

**ОПИСАНИЕ  
ИЗОБРЕТЕНИЯ  
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **14259**

(13) **С1**

(46) **2011.04.30**

(51) МПК (2009)

**A 61B 17/00**

(54)

**СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОЙ АТЕНЗИОННОЙ  
ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ**

(21) Номер заявки: а 20081392

(22) 2008.11.05

(43) 2010.06.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Визгалов Сергей Александрович; Смотрин Сергей Михайлович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) ЕГИЕВ В.Н. и др. // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 19-21.

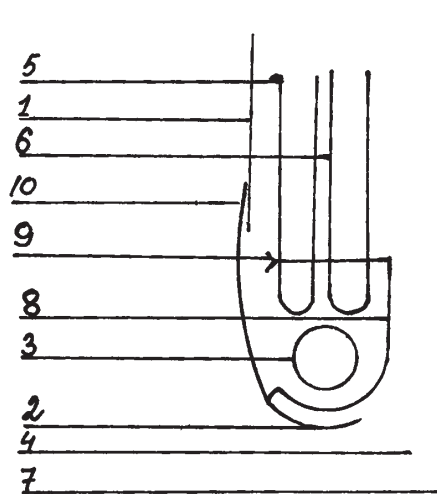
ВУ 7360 С1, 2005.

RU 2303403 С1, 2007.

RU 2262312 С1, 2005.

(57)

Способ комбинированной атензионной герниопластики паховой грыжи, заключающийся в том, что разрезают кожу и подкожную жировую клетчатку параллельно паховой связке и медиальнее ее на 2 см, вскрывают паховый канал, выкраивая лоскут из апоневроза наружной косой мышцы живота разрезом, который проводят от верхней медиальной полуокружности наружного отверстия пахового канала параллельно наружному краю прямой мышцы живота выше нижнего края внутренней косой мышцы не менее чем на 2,0-2,5 см, затем параллельно нижнему краю внутренней косой мышцы живота под углом 70-90° по длине пахового промежутка и до паховой связки, после чего выделяют, вскрывают, прошивают у основания, перевязывают и отсекают грыжевой мешок, на верхний край семенного канатика накладывают 3-4 лигатуры на расстоянии 10-12 мм друг от друга и формируют узлы, проводят лигатуры под семенным канатиком, лоскут апоневроза проводят кнутри от семенного канатика, иглой проводят наложенные ранее лигатуры через поперечную и внутреннюю косую мышцы, отступая от нижнего края мышц около 1 см, формируют узлы



**ВУ 14259 С1 2011.04.30**

лигатур на передней поверхности внутренней косой мышцы, фиксируют медиальный край апоневроза к наружному краю прямой мышцы живота двумя швами, восстанавливают переднюю стенку пахового канала сетчатым протезом, фиксируя его по периметру к апоневрозу наружной косой мышцы живота и паховой связке.

---

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии.

Широкая распространенность паховых грыж (5 % общего числа взрослых мужчин) и высокий показатель рецидива при традиционных видах герниопластики (8 %) заставляют искать новые способы оперативного лечения [Хирургия. - № 1. - 2000. - С. 19].

Известен способ укрепления задней стенки пахового канала по Бассини [Грыжи брюшной стенки / К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский. - 1990. - С. 111]. Суть метода - под семенным канатиком накладывают глубокие швы: между краем прямой мышцы и ее влагалищем и надкостницей лонного бугорка и между внутренней косой и поперечной мышцами, а также поперечной фасцией с одной стороны и паховой связкой с другой. Эти швы полностью ликвидируют паховый промежуток. Таким образом, заднюю стенку пахового канала укрепляют поперечной фасцией и мышцами. Укладывают семенной канатик и поверх него сшивают края апоневроза наружной косой мышцы. Данный способ относится к типу грыжесечений с натяжением тканей.

Основными недостатками герниопластики с натяжением тканей являются: наличие натяжения тканей, что приводит к нарушению синтеза коллагена. Развитие атрофической дегенерации сопоставленных в шов тканей. Формирование неполноценного рубца в зоне грыжевого дефекта. Высокий показатель рецидива. Высокая вероятность повреждения п.п. *ilioinguinalis*, *r. genitalis*. Повреждения артериальных и венозных сосудов семенного канатика, что приводит к нарушению кровоснабжения яичка. Длительный восстановительный период.

Наиболее близким к предлагаемому является способ герниопластики по Лихтенштейну [Хирургия. - № 1. - 2000. - С. 19]. Суть метода - для пластики грыжевых ворот большинство авторов используют полипропиленовую сетку. Из сетки выкраивают заплату определенной формы. Отведя семенной канатик вверх, закругленный конец сетки фиксируют монофильной нитью к надкостнице лонной кости. Затем сетчатый эндопротез размещают так, чтобы он полностью закрывал заднюю стенку пахового канала и на 1-2 см накладывался на внутреннюю косую и поперечную мышцы живота, заходил латеральнее внутреннего отверстия пахового канала и подворачивался по ходу паховой связки. Сетку фиксируют к пупартовой связке, внутренней косой мышце живота, в окно сетки помещают семенной канатик и за ним края сетки сшивают. На этом реконструкция заканчивается.

