата при хірургічному лікуванні пахвинних гриж, що передбачає розмежування сім'яного канатика та полімерного імплантата. Обґрунтовано оптимальну форму полімерного імплантата. Показано, що фіксація сітки за допомогою П-подібних швів до поперечного, внутрішнього косоного м'язів живота та апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота запобігає зміщенню протеза.

Ключові слова: пахвинна грижа, полімерний імплантат.

Частота пахвинних гриж становить 5% від усіх хірургічних захворювань, вони виявляються переважно в осіб чоловічої статі працездатного віку [1], а грижесічення є найбільш частою операцією в плановій хірургії і становить 5-10% від загальної кількості [1, 2].

Автопластика пахвинних гриж супроводжується високою частотою рецидиву захворювання – 10-12% [1-3]. Тому основним принципом хірургічного лікування гриж в теперішній час є виконання пластики “без натягу” з використанням сучасних синтетичних матеріалів [1, 2]. Однак при будь-якому виді алопластики, не дивлячись на інертність синтетичного матеріалу, навколо нього розвивається тканинна реакція з вираженим запальним компонентом, що спричинює ряд специфічних ускладнень. Серед них – сероми, гематоми, відчуття стороннього тіла, синдром хронічного пахвинного болю [2, 4]. Водночас зростає кількість повідомлень про ризик виникнення специфічних ускладнень внаслідок контакту алотрансплантата із сім'яним канатиком [5].

Останнім часом запропоновано та впроваджено багаточисленні модифікації класичної операції Ліхтенштейна. Розроблено ряд методик, що передбачають ізоляцію сім'яного канатика від алопластичного матеріалу власними тканинами (апоневрозом зовнішнього косоного м'яза живота або поперечною фасцією). Тому залишається відкритим питання місця розташування алотрансплантата [5].

Мета дослідження: розробка нового способу хірургічного лікування пахвинних гриж, який передбачає розмежування полімерного імплантата та сім'яного канатика.

Матеріал і методи. В основу даного дослідження покладено результати топографоанатомічного дослідження 50 нефіксованих трупів чоловіків в першу добу після смерті віком від 34 до 65 років, зростом від 160,0 до 190,0 см. Проводились морфологічні дослідження фасціально-сухожилкових елементів пахвинного каналу, вивчалась можливість транслокації сім'яного канатика в передочеревинний простір та спосіб фіксації алотрансплантата.

Результати дослідження та їх обговорення. На

основі топографоанатомічних досліджень нами розроблено спосіб пахвинної герніопластики (декларативний патент України на корисну модель № 81728 “Спосіб фіксації сітчастого імплантату при хірургічному лікуванні пахвинних гриж”, опублікований 10.07.2013, бюлетень № 13).

Запропонований спосіб використовується таким чином. Косим розрізом у пахвинній ділянці вище та при середньо від пахвинної складки розсікають шкіру та підшкірну клітковину. Виділяють та розкривають апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота. Диференціюють та виділяють грижовий мішок. При косій грижі останній прошивають біля шийки, залишок відсікають. При прямій грижі грижовий мішок, не розкриваючи, занурюють у передочеревинний простір. Розсікають поперечну фасцію від внутрішнього отвору пахвинного каналу до зовнішнього краю піхви прямого м'яза живота. Сім'яний канатик після мобілізації розташовують у передочеревинному просторі, а краї поперечної фасції зшивають безперервним швом з ліквідацією внутрішнього отвору пахвинного каналу. Формують нове місце виходу сім'яного канатика біля бічного краю піхви прямого м'яза живота. Виконують пластику грижового дефекту за допомогою сітчастого імплантата, по верхньому краю якого формують вирізку, розмір якої відповідає діаметру сім'яного канатика.