Герниопластика по Лихтенштейну завоевала прочные позиции в Европе и становится все более популярной в странах СНГ. Это стало возможным благодаря надежности, простоте и доступности методики, низкому уровню рецидива (0,1-1 %) [Современные методики хирургического лечения паховых грыж / А.Д.Тимошин, А.В.Юрасов, А.Л.Шистоков, Д.А.Федоров. - М., 2002. - С. 19], малой травматичности, отсутствию болевого синдрома и быстрой реабилитации больных. Однако при небольших косых паховых грыжах с расширением внутреннего пахового кольца и сохраненной задней стенкой пахового канала применение методики Лихтенштейна не рекомендуется [Современные методики хирургического лечения паховых грыж / А.Д.Тимошин, А.В.Юрасов, А.Л.Шистоков, Д.А.Федоров. - М., 2002. - С. 8].

Задача изобретения - разработать универсальный, надежный, простой, малотравматичный, атензионный способ пластики задней стенки, который бы позволил снизить риск развития рецидива и уменьшить сроки реабилитации больных.

Поставленная задача решается путем укрепления задней стенки пахового канала листком апоневроза наружной косой мышцы живота с последующим моделированием передней стенки пахового канала сетчатым эксплантатом.

На фигуре показан способ комбинированной атензионной герниопластики.

Способ осуществляют следующим образом. Разрез кожи и подкожной жировой клетчатки производят параллельно паховой связке и медиальнее ее на 2 см длиной 8 см. Апоневроз наружной косой мышцы (1) освобождают от жировой клетчатки длиной 6 см, высотой 5 см (это связано с размерами пахового промежутка). Паховый канал вскрывают путем выкраивания лоскута из апоневроза наружной косой мышцы живота. Вначале производят вертикальный разрез от верхней медиальной полуокружности наружного отверстия пахового канала параллельно наружному краю прямой мышцы живота. Необходимо, чтобы верхний край данного разреза был выше нижнего края внутренней косой мышцы живота (5) не менее чем на 2-2,5 см (это необходимо для того, чтобы исключить натяжение тканей в области наложения швов между листком апоневроза наружной косой мышцы живота и внутренней косой и поперечной мышцами). Далее направление разреза меняют в сторону горизонтального, параллельно нижнему краю внутренней косой мышцы живота (5) под углом 70-90° градусов (в зависимости от формы пахового промежутка). Длина горизонтальной порции должна соответствовать длине пахового промежутка. Дальнейшее направление линии разреза апоневроза меняют на вертикальное до паховой связки (2). Таким образом формируют лоскут из апоневроза (8), используемый для укрепления задней стенки пахового канала. Грыжевой мешок выделяют из окружающих тканей, вскрывают, прошивают у основания, перевязывают и отсекают. Перед тем как завести лоскут апоневроза (8) за семенной канатик (3), на верхний край последнего накладывают 3-4 лигатуры на расстоянии 10-12 мм друг от друга и формируют узлы. Лигатуры проводят под семенным канатиком (3) и, потягивая за последние, проводят лоскут апоневроза (8) кнутри от семенного канатика (3). Наложённые ранее лигатуры с помощью иглы проводят через поперечную (6) и внутреннюю (5) косую мышцы, отступя от нижнего края последних около 1 см. На передней поверхности внутренней косой мышцы (5) формируют узлы (9), тем самым фиксируя лоскут апоневроза. Медиальный край апоневроза двумя швами фиксируют к наружному краю прямой мышцы живота. Переднюю стенку пахового канала восстанавливают с помощью сетчатого протеза (10), размеры и форму которого моделируют в соответствии с образовавшимся дефектом. Протез (10) фиксируют по периметру к апоневрозу наружной косой мышцы живота (1) и паховой связки (2).

Приводим примеры клинического применения разработанной нами герниопластики. Пациентами были мужчины, средний возраст которых составил 38 лет, средняя масса тела 86 килограмм.

У пациентов И., К., Кр., Д. и Б. период грыженосительства составлял от нескольких месяцев до нескольких лет. У части больных была правосторонняя, у других левосторонняя косая паховая грыжа. У всех больных грыжесечение выполнялось под местной анестезией с использованием раствора новокаина. Разрез кожи и подкожной жировой клетчатки производят параллельно паховой связке и медиальнее ее на 2 см длиной 8 см. Последующие этапы герниопластики выполнялись в соответствии с описанной выше методикой. Послеоперационный период характеризовался незначительными болями лишь в области послеоперационной раны, быстрым восстановительным периодом, отсутствием изменений со стороны яичка, отсутствием рецидива заболевания в ранние сроки (отследить более длительные сроки послеоперационного периода не удалось в силу недавнего применения данной методики).

Преимуществами предлагаемого способа герниопластики по сравнению с аналогом являются: 1) отсутствие натяжения тканей, что в дальнейшем позволит сформироваться прочному рубцу, и, как следствие, снижение уровня рецидива заболевания; 2) значитель-

## **BY 14259 C1 2011.04.30**

ное уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде; 3) укорочение сроков реабилитации больных. В отличие от прототипа, наш способ может быть применен у больных с небольшими косыми паховыми грыжами с расширенным внутренним паховым кольцом и сохраненной задней стенкой пахового канала. Также весьма весомым преимуществом является и то, что для укрепления задней стенки используется аутологичная ткань. Биологическое родство при этом виде пластики позволит добиться наиболее надежного приживления ткани, что дает основание говорить о надежности и прочности предложенного нами способа.

Репозиторий ГРГМУ