Сітчастий імплантат розташовують на поперечній фасції, заводячи верхній край під поперечний м'яз живота. Фіксацію починають з підшивання нижнього краю імплантата вузловими швами до пахвинної зв'язки, особливу увагу приділяючи фіксації нижнього присереднього кута до лобкового горбика. Бічний та верхній край сітки фіксують за допомогою П-подібних швів з інтервалом 1,5 см, які проводять через апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, внутрішній косий та поперечний м'язи живота і зав'язують на зовнішній поверхні апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Такою фіксацією, на наш погляд, досягається максимальне розтягнення і розправлення сітки. Присередній край імплантата фіксують до задньої поверхні піхви прямого м'яза живота таким чином, що б сім'я-

ний канатик розташовувався у сформованій вирізці. Розріз сітки додатково укріплюють окремими вузловими швами. Для виокремлення полімерного матеріалу від елементів сім'яного канатика використовують залишки поперечної фасції. Краї апоневрозу зовнішнього косо м'яза живота зшивають обвивним швом.

Використання запропонованого способу фіксації сітчастого імплантату при хірургічному лікуванні пахвинних гриж має ряд переваг. По-перше, запропонована методика попереджує контакт сім'яного канатика з алопротезом, запобігаючи розвитку рубцево-атрофічних ускладнень. По-друге, ліквідація внутрішнього пахвинного кільця, як одного з найслабших місць пахвинного каналу, попереджує розвиток рецидиву

грижі. По-третє, фіксація сітки за допомогою П-подібних швів до поперечного, внутрішнього косо м'язів живота та апоневрозу зовнішнього косо м'яза живота запобігає гофруванню та міграції протеза.

Висновок. Запропонований спосіб попереджує контакт сім'яного канатика з алопротезом, попереджуючи тим самим розвиток специфічних ускладнень. Крім цього, ушивання глибокого пахвинного кільця, як одного з найслабкіших місць пахвинного каналу, попереджує розвиток рецидиву грижі.

Перспективи подальших досліджень. Порівняльне вивчення ефективності запропонованого способу пахвинної герніопластики із застосуванням різних типів алотрансплантатів.

Список використаної літератури

1. Ахмед М.М. Хирургическое лечение больных с паховой грыжей / М.М. Ахмед // *Хірург. України.* – 2012. – № 2. – С. 99-107.
2. Сидорчук Р.І. Метод функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата у пахвинній герніопластичі / Р.І. Сидорчук, Р.П. Кнут, О.М. Плегуча. – Чернівці: Видавництво при БДМУ, 2011. – 244 с.
3. Глодан О.Я. Вплив на сперматогенез тривалої фіксації сім'яного канатика під час пластики пахвинного каналу / О.Я. Глодан // *Клін. та експеримент. патол.* – 2009. – Т. VIII, № 4(30). – С. 20-22.
4. Грицуляк Б.В. Гістоультраструктура звивистих сім'яних трубочок яєчка після пластики задньої стінки пахвинного каналу / Б.В. Грицуляк, В.Б. Грицуляк, О.Є. Халло // *Клін. анатом. та оператив. хірург.* – 2009. – Т. 8, № 4. – С. 43-45.
5. Власов В.В. Передочеревинна алопластика пахвинної грижі / В.В. Власов, І.В. Бабій, О.І. Мельничук // *Acta Medica Leopoliensia.* – 2009. – Т. XV, № 3. – С. 43-46.

РАЗРАБОТКА НОВОГО СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Резюме. В статті описується новий спосіб фіксації сетчатого імплантата при хірургічному лікуванні пахових грыж, що передбачає розграничення семенного канатика і полімерного імплантата. Обосновано оптимальну форму полімерного імплантата. Показано, що фіксація сітки з допомогою П-образних швів к поперечній, внутрішній косій м'язу живота і апоневрозу зовнішньої косій м'язу живота передотворає зміщення протеза.

Ключевые слова: паховая грыжа, полимерный имплантат.

IMPLEMENTATION OF A NEW METHOD OF INGUINAL HERNIOPLASTY

Abstract. The article describes a new method of fixation of the mesh implant in the surgical treatment of inguinal hernias, involving differentiation the spermatic cord and polymeric implant. The optimal shape of a polymer implant is substantiated. Fixing the implant applying U-shaped stitches on the transverse, internal oblique abdominal muscle and aponeurosis of the external oblique abdominal muscles is found to prevent displacement of the prosthesis.

Key words: inguinal hernia, polymeric implant.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 05.05.2014 р.

Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)